

**Implementierung des „Klinischen Pfades Verdacht auf
Kindeswohlgefährdung“ und Evaluation der Fälle 2006 bis 2012**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Anna Verena Krappitz

aus Münster

2016

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Rainer Ganschow
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Burkhard Madea

Tag der Mündlichen Prüfung: 10.05.2016

Aus der Abteilung für allgemeine Pädiatrie und Poliklinik am Zentrum
für Kinderheilkunde
Direktor: Prof. Dr. med. Rainer Ganschow

Meiner lieben Familie in großer Dankbarkeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	7
1.	Einleitung	8
1.1	Aktuelle Situation der Kindeswohlgefährdung in Deutschland	9
1.2	Entwicklung des deutschen Kinderschutzes	10
1.3	Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes und die Bonner Kinderschutzgruppe	11
1.4	Der deutsche Kinderschutz im internationalen Vergleich	12
1.5	Formen von Kindeswohlgefährdung	14
1.6	Aufgabenstellung, Zielsetzung und Motivation	17
2.	Informationen zum Datensatz und der Arbeitsmethodik	18
2.1	Das Patientenkollektiv	18
2.2	Die Dokumentation der ausgewerteten Daten	19
2.3	Methodisches Vorgehen	21
3.	Ergebnisse	23
3.1	Grundlegende Fakten zum Datensatz	23
3.2	Entwicklung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	28
3.3	Zeitpunkt der Kindeswohlgefährdung	34
3.4	Demographische Daten	35
3.5	Soziokulturelle Aspekte im untersuchten Datensatz	49
3.6	Krankenhausshopping und Wiederholungsfälle von Kindeswohlgefährdung	70
3.7	Behandlungsmodus und Aufnahmeumstände des Kinderschutzfalles	72
3.8	Formen der Kontaktaufnahme mit der Kinderschutzgruppe	76
3.9	Angaben zum Untersuchungsablauf	83
3.10	Symptome bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	86
3.11	Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Kinder	104
3.12	Konsiliarische Vorstellungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	107

3.13	Spurensicherung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	126
3.14	Involvierung der Polizei bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	128
3.15	Täterprofil bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	128
3.16	Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	133
3.17	Pfadevaluation	138
4.	Diskussion	150
4.1	Inzidenz von Kindeswohlgefährdung im Vergleich	150
4.2	Art der Kindeswohlgefährdung	151
4.3	Aufklärungsquote bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	154
4.4	Kombinationen von Kindeswohlgefährdung	155
4.5	Demographische und soziokulturelle Aspekte	157
4.6	Wiederholte Gefährdung des Kindeswohles	164
4.7	Formen der Kontaktaufnahme mit der Kinderschutzgruppe	165
4.8	Symptomatik und Diagnostik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	168
4.9	Involvierung der Polizei bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	177
4.10	Täterprofil bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	178
4.11	Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	181
4.12	Pfadevaluation	183
4.13	Vergleich mit der Situation im Ausland	186
4.14	Schlussfolgerung	187
5.	Zusammenfassung	189
6.	Anhang	192
7.	Literaturverzeichnis	196
8.	Danksagung	211

Abkürzungsverzeichnis

AG-KiM	Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin
BKA	Bundeskriminalamt
CPR	Cardiopulmonale Reanimation
CPP	Child Protection Plan
CT	Computertomographie
DES	Drogenentzugssyndrom
HR	Hochrechnung
JA	Jugendamt
KiGa	Kindergarten
KSB	Kinderschutzbogen
KWG	Kindeswohlgefährdung
MB	Missbrauch
MbpS	Münchhausen by proxy Syndrom
MH	Misshandlung
MHosp	St.-Marien-Hospital
MRT	Magnetresonanztomographie
MS	Münchhausen Syndrom
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
SpuSi	Spurensicherung
UKB	Universitätsklinikum Bonn
UKK	Universitätskinderklinikum
V	Vernachlässigung

1. Einleitung

In den letzten Jahren ist die Problematik der Kindeswohlgefährdung (KWG) stark in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Die Medien berichten vermehrt von tragischen und schockierenden Fällen von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung, die in der Bevölkerung die Diskussion über dieses Thema intensivieren und den Wunsch nach Lösungsvorschlägen hervorrufen. KWG hat viele Facetten, die es zunächst zu erkennen und im Anschluss zu entschärfen gilt.

Zu einer Kindeswohlgefährdung zählen die körperliche Misshandlung, ebenso wie die seelisch-emotionale Misshandlung, der sexuelle Missbrauch, die Vernachlässigung aber auch das Münchhausen by proxy Syndrom. Häufig liegen auch Kombinationen oder Mischbilder von KWG vor, die eine eindeutige Klassifizierung schwierig machen (Maywald, 2013). Das neue Problembewusstsein beseitigt allerdings nicht die allgemeine Unsicherheit, die mit diesem Thema einhergeht. Wo zieht man die Grenze? Was ist noch normal? Was unrecht?

Aus diesem Grund beschäftigen sich in vielen Nationen speziell hierfür eingerichtete Kinderschutzgruppen (KSG) intensiv mit dieser Thematik. Das gemeinsame Ziel von Kinderschutzgruppen und Politik ist, ein standardisiertes, wissenschaftliches Vorgehen bei Verdacht auf KWG zu etablieren, damit vergleichbare und sichere Referenzen vorliegen, um den Umgang mit diesem Thema übersichtlicher zu gestalten, nichts zu übersehen und schnell zu einem Expertenergebnis zum Wohl des Kindes zu kommen (Alberth und Eisentraut, 2011). Idealerweise sollen so individuelle Risikoprofile und zuverlässige Prognosefaktoren für eine wiederholte KWG erkannt werden, um eine möglichst präventive Herangehensweise zu ermöglichen. Voraussetzung für eine gute Kinderschutzarbeit ist auch eine möglichst enge, professionelle und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit zwischen allen mit Kindern arbeitenden Institutionen. So gibt es zum Beispiel Kooperationsverträge zwischen zum einen der Gesundheitshilfe, also medizinischem Personal in Praxen, Krankenhäusern aber auch Gesundheitsämtern und zum anderen der Jugendhilfe, also Jugendämtern, um die jeweilige Arbeit und Expertise zum Wohl des Kindes optimal zu vernetzen und so Informationsverlusten vorzubeugen (Herrmann et al., 2013; Verocai et al., 2013).

1.1 Aktuelle Situation der Kindeswohlgefährdung in Deutschland

In Deutschland leben etwa 13 Millionen minderjährige Kinder, die rein hypothetisch gesehen Opfer von KWG werden könnten (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2011).

Eine Aussage zur genauen Prävalenz von KWG ist bis dato allerdings kaum möglich, da es keine gesetzliche Meldepflicht bei einem entsprechenden Verdacht gibt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013).

Der Eindruck, dass Kindeswohlgefährdung kein Einzelfall ist, wird bereits durch die vom Bundeskriminalamt (BKA) oder dem statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten untermauert. So gibt das BKA jährlich die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) heraus, die auf allen polizeilich bekannt gewordenen Straftaten basiert. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 38.500 Kinder (0,3 % der unter 18-Jährigen) durch deutsche Jugendämter in Obhut genommen (Destatis - Statistisches Bundesamt, Zahl der Inobhutnahmen durch Jugendämter weiter gestiegen., 2012). Die in der PKS ebenfalls für das Jahr 2011 veröffentlichten Daten ergeben für den Tatbestand des sexuellen Missbrauchs 12.444 Verdachtsfälle, nach §§ 176 a-b StGB. Ein Misshandlungsverdacht nach § 225 StGB ergab sich bei 3.583 Kindern und eine „Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht“ (im Sinne von Vernachlässigung) nach § 171 StGB in 1.766 Fällen. Daraus ergeben sich 17.798 Fälle von KWG, sprich eine Prävalenz von 0,14 % bei den unter 18-Jährigen. Trotz dieser beachtlichen Zahlen geht man von einer immer noch hohen Dunkelziffer aus (Geerds et al., 2010; Landgraf et al., 2009; Stöver, 2007).

Einen weiteren Eindruck über den tatsächlichen Umfang von KWG liefern die Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Eine 2012 veröffentlichte Statistik gibt Aufschluss über die Anzahl der vorübergehenden Inobhutnahmen durch deutsche Jugendämter. Insgesamt wurden 40.227 Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) 2012 vorläufig Inobhut genommen. In 30.195 Fällen geschah dies aufgrund einer akuten Gefährdung des Kindeswohls. Ursache für die Inobhutnahme war in 4.774 Fällen ein Verdacht auf Vernachlässigung, in 3.769 Fällen ein Verdacht auf Misshandlung und in 635 Fällen ein Verdacht auf Missbrauch. 15.661 Kinder kehrten im Anschluss wieder zu ihren Pflege-/ Sorgeberechtigten zurück. Bei 5.955 Kindern waren keine

anschließenden Hilfen nötig. Beim Großteil der Kinder (18.611) waren weitere Hilfen oder sogar eine Unterbringung in einer Pflegefamilie oder Heimeinrichtung notwendig (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2013).

All diese Angaben beschränken sich auf das sogenannte Hellfeld, also in der PKS registrierte Fälle, und haben somit eine eingeschränkte Aussagekraft. Aus diesem Grund gibt es in Deutschland mittlerweile verschiedene Ansätze, sogenannte Dunkelfeldstudien, die genauere Zahlen liefern sollen. So fließen mittels Repräsentativbefragungen erhobene Daten, die auch strafrechtlich nicht bekannt gewordenen Gefährdungen des Kindeswohles erfassen, in die Auswertungen ein (Bieneck et al., 2011; Pillhofer et al., 2011).

1.2 Entwicklung des deutschen Kinderschutzes

Der Kinderschutz in Deutschland ist ein relativ modernes Anliegen und steckt somit buchstäblich noch in den Kinderschuhen.

Mit dem 2012 verabschiedeten neuen Bundeskinderschutzgesetz wurde auch das politische Interesse an diesem Thema deutlich (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG, 2011). Als wichtigste Neuerung versucht das Gesetz bestehende Lücken im Kinderschutz durch eine engere Vernetzung der beteiligten Institutionen (Kindergärten, Schulen, Ärzte, Gesundheitsämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, Jugendämter und Polizei) und ein früheres Einwirken zu schließen. So ist der Schutzauftrag im § 8a neu konkretisiert worden, was im Einzelnen bedeutet, dass Jugendämter nun zu einem Hausbesuch verpflichtet sind, wenn dies zum Wohl des Kindes als nötig erachtet wird. Ebenfalls soll durch eine bessere Vernetzung der Jugendämter untereinander ein „Jugendamthopping“, wie es in der Vergangenheit möglich war, verhindert werden. Durch Ausweitung des Wirkungskreises auf werdende Eltern, soll eine Möglichkeit geschaffen werden, bereits vor der Geburt des Kindes die nötigen Weichen für ein sicheres Leben zu stellen. Dies soll durch Aus- und Aufbau von Netzwerken wie den „Frühen Hilfen“ und des Einsatzes von Familienhebammen geschehen und ist vor allem als Beratungs- und Hilfsangebot und nicht als rein materielle Unterstützung zu verstehen (§ 16). Weitere Neuerungen liegen in der Sicherung der Hilfecontinuität in der Vollzeitpflege (§ 37) und der

Forderung des erweiterten Führungszeugnisses für Berufsgruppen, die Umgang mit Kindern haben (Erzieher, Lehrer, Jugendeinrichtungen und weitere) und ein Beschäftigungsverbot nach § 72a für einschlägig Vorbestrafte. Als wichtigste Neuerung für die Ärzteschaft als Berufsheimnisträger ist die erstmalige klare Regelung in einem Gesetz im Sinne einer Befugnis zur Informationsweitergabe an das Jugendamt bei begründetem Verdacht auf KWG geregelt. Damit wird eine große Lücke geschlossen, da häufig der Arzt als Berufsheimnisträger als erster eine KWG als solche erkennt und bis dato immer zwischen seiner Schweigepflicht und dem Kindeswohl abwägen musste. Auf diese Weise kann, anders als bei einer gesetzlichen Meldepflicht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewahrt, andererseits aber auch die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013).

1.3 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes und die Bonner Kinderschutzgruppe

Der medizinische Sektor ist neben der Jugendhilfe die tragende Säule in der Kinderschutzarbeit. Dem Pädiater werden durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nahezu alle Kinder im zeitlichen Verlauf vorgestellt, sodass sein erfahrendes Auge als wichtiges Screeninginstrument nicht nur für Krankheit sondern auch in Hinblick auf KWG dient (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011). Der Kinderarzt muss unvoreingenommen aber sensibel sein, um eine mögliche KWG zu erkennen und die nötigen Schritte in Richtung weiterer Aufklärung einzuleiten. Wie wichtig dabei eine enge interdisziplinäre aber auch multiprofessionelle Arbeit ist liegt auf der Hand (Banaschak et al., 2012; Debertain et al., 2007; Eberl et al.; 2010).

Die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes soll beispielhaft durch die Entwicklung der Bonner Kinderschutzgruppe abgebildet werden.

Die Bonner Kinderschutzgruppe ist ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team, das sich 2006 gründete. Beteiligt sind neben den Pädiatern auch die Kinderpsychologie, die Gynäkologie, die Radiologie, die Rechtsmedizin, der Sozialdienst, die Seelsorge sowie die Zahnmedizin. Im Laufe dieser Zusammenarbeit wurde ein

Algorithmus für den Umgang mit Kindeswohlgefährdung im Sinne eines Klinischen Pfades erstellt und seit 2007 gilt diese Handlungsanweisung verpflichtend für das Bonner Universitätsklinikum.

Im Jahr 2009 schlossen sich die Kinderschutzgruppe des Universitätsklinikum Bonn (UKB) und der Arbeitskreis Kinderschutz des St.-Marien-Hospitals Bonn (MHosp) zur Bonner Kinderschutzgruppe zusammen.

Seither findet zweimal pro Monat eine gemeinsame Kinderschutzsitzung statt, bei der interdisziplinär aktuelle Fälle besprochen, gruppeninterne Rückmeldungen erteilt, Aktuelles zum Forschungsstand im Kinderschutz besprochen sowie Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen geplant werden können.

In einem speziell eingerichteten Kinderschutzzimmer, das über ein Kindervideokolposkop und eine kindergynäkologische Untersuchungsliege verfügt, kann bei Missbrauchsverdacht eine adäquate kindergynäkologische Untersuchung durchgeführt werden. Mit der Taskforce gegen Kindesmissbrauch, bestehend aus fünf Kinderärzten oder Kinderchirurgen und sieben Pflegekräften, gibt es ein besonders geschultes Personal für den sensiblen Umgang bei einem Missbrauchsverdacht.

Insgesamt nimmt in Deutschland die Zahl der multiprofessionell organisierten Kinderschutzgruppen zu. So gibt es nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) bereits an 46 Kinderkliniken eigene KSG (Stand September 2012).

1.4 Der deutsche Kinderschutz im internationalen Vergleich

Anders als in Deutschland blicken sowohl Großbritannien als auch die USA auf eine seit langem bestehende wissenschaftliche Auswertung ihrer Kinderschutzarbeit zurück. Ein großer Unterschied in Hinblick auf die Datenlage liegt in der Handhabung der staatlichen Meldepflicht für Verdacht auf KWG. Während in Deutschland auch mit Inkrafttreten des neuen Kinderschutzgesetzes keine gesetzliche Meldepflicht besteht und die Ärzte in erster Linie weiter an ihre Schweigepflicht (§ 203 StGB) gebunden sind, allerdings mit der Befugnis der Informationsweitergabe in einem solchen Verdachtsfall gibt es in den USA und auch in Großbritannien eine allgemeine Meldepflicht (Menzel et al., 2013). In England ist diese ebenso wie in Deutschland nicht

gesetzlich verankert, wird aber in den Leitlinien betont. Gesetzlich vorgeschrieben ist die Meldepflicht in den Vereinigten Staaten von Amerika (Meysen, 2012; NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2010).

In England sind 17,3 % (10,9 Millionen) der Bevölkerung (2011: 62,7 Millionen) unter 14 Jahre alt (Statista GmbH, 2013). Ende 2012 sind 42.850 Kinder (0,4 %) in so genannte „Child Protection Plans“ (CPP) eingebunden worden. Darunter waren 4.690 Fälle mit Misshandlungsverdacht (11,0 %), 2.220 Fälle mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch (5,2 %), 18.220 Fälle mit Verdacht auf Vernachlässigung (42,5 %), seelische Misshandlung wurde 12.330 (28,8 %) mal gezählt und 5.390 Fälle liefen unter dem Begriff „multiple“ (12,6 %) (NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2012).

In den USA sind 2010 24 % (ca. 74,2 Millionen) der Bevölkerung (ca. 308,7 Millionen) jünger als 18 Jahre (Howden und Meyer, 2010). Gemäß der durch das Children's Bureau des U.S. Department of Health & Human Services veröffentlichten Daten für das Jahr 2011 liegt die Zahl der Verdachtsfälle von KWG bei 787.623, das entspricht in etwa 1,1 % der unter 18-Jährigen. Die Schwerpunktverteilung fiel folgendermaßen aus: „Medical Neglect“ (Incompliance der Eltern in medizinischen Angelegenheiten, die das Kind betreffen) lag 15.074 Mal (1,9 %) vor, „Neglect“ (Vernachlässigung) war 531.413 Mal (67,5 %) der Fall, „Physical Abuse“ (Kindesmisshandlung) wurde 118.825 Mal (15,1 %) festgestellt, das Vorkommen von „Psychological Maltreatment“ (emotionale Vernachlässigung oder Misshandlung) wurde 60.839 Mal (7,7 %) gezählt, „Sexual Abuse“ (sexueller Missbrauch) kam 61.472 Mal (7,8 %) vor (Children's Bureau, 2011).

1.5 Formen von Kindeswohlgefährdung

Eine KWG kann sich auf sehr verschiedene Arten äußern. So unterscheidet man nicht nur die einzelnen Misshandlungsformen beziehungsweise die unterschiedlichen Kombinationen daraus, sondern es wird auch hinsichtlich der Ausprägung (leicht oder schwer) sowie bezüglich der Häufigkeit des Auftretens (einzeitig oder mehrzeitig) unterschieden (Navarro-Crummenauer und Heroux, 2012).

Im Folgenden werden die Kriterien von KWG, nach denen in dieser Arbeit bewertet wurde, dargestellt.

Kindesmisshandlung

Unter Misshandlung (MH) versteht man eine nichtakzidentelle körperliche oder seelische Verletzung durch Erziehungsberechtigte oder sonstige Aufsichtspflichtige. Eine Sonderform ist das „Shaken-Baby-Syndrom“, das sogenannte Schütteltrauma der Säuglinge. Eine weitere Form der Misshandlung ist die **seelische Misshandlung**. Diese Form der KWG ist häufig nur schwer abzugrenzen von der emotionalen Vernachlässigung. Sie gestaltet sich eher aktiv und weist häufig eine quälende Absicht auf. Typische Formen sind der Psychoterror, Bedrohung oder Spott aber auch Überfürsorge, Isolation und Ausbeutung (Mertel, 2007).

Kindesmissbrauch

Eine einheitliche Definition von sexuellem Kindesmissbrauch (MB) gibt es nicht (Jungjohann, 1996). Eine mögliche Definition liefert der Unabhängige Beauftragte für Fragen bei Sexuellem Missbrauch des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; 2013): „Unter sexuellem Missbrauch versteht man jede sexuelle Handlung, die durch Erwachsene oder Jugendliche an, mit, oder/ und vor einem Kind vorgenommen wird. Der Täter beziehungsweise die Täterin nutzt die körperliche, psychische, kognitive und sprachliche Unterlegenheit des Kindes aus, um ihre oder seine Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“

Kindesvernachlässigung

Mit dem Begriff Kindesvernachlässigung (V) ist vor allem die körperliche Form der

Vernachlässigung gemeint. Diese bedeutet einen Mangel an Pflege, falsche, einseitige oder zu geringe Mengen an Nahrung, aber auch ein Fehlen von medizinischer Versorgung (De- Panfilis, 2006). Es handelt sich folglich um eine Schädigung durch Unterlassung und kann willkürlich oder aus Unwissen heraus erfolgen. Ursächlich sind meist familiäre Konflikte oder Überforderungssituationen, Arbeitslosigkeit oder Suchterkrankungen der Eltern. Betroffen sind meist Säuglinge oder Kleinkinder (Pueschel, 2004).

Eine weitere Form der Vernachlässigung stellt die **emotionale Vernachlässigung** dar. Hierunter versteht man einen Mangel oder ein ständig wechselndes unstetes Angebot an Zärtlichkeit, Geborgenheit, Körperkontakt und sprachlicher Zuwendung. Und findet sich in allen Schichten der Bevölkerung. Hierunter fällt auch die „Luxusverwahrlosung/ Wohlstandsverwahrlosung“, ein Phänomen, das eine Vernachlässigung des Kindes durch materielle Überversorgung bei gleichzeitigem Mangel an emotionaler Zuwendung oder Fürsorge beschreibt (Mensching, 2001). Ursächlich hierfür kann eine emotionale Überforderung der Eltern sein, aber auch ein zum Beispiel beruflich bedingter Zeitmangel. Materielle Zuwendung gilt als Versuch, den Mangel an emotionaler Fürsorge zu kompensieren und so die Schuldgefühle der Eltern zu minimieren. Weitere Formen dieser Vernachlässigungsart sind mangelndes Interesse und Unterstützung am schulischen Fortschritt, Nachgiebigkeit bei Schulschwänzern, keine Förderung zum Erwerb sozialer Kompetenz und Selbstständigkeit, aber auch das fehlende Setzen von angemessenen Grenzen auch in Hinsicht auf Substanzabusus des Kindes oder Delinquenz (Cantwell, 2002; Dubowitz und Black, 2008; Strassburg et al., 2002).

Münchhausen by proxy Syndrom

Das Münchhausen by proxy Syndrom (MbpS) ist eine Form der Misshandlung. Hierbei täuscht eine Person aus dem engen Umfeld (meist die Mutter) Anzeichen einer Krankheit des Kindes vor oder erzeugt diese sogar aktiv. Mit dem Kind werden wiederholt Ärzte konsultiert und auch nicht vor überflüssiger Diagnostik oder sogar invasiven Eingriffen zurückgeschreckt. Die verantwortliche Person leugnet dabei von den Ursachen der Beschwerden Kenntnis zu haben. Charakteristisch beim MbpS ist, dass sich die Symptome zurückbilden, sobald man Täter und Kind voneinander

trennt. Warnhinweise sind, dass die Diagnose meist deskriptiv bleibt oder der Verdacht auf eine extrem seltene oder atypischen Erkrankung hinweist, die therapieresistent ist, eine Diskrepanz zwischen Anamnese durch die Mutter und klinischen Befunden, die ständige Anwesenheit der Mutter, diese ist häufig medizinisch sehr versiert und entwickelt schnell ein scheinbar vertrauliches Verhältnis zum Klinikpersonal. Bei offensichtlicher Verschlechterung des kindlichen Gesundheitszustandes bleibt die Täterin ungewöhnlich ruhig, teilweise weisen Mutter und Kind auch ähnliche Symptome auf, was auf ein gemeinsames Vorliegen des Münchhausen Syndroms (MS) und MbpS hinweisen kann. Zwischen den Eltern herrscht häufig eine partnerschaftliche Distanz, der Partner ist zumindest nicht aktiv an der Misshandlung beteiligt, bewahrt aber Stillschwiegen (Zylstra et al., 2000). Als Grund, warum Mütter zu Täterinnen werden, kommt der sekundäre Krankheitsgewinn, das Mitleid und die Aufmerksamkeit, die die Mitmenschen der betroffenen Mutter entgegenbringen, in Frage. Häufig fehlt es in der eigenen Familie an Zuneigung und Interesse durch die Eltern, die sich stellvertretend durch Sorge um das Enkelkind konstruieren lassen. Für das Kind ergeben sich neben den direkten körperlichen Schäden durch die Misshandlung und die überflüssige Therapie auch langwierige psychische Folgen durch die erschütterte Beziehung zur Mutter in ihrer Rolle als primäre Bezugsperson und Täterin (Noeker und Keller, 2002).

Sonstige Formen von Kindeswohlgefährdung

Unter „sonstiger“ KWG wurden Fälle aufgeführt, die sich nicht durch die bereits genannten Formen von KWG klassifizieren lassen. Zum Beispiel ein prophylaktisches Eingreifen der Kinderschutzgruppe bei schwierigen sozialen Familienverhältnissen, die Simulation von KWG durch das Kind oder der Versuch der Mutter aus dem Familienunheil und auf Kosten der Kinder zu profitieren.

Eine weitere Form „sonstiger“ KWG stellen **Fälle von Alkoholintoxikationen bei Minderjährigen** dar. Dabei handelt es sich nicht mehr um eine Seltenheit. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat die Zahl der 10- bis 20-Jährigen mit der nach ICD10 kodierten Diagnoseziffer F10.0 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]) von 11.246 (2003) auf 22.674 (2012) zugenommen (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2014). Ein Alkoholkonsum

von Kindern und Jugendlichen kann Ausdruck einer Vernachlässigung sein, bei der die Eltern ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkommen oder dem Alkoholkonsum ihrer Kinder mit Gleichgültigkeit begegnen.

1.6 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Motivation

Das vorrangige Ziel dieser Arbeit ist es, die Implementierung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ und die Evaluation der Fälle 2006 bis 2012, darzustellen. Anhand der Fallzahlen, der klinischen Befunde und der daraus entstandenen Konsequenzen für die Kinder soll über den gewählten Beobachtungszeitraum der als wahrscheinlich geltende Vorteil durch die Arbeit mit dem klinischen Pfad für das Ergebnis des jeweiligen Kinderschutzfalles wissenschaftlich greifbar gemacht werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können als wissenschaftlicher Beitrag zum Bonner Kinderschutz und damit, in Vertretung, auch für die Bundesrepublik Deutschland angesehen werden. Mit den Erkenntnissen dieser Auswertung wird zugleich ein weiterer wichtiger Schritt hin zur Etablierung eines standardisierten, wissenschaftlichen Vorgehens bei Verdacht auf KWG gemacht.

Eingehende Informationen zu dem genauen methodischen Vorgehen und den, den Datensatz begleitenden Informationen, werden im folgenden Kapitel 2 gegeben.

2. Informationen zum Datensatz und der Arbeitsmethodik

In diesem Abschnitt werden eingehende Informationen zu dem Patientenkollektiv, dem verwendeten Datensatz und der Dokumentation der Daten sowie der Arbeitsmethodik gegeben.

2.1 Das Patientenkollektiv

Insgesamt wurden alle greifbaren Fälle der Bonner Kinderschutzgruppe aus dem Zeitraum Januar 2006 bis März 2012 mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in die Studie einbezogen. Dazu gehören auch Fälle noch ungeborener Kinder, die aus einem schwierigen sozialen Umfeld stammten und bei deren Familien der Sozialdienst oder die KSG involviert waren. Diese Gruppe läuft unter dem Tatzeitpunkt „prophylaktisch“.

Das Patientenkollektiv wurde durch ein, von der KSG geführtes Fallregister ermittelt und am Universitätsklinikum Bonn zusätzlich durch Abfrage der krankenhauseigenen Datenbank KAS (Klinisches Arbeitsplatzsystem) mit einer zur Bearbeitung von KSG-Konsilen installierten Verwaltungsoption „Konsil Kinderschutzgruppe“ abgeglichen beziehungsweise erweitert. Am St.-Marien-Hospital Bonn existierte zudem ein Ordner mit allen kindergynäkologischen Untersuchungsbefunden, der ebenfalls zur Ermittlung des Patientenkollektivs beitrug. Hieraus ergaben sich insgesamt 329 Fälle, von denen 185 Fälle dem Bonner Universitätsklinikum und 144 Fälle dem St.-Marien-Hospital Bonn zuzuordnen sind.

Für die Fragestellung nach der Implementierung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ wurden die Fälle der Bonner Kinderschutzgruppe klinikspezifisch in zwei Gruppen unterteilt. So konnte ein gruppeninterner Vergleich gezogen werden zwischen dem sich am Pfad orientierenden Universitätsklinikum und der unabhängig davon gestalteten Aufarbeitung der Kinderschutzfälle im St.-Marien-Hospital Bonn.

Daraus ergab sich folgende Einteilung:

- Gruppe I: Kinderschutzfälle des Universitätsklinikum Bonn → nach Pfad
($N_{UKB} = 185$; 56,2 %)
- Gruppe II: Kinderschutzfälle des St.-Marien-Hospitals Bonn → kein Pfad
($N_{MHOSP} = 144$; 43,8 %).

Der Parameter N ist dabei als registriert KWG-Fall eines Patienten definiert. Die Summe aller Fälle im Fallkollektiv des Universitätsklinikums Bonn sowie des St.-Marien-Hospitals Bonn ist somit: $N = 329$.

2.2 Die Dokumentation der ausgewerteten Daten

An dieser Stelle sollen die grundlegenden Charakteristika zu den berücksichtigten Unterlagen näher beleuchtet werden.

Als Grundlage dieser Arbeit wurde eine erste Datenbank (Datenbank 1) mittels SPSS 19.0 bis 22.0 erstellt, die in digitalisierter Form alle Angaben zu den Kinderschutzfällen des zu bearbeitenden Zeitraumes enthält. Hierfür wurden alle für die Bonner Kinderschutzgruppe relevanten und verfügbaren Unterlagen aus den Jahren Januar 2006 bis März 2012 gesichtet. Die Dokumentation eines Kinderschutzfalles sollte gemäß des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ mittels eines sogenannten Kinderschutzbogens erfolgen. Hier benutzten beide Studienkliniken (Universitätsklinikum Bonn und St.-Marien-Hospital Bonn) jeweils eigens entworfene Exemplare (Kinderschutzbogen UKB und Kinderschutzbogen MHosp).

Zusätzlich zum Handlungsalgorithmus des Bonner Universitätsklinikums fand auch eine Dokumentation in der klassischen Krankenakte statt. Diese Quelle wurde ebenfalls für die Erstellung der Datenbank herangezogen und alle verfügbaren ambulanten und stationären Patientenakten der Universitätskinderklinik ausgewertet. Weitere Datenquellen, die zur Auswertung kamen, waren handschriftliche Notizen, wie Telefonprotokolle, ein gemeinsames Fallregister der Bonner Kinderschutzgruppe sowie das KAS (klinisches Arbeitsplatzsystem des Krankenhausinformationssystem (KIS)) und das Verwaltungsmodul SAP IS-H für Patientenmanagement und Abrech-

nung. Letzteres wurde zur Konkretisierung der Altersangaben der Eltern herangezogen, die sich aus den hinterlegten Informationen zum Hauptversicherungsnehmer erschlossen.

Das St.-Marien-Hospital Bonn arbeitet ausschließlich mit seinem Dokumentationsbogen (Kinderschutzbogen MH) ohne den gesamten klinischen Pfad anzuwenden. Die Patientenakten des St.-Marien-Hospitals Bonn wurden extern archiviert, sodass auf ihre Durchsicht verzichtet werden musste. Für die Datenauswertung des St.-Marien-Hospitals Bonn standen auch das KAS und ein Ordner mit allen kindergynäkologischen Untersuchungsbefunden des Beobachtungszeitraumes zur Verfügung. Bei fehlenden Angaben wurde entweder mit „keine Angabe“ oder „nicht dokumentiert“ kodiert und die Evaluation mit „Aussage nicht möglich“ beschlossen.

Der Klinische Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Version 2.0)

Für ein standardisiertes Vorgehen im klinischen Kinderschutz wurde 2007 der „Klinische Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ verpflichtend am Bonner Universitätsklinikum eingeführt. Der Pfad beschreibt ein optimales Vorgehen zur Aufklärung bei Verdacht auf KWG. Er besteht zunächst aus einem Assessment-Teil, der einschätzt, ob ein derartiger Verdacht vorliegt und so einen Übergang zwischen präklinischem und klinischem Vorgehen bei Verdacht auf KWG darstellt. Nach Durchlaufen dieses Pfadabschnittes entscheidet sich, ob eine KWG ausgeschlossen werden kann oder eine ambulante Weiterbetreuung ausreichend ist und der Pfad somit verlassen werden kann oder ob der Verdacht weiter besteht beziehungsweise sich erhärtet hat und somit eine stationäre Behandlung indiziert ist. Hiermit beginnt dann der stationäre Teil des Pfades. Im Anhang 6.1 befindet sich eine detaillierte schematische Darstellung des angesprochenen Pfades in der 2011 überarbeiteten Version 2.0 (Abb. 37, Abb. 38 und Abb. 39).

Der Kinderschutzbogen

Ein Kinderschutzbogen ist ein Dokumentationsmittel, in dem anamnestische und klinische Befunde, die in Hinblick auf eine mögliche KWG relevant sind, systematisch abgefragt werden, sodass eine mögliche KWG besser abgeschätzt werden kann.

Hierbei kommen folgende Inhalte zum Tragen:

- Angaben zur Untersuchung: Ort, Zeit, Dauer, Arzt und weitere Anwesende (wie zum Beispiel Eltern und/ oder das Jugendamt)
- Angaben zum Patienten: Name, Alter, Geburtsdatum, Wohnort, aktueller Aufenthaltsort, besuchte Einrichtung (wie zum Beispiel Kindergarten, Schule oder Ausbildungsstelle), Kinderarzt
- Gefährdungsanamnese
- Untersuchungsbefund: misshandlungs- (Ganzkörperschema, um Verletzungen genau zu dokumentieren) und missbrauchsspezifisch (vor allem anogenitaler Befund, Skizzierung im entsprechenden Körperschema möglich), psychosozialer Befund
- Angaben zu sozialen/familiären Verhältnissen: Eltern, Beruf der Eltern, Herkunft der Eltern, Auffälligkeiten der Eltern, Anzahl der Geschwister, Gefährdung von Geschwisterkindern, Wohnsituation, Sorgerechtsituation
- Angaben zur Spurensicherung
- Angaben zur Diagnose beziehungsweise Differenzialdiagnose
- Verlaufsdokumentation und Ergebnis

2.3 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Thesis handelt es sich um eine retrospektive, multivariate, bi-zentrische Beobachtungsstudie. Alle greifbaren Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung der Bonner Kinderschutzgruppe innerhalb der Jahre 2006 und März 2012 kamen zur Auswertung. Die Daten wurden hinsichtlich ihrer Dokumentationsqualität, ihres Inhaltes und ihrer Pfadkonformität untersucht. Insbesondere wurde das Augenmerk auf epidemiologische Daten, Verletzungsmuster, Risikokonstellationen, Prodromi von KWG und einen möglichen Vorteil, in Bezug auf ein standardisiertes Vorgehen, gelegt. Hierbei wurde zum einen ein gruppeninterner Vergleich, zwischen dem mit dem Pfad arbeitenden Bonner Universitätsklinikum (Gruppe I) und dem ohne Pfad vorgehenden St.-Marien-Hospital Bonn (Gruppe II) gezogen. Ebenso wurde nach der Art der Kindeswohlgefährdung und den Kombinationen verschiedener Formen von KWG ausgewertet.

Die statistische Analyse erfolgte mit der Datenverarbeitungs- und Statistiksoftware

SPSS (Version 19.0 bis 22.0) für Mac OS. Es wurde zunächst eine digitale Datenbank über 329 Patienten mit insgesamt 508 Variablen über grob zusammengefasst etwa 41 Untersuchungskriterien angelegt (Datenbank 1).

In einer zweiten SPSS-Datenbank (Datenbank 2) wurden die Ergebnisse aus der ersten Datenbank so übertragen, dass sie nicht fallbezogen, sondern hinsichtlich der Art der KWG ausgewertet werden konnten. Auf diese Weise konnten auch Kombinationen verschiedener Misshandlungsformen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sind vor allem rein deskriptiv als Häufigkeiten, in Prozent oder als Mittelwert angegeben worden. Zusätzlich wurde mittels des exakten Testes nach Fisher oder einem T-Test für unabhängige Stichproben beziehungsweise einer ANOVA-Analyse die Signifikanz ausgewählter Kriterien bestimmt.

3. Ergebnisse

Grundlegende Informationen zu den Ergebnissen

Wenn sich in den Ergebnissen auf das Jahr 2012 bezogen wird, ist stets zu berücksichtigen, dass nur die ersten drei Monate zur Auswertung herangezogen werden konnten und zur Abbildung des Gesamtjahres in ausgewählten Fällen eine Hochrechnung (HR) erfolgte. Unter „sonstiger“ KWG werden Umstände zusammengefasst wie:

- Alkoholintoxikation Minderjähriger
- minderjährige Schwangere
- Mobbingopfer in der Schule
- fehlender Impfschutz
- kariöse Zähne
- schwierige familiäre Situation beziehungsweise als Hilfestellung für die Eltern
- Profitgedanke eines Elternteils auf Kosten des Kindes
- Simulation von KWG
- Suizidversuch
- Adoptionsunklarheiten.

3.1 Grundlegende Fakten zum Datensatz

Der folgende Abschnitt soll zunächst einen Überblick über die zur Auswertung herangezogenen Fälle von Kindeswohlgefährdung verschaffen.

Blick auf die gesamten registrierten Fallzahlen von KWG

Die Tabelle 1 gibt die Fallzahlen von Verdacht auf KWG über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 wieder.

Tab. 1: Tabellarische Darstellung der Fallzahlen von Kindeswohlgefährdung im zeitlichen Verlauf (Januar 2006 bis März 2012) am Universitätsklinikum Bonn und St.-Marien-Hospital Bonn. $N = 329$.

Jahr	Universitätsklinikum Bonn	St.-Marien-Hospital Bonn	N
k.A.	-	1	1
2006	-	14	14
2007	2	11	13
2008	25	13	38
2009	39	19	58
2010	34	62	96
2011	65	23	88
2012/3	20	1	21
ΣN	185	143	329

Ab 2006 zeigt sich eine deutliche Zunahme der Fallzahlen bei KWG. So verzeichnet das Universitätsklinikum Bonn im Jahr 2006 noch keinen Fall von KWG und das St.-Marien-Hospital Bonn insgesamt 14 Fälle. Während 2011 insgesamt 88 Kinderschutzfälle in den beiden Kliniken behandelt wurden. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Fallaufkommen von etwa vier Fällen pro Monat bezogen auf den gesamten Beobachtungszeitraum zwischen Januar 2006 und März 2012, bei insgesamt 329 verzeichneten Fällen ($N = 329$ verteilt auf 75 Monate). Bezieht man sich hier nur auf die fallstarken Jahre 2010 bis 2012, wurden sogar sieben bis acht Fälle pro Monat detektiert. Bei einem Kinderschutzfall fehlte die Angabe zum Falljahr. Von den insgesamt 329 Fällen, die zur Studie beigetragen haben, stammen 144 Fälle von dem St.-Marien-Hospital Bonn (43,8 %) und 185 Fälle von dem Universitätsklinikum Bonn (56,2 %).

Die Kinderschutzfälle lassen sich auf zwei Arten darstellen:

- I) Bezogen auf den Patienten, also auf den einzelnen Kinderschutzfall (N)
- II) Bezogen auf die einzelnen Misshandlungsformen, also die jeweilige Art der KWG, um auch mögliche Kombinationen von KWG zu berücksichtigen (K).

zu I) Patientenbezogene Aufschlüsselung nach Art der KWG unter Berücksichtigung von Kombinationen von KWG

Bezieht man sich auf die einzelnen Formen von KWG (Tab. 2) aller Kinderschutzfälle ($N = 326$), wird deutlich, dass vor allem ein Verdacht auf Misshandlung mit anderen Formen von KWG einherging.

Tab. 2: Tabellarische Darstellung der Art der KWG - patientenbezogen und unter Berücksichtigung von KWG- Kombinationen. $N = 326$.

KWG	Anzahl	Anteil [%]
MB	103	31,6
MH	88	27,0
V	74	22,7
MH & V	25	7,7
MH & MB	13	4,0
sonstige	8	2,5
MB & V	6	1,8
MH & Sonstige	4	1,2
V & Sonstige	3	0,9
MH & MB & V	1	0,3
MbpS	1	0,3
ΣN	326	100,0

Insgesamt kam es in 15,9 % der Fälle zu Mischformen an KWG. Am häufigsten war mit 7,7 % das gemeinsame Auftreten der Verdachtsmomente Misshandlung und Vernachlässigung. Mit 4,0 % folgt an zweiter Stelle die Kombination, bei der zusätzlich zum Misshandlungsverdacht ein Missbrauchsverdacht bestand. Die Kategorie „sonstige“ in Kombination mit Misshandlungen schlägt sich mit 1,2 % in den Daten nieder. Für Kombinationen in Verbindungen mit Misshandlungen existiert in einem Fall (0,3 %) eine dreifache Kombination aus Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung.

Der Verdacht auf Vernachlässigung kam in 10,7 % der Fälle kombiniert mit anderen Formen von KWG vor. Hier kam es vor allem zur Kombination mit Kindesmisshandlung (7,7 %), gefolgt von Missbrauch (1,8 %), „sonstigen“ KWG- Verdachtsmomenten

(0,9 %) und einmal gemeinsam mit dem Verdacht auf Missbrauch und Misshandlung (0,3 %). Missbrauchsverdacht bestand bei 6,1 % der Kinder gemeinsam mit weiteren Gefährdungsformen des Kindeswohles. Er trat vor allem gemeinsam mit Verdacht auf Misshandlung auf (4,0 %), aber auch gemeinsam mit dem Verdacht auf Vernachlässigung (1,8 %) oder in der bereits beschriebenen dreifachen Kombination (0,3 %) von KWG (Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung).

Zu gleichzeitigem Vorliegen „sonstiger“ KWG mit Verdachtsmomenten anderer Formen von KWG kam es in 2,1 % der Fälle.

zu II) Häufigkeit der Misshandlungsformen

Im Beobachtungszeitraum wurden aus den 329 Fällen von KWG die einzelnen Misshandlungsformen zu einer Gesamthäufigkeit von $K = 381$ aufsummiert. Grundlage hierfür ist das kombinierte Vorkommen verschiedener Misshandlungsarten bei einigen Kindern, diese wurden in der Häufigkeitsverteilung berücksichtigt. Da die Angabe des Falljahres im Datensatz einmalig nicht dokumentiert war und in zwei Fällen die Art der KWG unbekannt blieb, wird sich im Folgenden auf eine Häufigkeit von 378 Misshandlungsformen ($K = 378$) bezogen.

Von den klassifizierten Formen der KWG mit einer Häufigkeit von 378 wurde 128 Mal der Verdacht auf Misshandlung (33,8 %), 124 Mal der Verdacht auf Missbrauch (32,8 %) und 109 Mal der Verdacht auf Vernachlässigung (28,8 %) registriert. Mit Verdacht auf MbpS wurde ein Kind (0,3 %) behandelt und insgesamt 16 Fälle fielen unter den Tatbestand „sonstige“ KWG (4,2 %) (Tab. 3).

Tab. 3: Tabellarische Darstellung der Häufigkeitsverteilung nach Art der Kindeswohlgefährdung über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 sowie das Gesamtjahr 2012 als Hochrechnung. ($K = 378$ (unberücksichtigt der HR)).

Art der KWG	Falljahr							$K_{absolut}$	2012/12	K_{HR}
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/3			
MH	4	4	19	22	26	40	13	128	52	167
MB	9	8	16	24	39	21	7	124	28	145
V	3	1	8	19	34	39	5	109	20	124
MbpS	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1
Sonstige	-	-	1	3	6	5	1	16	4	19
$K_{absolut}$	16	13	44	68	105	106	26	378		
K_{HR}									104	456

In der Gesamtheit der Misshandlungsformen ($K = 378$) bestand im Erfassungszeitraum am häufigsten ein Misshandlungsverdacht ($K = 128$), gefolgt von Verdacht auf Missbrauch ($K = 124$) und Vernachlässigung ($K = 109$) (Abb. 1).

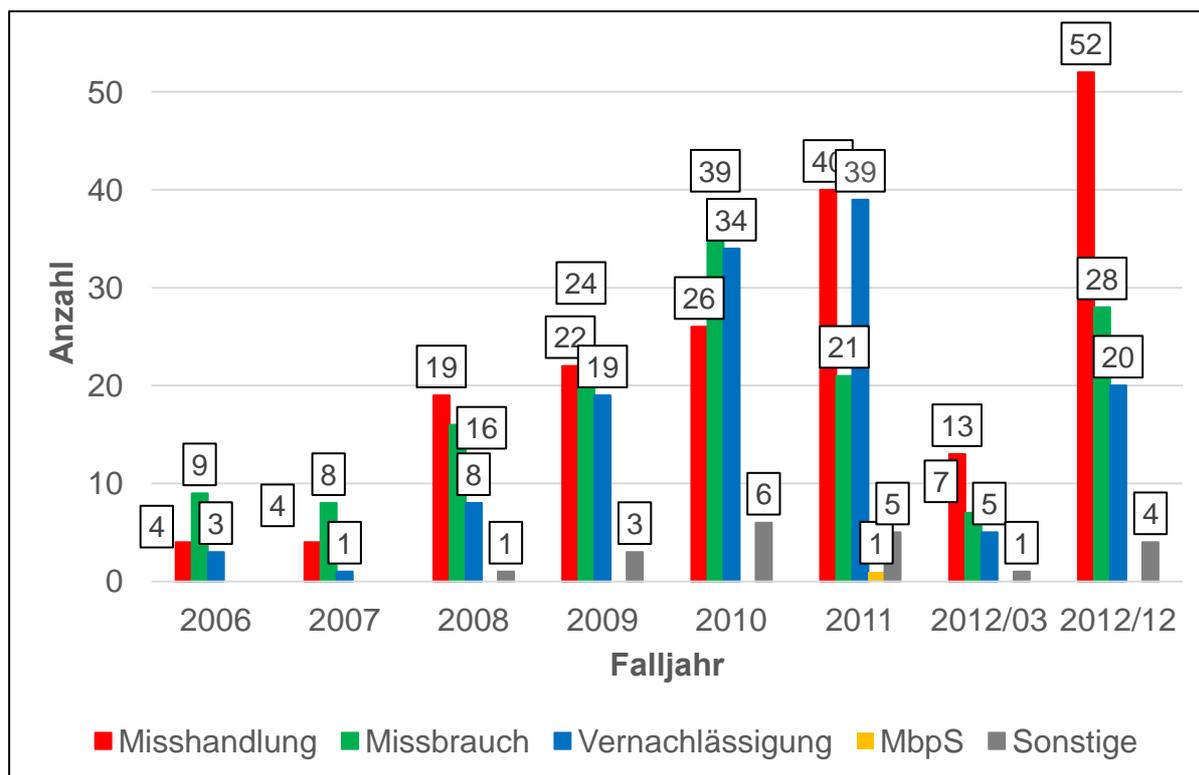


Abb. 1: Graphische Auswertung der Häufigkeitsverteilung nach Art der Kindeswohlgefährdung über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 sowie das Gesamtjahr 2012 als Hochrechnung. ($K = 378$ (unberücksichtigt der HR)).

Für den verkürzten Beobachtungszeitraum im Jahr 2012 ist es für die Beurteilung des Gesamtverlaufes sinnvoll, die Daten zu extrapolieren, um sie in den Trend des Beobachtungszeitraums einzubeziehen. Eine grobe Hochrechnung mit dem Faktor vier fügt sich jedoch sehr gut in den sich abzeichnenden, ansteigenden Trend ein.

3.2 Entwicklung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Das Ergebnis jedes Kinderschutzfalles wurde kategorisiert nach „sicher bestätigt“, „Verdacht bleibt bestehen“ und „wird ausgeschlossen“. Über den Beobachtungszeitraum wurde eine deutliche Zunahme der Aufklärungsquote verzeichnet (Abb. 2 und Tab. 4). Die Aufklärungsquote definiert sich hierbei als Summe aus den Ergebnissen „sicher bestätigt“ und „wird ausgeschlossen“.

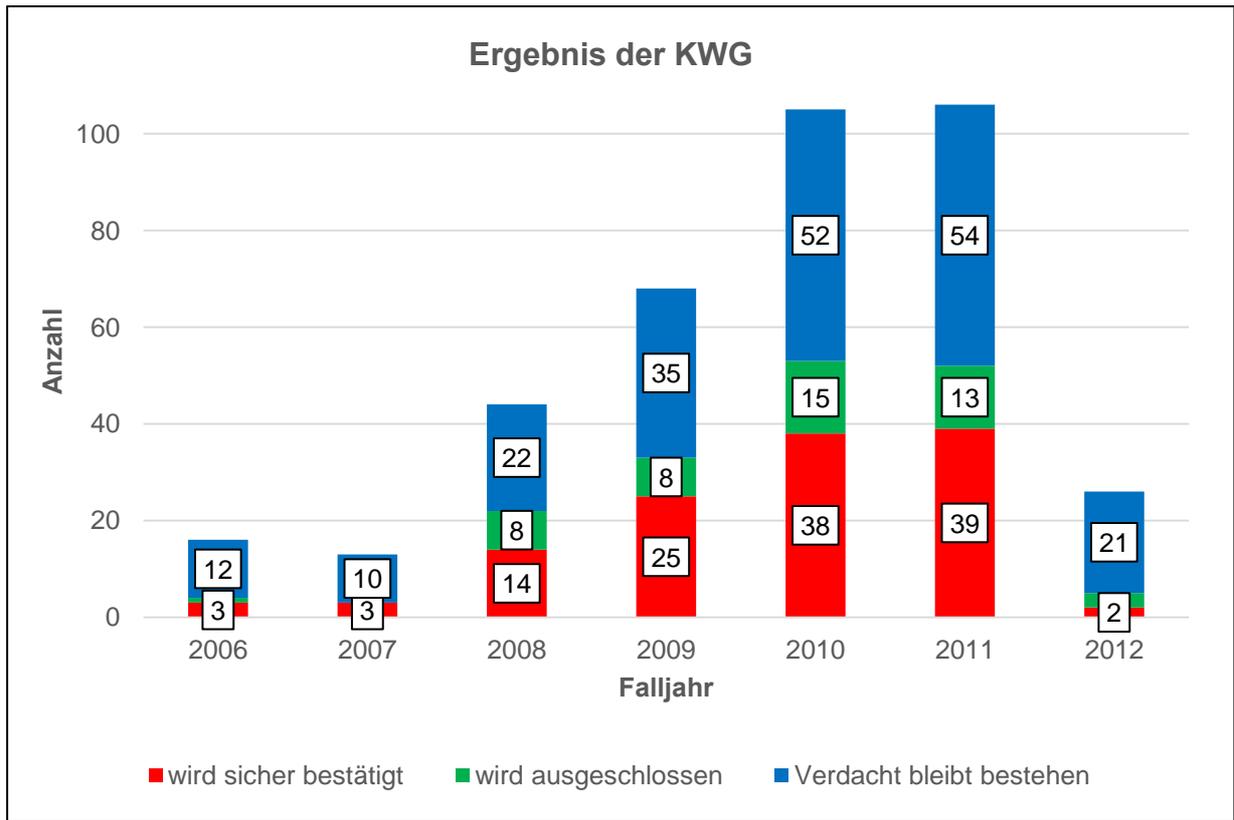


Abb. 2: Graphische Darstellung der Aufklärungsquote anhand der kategorisierten Ergebnisse über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. $K = 378$.

Tab. 4: Tabellarische Auflistung der kategorisierten Ergebnisse über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. $K = 378$.

Ergebnis	Falljahr							K
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
sicher bestätigt	3	3	14	25	38	39	2	124
Verdacht bleibt bestehen	12	10	22	35	52	54	21	206
wird ausgeschlossen	1	-	8	8	15	13	3	48
ΣK	16	13	44	68	105	106	26	378

Die Aufklärungsquote verdoppelte sich im Verlauf des Beobachtungszeitraumes. Lag

sie in den Anfangsjahren 2006 und 2007 bei durchschnittlich 24,1 %, befand sie sich in den Jahren 2008 bis 2011 bei 49,5 %. Zu einem Rückgang der gesicherten Ergebnisse auf 19,2 % kam es 2012, wobei in diesem Falljahr nur die Monate Januar bis März berücksichtigt wurden (Tab. 4) und zum Teil das endgültige Ergebnis zum Erhebungszeitpunkt noch nicht vorlag. In insgesamt 32,8 % bestätigte sich die Verdachtsdiagnose, während sie in 12,7 % ausgeschlossen werden konnte und in 54,5 % unsicher blieb.

In den folgenden Abbildungen 3, 4 und 5 wird die Aufklärungsquote der drei Hauptmisshandlungsformen separat für die jeweilige Art der KWG graphisch dargestellt.

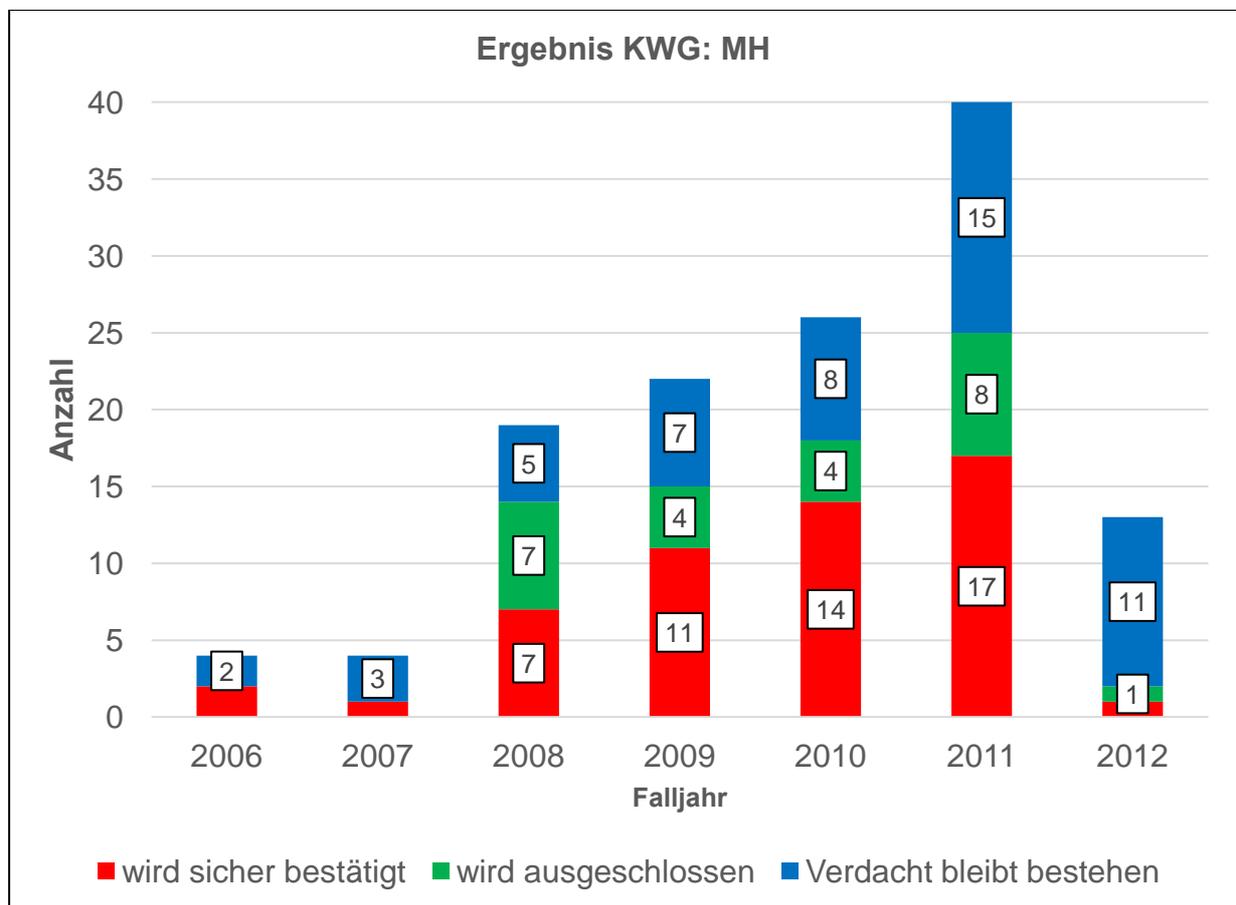


Abb. 3: Graphische Darstellung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Misshandlung über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. $K_{MH} = 128$.

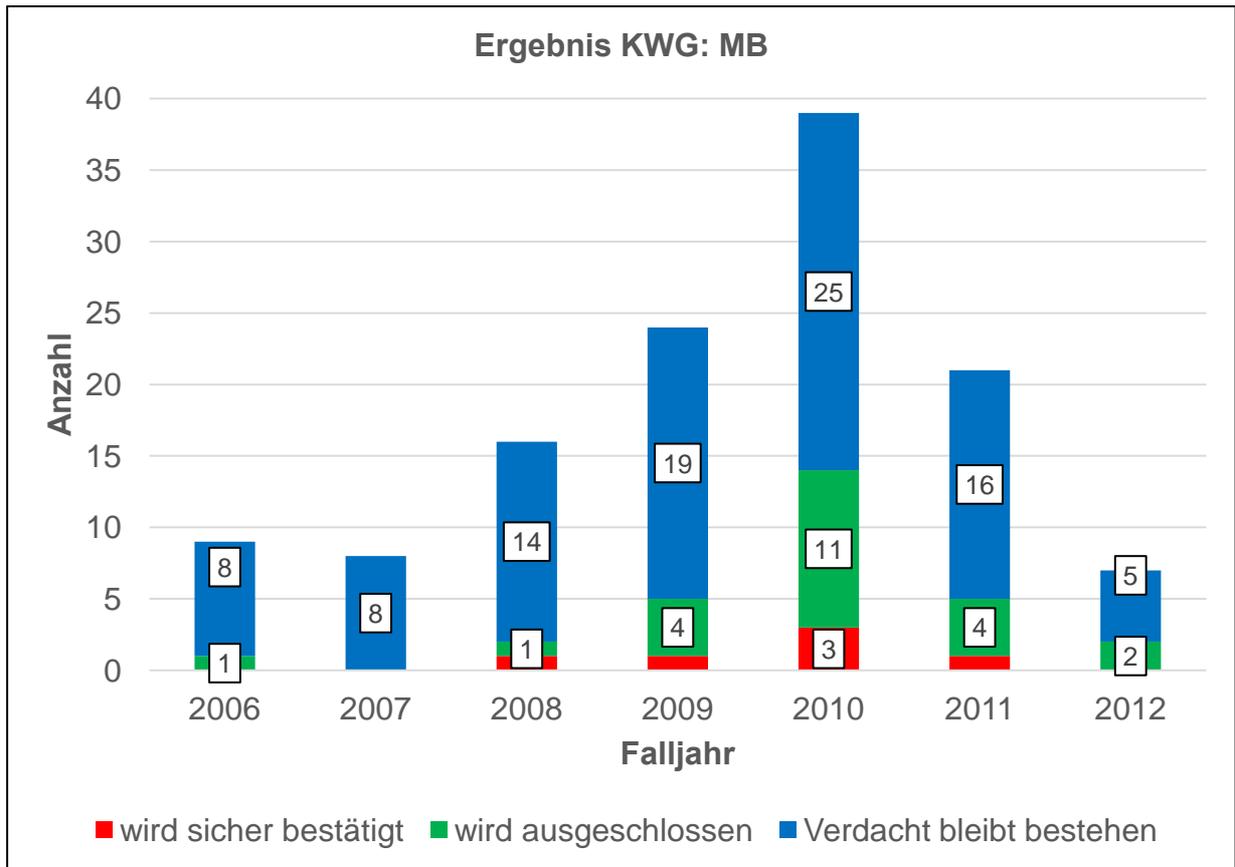


Abb. 4: Graphische Darstellung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Missbrauch über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. $K_{MB} = 124$.

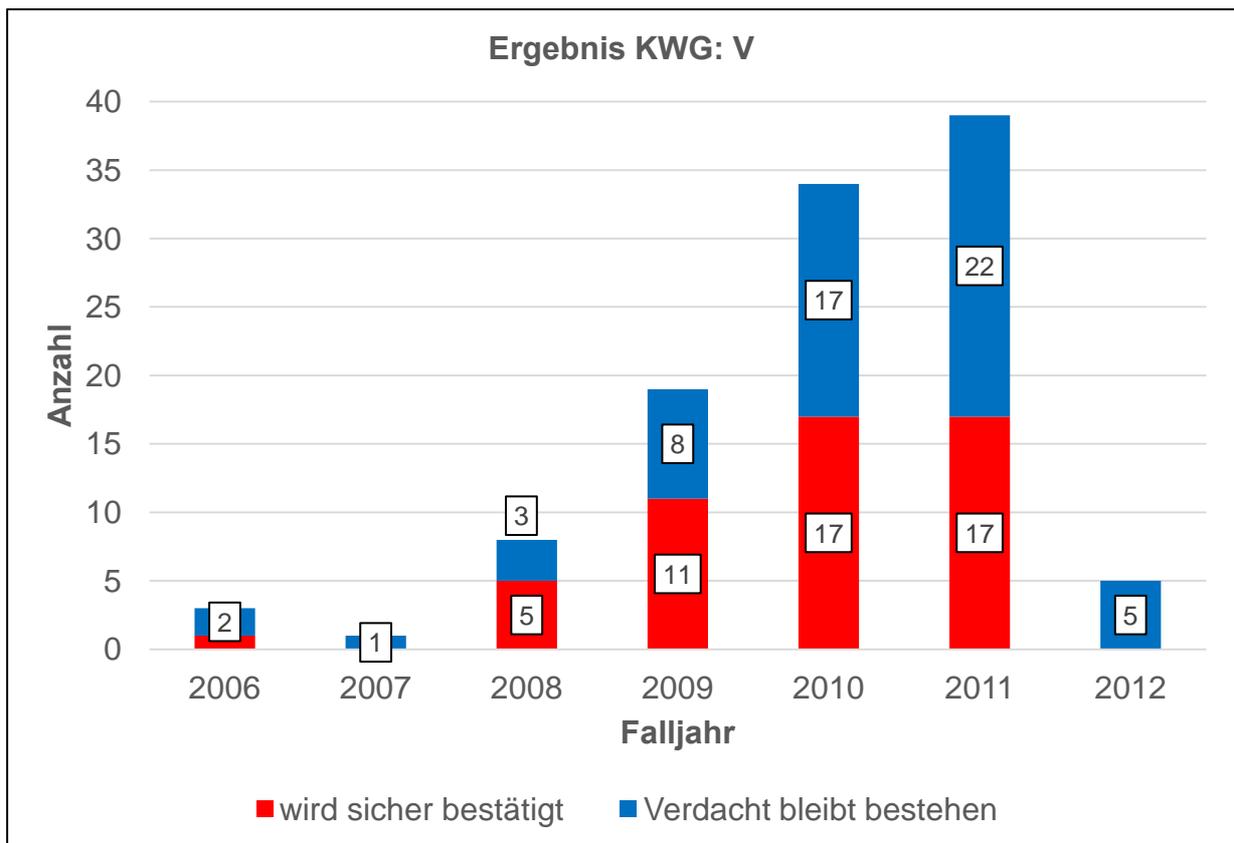


Abb. 5: Graphische Darstellung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Vernachlässigung über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. $K_V = 109$.

Die höchste Aufklärungsquote, also die Zahl sicher bestätigter oder sicher abgeschlossener Verdachtsfälle von KWG, fand sich im Fall von „sonstiger“ KWG (81,3 %) (in Abbildung 3 bis 5 nicht berücksichtigt), gefolgt von Misshandlung (61,7 %) und Vernachlässigung (46,8 %). Bei Missbrauchsverdacht ($K_{MB} = 124$) lag die Aufklärungsquote bei 23,4 %, die Zahl der gesicherten Diagnosen bei durchschnittlich 4,8 % und in 18,5 % bestätigte sich der Verdacht nicht. In 76,6 % der Fälle blieb der Verdacht auf sexuellen Missbrauch weiterhin bestehen. Über den Beobachtungszeitraum zeichnete sich auch hier eine Zunahme der Aufklärungsquote ab. Bei Verdacht auf Vernachlässigung nahm die Aufklärungsquote etwas ab. Die Aufklärungsquote bei Verdacht auf MbpS lag bei 0,0 % (in Abbildung 3 nicht berücksichtigt), wobei über den Beobachtungszeitraum nur ein Verdachtsfall auffiel.

Tabelle 5 führt die Entwicklung der Aufklärungsquoten detailliert auf.

Tab. 5: Tabellarische Darstellung der Entwicklung der Aufklärungsquote aufgeschlüsselt nach der Art der KWG sowie einzeln für die jeweilige Studienklinik über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012. K = 378.

Art der KWG		Beobachtungszeitraum: Januar 2006 bis März 2012												AQ [%]				
		2006		2007		2008		2009		2010		2011			2012/3		2006-2012/3	
Ergebnis der Auswertung		UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	UKK	MHosp	
MH	sicher		2		3	5	2	10	1	9	5	12	5	1				
	ausgeschlossen			7				2	2	4		8		1				
	Verdacht bleibt		2		1	4	1	5	2	4	4	10	5	10	1			
	Häufigkeit H		4		4	16	3	17	5	17	9	30	10	12	1			61,7
	Aufklärungsquote [%]		50,0		75,0	75,0	66,7	70,6	60,0	76,5	55,6	66,7	50,0	16,7	0,0			
Aufklärungsquote gesamt [%]		50,0		75,0		73,7		65,2		69,2		62,5		15,4				
MB	sicher			1					1	1	2	1						
	ausgeschlossen		1			1		3	1	4	7	3	1	2				
	Verdacht bleibt		8	1	7	7	7	12	7	4	21	13	3	5				
	Häufigkeit H		9	1	7	9	7	15	9	9	30	17	4	7				23,4
	Aufklärungsquote [%]		11,1	0,0	0,0	22,2	0,0	20,0	22,2	55,6	30	23,5	25,0	28,6				
Aufklärungsquote gesamt [%]		11,1		0,0		12,5		20,8		35,9		23,8		28,6				
V	sicher		1			2	3	5	6	4	13	13	4					
	ausgeschlossen																	
	Verdacht bleibt		2	1		2	1	7	1	5	12	16	6	5				
	Häufigkeit H		3	1		4	4	12	7	9	25	29	10	5				46,8
	Aufklärungsquote [%]		33,3	0,0	0,0	50,0	75,0	41,7	85,7	44,4	52,0	44,8	40,0	0,0				
Aufklärungsquote gesamt [%]		33,3		0,0		62,5		57,9		50,0		43,6		0,0				
Mbps	sicher																	
	ausgeschlossen																	
	Verdacht bleibt											1						
	Häufigkeit H											1						0,0
	Aufklärungsquote [%]											0,0						
Aufklärungsquote gesamt [%]										0,0								
Sonstige	sicher			1				2	2	2	2	3	1	1				
	ausgeschlossen																	
	Verdacht bleibt								1		2							
	Häufigkeit H			1		1		2	1	2	4	3	2	1				81,3
	Aufklärungsquote [%]			100,0		100,0		100,0	0,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Aufklärungsquote gesamt [%]				100,0		100,0		66,7		66,7		100,0		100,0		100,0		

3.3 Zeitpunkt der Kindeswohlgefährdung

In Tabelle 6 wird der Zeitpunkt der Kindeswohlgefährdung unter Berücksichtigung der drei Hauptformen von KWG - Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung - dargestellt. Kombinationen von KWG blieben hier unberücksichtigt.

Die meisten Gefährdungen wurden der Zeitkategorie „rezidivierend/ permanent“ zugeordnet ($N = 123$). Vorwiegend waren hier vernachlässigte Kinder betroffen ($n = 73$; 59,3 %), gefolgt von misshandelten Kindern ($n = 39$; 31,7 %) und Kindern bei denen ein Missbrauchsverdacht bestand ($n = 11$; 8,9 %). Auch in der Gruppe von Kindern, die prophylaktisch durch die Kinderschutzgruppe betreut wurde, überwog der Anteil der Kinder, die vor einer Vernachlässigung geschützt werden sollten ($n = 37$; 84,1 %), gefolgt von Kindern, die vor einer Misshandlung geschützt werden sollten ($n = 7$; 15,9 %). Bei akuten Fällen (< 1 Tag oder < 1 Woche) handelte es sich größtenteils um Misshandlungsverdacht ($\sum n = 52$; durchschnittlich 52 %), gefolgt von Missbrauchsverdacht ($\sum n = 38$; durchschnittlich 38,5 %). Tatzeitpunkte, die länger zurück lagen (< 1 Jahr oder > 1 Jahr), fanden sich überwiegend bei Missbrauch ($\sum n = 28$; durchschnittlich 69,6 %).

Tab. 6: Tabellarische Darstellung des Zeitpunktes der Kindeswohlgefährdung unter Berücksichtigung der drei Hauptformen von Kindeswohlgefährdung. $N = 329$.

Zeitpunkt der KWG	Art der KWG			N
	MH	MB	V	
<1Tag	31	16	6	53
<1 Woche	21	22	4	47
<1 Monat	7	14	3	24
<1 Jahr	5	21	0	26
>1 Jahr	4	7	1	12
rezidivierend/permanent	39	11	73	123
prophylaktisch	7	-	37	44

3.4 Demographische Daten

Geschlechterverteilung der Kinder mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Insgesamt 113 Jungen (34,8 %) und 212 Mädchen (65,2 %) waren betroffen (Abb. 6). Daraus ergibt sich ein Geschlechterverhältnis (Jungen : Mädchen) von grob 1 : 2.

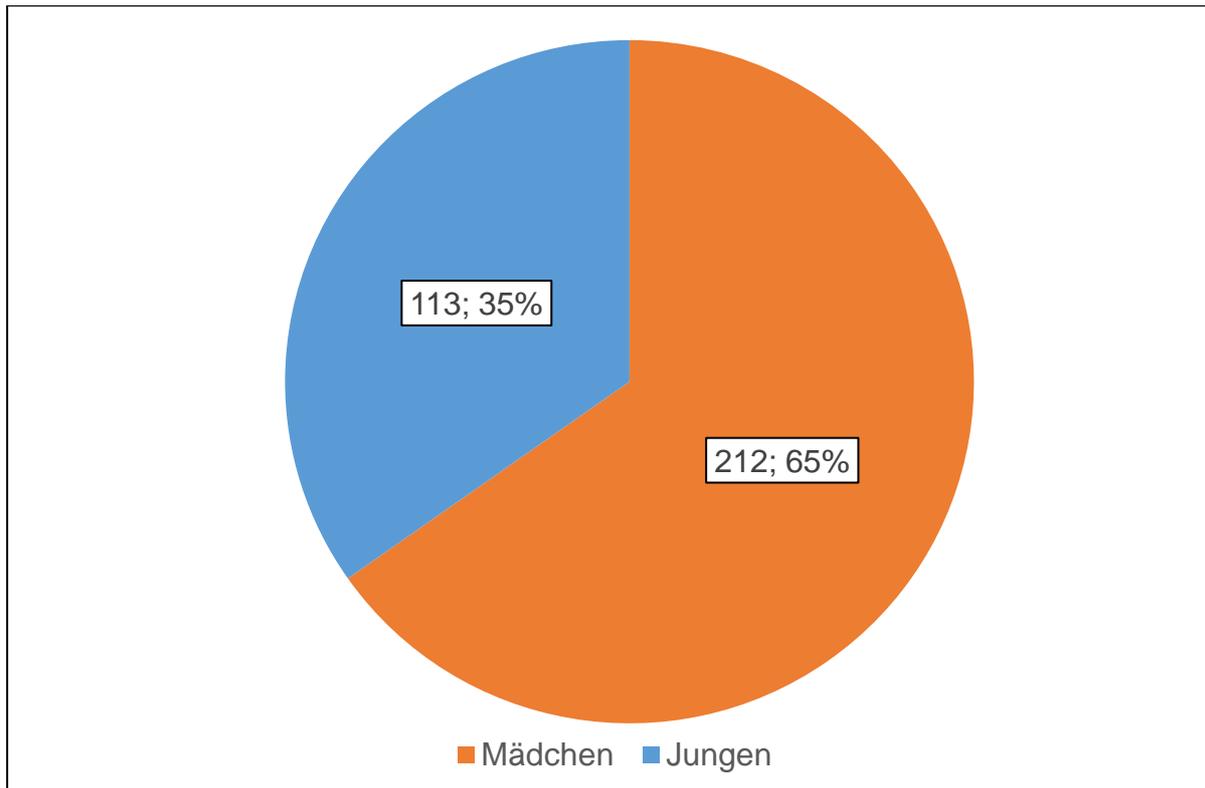


Abb. 6: Graphische Darstellung der Geschlechterverteilung bei Kindern mit Verdacht auf KWG. $N = 325$.

Dieses blieb während des Beobachtungszeitraumes weitestgehend konstant. Einzige Ausnahme stellte das Jahr 2009 mit einem fast ausgewogenen Verhältnis von in etwa 1 : 1 dar (Tab. 7 und Abb. 7).

Tabelle 7 kann als Ergänzung zu Abbildung 6 betrachtet werden, sie löst das Geschlechterverhältnis der Patienten noch einmal hinsichtlich der Falljahre über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 auf.

Tab. 7: Tabellarische Darstellung des Geschlechterverhältnisses aufgeschlüsselt nach den einzelnen Falljahren über den gesamten Beobachtungszeitraum von Januar 2006 bis März 2012. Das Falljahr 0 kennzeichnet einen Fall, bei dem zwar eine Geschlechterangabe vorlag, diese jedoch nicht in Zusammenhang mit einem Falljahr gebracht werden konnte. $N = 325$.

Falljahr	Geschlecht		N
	männlich	weiblich	
0	-	1	1
2006	5	9	14
2007	2	11	13
2008	12	26	38
2009	31	27	58
2010	29	66	95
2011	28	57	85
2012	6	15	21
ΣN	113	212	325

Ebenso wird die Geschlechterverteilung über den Beobachtungszeitraum in Abbildung 5 noch einmal graphisch hervorgehoben. Das Falljahr 0 kennzeichnet einen Fall, bei der zwar eine Geschlechterangabe vorlag, diese jedoch nicht in Zusammenhang mit einem Falljahr gebracht werden konnte.

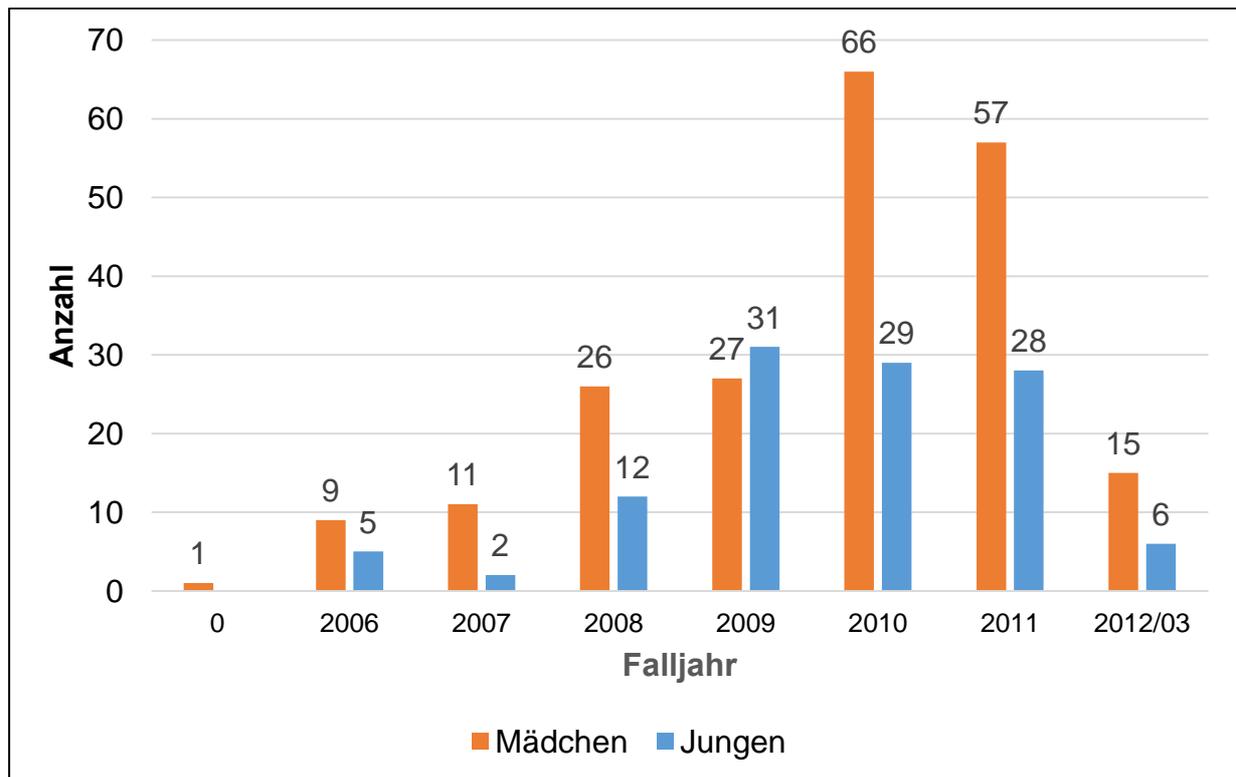


Abb. 7: Graphische Darstellung der Geschlechterverteilung aufgeschlüsselt nach den einzelnen Falljahren über den gesamten Beobachtungszeitraum von Januar 2006 bis März 2012. Das Falljahr 0 kennzeichnet einen Fall, bei dem zwar eine Geschlechterangabe vorlag, diese jedoch nicht in Zusammenhang mit einem Falljahr gebracht werden konnte. $N = 325$.

Bei Betrachtung der einzelnen Misshandlungsformen zeigte sich mit Ausnahme von der Kategorie „sonstige“ ein signifikantes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes unter den betroffenen Kindern (Abb. 6). Im Fall von Missbrauch war diese Feststellung besonders ausgeprägt (106 Mädchen zu 18 Jungen; $p < 0,001$), bei Misshandlung (67 Mädchen zu 59 Jungen; $p < 0,001$) und bei Vernachlässigung (58 Mädchen zu 49 Jungen; $p = 0,004$). Bei „sonstiger“ KWG waren etwas häufiger die Jungen betroffen, wobei die Verteilung nahezu ausgeglichen und damit nicht signifikant war (sieben Mädchen zu neun Jungen; $p = 0,104$). Es wurde ein Mädchen mit Verdacht auf MbpS behandelt.

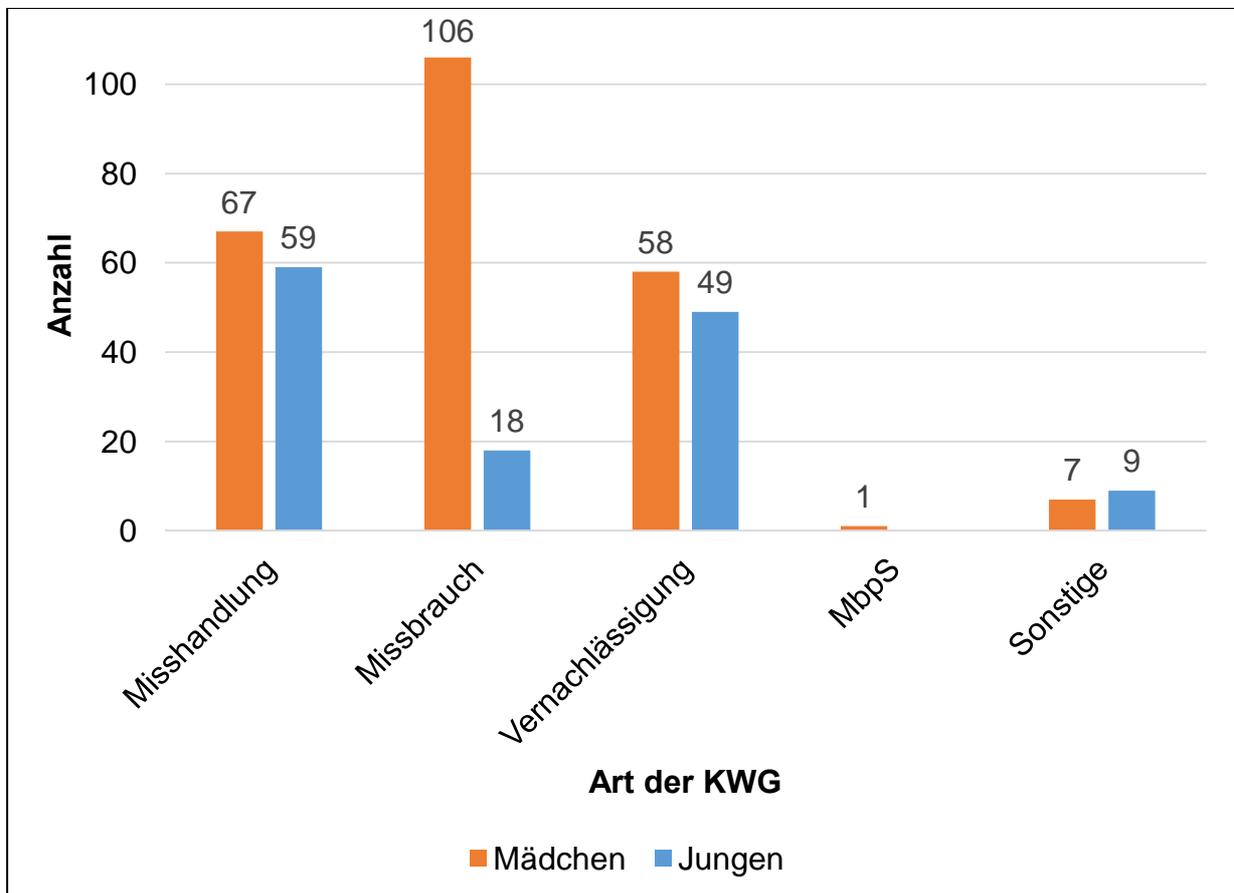


Abb. 8: Graphische Darstellung der Geschlechterverteilung der Kinder mit Verdacht auf KWG aufgeschlüsselt nach der Art der KWG über den Beobachtungszeitraum. $K = 378$.

Altersverteilung der Kinder mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei sechs Jahren mit einer Spannweite

von null bis 21 Jahren, bei einem Median von fünf Jahren. In acht Fällen fehlte eine Altersangabe beziehungsweise eine Berechnung war nicht möglich.

Abbildung 7 stellt die Altersverteilung der Kinder als Balkendiagramm dar. Unter Einjährige waren am häufigsten betroffen, gefolgt von den Einjährigen und Kindern bis zum sechsten Lebensjahr. Ab einem Alter von sieben Jahren bis zum Alter von 16 Jahren war die Anzahl der Patienten mit neun bis zwölf pro Lebensalter in etwa ausgewogen. Den kleinsten Anteil machten Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene zwischen 17 und 21 Jahren aus.

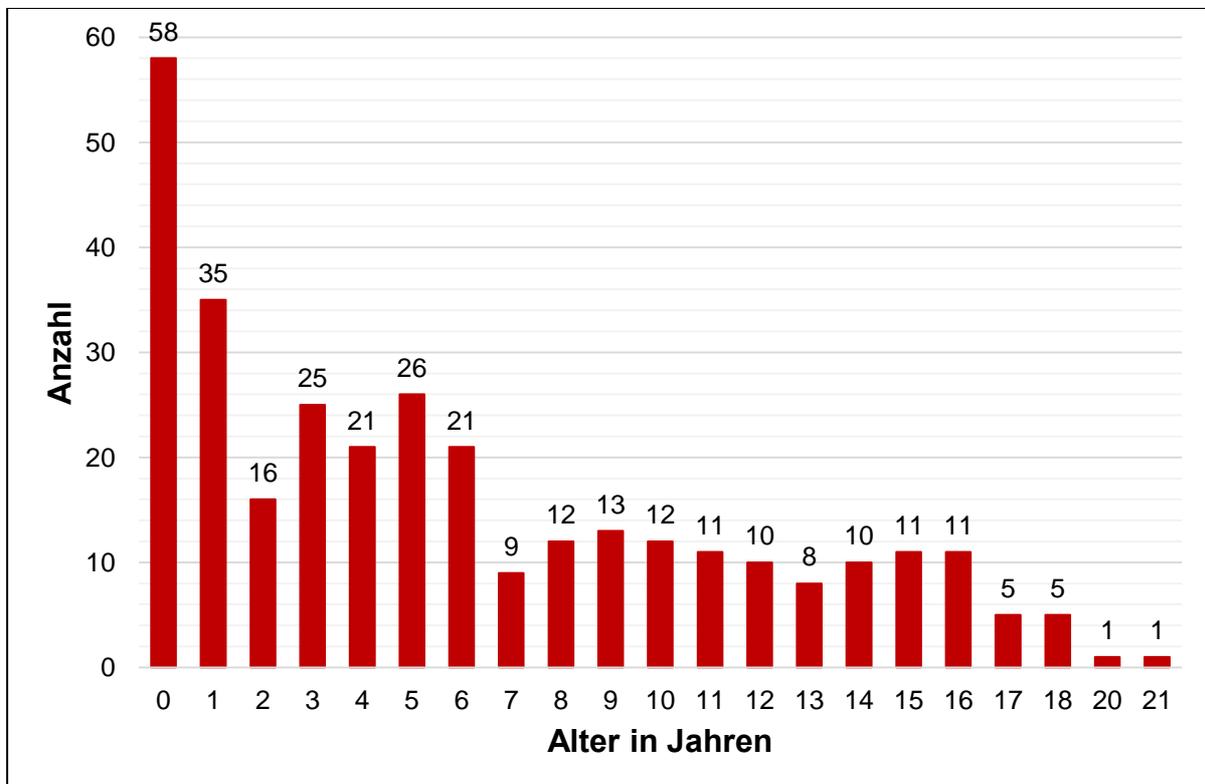


Abb. 7: Graphische Darstellung der Altersverteilung als Balkendiagramm. $N = 321$.

Tabelle 8 gibt unter Berücksichtigung des Geschlechtes Auskunft über die genaue Altersverteilung der betroffenen Kinder. Bei den Kindern zwischen null und einem Jahr fiel eine nahezu gleiche Geschlechterverteilung auf. Auch mit sechs, elf und 13 Jahren waren Jungen und Mädchen fast gleichermaßen betroffen. Ansonsten über-

wogen unter den Betroffenen in allen Altersgruppen deutlich die Mädchen mit einem Verhältnis von Jungen zu Mädchen von grob 1: 2.

Tab. 8: Tabellarische Darstellung der Altersverteilung der Patienten (Spannweite null bis 21 Jahre) aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht. $N = 321$.

Alter in Jahren	Geschlecht		N	Verhältnis (Junge : Mädchen)
	männlich	weiblich		
0	28	30	58	0,9
1	16	19	35	0,8
2	4	12	16	0,3
3	6	19	25	0,3
4	4	17	21	0,2
5	8	18	26	0,4
6	11	10	21	1,1
7	3	6	9	0,5
8	2	10	12	0,2
9	4	9	13	0,4
10	4	8	12	0,5
11	6	5	11	1,2
12	4	6	10	0,7
13	4	4	8	1
14	2	8	10	0,3
15	1	10	11	0,1
16	3	8	11	0,4
17	1	4	5	0,3
18	1	4	5	0,3
20	-	1	1	-
21	-	1	1	-
ΣN	112	210	321	0,5

Betrachtete man die Altersverteilung geschlechtsspezifisch, zeigt sich, dass die Mädchen im Schnitt etwas älter waren als die Jungen. Dies wird in dem Boxplot (Abb. 8) graphisch veranschaulicht. Der Unterschied ist mit $p = 0,046$ signifikant.

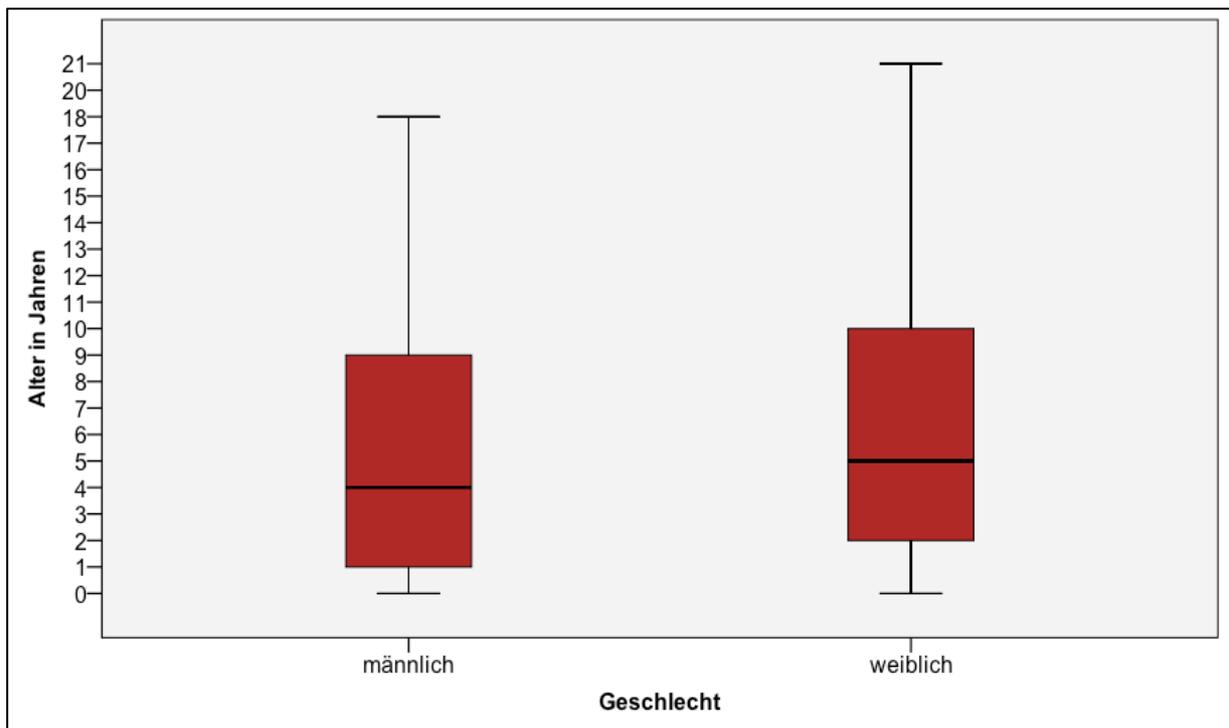


Abb. 8: Graphische Darstellung der Altersverteilung als Boxplot unter Berücksichtigung des Geschlechtes. Dabei kennzeichnet der hier rot eingefärbte Bereich, die sogenannte Box, den Interquartilsabstand, der 50 % der Messwerte und den Median, der als schwarzer Balken hervorgehoben ist, umfasst. Der obere und untere Zaun grenzen den Minimal- beziehungsweise den Maximalwert, bei einer Normalverteilung 75 % der gemessenen Werte, ein und betragen jeweils maximal die 1,5 - fache Interquartilslänge. Werte die darüber liegen, werden als Ausreißer (Kreis) oder Extremwerte (Stern) bezeichnet (nach <http://jumbo.uni-muenster.de/index.php?id=24>). Die betroffenen Mädchen waren signifikant älter als die Jungen ($p = 0,046$). $N = 321$.

Der Altersmedian lag bei den Jungen bei vier und bei den Mädchen bei fünf. Auch die Spannweite der Jahre war bei den Mädchen (null bis 21 Jahre) etwas weiter gefasst als bei den Jungen (null bis 18 Jahre).

Bei fast allen Formen von KWG, mit Ausnahme von Missbrauch und „sonstiger“ KWG, lag die Hauptbelastung vor allem bei den jüngeren Kindern (Abb. 9).

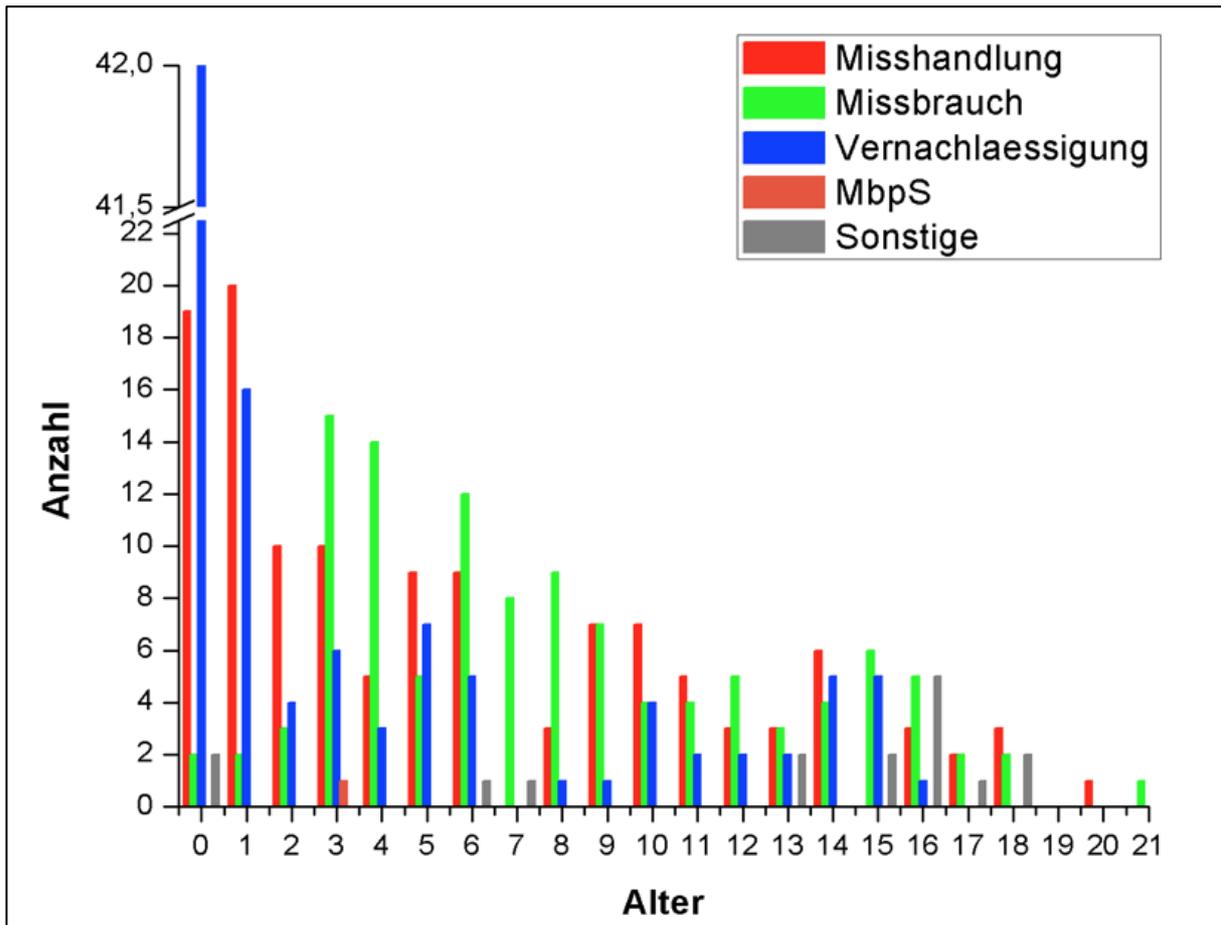


Abb. 9: Graphische Darstellung der Altersverteilung bezogen auf die Art der KWG. $K = 371$.

Es zeigte sich eine stetige, deutliche Abnahme der Häufigkeit des Auftretens von KWG mit Zunahme des Lebensalters. Außerdem ließen sich bestimmten Altersgruppen typische Formen von KWG zuordnen. Im Fall von Vernachlässigung fiel auf, dass diese Art von KWG vor allem bei Kindern um das erste Lebensjahr herum auftrat. Die Missbrauchswahrscheinlichkeit nahm mit steigendem Alter zu, vor allem ab dem dritten Lebensjahr bis zum achten Lebensjahr, mit einem zweiten leichteren Peak während der Pubertät (zwölf bis 15 Jahre). Bei Misshandlung zeichnete sich ein weniger vom Alter abhängiges Auftreten ab. Zwar war auch hier der Trend umgekehrt proportional zum Alter allerdings weniger stark ausgeprägt als im Fall von Vernachlässigung und ohne die beim Missbrauch gezeigte Doppelgipfeligkeit der Auftretenshäufigkeit. Ein MbpS ergab sich einmal bei einem dreijährigen Kind. Ein

Verdacht auf „sonstige“ KWG wurde vor allem bei Jugendlichen registriert.

Der Altersdurchschnitt zwischen den einzelnen Formen von KWG unterscheidet sich nach einer einfaktoriellen ANOVA-Analyse signifikant $p < 0,001$. Das mittlere Alter bei Misshandlung lag bei 5,73 Jahren, bei Missbrauch bei 7,7 Jahren, bei Vernachlässigung bei 3,86 Jahren, bei MbpS bei 3 Jahren und bei „sonstiger“ KWG bei 12,63 Jahren.

Auch in dem folgenden Boxplot (Abb. 10) ist die Altersverteilung innerhalb der einzelnen Formen von KWG deutlich zu erkennen. Zusätzlich wurde hier zwischen den Geschlechtern differenziert.

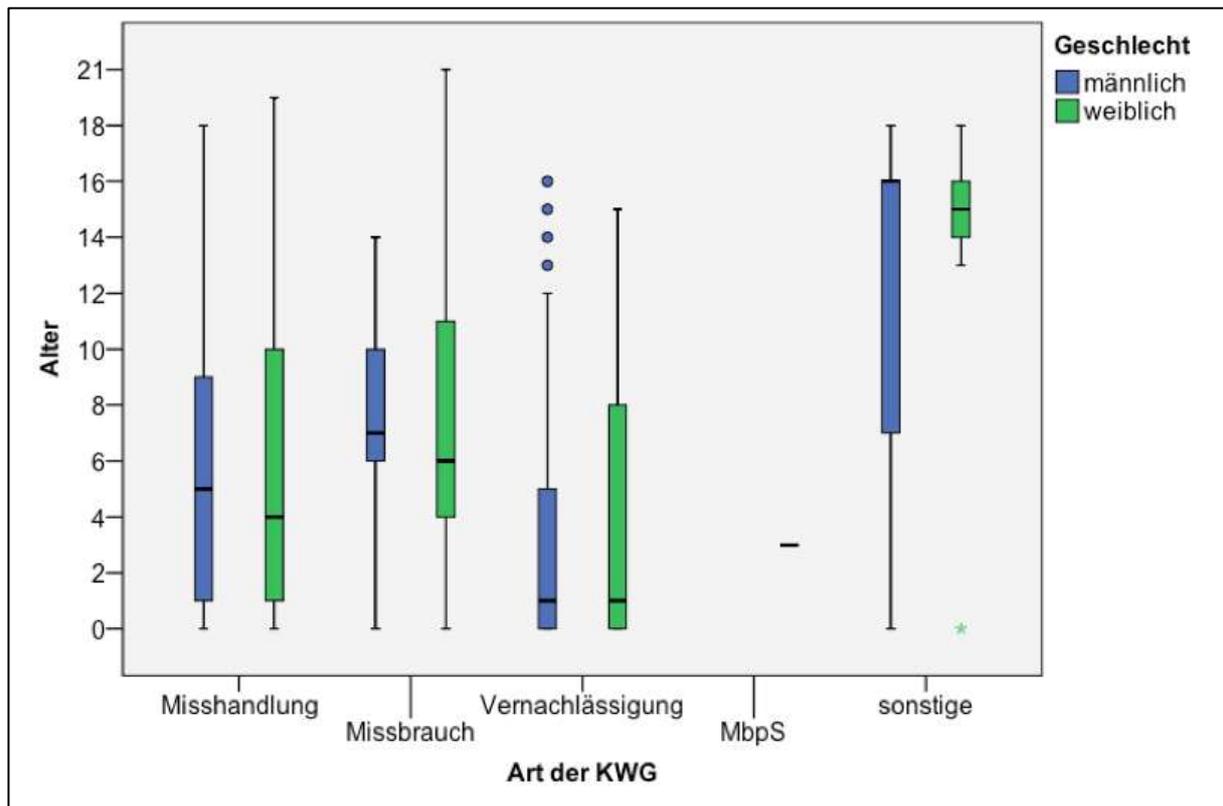


Abb. 10: Boxplot-Darstellung der Alters- und Geschlechterverteilung bezogen auf die Art der KWG. $K = 371$.

Art der Kindeswohlgefährdung

Insgesamt waren vor allem Kinder unter zehn Lebensjahren betroffen. Im Fall von Vernachlässigung waren die Patienten am jüngsten (Median war eins). Die Spannweite reichte von null bis zu zwölf (Jungen) beziehungsweise 15 (Mädchen) Jahren. Bei den Jungen gab es vier Ausreißer von 13, 14, 15 und 16 Jahren. Bei Misshandlung waren besonders Kinder zwischen einem und zehn Jahren betroffen, wobei der Altersmedian für Jungen bei fünf und für Mädchen bei vier lag. Die Spannweite reichte von null bis 18 (Jungen) beziehungsweise 20 (Mädchen) Jahren. Bestand der Verdacht auf Missbrauch, waren die betroffenen Kinder meistens älter als vier Jahre alt. Die Mädchen waren etwas jünger (Median war sechs) als die betroffenen Jungen (Median war sieben). Die Spannweite umfasste bei den Jungen null bis 14 Jahre und bei den Mädchen null bis 21 Jahre. Bei dem einzigen MbpS- Fall war das Kind drei Jahre alt. „Sonstige“ KWG wurden vor allem bei älteren Patienten diagnostiziert. Der Median für Jungen lag bei 16 Jahren und für Mädchen bei 15 Jahren. Bei den Mädchen gab es einen Extremwert von jünger als ein Jahr.

In Tabelle 9 ist die Altersverteilung der betroffenen Kinder sowohl bezogen auf das Geschlecht als auch auf die Misshandlungsform aufgeschlüsselt.

Bei den Jungen fiel eine Mehrgipfeligkeit in der Verteilung von Misshandlungsverdacht auf. Ein erster Peak ergab sich verteilt um das erste Lebensjahr, mit fünf bis sechs Jahren kam es zu einem erneuten Anstieg und auch mit elf Jahren war ein solcher zu verzeichnen. Im Vergleich dazu wurde bei den misshandelten Mädchen nach einem Auftretensmaximum im ersten Lebensjahr ein stetiges Abnehmen bis zum Alter von acht Jahren beobachtet mit neuerlichem Anstieg im Alter von neun und 14 Jahren. Kinder mit Verdacht auf Vernachlässigung fanden sich bei beiden Geschlechtern vorwiegend im ersten Lebensjahr. Die Auftretenshäufigkeit stellte sich hier umgekehrt proportional zum Lebensalter dar.

Tab. 9: Tabellarische Darstellung der Altersverteilung der betroffenen Kinder aufgeschlüsselt sowohl nach dem Geschlecht als auch nach der Misshandlungsform. K = 371.

Alter	Misshandlung		Missbrauch		Vernachlässigung		MbpS		Sonstige	
	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen
0	8	11	1	1	20	22	-	-	1	1
1	12	8	-	2	6	10	-	-	-	-
2	2	8	-	3	3	1	-	-	-	-
3	4	6	2	13	2	4	-	1	-	-
4	2	3	-	14	3	-	-	-	-	-
5	5	4	1	14	5	2	-	-	-	-
6	6	3	5	7	2	3	-	-	1	-
7	-	-	2	6	-	-	-	-	1	-
8	2	1	-	9	-	1	-	-	-	-
9	3	4	2	5	1	-	-	-	-	-
10	3	4	1	3	1	3	-	-	-	-
11	4	1	1	3	1	1	-	-	-	-
12	1	2	2	3	1	1	-	-	-	-
13	3	-	-	3	1	1	-	-	1	1
14	1	5	1	3	1	4	-	-	-	-
15	-	-	-	6	1	4	-	-	-	2
16	1	2	-	5	1	-	-	-	3	2
17	-	2	-	2	-	-	-	-	1	-
18	1	2	-	2	-	-	-	-	1	1
20	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
21	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

Chronische Erkrankungen der Kinder mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Insgesamt 38 Kinder, das sind 11,6 % der untersuchten Patienten, hatten 50 registrierte chronische Erkrankungen (C). Bei 88,4 % der 329 Kinder wurde bezüglich chronischer Erkrankungen keine Angabe gemacht, weshalb davon auszugehen ist, dass das jeweilige Kind keine chronischen Erkrankungen hatte. Für die exakte Verteilung der chronischen Erkrankungen der Kinder unter Berücksichtigung der jeweiligen Misshandlungsform und dem Ergebnis der KWG siehe Tabelle 10.

Tab. 10: Tabellarische Darstellung der chronischen Erkrankungen (C = 50) der Kinder kategorisiert in körperliche, psychische und Sucht-Erkrankungen aufgeschlüsselt nach der Misshandlungsform und dem Ergebnis der KWG. N = 38.

Art der KWG	Ergebnis der KWG	chronische Erkrankung					C
		körperlich	psychisch	Sucht			
Misshandlung	sicher bestätigt	4	2	-			6
	Verdacht bleibt	5	14	3	7	-	8 21
	ausgeschlossen	5		2		-	7
Missbrauch	sicher bestätigt	-	-	-			-
	Verdacht bleibt	6	9	2	3	-	8 12
	ausgeschlossen	3		1		-	4
Vernachlässigung	sicher bestätigt	5		1		-	6
	Verdacht bleibt	6	11	-	1	11 11	7 13
	ausgeschlossen	-		-		-	-
Mbps		-	-	-			-
Sonstige	sicher bestätigt	2		1		1	4
	Verdacht bleibt	-	2	-	1	-	1 - 4
	ausgeschlossen	-		-		-	-
ΣC			36	12	2		50

Nach Tabelle 10 fanden sich 42,0 % der 50 chronischen Erkrankungsbilder -

körperlich, psychisch, Sucht - bei dem Verdachtsmoment Kindesmisshandlung wieder. Danach folgten mit 26,0 % beziehungsweise 24,0 % die Verdachtsmomente Vernachlässigung und Missbrauch und „sonstige KWG“ machte mit 8,0 % den kleinsten Anteil aus.

Demnach fällt die Gewichtung der Misshandlungsformen bei Kindern mit chronischen Krankheiten anders aus als bei der Gesamtheit der betroffenen Kinder unabhängig vom Gesundheitszustand. Misshandlung ist zwar weiterhin die häufigste Form der KWG, liegt mit 42,0 % aber etwa 10,0 % über dem Gesamtdurchschnitt. Der prozentuale Anteil von missbrauchten (24,0 %) oder vernachlässigten (26,0 %) Kindern und Jugendlichen unter den chronisch Erkrankten ist entsprechend kleiner und gegensätzlich verteilt. So liegt Vernachlässigung an zweiter Stelle, gefolgt von Missbrauch und „sonstiger“ KWG.

Tab. 11: Tabellarische Ergebnisdarstellung in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand des Kindes. $N = 329$.

Gesundheitszustand	Ergebnis des Kinderschutzfalles			N
	sicher bestätigt	wird ausgeschlossen	Verdacht bleibt bestehen	
N	119 (36,2 %)	42 (12,8 %)	168 (51,1 %)	329
N_{gesund}	107 (36,7%)	34 (11,7%)	150 (51,5%)	291
N_{krank}	12 (31,6 %)	8 (21,1 %)	18 (47,4 %)	38

Die Aufklärungsquote ist kaum betroffen vom Gesundheitszustand des Kindes. Sie liegt bei Kindern mit chronischer Erkrankung etwas höher (52,7 %) als bei Gesunden (48,4 %) oder beim Gesamtkollektiv (49,0 %). Bei chronischer Erkrankung des Patienten fiel auf, dass es mit 21,1 % zu einem rund 10,0 % höherem Ausschluss einer KWG in der Ergebnisübersicht kam. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der KWG und dem Gesundheitszustand des Kindes ($p = 0,813$) (Tab. 11).

Unter den chronischen Erkrankungsbildern überwog die Zahl der körperlichen Er-

krankungen mit 72,0 % gegenüber der psychischen (24,0 %) und Suchterkrankungen (4,0 %).

In Tabelle 12 sind die genauen Diagnosen bei 32 von insgesamt 38 Kindern mit chronischen Erkrankungen erfasst.

Tab. 12: Tabellarische Darstellung der genauen Beschreibung chronischer Erkrankungen. In 32 von insgesamt 50 chronischen Erkrankungen lagen exaktere Angaben vor. C = 32. Diese 32 chronischen Erkrankungen stammen von 30 Kindern. N = 30.

Chronische Erkrankung	C
• Behinderung/ psychomotorisch retardiert (Down- Syndrom, Zustand nach Enzephalitis, Sprach- / Motorische - Entwicklungsverzögerung; „syndromal“)	5
• Drogenabusus	1
• Frühgeborenes mit entsprechender Beeinträchtigung (Nekrotisierende Enterokolitis, Retinopathie)	2
• Gardner Diamond Syndrom	3
• gastroenterologisch: Morbus Crohn, hereditäre Pankreatitis	2
• Gorlin- Goltz- Syndrom	1
• hämatologisch: Sichelzellanämie	1
• infektiös: Tuberkulose	1
• kardiologisch: Pulmonalstenose; Ventrikelseptumdefekt	2
• metabolisch: Diabetes mellitus Typ 1, Phenylketonurie	4
• neurologisch: Epilepsie, Hydrozephalus und Ventrikuloperitonealershunt, Säuglingsdystonie	4
• orthopädisch: Klippel- Feil- Syndrom; Skoliose	1
• psychisch: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Autismus	4
• pulmonologisch: Asthma bronchiale	1

3.5 Soziokulturelle Aspekte im untersuchten Datensatz

Alter der Eltern

Die meisten Mütter waren zwischen 30 und 40 Jahre (31,3 %) alt. Insgesamt waren 23,5 % der Mütter unter 25 Jahre alt und 73,7 % älter als 25 Jahre. Bei den Vätern stellten die über 40-Jährigen mit 47,2 % die Hauptaltersgruppe dar. Von den Vätern waren 7,4 % jünger als 25 Jahre und 90,7 % älter. Verstorben waren zum Behandlungszeitpunkt 1,7 % der Mütter und 1,9 % der Väter.

Eine Altersangabe lag bei 54,4 % der Mütter und bei 32,8 % der Väter der Kinder mit vor (Tab. 13).

Tab. 13: Tabellarische Auflistung der Altersgruppen der Eltern. Mutter ($N = 179$) und Vater ($N = 108$).

Altersgruppe	Mutter		Vater		Elternpaar	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
< 18 Jahre	3	1,7	-	-	3	1,0
18-20 Jahre	4	2,2	-	-	4	1,4
20 - 25 Jahre	35	19,6	8	7,4	43	15,0
25 - 30 Jahre	36	20,1	16	14,8	52	18,1
30 - 40 Jahre	56	31,3	31	28,7	87	30,3
> 40 Jahre	40	22,3	51	47,2	91	31,7
verstorben	5	1,7	2	1,9	7	2,4
ΣN	179	100,0	108	100,0	287	100,0

Ein klarer Trend zwischen dem Alter der Mutter und der Auftretenshäufigkeit der Misshandlungsformen zeichnete sich nicht ab. Bei den unter 18-jährigen Müttern fiel allerdings ein Bezug zur Vernachlässigung auf. Ansonsten war sowohl bei Misshandlung als auch bei Vernachlässigung der Anteil der Mütter in den jeweiligen Altersgruppen annähernd ausgewogen. Die Auftretenshäufigkeit von Misshandlungsverdacht nahm von Müttern zwischen „20 - 25 Jahre“ über „25 - 30 Jahre“ bis „30 - 40 Jahre“ etwas zu und verminderte sich ab dem 40. Lebensjahr. Bei Verdacht auf Vernachlässigung war die Auftretenshäufigkeit bei den über 20-jährigen Müttern

relativ konstant. Mit Ausnahme von den 25- bis 30-Jährigen stieg sie mit zunehmendem Alter leicht an. Bei Missbrauchsverdacht waren die Mütter zumeist älter als 30 Jahre. Ab dem 40. Lebensjahr reduzierte sich die Anzahl der Mütter, deren Kinder mit Verdacht auf Missbrauch behandelt wurden (Abb. 11).

All diese Ergebnisse sind nicht signifikant (MH: $p = 0,765$; MB: $p = 0,326$;

V: $p = 0,204$; sonstige: $p = 0,584$).

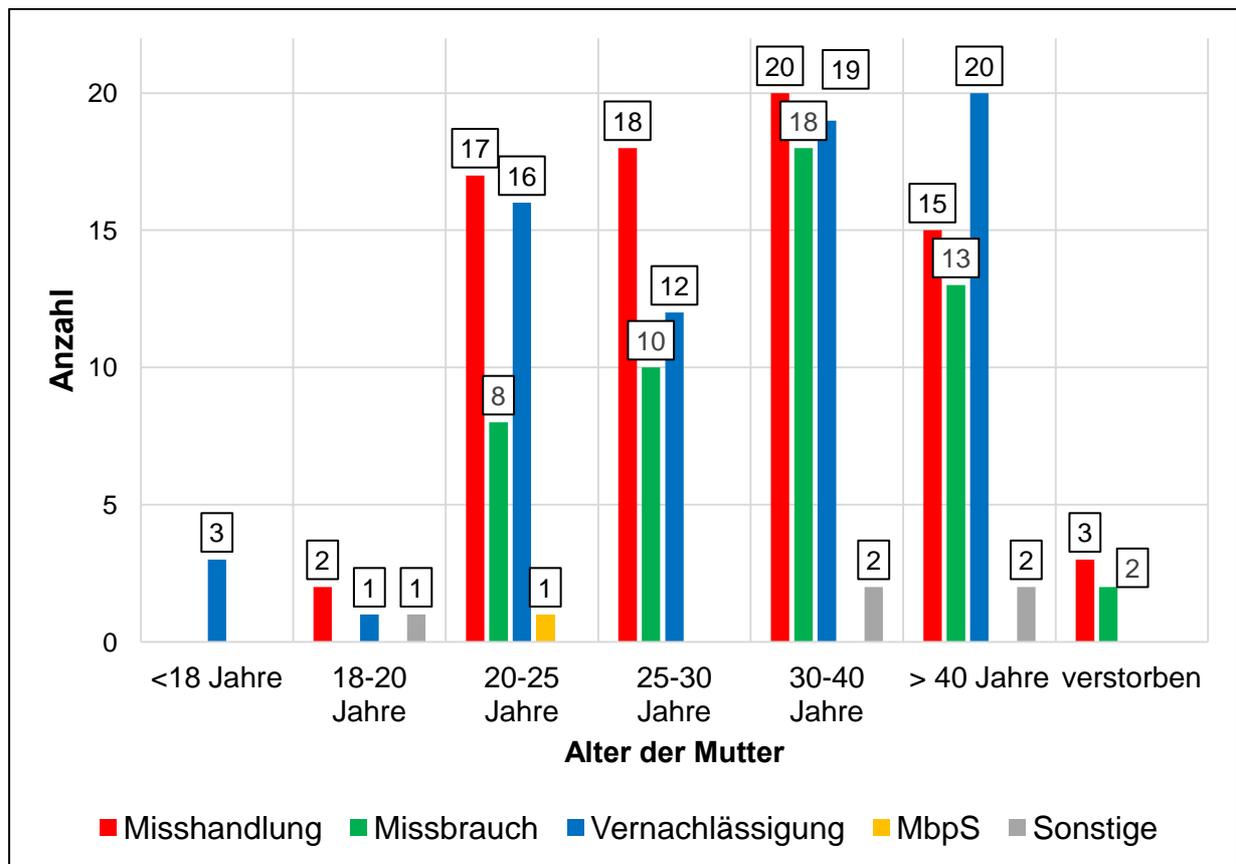


Abb. 11: Graphische Darstellung der Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Misshandlungsform in Zusammenhang mit dem mütterlichen Alter. $N = 203$.

Beim Alter der Väter zeigte sich eine kontinuierliche Zunahme der Auftretenshäufigkeit von KWG-Verdachtsmomenten mit dem Alter (Abb. 12).

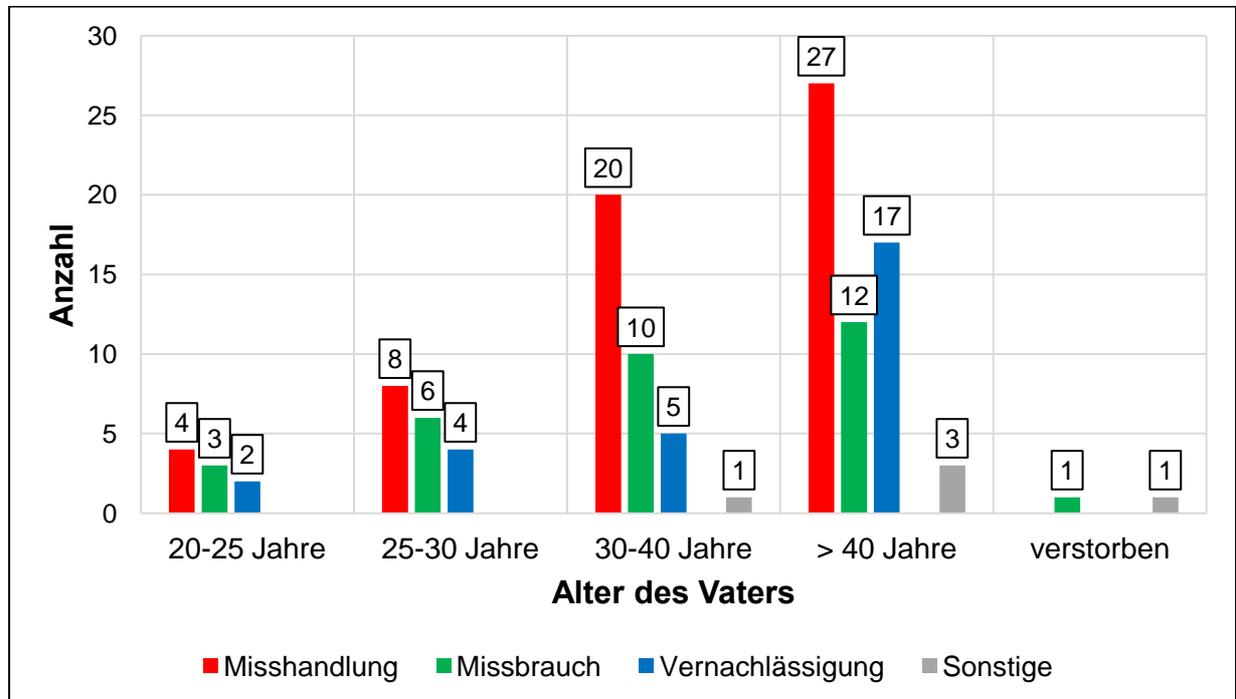


Abb. 12: Graphische Darstellung der Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Misshandlungsform in Zusammenhang mit dem väterlichen Alter. $N = 124$ und $p = 0,003$.

Der Großteil der Väter war älter als 40 Jahre alt.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Väter und der jeweiligen Art der KWG bestand nicht (MH: $p = 0,911$; MB: $p = 0,167$; V: $p = 0,132$; sonstige: $p = 0,051$).

Ethnischer Hintergrund

Die Herkunft der Eltern ist in etwa 30,7 % ($N = 101$) der Fälle schriftlich festgehalten worden. Die meisten der vorgestellten Kinder hatten ihre Wurzeln in Deutschland (41,6 % seitens der Mutter und 38,6 % seitens des Vaters) beziehungsweise im europäischen Ausland (25,7 % seitens der Mutter und 21,8 % seitens des Vaters). 15,8 % beziehungsweise 18,8 % der Eltern waren afrikanischer Herkunft und 16,8 % beziehungsweise 19,8 % asiatischer Herkunft. Bei einem Vater (1,0 %) ist eine

mexikanische (lateinamerikanische) Herkunft dokumentiert worden. Die Ergebnisse sind in graphischer Form in Abbildung 13 dargestellt.

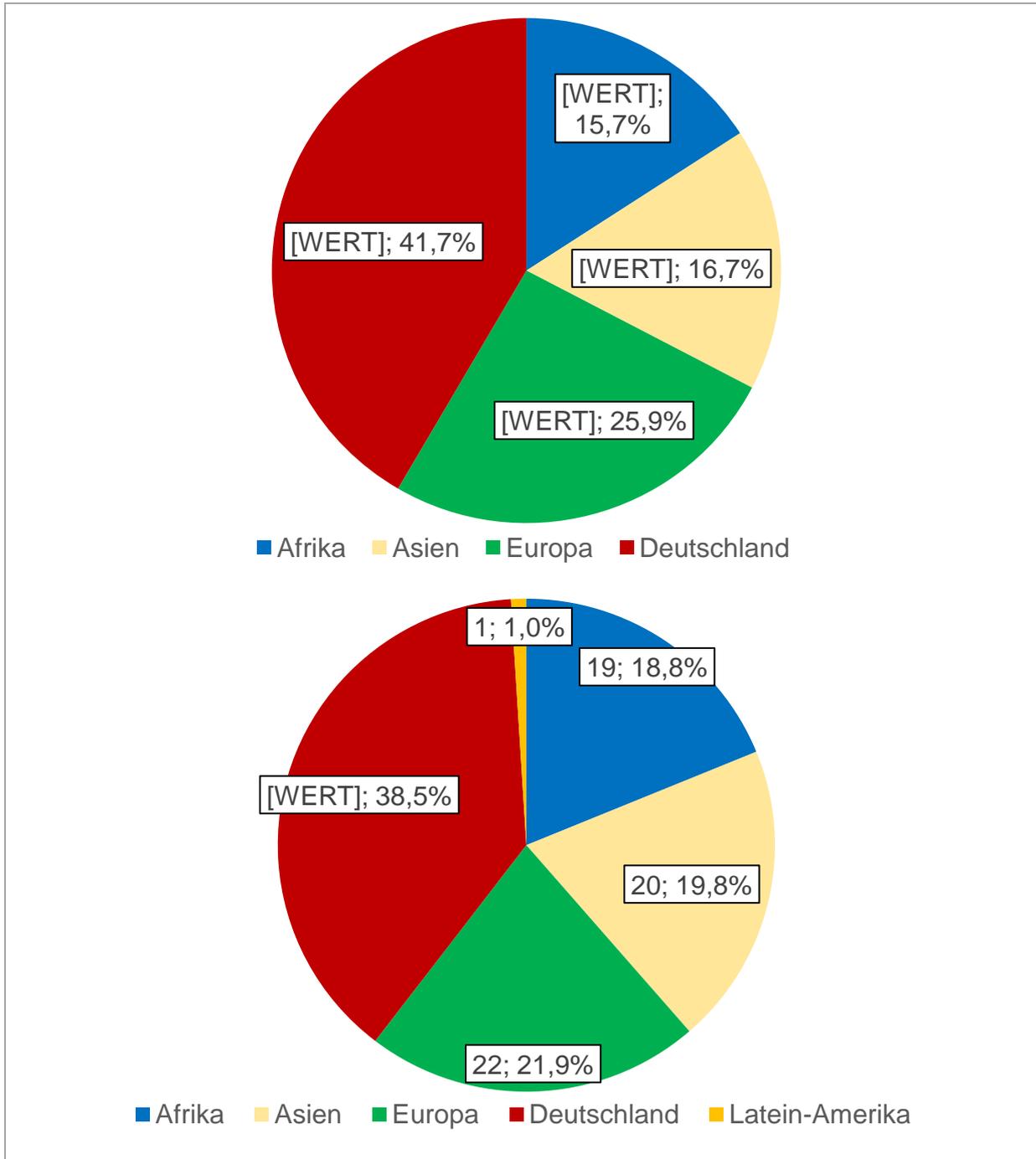


Abb. 13: Graphische Darstellung der Herkunft der Eltern. Diese erfolgte mit Ausnahme von Deutschland zusammengefasst als Kontinente. Mutter (oben; N = 101) und Vater (unten; N = 101).

Von den registrierten Herkunftsländern war die Verteilung wie in den folgenden Abbildungen 14 und 15 dargestellt:

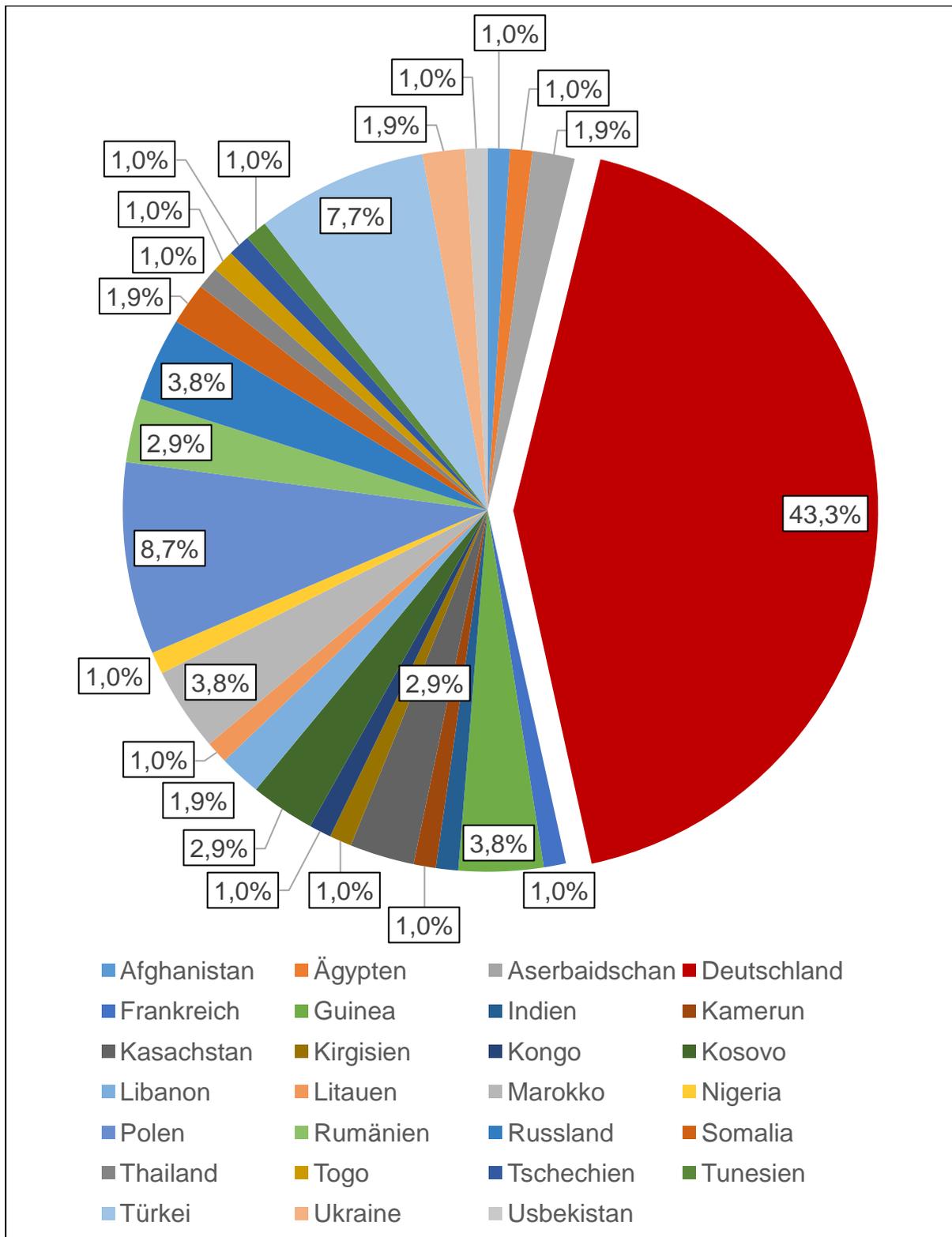


Abb. 14: Graphische Darstellung der einzelnen Herkunftsländer der Mütter. $N = 104$.

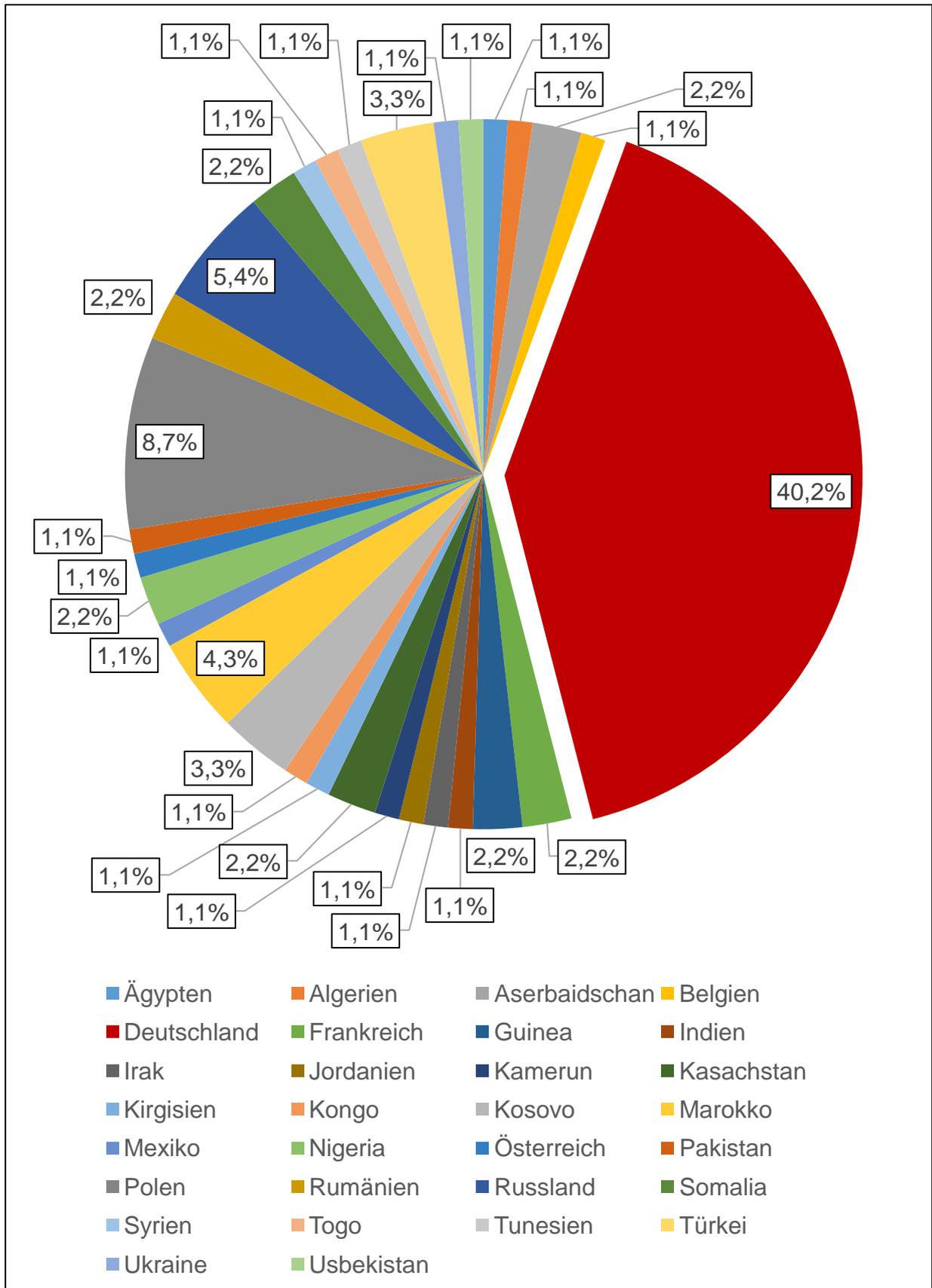


Abb. 15: Graphische Darstellung der einzelnen Herkunftsländer der Väter. $N = 92$.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und dem Ergebnis der KWG konnte nicht nachgewiesen werden ($p = 0,607$) (vergleiche Tab. 14).

Tab. 14: Tabellarische Darstellung der Aufklärungsquote im Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund. $N = 132$.

Migrationshintergrund	Ergebnis des Kinderschutzfalles			$N = 132$
	sicher bestätigt	wird ausgeschlossen	Verdacht bleibt bestehen	
ja	38	11	38	87
nein	18	5	22	45

Gesundheitszustand der Eltern

Innerhalb der untersuchten Kinderschutzfälle ($N = 329$) wurden alle verfügbaren Angaben in Bezug auf die elterliche Gesundheit zusammengetragen und in die Kategorien „körperlich“, „psychisch“ und „Sucht“ unterteilt. Insgesamt war bei 15,2 % der Mütter ($n = 50$) und bei 6,4 % der Väter ($n = 21$) eine Angabe zum Gesundheitszustand gemacht worden.

Um den Gesundheitszustand der Eltern mit dem Kinderschutzfall in Bezug zu setzen, wurden zusätzlich Angaben zur Art der KWG und zur Täterschaft der Eltern berücksichtigt. Bezogen auf die jeweilige Misshandlungsform ($K = 378$) wurden diesbezüglich bei 15,1 % ($k = 57$) der Mütter und bei 6,1 % ($k = 23$) der Väter Angaben gemacht. Auf diese wird sich im Folgenden bezogen.

Die meisten gesundheitlichen Einschränkungen der Eltern waren durch Sucht bedingt ($k = 27$; 47,4 % der Mütter und $k = 14$; 60,9 % der Väter), gefolgt von psychischen Erkrankungen ($k = 19$; 33,3 % der Mütter und $k = 5$; 21,7 % der Väter). Körperlich erkrankt waren unter den chronisch erkrankten Elternteilen 19,3 % ($k = 11$) der Mütter und 17,4 % ($k = 4$) der Väter.

Gab es beim Gesundheitszustand der Eltern mit Tatverdacht Auffälligkeiten, zeigte sich, dass im Fall von körperlicher Erkrankung der Mutter insgesamt drei Mal (5,3 %) der Verdacht auf Vernachlässigung und zweimalig (3,5 %) der Verdacht auf Misshandlung bestand. Bei insgesamt einem Vater, der körperlich erkrankt war, bestand

Tatverdacht in Form von Misshandlung.

Bei psychischer Krankheit der Mutter stellte sich vor allem ein Vernachlässigungsverdacht ($k = 9$; 15,8 %), gefolgt von Misshandlungsverdacht ($k = 2$; 3,5 %). Bei zwei psychisch kranken Vätern (8,7 %) bestand der Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch.

Der Verdacht auf Vernachlässigung bestand bei 22 Müttern mit Suchterkrankung (38,6 %). Ein suchterkrankter Vater (4,3 %) stand unter dem Verdacht, sein Kind misshandelt zu haben.

Zum Gesundheitszustand der Eltern in Form von chronischen Krankheiten unter Berücksichtigung des Tatverdachts und der Art der KWG gibt Tabelle 15 Aufschluss.

Tab. 15: Tabellarische Darstellung des Gesundheitszustandes der Eltern bezogen auf die jeweilige Art der KWG sowie unter Berücksichtigung des Tatverdachts. Mutter ($K = 57$; $p < 0,001$) und Vater ($K = 23$; $p = 0,026$).

chronische Erkrankung	Art der KWG	Tatverdacht	Mutter		Vater	
			Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
körperlich	MH V	ja	5	8,8	1	4,3
		nein	6	10,5	3	13,0
		ja	2	3,5	1	4,3
		ja	3	5,3	-	-
psychisch	MH MB V	ja	11	19,3	2	8,7
		nein	8	14,0	3	13,0
		ja	2	3,5	-	-
		ja	-	-	2	8,7
Sucht	MH V	ja	22	38,6	1	4,3
		nein	5	8,8	13	56,5
		ja	-	-	1	4,3
		ja	22	38,6	-	-

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen chronischer Erkrankung eines Elternteils und dem Tatverdacht zeigte sich sowohl bei Müttern ($p < 0,001$) als auch bei Vätern ($p = 0,026$).

Tab. 16: Tabellarische Darstellung des Zusammenhanges zwischen chronischer Erkrankung eines Elternteils und dem Tatverdacht. $N = 393$.

Chronische Erkrankung der Eltern		Tatverdacht		$N = 393$
		ja	nein	
Mutter	ja	40	18	58
	nein	120	215	335
Vater	ja	14	10	24
	nein	127	242	369

Familienstruktur

Eine genaue Übersicht zur Familienstruktur liefert Tabelle 17.

Tab. 17: Tabellarische Darstellung der Familienstruktur. $N = 129 - 249$.

Familienstruktur		Mutter		Vater	
		$N = 150$		$N = 129$	
		Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Familienstand	ledig	49	32,7	30	23,3
	verheiratet	86	57,3	80	62,0
	verwitwet	2	1,3	1	0,8
	geschieden	15	10,0	19	14,7
		Eltern			
		$N = 249$			
		Anzahl	Anteil [%]		
Wohnsituation	zusammen lebend	115		46,2	
	getrennt lebend	134		53,8	
		Mutter		Vater	
		$N = 162$		$N = 139$	
		Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
Neue Lebenspartnerschaft	ja	39	24,1	17	12,2
	nein	123	75,9	122	87,8

Die Dokumentation zur Familienstruktur war nicht in allen Punkten gleichermaßen genau. In Bezug auf die Gesamtheit der Kinderschutzfälle ($N = 329$) fällt die Aussage zur Wohnsituation der Eltern am sichersten aus. Hier war bei 249 Fällen (75,7 %) eine Angabe gemacht worden. Beim Punkt „neue Lebenspartnerschaft“ gab

es 162 Mal (49,2 %) bei den Müttern und 139 Mal (42,2 %) bei den Vätern eine Angabe.

Der Familienstand war 150 Mal (45,6 %) bei den Müttern und 129 Mal (39,2 %) bei den Vätern dokumentiert worden. Auf die jeweilige Basis wird sich im Folgenden bezogen.

Insgesamt lässt sich bezüglich der familiärer Strukturen, der von der Kinder- schutzgruppe betreuten Kinder sagen, dass der Großteil der Eltern verheiratet war (57,3 % der Mütter und 62,0 % der Väter). Eine Untergruppe bilden hier verwitwete Eltern (1,3 % der Mütter und 0,8 % der Väter). An zweiter Stelle standen die ledigen Elternteile: 32,7 % der Mütter und 23,3 % der Väter, gefolgt von Eltern in Scheidung (10,0 % der Mütter und 14,7 % der Väter). Ein signifikanter Unterschied zwischen dem Ergebnis der KWG und dem Familienstand fand sich nicht (Familienstand der Mutter: $p = 0,547$; Familienstand des Vaters: $p = 0,891$).

In puncto „Wohnsituation“ zeigte sich, dass die meisten Eltern (53,8 %) getrennt voneinander lebten. Eine KWG („KWG bestätigt“ und „Verdacht auf KWG bleibt bestehen“) wurde hier nicht signifikant häufiger beobachtet ($p = 0,155$).

In neuen Lebenspartnerschaften lebten 24,1 % der Mütter und 12,2 % der Väter. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der KWG zeigte sich, dass bei Müttern in neuen Lebenspartnerschaften ein signifikant häufigeres Auftreten von KWG ($p = 0,009$) vorlag. Bei Vätern in neuen Lebenspartnerschaften bestand hier keine Signifikanz ($p = 0,077$).

Berufstand und Berufstätigkeit der Eltern

Um eine Aussage zur Bildungssituation der Eltern treffen zu können, wurden die Fälle hinsichtlich Berufsstand und Berufstätigkeit analysiert.

Angaben zur Berufstätigkeit der Eltern wurde bei 24,9 % ($N = 82$) der Mütter und bei 22,2 % ($N = 73$) der Väter schriftlich festgehalten. Basierend auf diesen Zahlen waren 73,2 % der Mütter und 79,5 % der Väter berufstätig. Bei den Vätern kamen hier zudem folgende Untergruppierungen zum Tragen: Im Ruhestand waren 4,1 % der Väter. Insgesamt ein Vater (1,4 %) war inhaftiert, eine weitere Angabe zur Berufstätigkeit fand sich hier nicht, sodass er unter die Kategorie „sonstige“ einsortiert wurde. Der Anteil der arbeitslosen Mütter lag bei 26,8 % und der Anteil der

Väter ohne Arbeit bei 20,5 % (Tab. 18). Ein signifikanter Unterschied zwischen der Berufstätigkeit und dem Ergebnis der KWG fand sich nicht (Berufstätigkeit der Mutter: $p = 0,433$; Berufstätigkeit des Vaters: $p = 0,170$).

Tab. 18: Tabellarische Darstellung der Berufstätigkeit der Eltern. Mutter ($N = 82$) und Vater ($N = 73$).

Berufstätigkeit	Mutter $N = 82$		Vater $N = 73$	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
berufstätig	60	73,2	58	79,5
sonstige	-	-	1	1,4
Ruhestand	-	-	3	4,1
arbeitslos	22	26,8	15	20,5

Eine Angabe zum Berufsstand: „ungelernt“, „Berufsausbildung“, „Studium“, „Aussage nicht möglich“ war bei den Müttern in 25,5 % ($n = 84$) und bei den Vätern in 21,9 % ($n = 72$) der Fälle ($N = 329$) erfolgt. Die Auswertung erfolgte separat für Mütter und Väter.

Im Großteil der in Tabelle 19 genau aufgeführten Fälle konnte bei beiden Elternteilen anhand der Dokumentation keine exakte Aussage zum Berufsstand gemacht werden: bei den Müttern in 47,6 % der Fälle und bei den Vätern in 50,0 % der Fälle. War eine genaue Kategorisierung möglich zeigte sich, dass die meisten Eltern eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten (26,2 % der Mütter und 31,9 % der Väter), gefolgt von Müttern ohne Berufsausbildung (16,7 %) und Vätern mit einem Hochschulabschluss (13,9 %). Insgesamt 9,5 % der Mütter hatten ein abgeschlossenes Studium und 4,2 % der Väter waren „ungelernt“.

Der Ausbildungsstand der Väter liegt etwas höher als bei den Müttern und berechnet sich aus einem geringeren Anteil „Ungelernter“, mehr Vätern mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder einem Hochschulabschluss.

Innerhalb der drei Berufsstände „ungelernt“, „Berufsausbildung“ und „Studium“

zeigten sich in Hinblick auf das Ergebnis der KWG keine signifikanten Unterschiede (Berufsstand Mutter: $p = 0,866$; Berufsstand Vater: $p = 0,355$).

Tab. 19: Tabellarische Darstellung des Berufsstandes der Eltern. Mutter ($N = 84$) und Vater ($N = 72$).

Berufsstand	Mutter $N = 84$		Vater $N = 72$	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
ungelernt	14	16,7	3	4,2
Berufsausbildung	22	26,2	23	31,9
Studium	8	9,5	10	13,9
Aussage nicht möglich	40	47,6	36	50,0

Angaben zur Sorgerechtsverteilung der Kinder

Angaben zur Sorgerechtssituation wurden bei 89,7 % ($n = 295$) der Kinder ($N = 329$) dokumentiert.

Das Sorgerecht hatten in 95,3 % der Fälle die Eltern inne. Davon hatte die Mutter zu 23,7 % das alleinige Sorgerecht und zu 2,7 % der Vater. Zu 0,7 % handelte es sich um die Adoptiveltern. Insgesamt einmal (0,3 %) besaß die Großmutter mütterlicherseits das Sorgerecht. Das Jugendamt verfügte zu 3,1 % über dieses Recht, während zu 1,4 % ein Vormund zuständig war (Tab. 20).

Tab. 20: Tabellarische Darstellung der Sorgerechtsverteilung. $N = 295$.

Sorgerecht	Anzahl	Anteil [%]
Eltern	281	95,3
beide Elternteile	201	68,1
Mutter	70	23,7
Vater	8	2,7
Adoptiveltern	2	0,7
Großeltern	1	0,3
Vormund	4	1,4
Jugendamt	9	3,1

Angaben zur Betreuungssituation der Kinder

Die Betreuungssituation der betroffenen Kinder ($N = 329$) wurde in 71,1 % ($n = 234$) der Fälle schriftlich festgehalten.

Tab. 21: Tabellarische Darstellung der Betreuungssituation der Kinder. $N = 234$.

Betreuungssituation	Anzahl	Anteil [%]
keine	10	4,3
Kleinkind zu Hause	91	38,9
Krabbelgruppe	2	0,9
Kindergarten	43	18,4
Schule	87	37,2
Ausbildungsstätte	1	0,4

Beim Großteil der behandelten Kinder (38,9 %) handelte es sich um Kleinkinder, die keine Einrichtung, wie eine Krabbelgruppe, einen Kindergarten oder eine Schule besuchten und unter der Kategorie „Kleinkind zu Hause“ zusammengefasst wurden. Den zweitgrößten Teil machten die Schulkinder aus (37,2 %), gefolgt von den

Kindergartenkindern (18,4 %). In insgesamt zehn Fällen wurde keine Einrichtung (4,3 %), die oben genannten Kategorien entspräche, besucht. Zwei Kinder (0,9 %) besuchten eine Krabbelgruppe und ein Jugendlicher (0,4 %) befand sich in der Berufsausbildung (Tab. 21).

Auffälligkeiten der Eltern, die im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung stehen

Bei 60,8 % der Mütter ($n = 200$) und bei 38,3 % ($n = 126$) der Väter der betroffenen Kinder ($N = 329$) fanden sich in der Dokumentation Angaben ob Auffälligkeiten, die in Zusammenhang mit einer KWG stehen, bestanden haben.

Darunter war bei 79,5 % der Mütter und bei 78,6 % der Väter Auffälligkeiten festgestellt worden, die einen Zusammenhang darstellten. In 20,5 % bzw. 21,4 % wurden die Eltern als unauffällig beschrieben.

Zudem wurden alle Auffälligkeiten ($N = 159$ beziehungsweise $N = 99$) in Form von Kategorien zusammengefasst und lassen sich so näher beschreiben (Tab. 22).

Tab. 22: Tabellarische Darstellung der Auffälligkeiten der Eltern, die in Zusammenhang mit KWG stehen. Mutter ($N = 200$ und $N = 159$) und Vater ($N = 126$ und $N = 99$).

Auffälligkeiten	Mutter $N = 200$		Vater $N = 126$	
	Anzahl	Anteil [%]	Anzahl	Anteil [%]
keine	41	20,5	27	21,4
ja	159	79,5	99	78,6
Auffälligkeiten kategorisiert	$N = 159$		$N = 99$	
Verhalten	79	49,7	67	67,7
Psyche	18	11,3	1	1,0
Drogen	23	14,5	11	11,1
sonstige	39	24,5	20	20,2

Besonders häufig fiel das Verhalten der Eltern als unpassend (49,7 % bei den Müttern und 67,7 % bei den Vätern) auf. Darunter fallen Punkte wie:

- Aggressivität
- Desinteresse am Kind
- Gewalttätigkeit
- Überforderung
- Unglaubwürdigkeit
- Unverantwortlichkeit gegenüber dem Kind.

Unter der Kategorie „sonstige“ wurden am zweithäufigsten Auffälligkeiten der Eltern vermerkt (24,5 % bei den Müttern und 20,2 % bei den Vätern). Hierzu zählen Punkte wie:

- kein Kontakt der Eltern zum Kind
- Beziehungsproblematik der Eltern
- eigene Misshandlungserfahrung der Eltern
- eine schwierige soziale Situation im Elternhaus.

Insgesamt 14,5 % der Mütter und 11,1 % der Väter fielen durch Drogenkonsum auf. Hier ist nicht zwischen Substanzklassen unterschieden worden.

Bei 11,3 % der Mütter und 1,0% der Väter gab es Auffälligkeiten, die der Kategorie „Psyche“ zugeordnet wurden. Dazu zählen neben Aktenvermerken wie:

- „psychisch auffällig
- „wahnhaft“

auch psychiatrische Diagnosen wie:

- Depression
- Angststörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Psychosen.

Angaben zu den Geschwistern der betroffenen Kinder

Die durchschnittliche Anzahl der Geschwisterkinder lag bei 1,58. Der Median war eins. Die Spannweite lag zwischen null und elf Geschwistern.

Insgesamt konnten zu diesem Punkt 70,8 % ($n = 233$) der Fälle ($N = 329$) herangezogen werden (Abb. 16).

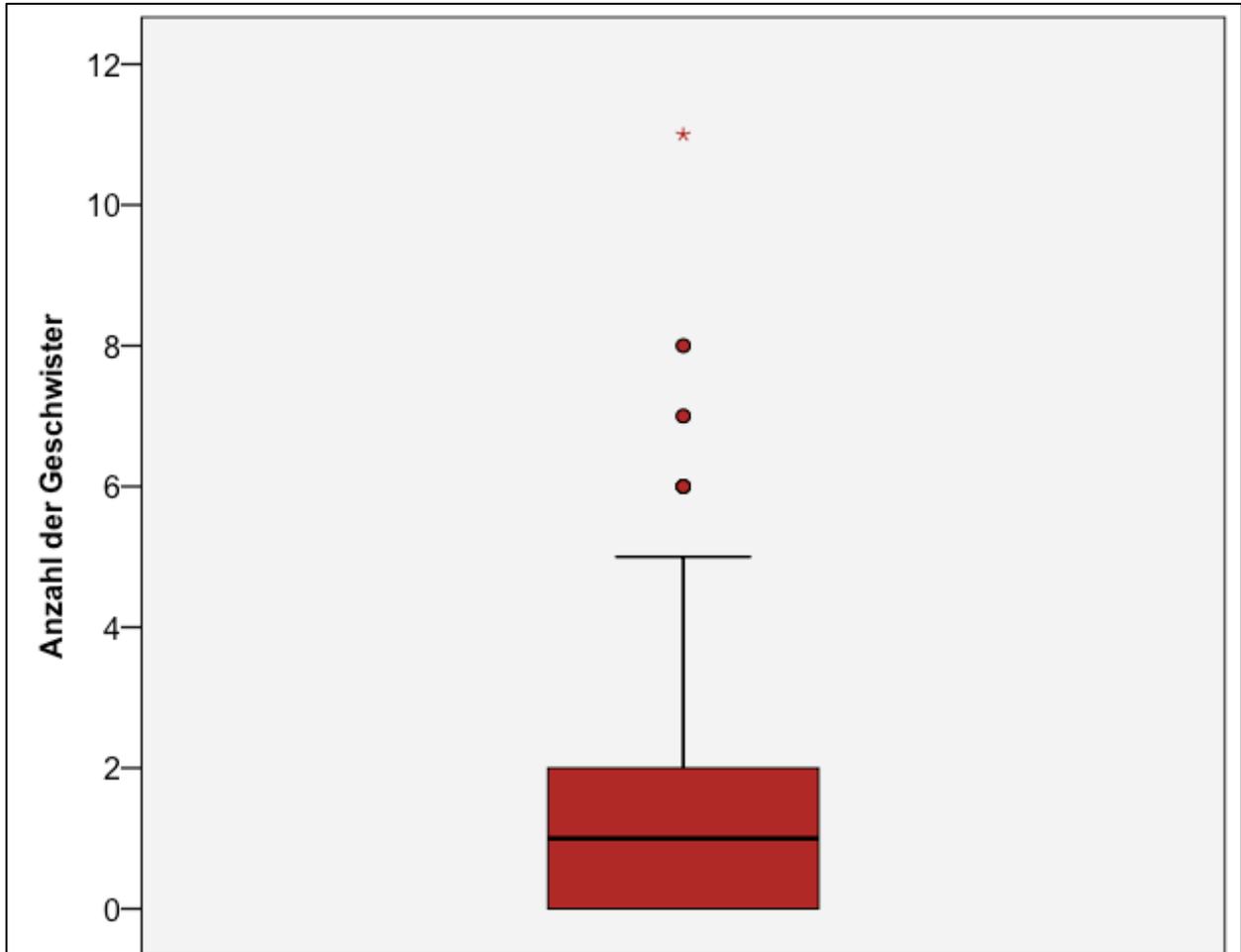


Abb. 16: Graphische Darstellung der Geschwisteranzahl der betroffenen Kinder. $N = 233$.

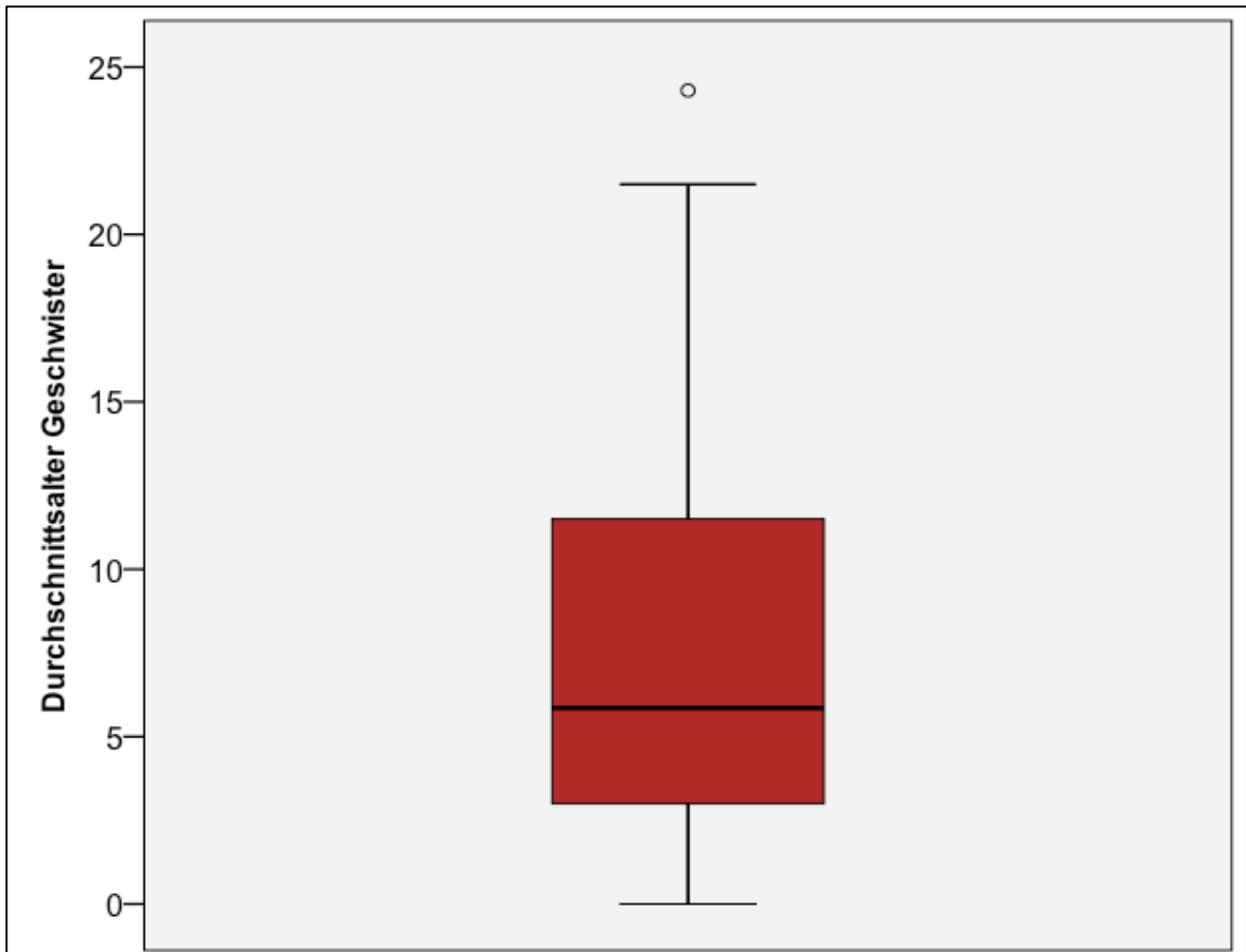


Abb. 17: Graphische Darstellung des Geschwisteralters der betroffenen Kinder. $N = 112$.

Die meisten Kinder hatten ein Geschwisterkind ($n = 73$; 31,3 %), gefolgt von Einzelkindern ($n = 71$; 30,5 %) und Kindern mit zwei oder drei Geschwistern (je $n = 33$; 14,2 %) und dann ein weitaus geringerer Anteil mit fünf ($n = 8$; 3,4 %), mit vier ($n = 6$; 2,6 %), mit sechs ($n = 4$; 1,7 %) mit sieben oder acht ($n = 2$; 0,9 %) und einmal mit elf Geschwistern (0,4 %). Die Geschwister waren im Mittel 7,6 Jahre alt. Der Median lag bei 5,9, die Altersspannweite zwischen null und 24 Jahren. Diese Angaben beziehen sich auf 112 Fälle (34,0 %) des Gesamtkollektivs ($N = 329$) (ebenfalls Abb. 17).

Eine Aussage zur Altersverteilung unter den Geschwisterkindern bezogen auf das betroffene Kind konnte in 38,9 % der Fälle ($N = 329$) getroffen werden.

Die Geschwister waren zum Großteil (51,6 %) älter als der Patient, zu 28,9 % jünger, zu 17,2 % hatte das betroffene Kind sowohl jüngere als auch ältere Geschwister, zu 1,6 % handelte es sich bei Patient und Geschwistern um Mehrlinge und zu 0,8 % war

das Geschwisterkind verstorben (Tab. 23).

Tab. 23: Tabellarische Darstellung der Altersverteilung der Geschwister bezogen auf das betroffene Kind. $N = 128$.

Altersverteilung der Geschwister	Anzahl	Anteil [%]
älter	66	51,6
jünger	37	28,9
älter + jünger	22	17,2
Mehrlinge	2	1,6
verstorben	1	0,8

Ob eine Gefahr für die Geschwisterkinder bestand wurde in 56,2 % ($n = 185$) der Fälle ($N = 329$) dokumentiert.

Eine Gefahr für die Geschwisterkinder ebenfalls Opfer von KWG zu werden bestand zu 24,9 % und bei 75,1 % bestand keine Gefährdung (Tab. 24).

Tab. 24: Tabellarische Darstellung zur Einschätzung der Gefährdungssituation der Geschwisterkinder ebenfalls Opfer von KWG zu werden. $N = 185$.

Angabe zum Gefahrenpotential	Anzahl	Anteil gesamt [%]	Anteil keine Gefahr [%]
	139	75,1	
<i>Begründung</i>			
Einzelkind	71		51,1
Ausschluss KWG	22		15,8
kein Familientäter	18		12,9
kein Kontakt zum Täter	16		11,5
Wiederholungstat ausgeschlossen	7		5,0
Geschwisterkind ist Täter	5		3,6
Gefahr	46	24,9	

Keine Gefahr ($N = 139$) bestand zum einen, weil es sich um Einzelkinder handelte ($n = 71$; 51,1 %) und zum anderen, weil der Täter nicht aus der Familie stammte ($n = 18$; 12,9 %) oder es sich bei den Tätern um die Geschwister selbst handelte ($n = 5$; 3,6 %). Teilweise bestand auch nachgewiesenermaßen kein Kontakt mehr zum Täter, auch wenn dieser aus der Familie stammte ($n = 16$; 11,5 %) oder eine Wiederholung konnte sicher ausgeschlossen werden ($n = 7$; 5,0 %). Wenn sich der Verdacht auf KWG nicht bestätigt hatte ($n = 22$; 15,8 %) bestand natürlich ebenfalls keine Gefahr für die Geschwisterkinder.

Vergleicht man das Alter der Geschwister mit der Angabe, ob auch für diese die Gefahr von KWG bestanden hat, zeigt sich ein leichter Trend dahingehend, dass ältere Geschwisterkinder insgesamt seltener gefährdet waren ($n = 11$; 29,7 %), als es bei Geschwistern jüngeren Alters ($n = 15$; 40,5 %) der Fall war (Tab. 25 und Abb. 18). Der Zusammenhang ist nicht signifikant ($p = 0,194$).

Die Werte basieren auf den insgesamt 84 Fällen, die für diese Auswertung herangezogen werden konnten, davon bestand in 37 Fällen (44,0 %) eine Gefahr und in 47 Fällen (56,0 %) war diese nicht gegeben.

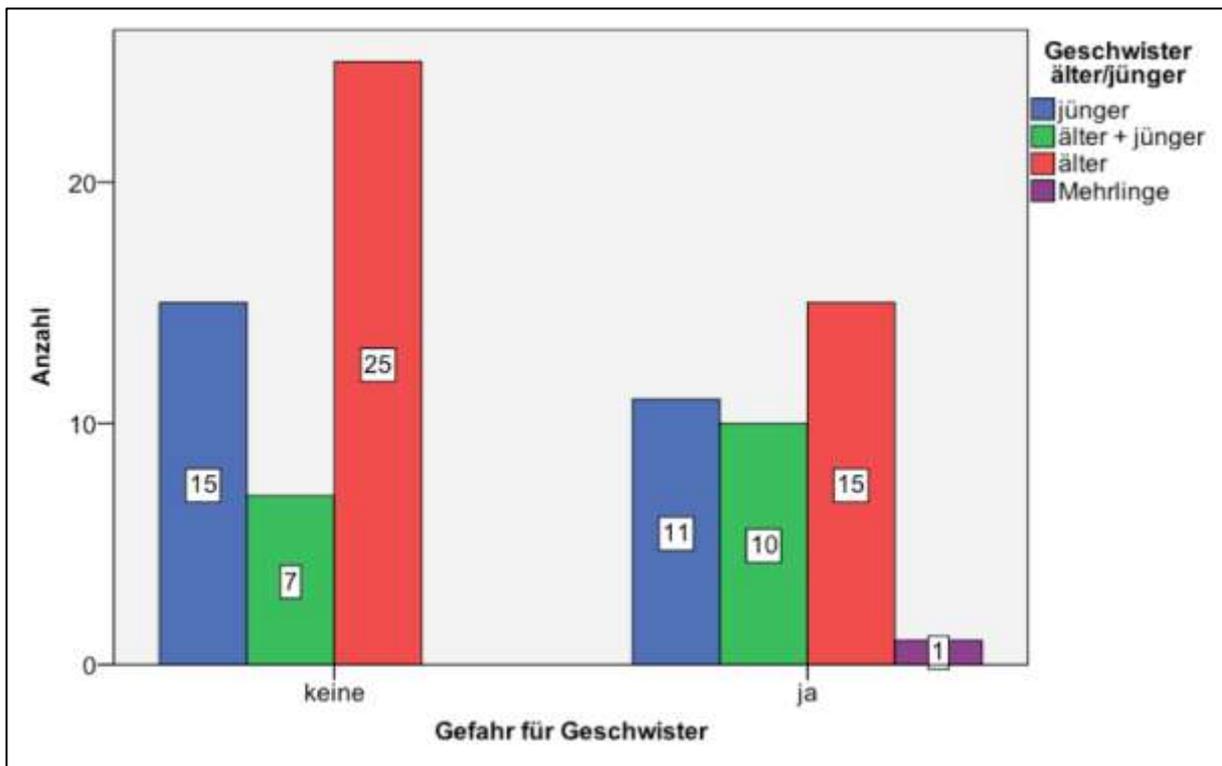


Abb. 18: Graphische Darstellung des Gefahrenpotentials für Geschwister bezogen auf das Alter der Geschwister. $N = 84$.

Tab. 25: Tabellarische Darstellung des Gefahrenpotentials für Geschwisterkinder bezogen auf das Alter der Geschwister. $N = 84$.

Gefahr für Geschwister	Alter der Geschwister				N
	älter	jüngere und ältere	jüngere	Mehrlinge	
keine	15	7	25	0	47
ja	11	10	15	1	37
ΣN	26	17	40	1	84

3.6 Krankenhaushopping und Wiederholungsfälle von Kindeswohlgefährdung

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie viele Kinder in beiden Studienkliniken bekannt waren und ob zuvor ebenfalls der Verdacht auf eine KWG bestanden hat, wurde das Fallkollektiv auf so genannte „Doppelfälle“ hin untersucht. Hierfür wurde das KAS des jeweilig anderen Klinikums nach Übereinstimmungen durchsucht.

Diesbezüglich standen für das Universitätsklinikum Bonn 161 Daten zur Verfügung und für das St.-Marien-Hospital Bonn 128.

Es ergab sich, dass der Großteil der Patienten nicht im anderen Haus bekannt war (UKB: $n = 105$; 65,2 % und MHosp: $n = 63$; 49,2 %) beziehungsweise falls das Kind dort gelistet war (UKB: $n = 51$; 31,7 % und MHosp: $n = 55$; 43,0 %), es nicht als Kinderschutzfall geführt wurde.

Bei insgesamt 3,1 % ($n = 5$) der Fälle des Universitätsklinikums Bonn und bei 7,8 % ($n = 10$) der Fälle aus dem St.-Marien-Hospital Bonn konnten „Doppelfälle“ von KWG nachgewiesen werden. Demnach fand sich bei 5,5 % der Patienten der Bonner Kinderschutzgruppe ein so genanntes Krankenhaushopping (Tab. 26).

Tab. 26: Angaben zu „Doppelfällen“ von KWG bezogen auf die jeweils andere Studienklinik, das St.-Marien-Hospital Bonn oder das Universitätsklinikum Bonn. UKB ($N = 161$) und MHosp ($N = 128$).

Studienklinik	Doppelfälle		Anzahl	Anteil [%]
UKB ($N = 161$)	MHosp	nein	105	65,2
		ja - kein KSF	51	31,7
		ja - KSF	5	3,1
MHosp ($N = 128$)	UKB	nein	63	49,2
		ja - kein KSF	55	43,0
		ja - KSF	10	7,8

Des Weiteren ließ sich mit diesem Datenabgleich eine Aussage darüber treffen, bei welcher Form von KWG („Zustand nach“) es zu einer Wiederholung gekommen war

(Tab. 27). Zur Auswertung kamen hier 5,5 % ($n = 18$) der Kinderschutzfälle ($N = 329$) in 94,5 % der Fälle lag im aktuellen Fall gemäß Dokumentation keine Wiederholungstat vor.

Tab. 27: Tabellarische Darstellung der Wiederholungsfälle unter Berücksichtigung der Art der KWG. $N = 18$.

Zustand nach KWG	Art der aktuellen KWG	Anzahl	Anteil [%]
Misshandlung	2 x (MH+MB); 1 x (MH+V); 1 x (MB+V); 3 x MH; 1 x MB	8	2,4
Missbrauch	2 x MB	2	0,6
Vernachlässigung	5 x V	5	1,5
keine Angabe	1 x MB; 2 x k.A.	3	0,9

Es zeigte sich, dass es vor allem bei initialer Misshandlung ($n = 8$; 44,4 %), gefolgt von Vernachlässigung ($n = 5$; 27,8 %) und Missbrauch ($n = 2$; 11,1 %) zu wiederholter KWG gekommen war. In drei Fällen (16,7 %) ist keine Angabe zur der genauen Form der primären KWG gemacht worden.

Im Vergleich mit der aktuellen KWG zeigte sich, dass es in den meisten Fällen zu Wiederholungstaten der gleichen Art kam. So kam es in sechs von acht Fällen bei Zustand nach Misshandlung zu einer erneuten Misshandlung (75,0 %), die in der Hälfte der Fälle in Kombination mit einer weiteren KWG auftrat (zweimal Missbrauch und einmal Vernachlässigung). In zwei Fällen kam es nach einer Misshandlung zu einer Gefährdung durch Missbrauch (25,0 %), einmal in Kombination mit Vernachlässigung. Bei Missbrauch ergab sich bei Wiederholungstaten immer ein erneuter Missbrauchsverdacht ($n = 2$). Ebenso wurde in fünf von fünf Fällen mit Zustand nach Vernachlässigung von einer neuerlichen Vernachlässigung ausgegangen. Bei einer vorausgegangenen KWG unklarer Art kam es in einem Fall (33,3 %) zu Missbrauchsverdacht und zweimalig (66,7 %) wurde auch im aktuellen Fall keine Angabe zur genauen Dignität der KWG gemacht.

Tabelle 28 stellt Wiederholungsfälle von KWG im Verlauf der einzelnen Klinikvorstellungen dar.

Tab. 28: Tabellarische Darstellung der Kinderschutzfälle unter Berücksichtigung von Wiederholungsfällen. ($N = 329$).

Wiederholungsfall	Anzahl	Anteil [%]
nein	293	89,1
ja	32	9,7
unklar	4	1,2

Die Daten sind über die KAS-Recherche zusammengetragen worden. In 32 Fällen (9,7 %) stellte sich bei der Auswertung der Fälle heraus, dass die Kinder schon mehrfach mit typischen Symptomen oder gar mit der Diagnose KWG in den Kliniken vorstellig wurden. In vier Fällen (1,2 %) blieb dieser Punkt, bei weniger eindeutiger Symptomatik und fehlender Diagnose ungeklärt. In der Mehrzahl der Fälle ($n = 293$; 89,1 %) handelte es sich um eine Erstvorstellung.

3.7 Behandlungsmodus und Aufnahmeumstände des Kinderschutzfalles

Eine stationäre Behandlung fand bei 182 Kindern (56,0 %) statt, während 130 (40,0 %) ambulant geführt wurden. Insgesamt sieben Kinder (2,2 %) wurden der KSG konsiliarisch vorgestellt und sechs Mal (1,8 %) handelte es sich um reine Telefonfälle (Tab. 29)

Tab. 29: Tabellarische Darstellung des Behandlungsmodus der einzelnen Kinderschutzfälle. $N = 325$.

Behandlungsmodus	Anzahl	Anteil [%]
stationär	182	56,0
ambulant	130	40,0
konsiliarisch	7	2,2
Telefonfall	6	1,8

Die Vorstellung der Kinder fand zum Großteil ($n = 261$; 80,1 %) an normalen Arbeitstagen und zu 19,9 % ($n = 65$) am Wochenende oder Feiertagen statt. Die Angaben beziehen sich auf 326 der 329 Fälle.

Bezüglich der Aufnahmezeit lagen bei 66,6 % ($n = 219$) der Fälle ($N = 329$) gültige Angaben vor. Insgesamt entfielen 53,1 % ($n = 116$) der Konsultationen auf die Dienstzeit, 47,0 % ($n = 103$) auf die Regelarbeitszeit.

Die Behandlung dauerte im Durchschnitt 5,3 Tage. Mit einer Spannweite von null bis 129 Tagen. Der Median lag bei eins.

In Tabelle 30 ist die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Art der KWG angegeben.

Tab. 30: Tabellarische Darstellung der Behandlungsdauer bezogen auf die Art der KWG. $N = 313$.

Behandlungsdauer	Art der KWG				
	MH	MB	V	MbpS	Sonstige
Mittelwert	4,53	0,7	11,1	2	2,5
Minimum	0	0	0	2	0
Maximum	55	10	129	2	10
Median	2	0	5	2	1

Bei Misshandlung war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 4,5 Tage. Der Median

war zwei Tage und die Spannweite 55 Tage. Bei Missbrauchsverdacht dauerte der Aufenthalt im Durchschnitt 0,7 Tage. Der Median war null und die Spannweite zehn Tage. Kinder mit Verdacht auf Vernachlässigung wiesen die längsten Klinikaufenthalte auf. Der Mittelwert lag bei 11,1 Tagen. Der Median betrug fünf Tage und die Spannweite 129 Tage. Das Mädchen mit Verdacht auf MbpS blieb zwei Tage. Bei „sonstiger“ KWG betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 2,5 Tage. Der Median war eins und die Spannweite zehn Tage.

Abbildung 19 und Tabelle 31 geben die durchschnittliche Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum und bezogen auf die jeweilige Studienklinik an.

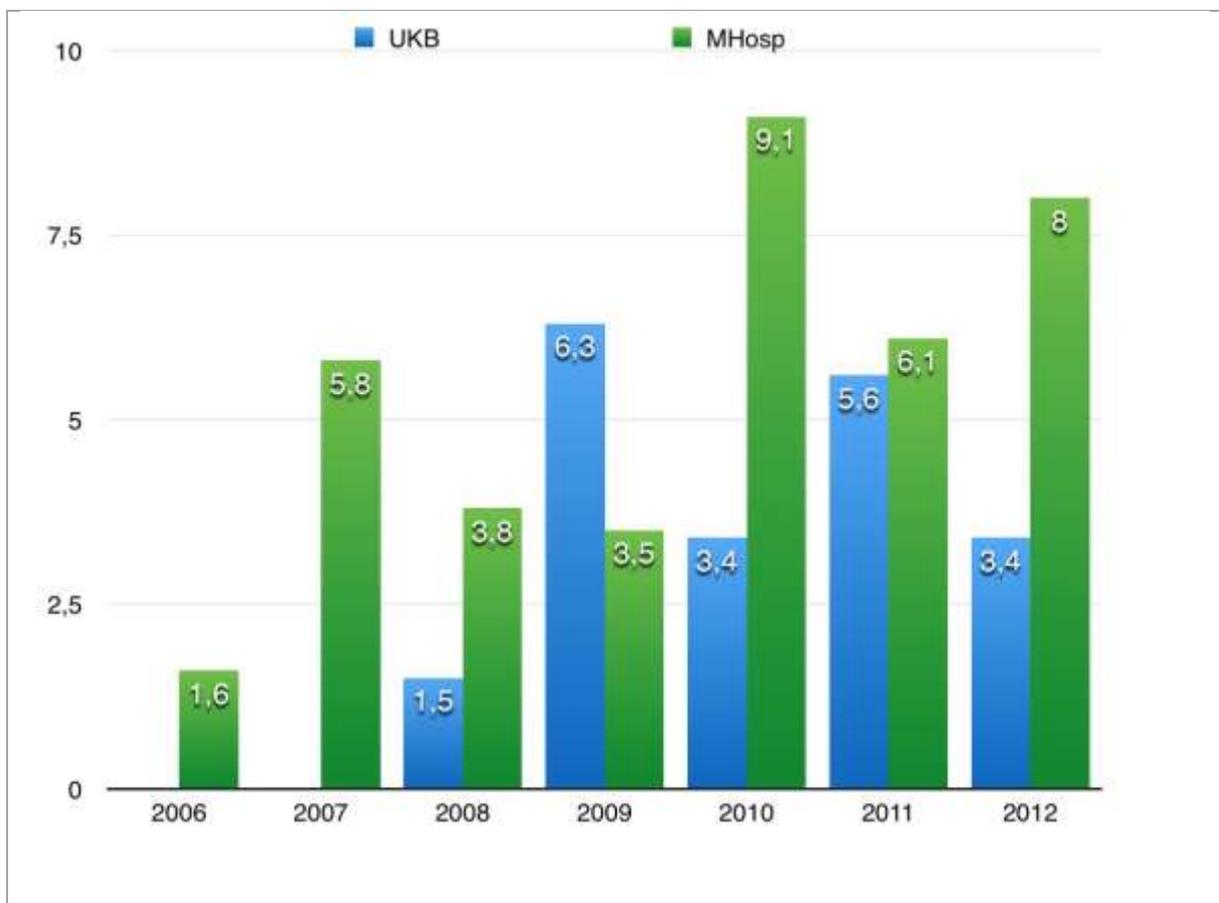


Abb. 19: Graphische Darstellung der Entwicklung der Behandlungsdauer in Tagen (y-Achse) über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 (x-Achse) aufgeschlüsselt nach der behandelnden Klinik. $N = 313$.

Tab. 31: Tabellarische Darstellung der Entwicklung der Behandlungsdauer in Tagen über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 aufgeschlüsselt nach der behandelnden Klinik. *N* = 313.

Falljahr	Klinik	Mittelwert in Tagen	Anzahl
2006	UKB	-	-
	MHosp	1,6	13
2007	UKB	0,0	2
	MHosp	5,8	11
2008	UKB	1,5	25
	MHosp	3,8	12
2009	UKB	6,3	36
	MHosp	3,5	19
2010	UKB	3,4	34
	MHosp	9,1	60
2011	UKB	5,6	61
	MHosp	6,1	21
2012	UKB	3,4	18
	MHosp	8,0	1

Im Schnitt war die Behandlungsdauer am UKB mit Ausnahme von 2009 immer etwas kürzer als am St.-Marien-Hospital. Mit Etablierung der KSG verzeichnete das UKB ab 2010 eine Verkürzung der Behandlungsdauer um durchschnittlich 2,9 Tage und lag damit bei 3,4 Tagen, während die Behandlungsdauer im St.-Marien-Hospital im gleichen Zeitraum im Mittel um 6,37 Tage auf durchschnittlich 9,1 Tage anstieg. Eine durchschnittliche Behandlung über den gesamten Beobachtungszeitraum dauerte am UKB 4,46 Tage und am St.-Marien-Hospital 6,42 Tage.

3.8 Formen der Kontaktaufnahme mit der Kinderschutzgruppe

Informationen zum Einweiser des Kinderschutzelfalles

Angaben zum Einweisenden liegen bei 81,2 % ($N = 267$) der Kinder vor. Die Mehrheit der Kinder wurde vom Kinderarzt eingewiesen ($n = 56$; 21,0 %), gefolgt von Einweisungen durch das Jugendamt ($n = 42$; 15,7 %), die Eltern ($n = 39$; 14,6 %), dem Notarzt ($n = 32$; 12,0 %), die Polizei ($n = 27$; 10,1 %), eine andere Klinik ($n = 19$; 7,1 %), sonstige ($n = 16$; 6,0 %), das Gesundheitsamt ($n = 3$; 1,1 %), den Hausarzt ($n = 3$; 1,1 %) oder den Frauenarzt ($n = 1$; 0,4 %). Eine gesonderte Gruppe stellten die Neugeborenen mit 10,9 % ($n = 29$) dar (Tab. 32).

Tab. 32: Tabellarische Darstellung der Angaben zu den Einweisenden. $N = 267$.

Einweiser	Anzahl	Anteil [%]
Kinderarzt	56	21,0
Jugendamt	42	15,7
Eltern	39	14,6
Notarzt	32	12,0
Neugeborenes	29	10,9
Polizei	27	10,1
andere Klinik	19	7,1
sonstige	16	6,0
Hausarzt	3	1,1
Gesundheitsamt	3	1,1
Frauenarzt	1	0,4

Tabelle 33 stellt die Einweisenden für die jeweilige Art der KWG einzeln dar. Eine Aussage war hier in 83,1 % ($k = 314$) der Fälle ($K = 378$) möglich.

Tab. 33: Tabellarische Darstellung des Einweisenden bezogen auf die Art der KWG. Der Punkt „Neugeborenes“ in der Legende soll ausdrücken, dass das Kind direkt nach der Geburt zum Kinderschutzfall eingestuft wurde und es keiner Einweisung bedurfte. Meist handelte es sich hier um Kinder mit Drogenentzugssyndrom. $K = 314$.

Einweiser	Art der KWG									
	MH		MB		V		MbpS		Sonstige	
	$k = 107$		$k = 97$		$k = 94$		$k = 1$		$k = 15$	
	An- zahl	An- teil [%]								
Eltern	20	18,7	16	16,5	10	10,6	-	-	-	-
Kinderarzt	19	17,8	24	24,7	18	19,1	1	100	-	-
Hausarzt	1	0,9	1	0,9	2	1,9	-	-	-	-
Frauenarzt	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Jugendamt	33	30,8	14	14,4	12	12,8	-	-	2	13,3
Polizei	8	7,5	20	20,6	-	-	-	-	-	-
andere Klinik	3	2,8	10	10,3	8	8,5	-	-	-	-
Neugeborenes	2	1,9	-	-	26	27,7	-	-	1	6,7
Notarzt	17	15,9	1	0,9	12	12,8	-	-	11	73,3
Gesundheitsamt	2	1,9	1	0,9	-	-	-	-	-	-
sonstige	1	0,9	10	10,3	6	6,4	-	-	1	6,7

Es zeigt sich, dass bei Misshandlungsverdacht ($k = 107$) vor allem das Jugendamt tätig wurde ($k = 33$; 30,8 %), gefolgt von Eltern ($k = 20$; 18,7 %), Kinderarzt ($k = 19$; 17,8 %) und Notarzt ($k = 17$; 15,9 %).

Im Fall von Missbrauch ($k = 97$) war zumeist der Kinderarzt für die Einweisung verantwortlich ($k = 24$; 24,7 %), gefolgt von der Polizei ($k = 20$; 20,6 %), den Eltern ($k = 16$; 16,5 %) und dem Jugendamt ($k = 14$; 14,4 %).

Bei Vernachlässigung ($k = 94$) handelte es sich beim Großteil der Kinder um Neu-

geborene ($k = 26$; 27,7 %), die direkt nach der Geburt als Kinderschutzfall eingestuft wurden. Ursächlich war beispielsweise eine maternale Drogenanamnese und ein daraus resultierendes kindliches DES. Als Einweiser waren Kinderärzte ($k = 18$; 19,1 %), das Jugendamt ($k = 12$; 12,8 %), der Notarzt ($k = 12$; 12,8 %) oder die Eltern ($k = 10$; 10,6 %) am häufigsten zuständig. Das Kind mit Verdacht auf MbpS wurde durch den Kinderarzt vorgestellt ($k = 1$; 100,0 %).

Bei „sonstiger“ KWG ($k = 15$) erfolgte die Einweisung vor allem über den Notarzt ($k = 11$; 73,3 %).

Einweisungsdiagnose

Der Verdacht auf KWG war bei den meisten Kindern bereits die Einweisungsdiagnose ($n = 195$; 59,6 %). Weitere Diagnosen waren „Geburten“ ($n = 31$; 9,4 %), gefolgt von Unfällen oder Notfällen ($n = 21$; 6,4 %), den Gastrointestinaltrakt betreffende Diagnosen ($n = 16$; 4,9 %), zu gleichen Teilen „sonstige“ Diagnosen ($n = 8$; 2,4 %) das Bronchialsystem betreffende Diagnosen ($n = 8$; 2,4 %) und Intoxikationen ($n = 8$; 2,4 %), Hautveränderungen ($n = 7$; 2,1 %) und wiederum zu gleichen Teilen gynäkologische Diagnosen ($n = 6$; 1,8 %) und Stoffwechselerkrankungen ($n = 6$; 1,8 %). Infektionen oder ein verminderter Allgemeinzustand ($n = 4$; 1,2 %) kamen ebenso häufig vor, wie Entwicklungsstörungen ($n = 4$; 1,2 %), neurologische Diagnosen ($n = 4$; 1,2 %) oder den Bewegungsapparat betreffende Diagnosen ($n = 4$; 1,2 %). Herz-Kreislauf-Erkrankungen ($n = 2$) waren mit einem Anteil von 0,6 % ebenso häufig, wie den Harntrakt betreffende Diagnosen ($n = 2$). Insgesamt einmal war eine körperliche Behinderung (0,3 %) Einweisungsdiagnose. Der Übersicht halber, sind die Einweisungsdiagnosen inhaltlich und nach Organsystemen in Gruppen zusammengefasst worden (Tab. 34).

„Sonstiges“ fasst Diagnosen zusammen wie:

- Intensivbehandlung
- Tumorverdacht
- Behandlung der Mutter bei häuslicher Gewalt
- operativer Elektiv-Eingriff.

Tab. 34: Tabellarische Darstellung der Einweisungsdiagnosen. *N* = 327.

Einweisungsdiagnose	Anzahl	Anteil [%]
Verdacht auf KWG	195	59,6
Geburt	31	9,5
Unfall/ Notfall	21	6,4
Gastrointestinaltrakt	16	4,9
Sonstiges	8	2,4
Bronchialsystem	8	2,4
Intoxikation	8	2,4
Hautveränderungen	7	2,1
Gynäkologisch	6	1,8
Stoffwechsel	6	1,8
Infekt/ verminderter Allgemeinzustand	4	1,2
Entwicklungsstörung	4	1,2
Neurologisch	4	1,2
Bewegungsapparat	4	1,2
Herz-/ Kreislaufsystem	2	0,6
Harntrakt	2	0,6
körperliche Behinderung	1	0,3

In der nachfolgenden Abbildung 20 wird die Verteilung der Einweisungsdiagnosen in Abhängigkeit von der Art der KWG graphisch veranschaulicht (siehe auch Tabelle 35).

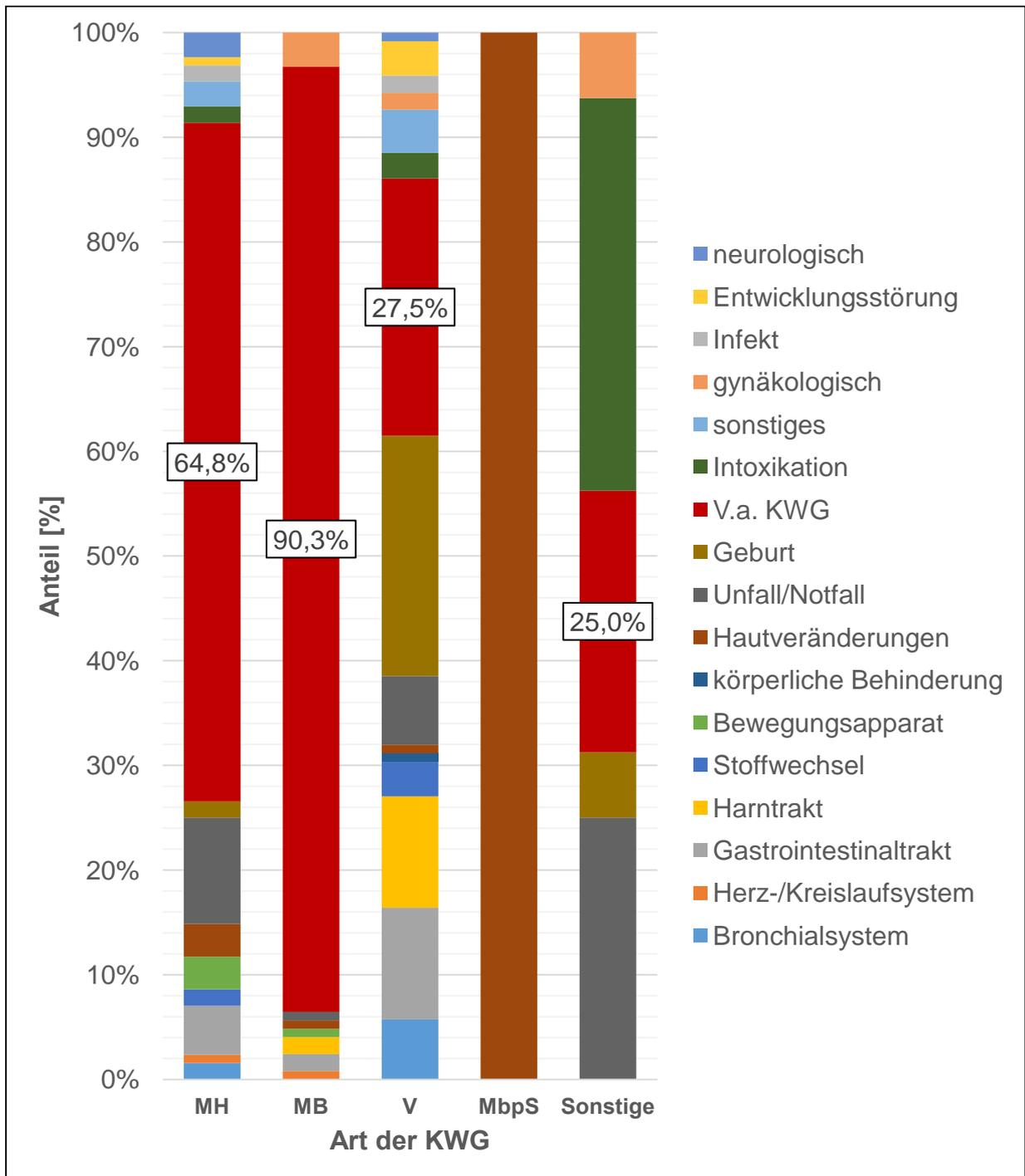


Abb. 20: Graphische Darstellung der Einweisungsdiagnose bezogen auf die jeweilige Art der KWG. K = 378.

Betrachtet man die Einweisungsdiagnosen in Abhängigkeit von der Art der KWG ($K = 378$), wird deutlich, dass der Verdacht auf KWG in absteigender Häufigkeit bei Missbrauch ($k = 112$; 90,3 %), Misshandlung ($k = 83$; 64,8 %), Vernachlässigung ($k = 30$; 27,5 %) und „sonstiger“ KWG ($k = 4$; 25,0 %) zur Einweisung geführt hat. Bei Misshandlungsverdacht ($K = 128$) waren mit 10,2 % ($k = 13$) Unfälle oder Notfälle die zweithäufigste Einweisungsdiagnose, gefolgt von den Diagnosen, die den Gastrointestinaltrakt betreffen ($k = 6$; 4,7 %) und zu gleichen Teilen Störungen des Bewegungsapparates oder Hautveränderungen ($k = 4$; 3,1 %), neurologische Diagnosen oder Diagnosen aus der Kategorie „sonstige“ ($k = 3$; 2,3 %). Jeweils einmal (0,8 %) war eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder eine Entwicklungsstörung die Primärdiagnose.

Bei Missbrauch ($K = 124$) kam es zusätzlich durch gynäkologische Diagnosen ($k = 4$; 3,2 %) zur Einweisung. Jeweils zweimal (1,6 %) waren den Harntrakt oder den Gastrointestinaltrakt (1,6 %) betreffende Diagnose Einweisungsgrund. Jeweils einmal (0,8 %) war die Einweisungsdiagnose eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, eine Erkrankung des Bewegungsapparates, eine Hautveränderung oder ein Unfall oder Notfall.

Bei Vernachlässigung ($K = 109$) fällt die Einweisungsdiagnose weniger eindeutig aus. Neben dem Verdacht auf KWG führte annähernd zu gleichen Teilen auch die Geburt (25,7 %) zur Involvierung der Kinderschutzgruppe. Einen geringeren Anteil an den Einweisungsdiagnosen nahmen in abnehmender Reihenfolge den Gastrointestinaltrakt betreffende Diagnosen ($k = 13$; 11,9 %), Unfälle oder Notfälle ($k = 8$; 7,3 %), Krankheiten des Bronchialsystems ($k = 7$; 6,4 %) und „sonstige“ ($k = 5$; 4,6 %) Diagnosen. Jeweils vier Mal (3,7 %) waren Erkrankungen des Stoffwechsels ($k = 4$; 3,7 %) und Entwicklungsstörung ($k = 4$; 3,7 %) die Aufnahme-diagnose. Bei drei Kindern (2,8 %) lag eine Intoxikation vor. Eine gynäkologische Diagnose oder ein Infekt begründeten bei jeweils zwei Kindern (1,8 %) die Vorstellung. Mit einer körperlichen Behinderung, einer Hautveränderung oder einer neurologischen Erkrankung wurde jeweils ein Patient (0,9 %) vorgestellt.

Tab. 35: Tabellarische Darstellung der Einweisungsdiagnose bezogen auf die Art der KWG. K = 378.

Einweisungsdiagnose	Art der KWG									
	MH		MB		V		MbpS		Sonstige	
	K = 128		K = 124		K = 109		K = 1		K = 16	
	K	[%]	K	[%]	K	[%]	K	[%]	K	[%]
Bronchialsystem	2	1,6	-	-	7	6,4	-	-	-	-
Herz-/ Kreislaufsystem	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-	-	-
Gastrointestinaltrakt	6	4,7	2	1,6	13	11,9	-	-	-	-
Harntrakt	-	-	2	1,6	13	11,9	-	-	-	-
Stoffwechsel	2	1,6	-	-	4	3,7	-	-	-	-
Bewegungsapparat	4	3,1	1	0,8	-	-	-	-	-	-
körperliche Behinderung	-	-	-	-	1	0,9	-	-	-	-
Hautveränderungen	4	3,1	1	0,8	1	0,9	1	10,0	-	-
Unfall/ Notfall	13	10,2	1	0,8	8	7,3	-	-	4	25,0
Geburt	2	1,6	-	-	28	25,7	-	-	1	6,3
V.a. KWG	83	64,8	112	90,3	30	27,5	-	-	4	25,0
Intoxikation	2	1,6	-	-	3	2,8	-	-	6	37,5
sonstiges	3	2,3	-	-	5	4,6	-	-	-	-
gynäkologisch	-	-	4	3,2	2	1,8	-	-	1	6,3
Infekt	2	1,6	-	-	2	1,8	-	-	-	-
Entwicklungsstörung	1	0,8	-	-	4	3,7	-	-	-	-
neurologisch	3	2,3	-	-	1	0,9	-	-	-	-

Das Mädchen mit Verdacht auf MbpS wurde aufgrund einer Hautveränderung behandelt. Bei „sonstiger“ KWG war eine Intoxikation meist dokumentierte Einweisungsdiagnose ($k = 6$; 37,5 %). Ebenso häufig wie der Verdacht auf KWG (25,0 %) war auch ein Unfall oder Notfall ($k = 4$; 25,0 %) Grund für die Vorstellung. Jeweils einmal (6,3 %) war ein Infekt oder die Geburt des Kindes Grund der Behandlung.

3.9 Angaben zum Untersuchungsablauf

Aufnahmearzt

Im Kinderschutzbogen (KSB) ist in 34,7 % der Fälle ($N = 329$) der aufnehmende Arzt vermerkt worden (Tab. 36).

Tab. 36: Tabellarische Darstellung der Angaben zur Dokumentation des aufnehmenden Arztes im Kinderschutzbogen. ($N = 329$).

Dokumentation des Arztes im KSB	Anzahl	Anteil [%]
nein	215	65,3
ja	114	34,7

Untersuchungsort

Eine Angabe zum Untersuchungsort findet sich im KSB zu 29,8 % ($n = 98$) (Tab 37) der Fälle ($N = 329$). Tabelle 37 gibt diesbezüglich nähere Angaben.

Tab. 37: Tabellarische Darstellung der Angaben zur Dokumentation des Untersuchungsortes im Kinderschutzbogen. $N = 98$.

Untersuchungsort	Anzahl	Anteil [%]
Kinderschutzzimmer	25	25,5
Untersuchungszimmer	73	74,5

Von den Fällen, bei denen die Dokumentation zum Untersuchungsort vollständig war

($n = 98$), fanden die Untersuchungen zu 25,5 % im eigens dafür eingerichteten Kinderschutzzimmer statt, beim Großteil der Kinder (74,5 %) erfolgte der Arztkontakt im herkömmlichen Untersuchungszimmer.

Untersuchungsdauer

Bei insgesamt 79 Kindern ist die Untersuchungsdauer im KSB dokumentiert worden (24,0 %) (Abb. 21).

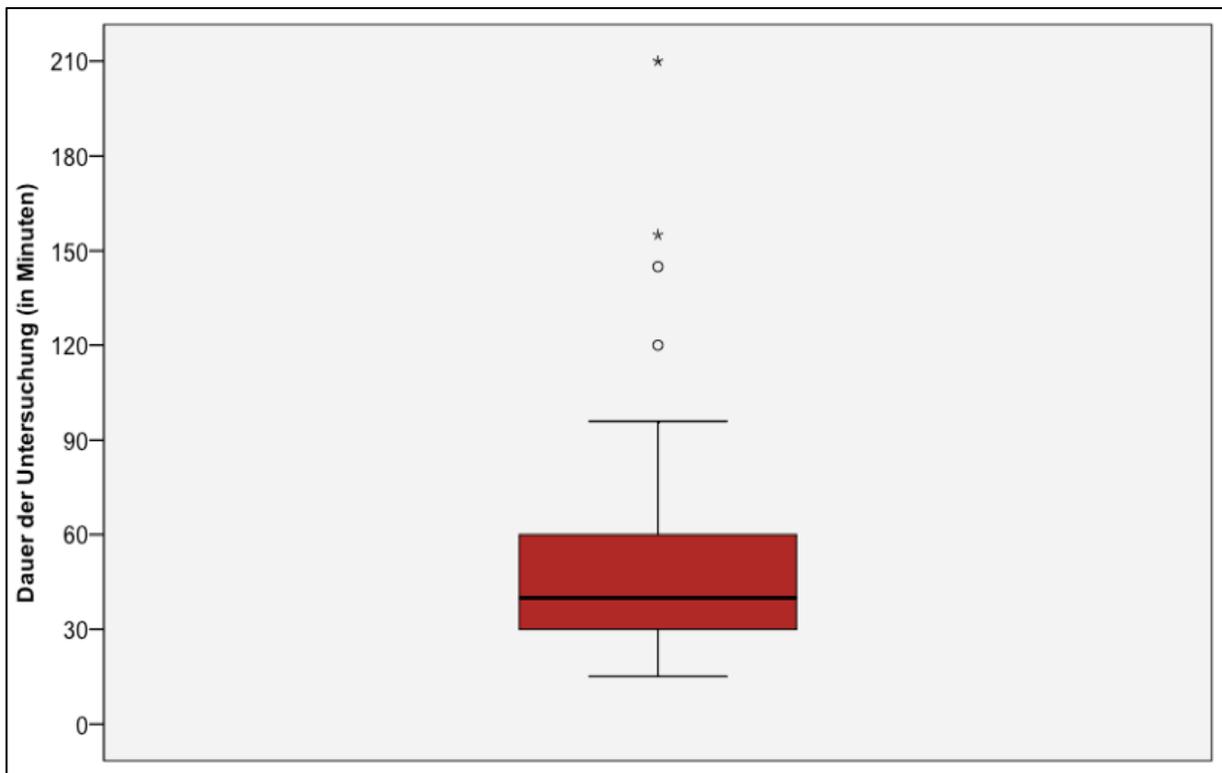


Abb. 21: Graphische Darstellung der Dauer der Erstuntersuchung als Boxplot. Die Spannweite der Untersuchungsdauer lag zwischen 15 und 210 Minuten. Der Mittelwert lag bei 49,6 Minuten. $N = 79$.

Die Spannweite der Untersuchungsdauer lag zwischen 15 und 210 Minuten. Der Mittelwert lag bei 49,6 Minuten.

Anamnese

Die Anamnese war in 94,8 % ($n = 312$) der Fälle ($N = 329$) bekannt (Tab. 38). Ihre Dokumentation fand in 33,4 % ($n = 109$) im KSB statt. Im Großteil ($n = 217$;

66,6 %) der Fälle wurden die anamnestischen Angaben anders dokumentiert. In der Mehrzahl handelte es sich um eine Fremdanamnese ($n = 194$; 60,2 %), in 38,9 % ($n = 128$) der Fälle gab der Patient selbst Auskunft. Für die Fremdanamnese waren vor allem die Eltern verantwortlich ($n = 217$; 69,1 %), zu 6,4 % ($n = 20$) Aufsichtspflichtige (Lehrer, Erzieher, Tagesmutter, Lebensgefährte(in)/ Freund(in) der Eltern), zu 3,5 % Ärzte ($n = 11$), zu jeweils 3,2 % ($n = 10$) Polizei oder Jugendamt, in 1,9 % ($n = 6$) der Fälle die Großeltern und zu 1,0 % ($n = 3$) Verwandte.

Tab. 38: Tabellarische Darstellung der Angaben zur Anamneseerhebung im Kinderschutzbogen. *N* = 314 - 329.

Angaben zur Anamneseerhebung		Anzahl	Anteil [%]
		<i>N</i> = 329	
Anamnese	bekannt	312	94,8
	nicht bekannt	17	5,2
		<i>N</i> = 322	
Anamnese durch Patient	nein	194	60,2
	ja	128	39,8
		<i>N</i> = 314	
Fremdanamnese	nein	37	11,8
	Eltern	217	69,1
	Aufsichtspflichtige	20	6,4
	Arzt	11	3,5
	Jugendamt	10	3,2
	Polizei	10	3,2
	Großeltern	6	1,9
	Verwandte	3	1,0
		<i>N</i> = 326	
Anamnese im KSB dokumentiert	nein	217	66,6
	ja	109	33,4

3.10 Symptome bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Die Symptome werden jeweils im Zusammenhang mit der Misshandlungsform (*K* = 378): Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung, MbpS oder „Sonstige“ angegeben. Die Anzahl der Symptome wird als „S“ angegeben und ist mit dem je-

weiligen Kürzel „MH“, „MB“, „V“, „MbpS“ oder „sonst“ genauer aufgeschlüsselt worden.

Bezogen auf die einzelnen Arten der KWG stellte sich die Anzahl der Symptome unterschiedlich stark ausgeprägt dar (Abb. 22).

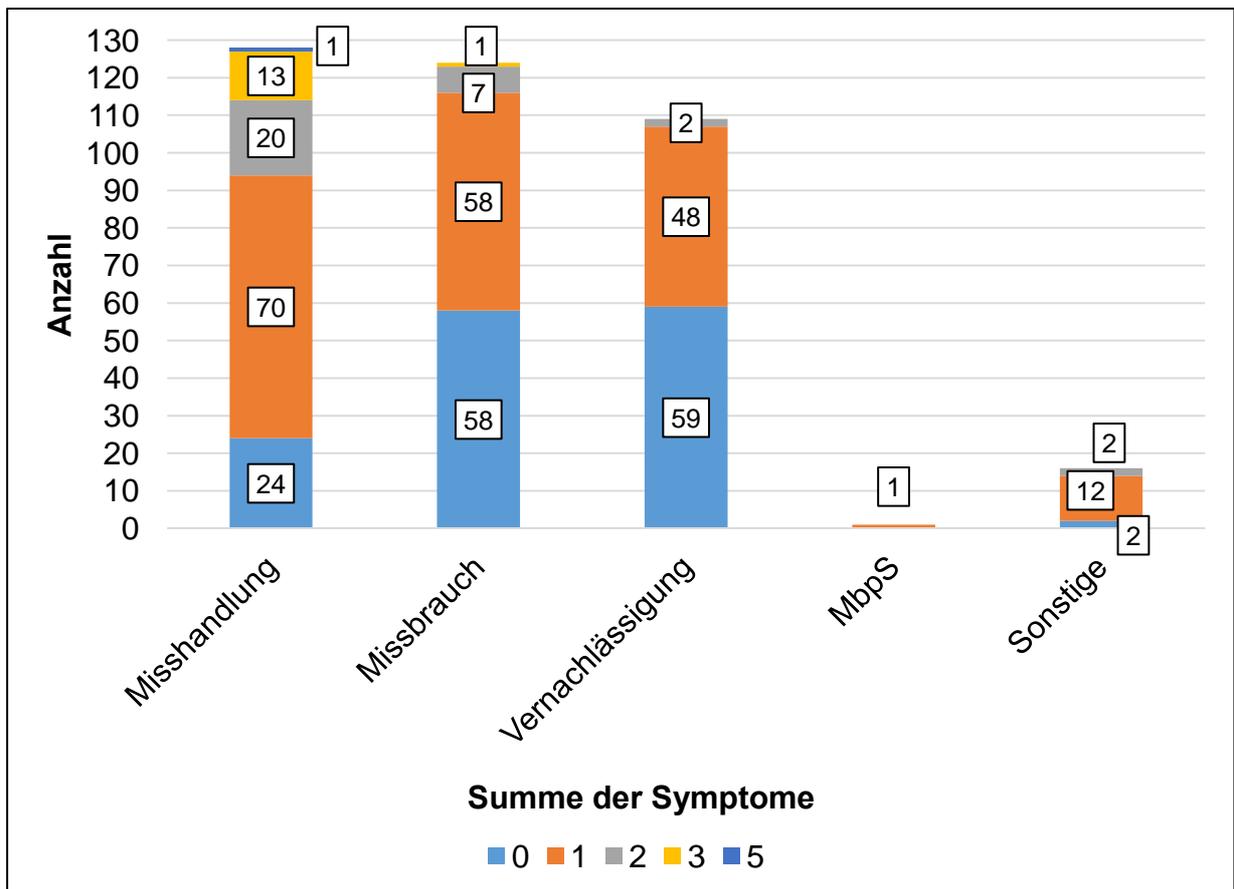


Abb. 22: Graphische Darstellung zur Anzahl der Symptome bezogen auf die einzelnen Misshandlungsformen. $K = 378$.

Bei Misshandlung ($K_{MH} = 128$) wurden in 81,3 % ($S_{MH} = 104$) Symptome vorgefunden. Bei Missbrauch ($K_{MB} = 124$) fanden sich bei 53,2 % ($S_{MB} = 66$), bei Vernachlässigung ($K_V = 109$) fanden sich bei 45,9 % ($S_V = 50$), bei MbpS ($K_{MbpS} = 1$) bei 100,0 % ($S_{MbpS} = 1$) und bei „sonstiger“ KWG ($K_{sonst} = 16$) bei 87,5 % ($S_{sonst} = 14$) auffällige Befunde.

Körperliche Symptome

Viele der Kinder hatten Hämatome. Hauptsächlich beim Tatbestand Misshandlung allerdings auch bei Missbrauchsverdacht. In Abbildung 23 werden die Hämatomlokalisationen der betroffenen Patienten ($N = 329$) schematisch dargestellt. Das verwendete Schema stammt aus dem Kinderschutzbogen des UKB.

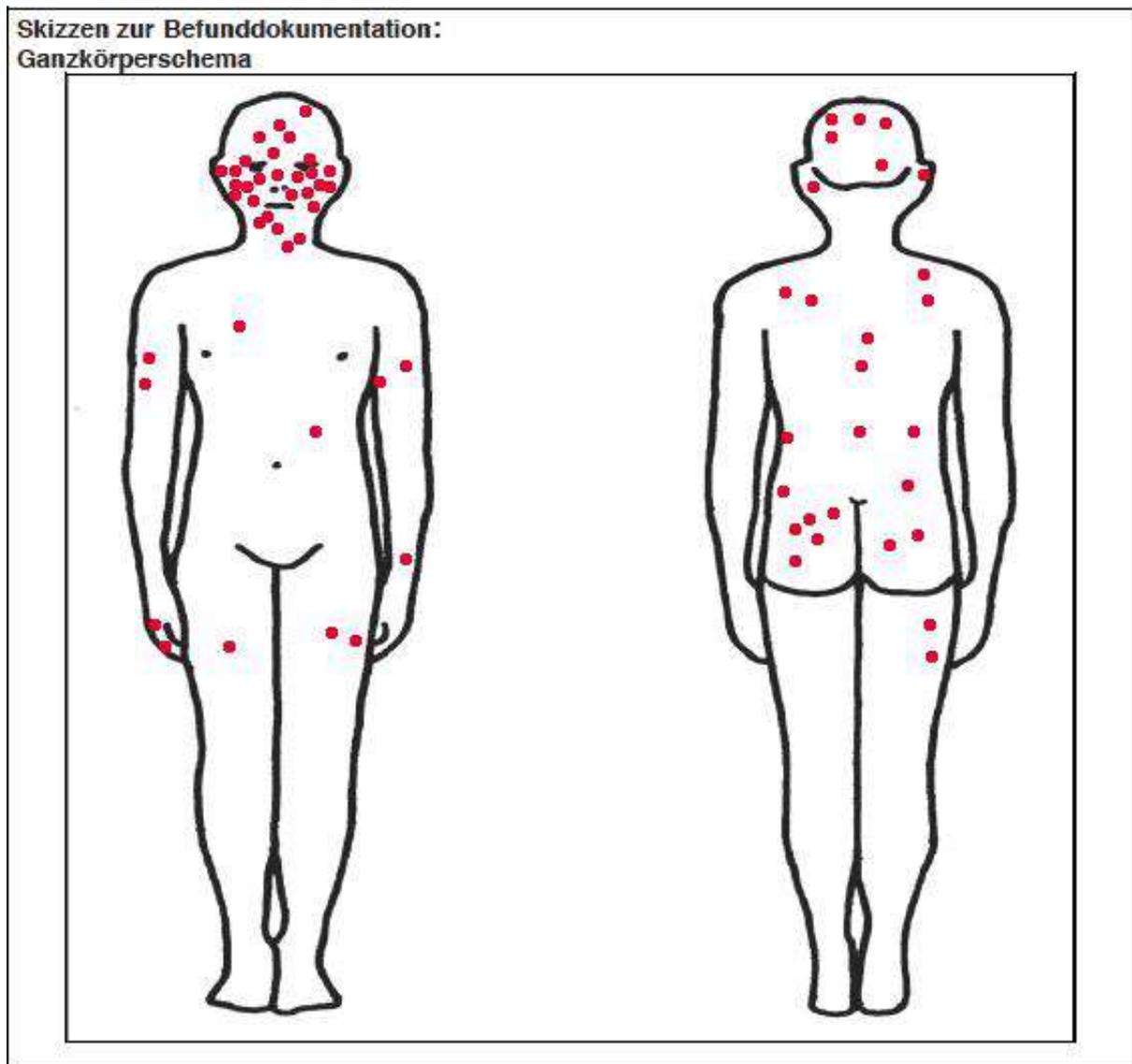


Abb. 23: Schema zur Lokalisation von insgesamt 68 Hämatomen bei den betroffenen Kindern. Die Hämatome sind als absolute Angabe unabhängig vom einzelnen Kinderschutzfall in das Schema aufgetragen worden. Das Körperschema stammt aus dem Kinderschutzbogen des Bonner Universitätsklinikums. $S = 68$.

In der folgenden Tabelle 39 sind die Symptomkonstellationen für die jeweiligen Miss-

handlungsformen dargestellt. Am häufigsten wurden bei Verdacht auf Kindesmisshandlung Symptome festgestellt und dokumentiert oder überhaupt als solche erkannt.

Tab. 39: Tabellarische Darstellung der Verteilung der Symptome bezogen auf die Art der KWG. Hier ergaben sich in der Summe 302 Symptome, die Angabe ist nicht äquivalent mit der Fallzahl oder der Anzahl der Arten von KWG. S = 302.

Symptome	Art der KWG					S
	MH	MB	V	MbpS	Sonstige	
Hämatom	71	5	-	-	2	78
Fraktur	17	-	-	-	2	19
Alte Fraktur	8	-	-	-	-	8
Schädelhirntrauma	8	-	-	-	-	8
Würgemale	3	-	-	-	-	3
Verbrennung	7	-	-	-	1	8
Verbrühung	2	-	-	-	-	2
Kratzer	11	1	-	-	2	14
Narbe	7	-	-	-	-	7
ungepflegt	-	-	8	-	-	8
verwahrlost	-	-	1	-	-	1
Gewichtsabnahme/ Dystrophie	-	1	7	-	-	8
Genitalverletzung/ auffälliger Genitalbefund	-	31	-	-	-	31
Positiver Dilatationstest	-	1	-	-	-	1
Vaginaler Ausfluss/ Blutung	-	6	-	-	-	6
Condylomata	-	3	-	-	-	3
Intoxikation	-	-	1	-	6	7
DES	-	-	15	-	-	15
Psychische Auffälligkeiten	7	14	4	-	3	28
Entwicklung	1	1	5	-	-	7
sonstige	13	13	11	1	2	40
ΣS	155	76	52	1	18	302

Symptome bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Bei insgesamt 128 Mal geäußertem Misshandlungsverdacht fielen bei 104 Kindern (81,3 %) misshandlungstypische Zeichen auf. Häufig trat mehr als eine Kategorie von Symptomen auf, sodass die Anzahl der Symptome ($\Sigma S = 155$) nicht mit der Anzahl der zugehörigen Zahl der Verdachtsmomente kongruent war ($K_{MH} = 128$). Bei 18,8 % dieser Patientengruppe ($k = 24$) fehlten Misshandlungszeichen.

In Abbildung 24 sind die Symptome bei Kindesmisshandlung in Form eines Kreisdiagrammes graphisch dargestellt. Die Mehrzahl der Symptome entsprach Hämatomen und Petechien ($s = 71$; 45,8 %), deren genaues Verteilungsmuster in Abbildung 23 schematisch für alle KWG-Arten dargestellt ist.

11,0 % ($s = 17$) der Symptome machten Frakturen aus, alte Frakturen hatten einen Anteil von 5,2 % ($s = 8$) an den Symptomen, Kratzspuren kamen zu 7,1 % ($s = 11$) vor und 1,9 % ($s = 3$) machten Würgemale aus. Ein Schädelhirntrauma (SHT) hatte einen Anteil von 5,2 % ($s = 8$) an den Symptomen dieser Patientengruppe. Zu 4,5 % zeigten sich Verbrennungen ($s = 7$) und Verbrühungen kamen in 1,3 % ($s = 2$) als Symptom vor. Psychische und psychosomatische Auffälligkeiten oder selbstverletzendes Verhalten fiel ebenso wie Narben bei 4,5 % ($2 \times s = 7$) der Kinder auf. Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten machten 0,6 % ($s = 1$) der Symptome aus. Insgesamt 8,4 % ($s = 13$) der Symptome wurden der Kategorie „sonstige“ zugeordnet. Hierunter sind Symptome, wie entzündliche Hautveränderungen (Blasen, Beulen, Phlegmone) ($s = 3$; 1,9 %), Bissspuren ($s = 1$; 0,6 %), Zustand nach kardiopulmonaler Reanimation (CPR) ($s = 1$; 0,6 %) und misshandlungsbedingte Schmerzformen ($s = 8$; 5,2 %), die nicht als psychosomatische Folge von Misshandlung eingestuft werden können.

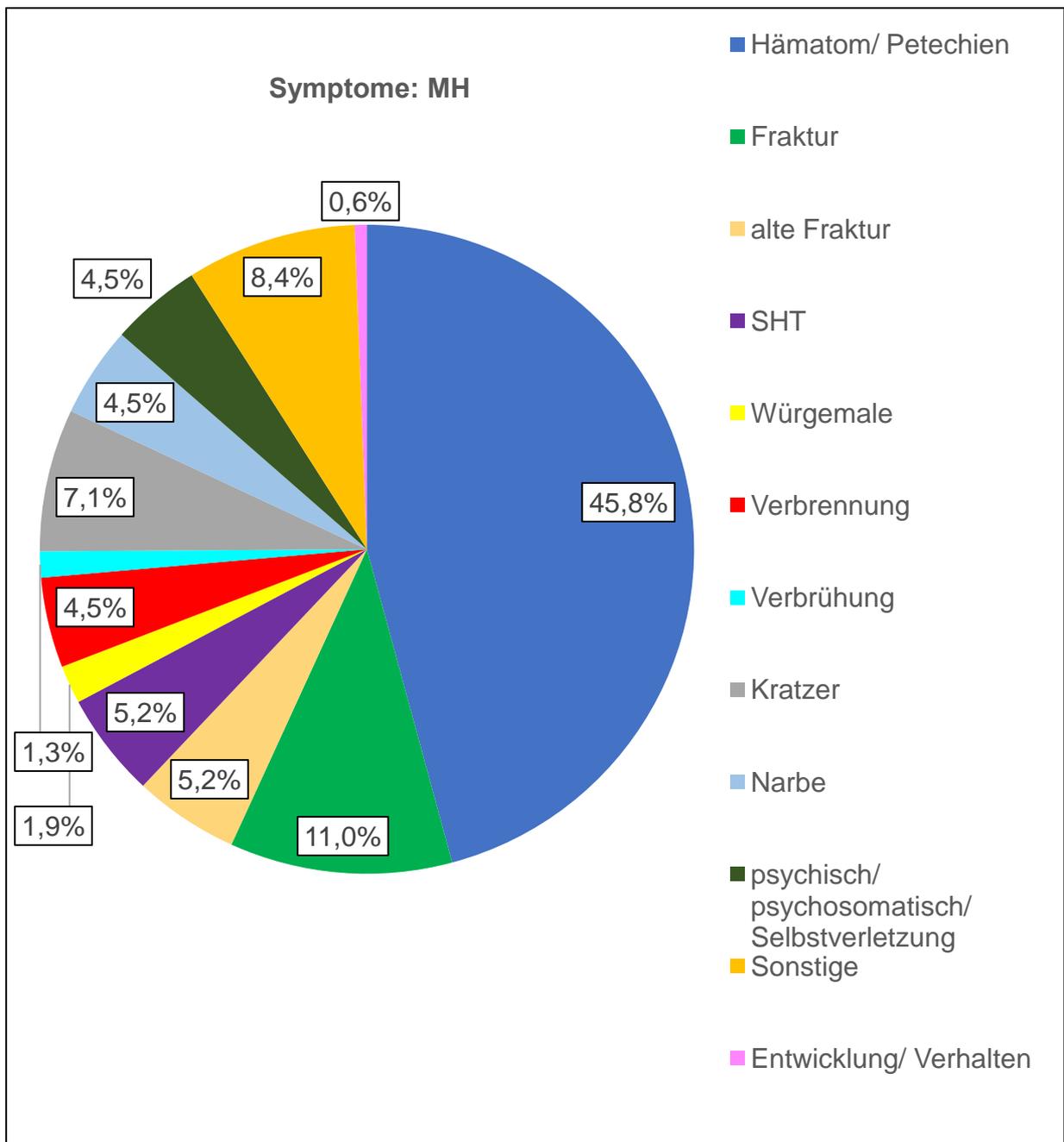


Abb. 24: Graphische Darstellung der Symptome bei Kindesmisshandlung.
 $S_{MH} = 155$.

In Abbildung 25 ist die Symptomverteilung bei Misshandlungsverdacht unter Berücksichtigung des Untersuchungsergebnisses - also ob der Verdacht bestätigt oder ausgeschlossen wurde oder bestehen blieb - dargestellt.

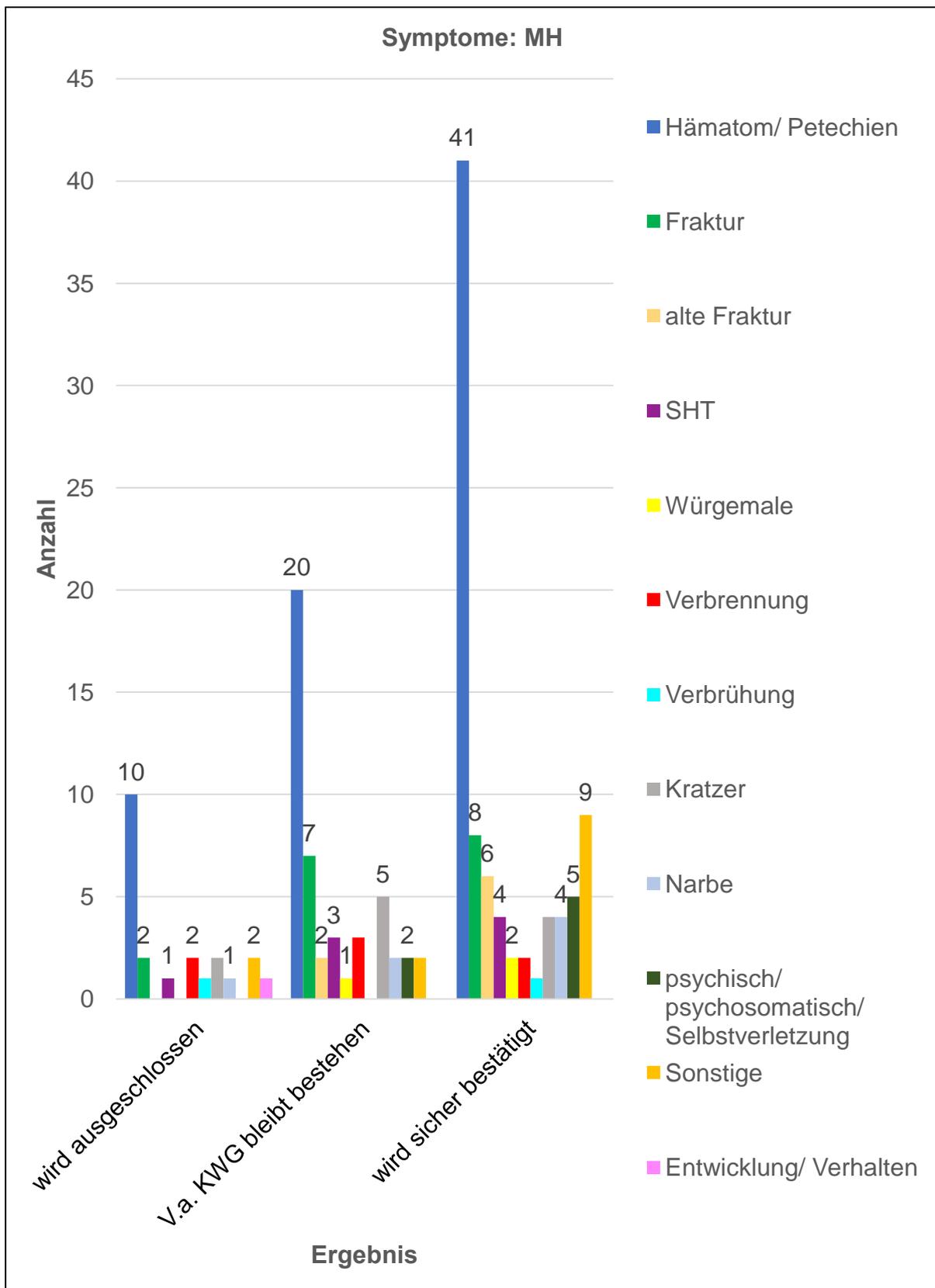


Abb. 25: Graphische Darstellung der Symptome und des Ergebnisses der Kinderschutzarbeit bei Kindesmisshandlung. *SMH = 155.*

Es zeigt sich, dass bei mehr als der Hälfte ($s = 41$; 57,7 %) der Hämatome ($s = 71$) eine Misshandlung sicher bestätigt werden konnte. Zu 28,2 % ($s = 20$) konnte eine Misshandlung trotz Vorhandensein eines Hämatoms nicht ausgeschlossen werden und zu 14,1 % ($s = 10$) wurde der Verdacht auf KWG fallen gelassen. Ähnlich, jedoch in geringerer Ausprägung, verhält es sich bei den übrigen Symptomen.

Symptome bei Verdacht auf Kindesmissbrauch

Bei „Kindesmissbrauch“ ($K_{MB} = 124$) konnten bei 46,8 % ($k = 58$) der Kinder keine missbrauchsspezifischen Auffälligkeiten festgestellt werden.

Bei den verbliebenen 53,2 % ($k = 66$) sind 76 Symptome ($S_{MB} = 76$) dokumentiert worden (siehe Tab. 39), auf die sich die folgenden Angaben beziehen.

Als häufigstes Symptom ($s = 31$; 40,8 %) wurden genitale Verletzungen oder Auffälligkeiten diagnostiziert (Abb. 26). Gefolgt von psychischen Auffälligkeiten ($s = 14$; 18,4 %), vaginalem Ausfluss oder vaginalen Blutungen ($s = 6$; 7,9 %), Hämatomen und Petechien ($s = 5$; 6,6 %) und Condylomata ($s = 3$; 3,9 %). Jeweils einmal zeigten sich Auffälligkeiten von Entwicklung oder Verhalten, Gewichtsunregelmäßigkeiten und Kratzer ($s = 1$; 1,3 %). 13 Symptome (17,1 %) fielen unter die Kategorie „sonstige“, darunter sind Auffälligkeiten, wie sechsmalig perianale/ -genitale Entzündungen und Streptokokkeninfekte (7,9 %), drei Analfissuren (3,9 %), zweimal Enuresis und rezidivierende Harnwegsinfekte (2,6 %), eine Schwangerschaft (1,3 %) und einmal Schmerzen (1,3 %) zusammengefasst.

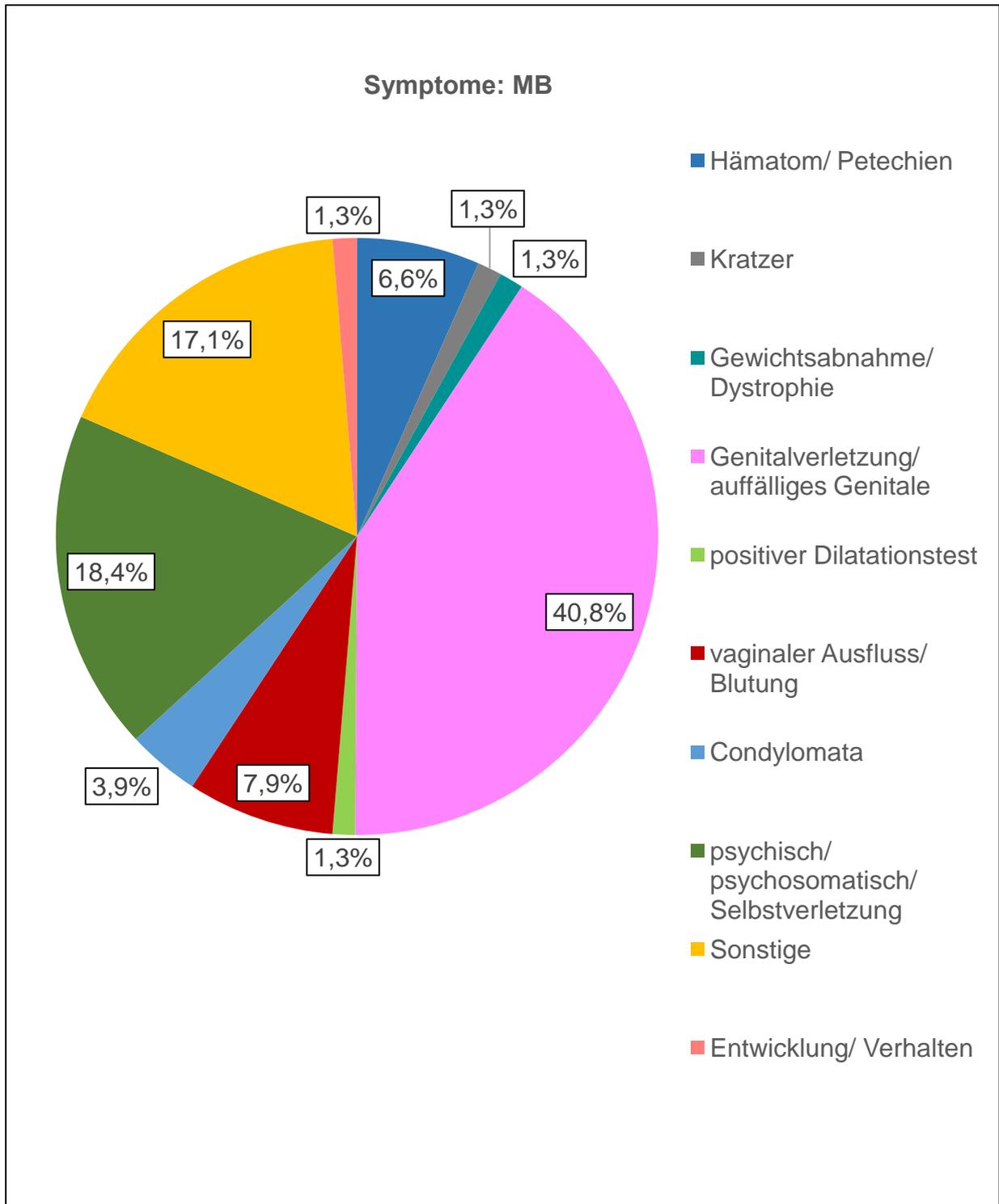


Abb. 26: Graphische Darstellung der Symptome bei Kindesmissbrauch. $S_{MB} = 76$.

In Abbildung 27 ist zusätzlich die Verteilung der Symptome bei Missbrauchsverdacht gemeinsam mit dem Untersuchungsergebnis dargestellt.

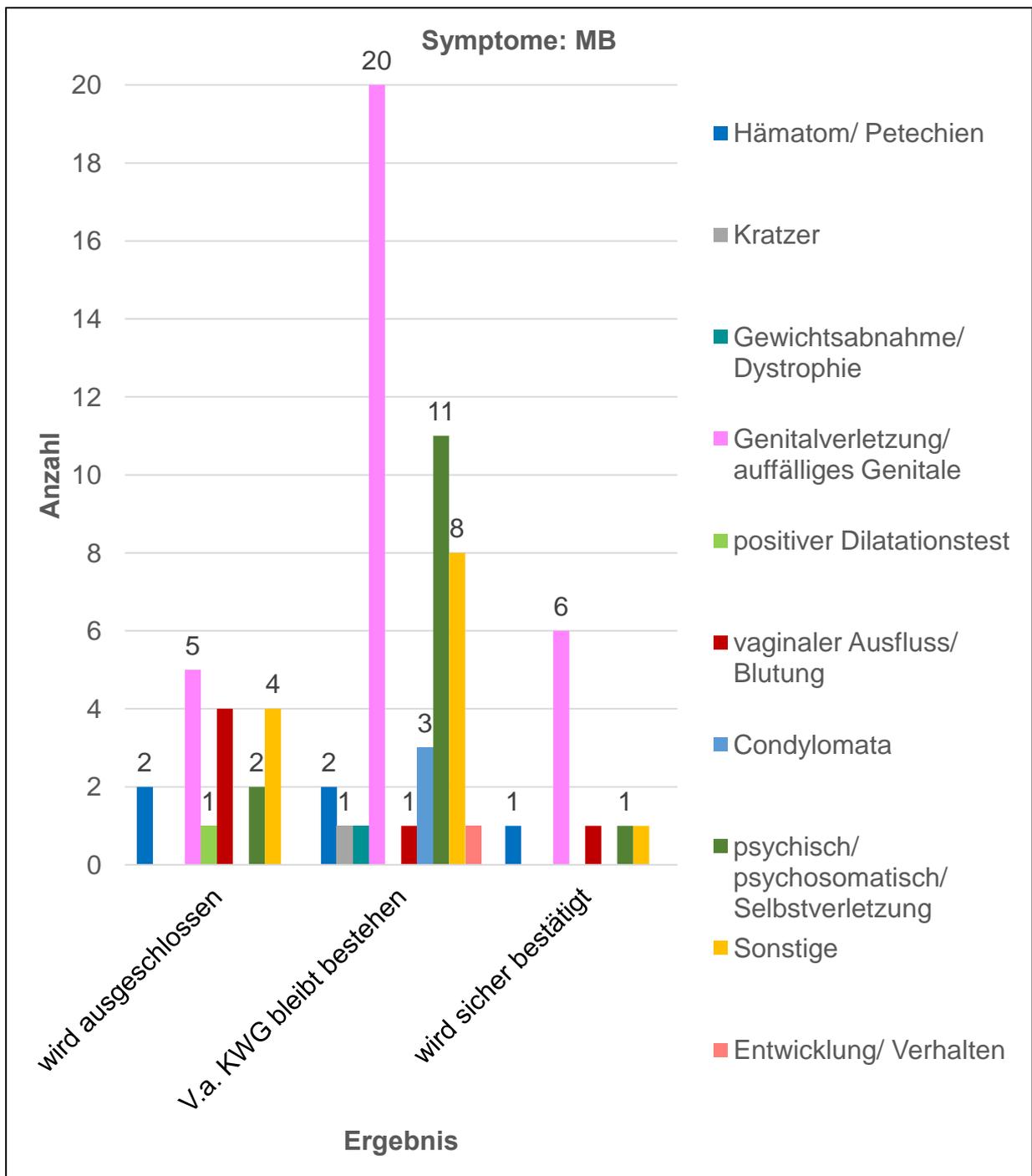


Abb. 27: Graphische Darstellung der Symptome und des Ergebnisses der Kinderschutzarbeit bei Kindesmissbrauch. $SMB = 76$.

Hier fällt auf, dass sich der Verdacht von Kindesmissbrauch ausschließlich bei Vorliegen von Verletzungen des Genitale beziehungsweise Auffälligkeiten am Genitale ($S = 31$) bestätigen ließ ($s = 6$; 19,4 %). In den allermeisten Fällen reichten die

Befunde jedoch nicht aus, um zu einem sicheren Ergebnis zu kommen. So konnte bei 64,5 % des Symptoms „Genitalverletzung/ auffälliges Genitale“ ($s = 20$) der Verdacht nicht verifiziert werden und bei 16,1 % ($s = 5$) wurde der Verdacht trotz Befund fallen gelassen. „Psychisch / psychosomatisch / Selbstverletzung“ ($S = 11$; 78,6 %) und „sonstige“ ($S = 8$; 61,5 %) Auffälligkeiten waren häufige Symptome, die vorwiegend zur Aufrechterhaltung des Verdachts führten. Mit 14,3 % beziehungsweise 30,8 % wurde hier ein Missbrauch ausgeschlossen. Der insgesamt einmal als positiv dokumentierte „positive Dilatationstest“ war in Zusammenschau mit den anamnestischen Begleitumständen nicht hinreichend für eine Bestätigung des Verdachtsfalles. „Entwicklung-/Verhaltens“-Auffälligkeiten ließen den Verdacht weiterbestehen ($S = 1$), aber konnten nicht zur Sicherung des Ergebnisses beitragen. Sind ein „vaginaler Ausfluss/ Blutung“ diagnostiziert worden, führte dies zu gleichen Teilen ($s = 1$; 16,7 %) zur Bestätigung oder zur Aufrechterhaltung des Verdachts, in der Mehrzahl ($s = 4$; 66,7 %) konnte aber eine KWG in diesem Zusammenhang ausgeschlossen werden. Auch „Hämatome/ Petechien“ waren nicht wegweisend für einen sexuellen Missbrauch und hielten den Verdacht genauso häufig aufrecht, wie er auch ausgeschlossen werden konnte (jeweils $s = 2$; 40,0 %). Einmalig (20,0 %) bestätigte sich das Verdachtsmoment. Befunde wie „Kratzer“ ($S = 1$), „Gewichtsabnahme“ ($S = 1$) oder „Condylomata“ ($S = 3$) hielten den Verdacht aufrecht, trugen aber nicht zu einem sicheren Ergebnis bei.

Symptome bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung

Bei 45,9 % ($k = 50$) der vernachlässigten Kinder ($K_v = 109$) ließen sich insgesamt 52 Symptome ausmachen (siehe Tab. 39).

Hauptsymptom war das „DES“ mit 28,8 % ($s = 15$), gefolgt von „sonstige“ Symptome ($s = 11$; 21,2 %), „ungepflegt/ Karies“ oder „Gewichtsabnahme/ Dystrophie“ (je $s = 8$; 15,4 %), „Entwicklung/ Verhalten“ ($s = 5$; 9,6 %), „psychisch/ psychosomatisch/ Selbstverletzung“ ($s = 4$; 7,7 %) und „verwahrlost“ ($s = 1$; 1,9 %) (Abb. 28).

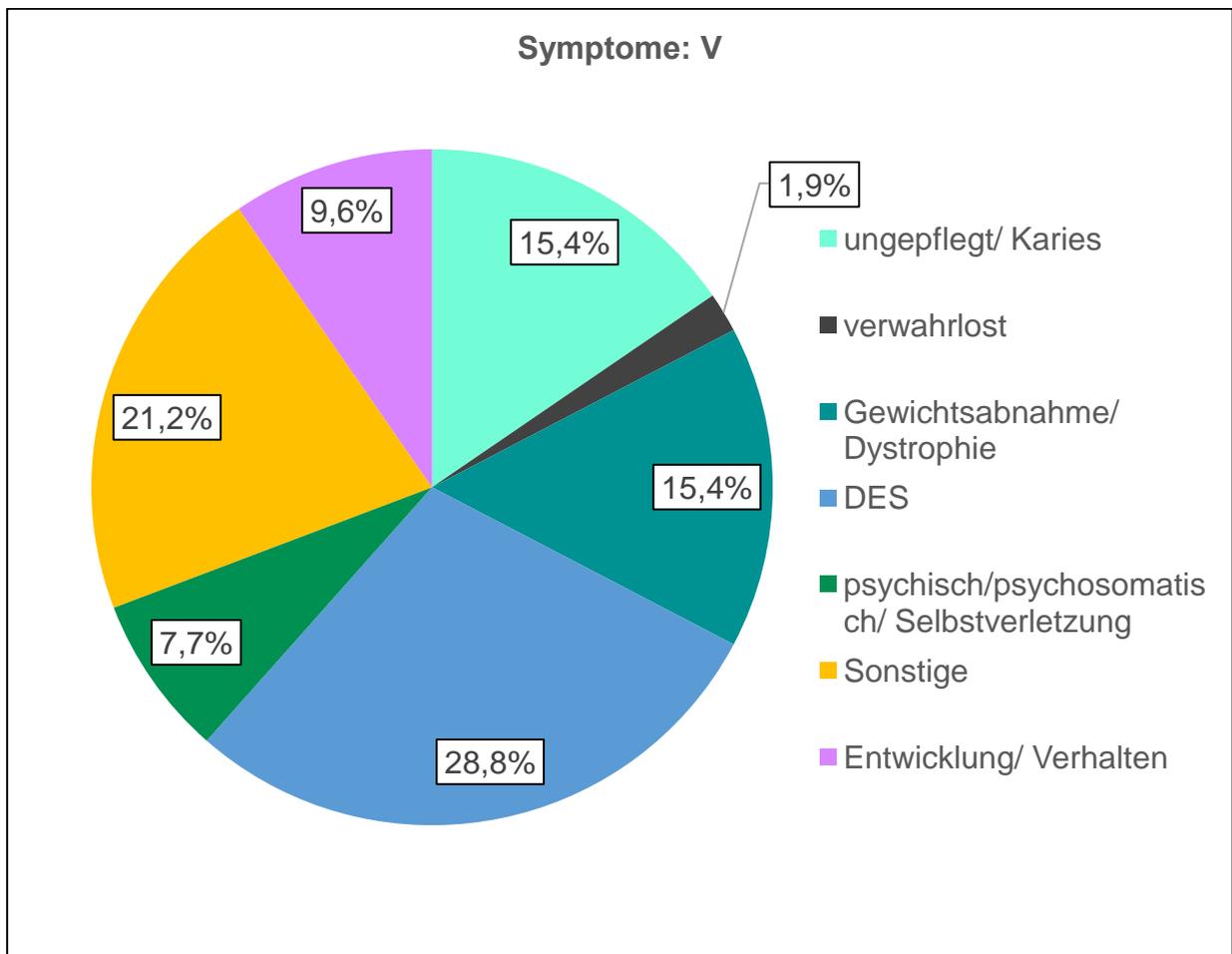


Abb. 28: Graphische Darstellung der Symptome bei Vernachlässigung. $S_v = 52$.

Im Fall von Vernachlässigung ließ sich bei keinem Symptom der Verdacht auf KWG ausschließen (Abb. 29).

Abbildung 29 stellt das Ergebnis des Kinderschutzfalles in Abhängigkeit vom

Symptomspektrum dar. Das Vorliegen eines „DES“ ($S = 15$) reichte in 46,7 % ($s = 7$) des Symptomvorkommens aus, den Verdacht zu bestätigen, in der Mehrzahl ($s = 8$; 53,3 %) kam es zu keiner Ergebnissicherung, aber zur Aufrechterhaltung des Verdachts. War das Kind „ungepflegt“ oder hatte stark kariöse Zähne ($s = 6$; 75,0 %), war dystroph ($s = 6$; 75,0 %), war auffällig im Bereich „psychisch/ psychosomatisch/ Selbstverletzung“ ($s = 4$; 100,0 %) oder „sonstige“ ($s = 7$; 63,6 %) konnte das Ergebnis in den angegebenen, prozentualen Anteilen dieses Symptom Vorkommens sicher bestätigt werden. Ein Kind war verwahrlost. Hier konnte das Ergebnis sicher bestätigt werden. Bei Symptomen der Kategorie „Entwicklung/ Verhalten“ blieb etwas häufiger der Verdacht auf KWG bestehen ($s = 3$; 60,0 %), konnte aber in 40,0 % ($s = 2$) des Symptomvorkommens gesichert werden.

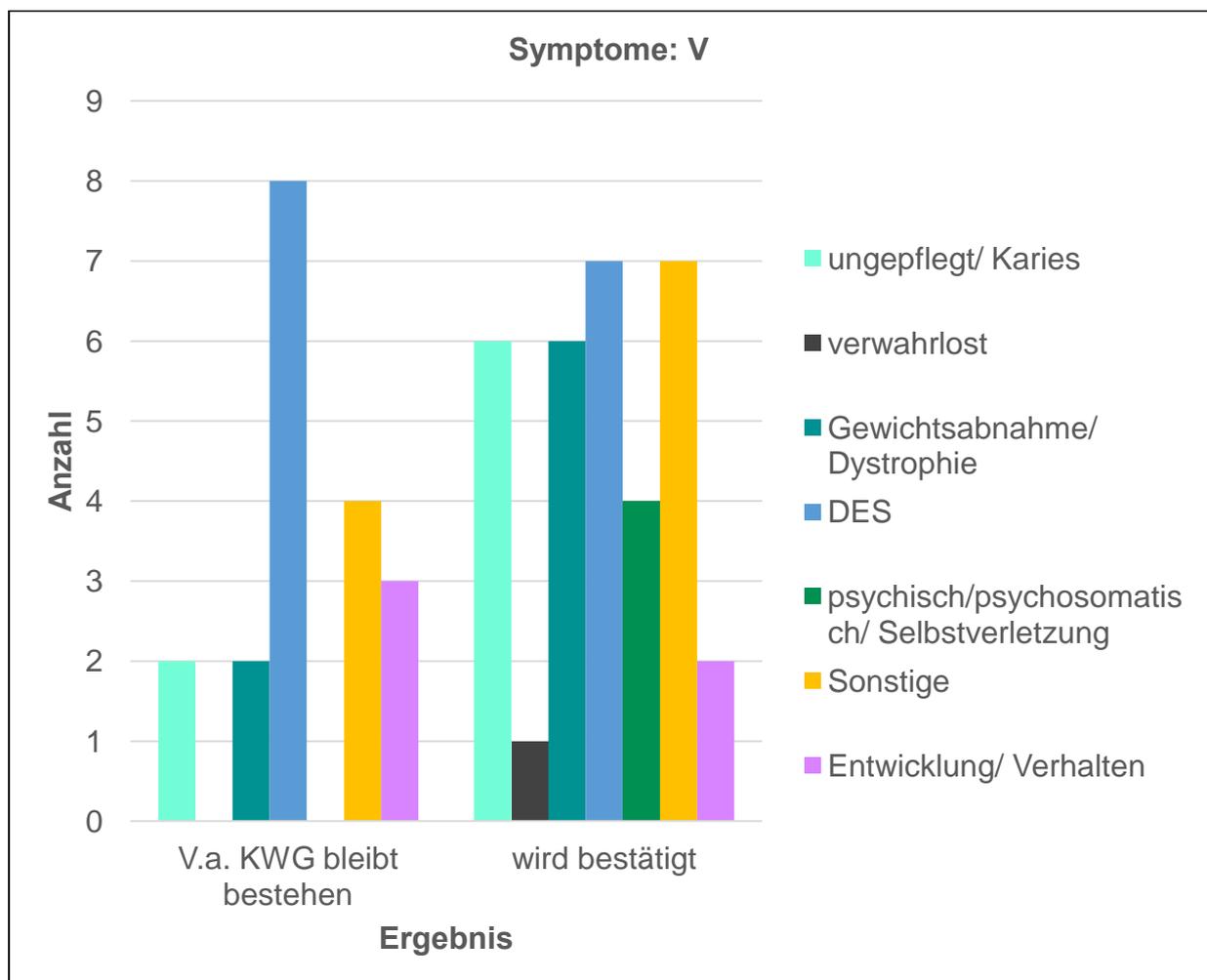


Abb. 29: Graphische Darstellung der Symptome und des Ergebnisses der Kinderschutzarbeit bei Vernachlässigung. $S_V = 52$.

Symptome bei Verdacht auf „sonstige“ KWG

In der Kategorie „sonstige“ KWG ($K_{\text{sonstige}} = 16$) sind bei 87,5 % ($K = 14$) der kleinen Patienten Symptome schriftlich festgehalten worden. Insgesamt können „sonstiger“ KWG 18 Symptome zugeordnet werden. Den Großteil machten hier „Intoxikationen“ aus ($s = 6$; 33,3 %), gefolgt von „psychisch/ psychosomatisch/ Selbstverletzung“ ($s = 3$; 16,7 %). An dritter Stelle fanden sich Symptome der Kategorien „sonstige“, „Hämatom/ Petechien“, „Fraktur“ und „Kratzer“ (je $s = 2$; 11,1 %). Einmal kam es zu Verbrennungen ($s = 1$; 5,6 %) (Abb. 30).

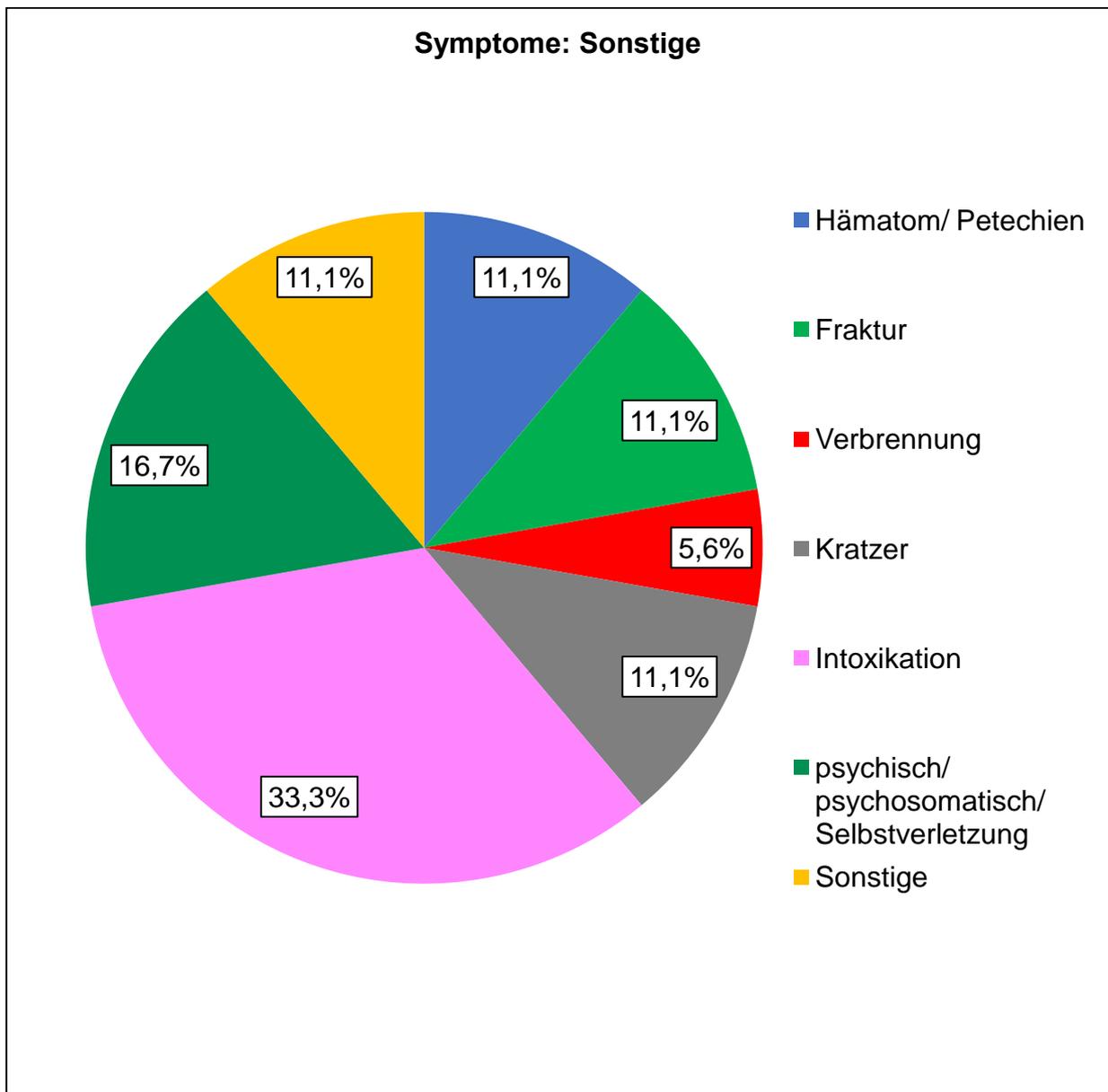


Abb. 30: Graphische Darstellung der Symptome bei „sonstige“ KWG. $S_{\text{Sonstige}} = 18$.

Abbildung 31 zeigt die Symptome der Kategorie „sonstige“ KWG im Zusammenhang mit dem klinischen Ergebnis des Kinderschutzfalles auf.

Bei allen Patienten mit „Intoxikationen“ ($S = 6$), „Hämatomen/Petechien“ ($S = 2$), „Frakturen“ ($S = 2$), „Kratzern“ ($S = 2$) und „sonstigen“ Symptomen ($S = 2$) konnte eine Gefährdung des Kindeswohls der Form „sonstige“ KWG bestätigt werden. Bei Auffälligkeiten im Bereich „psychisch/ psychosomatisch/ Selbstverletzung“ ($S = 3$) bestätigte sich das Ergebnis in 66,7 % des Symptomvorkommens ($s = 2$) und bei 33,3 % ($s = 1$) wurde der Verdacht aufrecht gehalten. Bei dem Kind das „Verbrennungen“ ($s = 1$) aufwies blieb der Verdacht auf KWG bestehen.

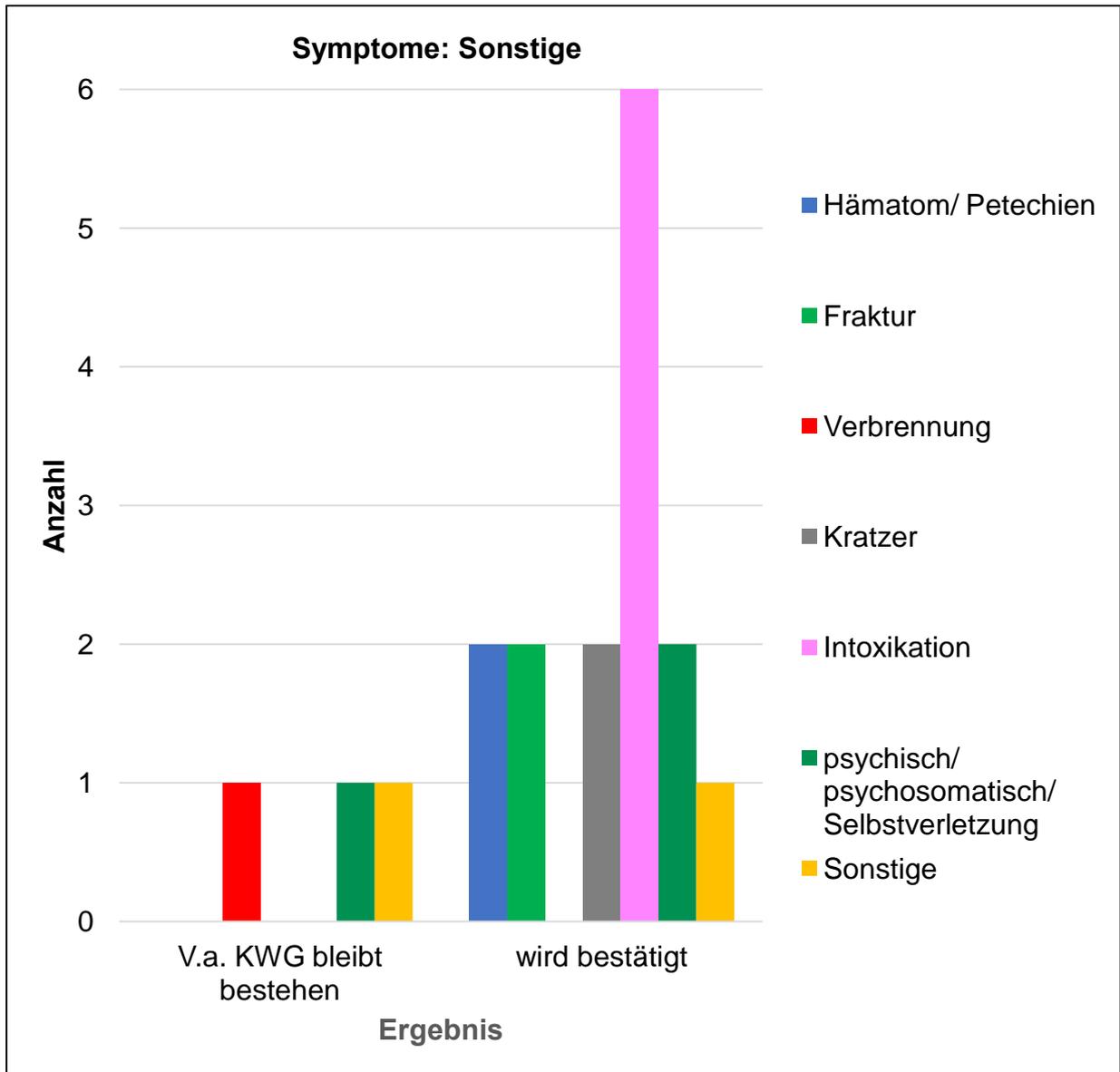


Abb. 31: Graphische Darstellung der Symptome und des Ergebnisses der Kinderschutzarbeit bei „sonstige“ KWG. $S_{\text{Sonstige}} = 18$.

3.11 Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Kinder

Bei insgesamt 229 Kindern (69,6 %) sind Verhaltensangaben schriftlich festgehalten worden (Tab. 40).

Tab. 40: Tabellarische Darstellung des Verhaltens der betroffenen Kinder. $N = 229$.

Verhalten der Kinder	Anzahl	Anteil [%]
situationsgerechtes Verhalten	171	74,7
überängstlich, überangepasst, verschlossen	13	5,7
sexualisiertes Verhalten/ ungewöhnlicher Wortschatz	3	1,3
Hinweise auf Essstörung	2	0,9
Alkohol-/ Drogen-/ Medikament-Einfluss	7	3,1
Simulation	2	0,9
sonstige	31	13,5

Hier fiel in der Mehrheit der Fälle ein situationsgerechtes Verhalten auf ($n = 171$; 74,7 %), gefolgt von „sonstige“ ($n = 31$; 13,5 %), „überängstlich, überangepasst, verschlossen“ ($n = 13$; 13,5 %), „Alkohol-/ Drogen-/ Medikament-Einfluss“ ($n = 7$; 3,1 %), „sexualisiertes Verhalten/ ungewöhnlicher Wortschatz“ ($n = 3$; 1,3 %), „Hinweise auf Essstörungen“ ($n = 2$; 0,9 %) und „Simulation“ ($n = 2$; 0,9 %).

Insgesamt wurden, bezogen auf die jeweilige Misshandlungsform, 272 Verhaltensangaben zu den Kindern gemacht (Abb. 30 und Tab. 41).

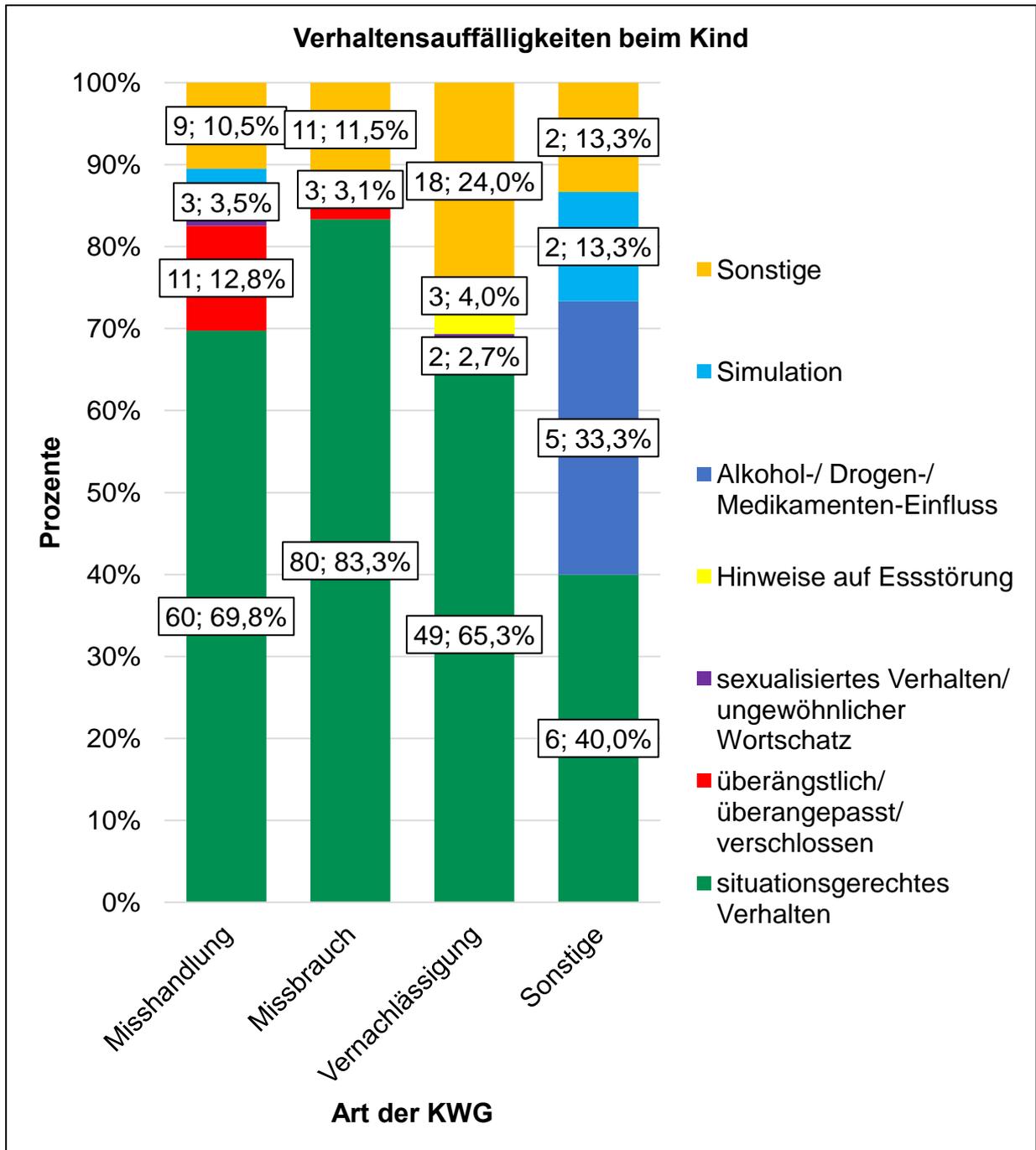


Abb. 32: Graphische Darstellung des Verhaltens der Kinder bezogen auf die jeweilige Art der KWG. $K = 272$.

Tab. 41: Tabellarische Darstellung des Verhaltens der Kinder bezogen auf die jeweilige Art der KWG. $K = 272$.

Verhaltensauffälligkeiten beim Kind	Art der KWG				
	MH	MB	V	MbpS	Sonstige
situationsgerechtes Verhalten	60	80	49	-	6
überängstlich, überangepasst, verschlossen	11	2	2	-	-
sexualisiertes Verhalten/ ungewöhnlicher Wortschatz	1	3	1	-	-
Hinweise auf Essstörung	-	-	2	-	-
Alkohol-/ Drogen-/ Medikamenten-Einfluss	3	-	3	-	5
Simulation	2	-	-	-	2
sonstige	9	11	18	-	2
ΣK	86	96	75	-	15

In den allermeisten Fällen wiesen die Kinder ein „situationsgerechtes Verhalten“ auf ($K = 195$; 71,7 %). Die Verteilung lag hier bei 41,0 % ($k = 80$) für Missbrauch, 30,8 % ($k = 60$) für Misshandlung, 25,1 % ($k = 49$) für Vernachlässigung und 3,1 % ($k = 6$) bei „sonstige“ KWG. Als zweithäufigstes Verhalten wurde „sonstige“ dokumentiert ($K = 40$; 14,7 %). Es zeigte sich zu 45,0 % ($k = 18$) bei Vernachlässigung, zu 27,5 % ($k = 11$) bei Missbrauch, zu 22,5 % ($k = 9$) bei Misshandlung, und zu 5,0 % ($k = 2$) bei „sonstiger“ KWG. Ein „überängstliches/ überangepasstes/ verschlossenes“ Verhalten fand sich 15 Mal (5,5 %) bei den betroffenen Kindern. Es wurde vor allem bei Kindern mit Misshandlungsverdacht ($k = 11$; 73,3 %) beschrieben und bei Missbrauch und Vernachlässigung betrug sein Anteil jeweils 13,3 % (je $k = 2$). Ein „sexualisiertes Verhalten/ ungewöhnlichen Wortschatz“ wurde bei fünf Kindern (0,4 %) festgestellt. Bei 60,0 % ($k = 3$) dieser Kinder bestand ein Missbrauchsverdacht und zu jeweils 20,0 % (je $k = 1$) der Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung. Bei Verdacht auf Vernachlässigung gab es zweimal „Hinweise auf Essstörungen“. Ein „Alkohol-/ Drogen-/ Medikamenten-Einfluss“ wurde vor allem in der Kategorie „sonstige“ KWG festgestellt ($k = 5$, 45,5 %). Bei jeweils 27,3 % (je $k = 3$) der Patienten mit Misshandlungs- und Vernachlässigungs-

verdacht zeigte sich dieses Verhalten ebenfalls. Eine „Simulation“ fand sich zu gleichen Teilen ($k = 2$; 50,0 %) bei Misshandlung und bei „sonstige“ KWG.

3.12 Konsiliarische Vorstellungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

In diesem Abschnitt werden die im Rahmen der Kinderschutzdiagnostik durchgeführten Konsile vor allem im Zusammenhang mit der Art der KWG näher beschrieben. Der im „Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ vorgegebene Zeitrahmen für die Durchführung von Konsilen liegt bei maximal 96 Stunden.

Augenheilkunde

Insgesamt wurden 37 Kinder (11,2 % von $N = 329$) konsiliarisch in der Augenheilkunde vorgestellt. Tabelle 42 gibt Auskunft über die genaue Verteilung der ophthalmologischen Konsile in Bezug zur jeweiligen Art der KWG ($K = 378$). Hauptsächlich erfolgte eine Vorstellung bei Misshandlungsverdacht ($k = 35$; 94,6 %), das entspricht 27,3 % der dieser Fälle. Bei Verdacht auf Vernachlässigung war zweimal (5,4 %) ein derartiges Konsil durchgeführt worden, das entspricht 1,8 % der Vernachlässigungsfälle. Bei jeder anderen Form von KWG war keine augenheilkundliche Untersuchung veranlasst worden.

Die meisten Konsile fanden innerhalb von 48 Stunden statt ($k = 18$; 48,6 %), zu 10,8 % ($k = 4$) nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden und zu 13,5 % ($k = 5$) nach mehr als 96 Stunden. In 27,0 % der Fälle ($k = 10$) ist der genaue Zeitraum nicht dokumentiert worden.

Ein Ergebnis lag in 94,6 % ($k = 35$) der gestellten Konsile vor. Zum Großteil fiel es unauffällig aus ($k = 31$; 83,8 %) und in 10,8 % ($k = 4$) zeigte sich eine misshandlungstypische Pathologie (retinale Blutung).

Eine konsiliarische Hinzuziehung der Augenheilkunde fand etwas häufiger am UKB statt, als es am St.-Marien-Hospital der Fall war (13,2 % zu 9,8 % der Fälle (N_{UKB} oder N_{MHosp})).

Tab. 42: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Augenheilkunde-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 35 - 37$.

Augenheilkunde-Konsil	Art der KWG		K
	MH $K_{MH} = 128$	V $K_V = 109$	
Zeitraumen	$k = 35$	$k = 2$	$K = 37$
Zeitraum unklar	9	1	10
< 48 h	18	-	18
< 96 h	4	-	4
> 96 h	4	1	5
Ergebnis der Untersuchung	$k = 34$	$k = 1$	$K = 35$
unauffällig	30	1	31
pathologisch - KWG	4	-	4

Chirurgie

Ein chirurgisches Konsil wurde insgesamt 20 Mal durchgeführt, das entspricht 6,1 % der 329 Fälle. Tabelle 43 gibt Auskunft über die Konsilverteilung bezogen auf die Art der KWG.

Tab. 43: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Chirurgie-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 19 - 20$.

Chirurgie - Konsil	Art der KWG				K
	MH K_{MH}	MB K_{MB}	V K_V	Sonstige $K_{Sonstige}$	
Zeitraumen	$k = 11$	$k = 1$	$k = 6$	$k = 2$	$K = 20$
Zeitraum unklar	-	-	2	-	2
< 48 h	10	1	1	2	14
< 96 h	-	-	1	-	1
> 96 h	1	-	2	-	3
Ergebnis der Untersuchung	$k = 10$	$k = 1$	$k = 6$	$k = 2$	$K = 19$
Pathologisch - KWG	9	-	1	-	10
Pathologisch - unabhängig KWG	1	1	5	2	9

Die Vorstellungen wurden vor allem bei Verdacht auf Misshandlung ($k = 11$; 55,0 %) veranlasst. Insgesamt fand bei Misshandlung elf Mal (8,6 %) eine chirurgische Mitbeurteilung statt. Sechs Vorstellungen erfolgten im Rahmen von Vernachlässigungsdiagnostik (30,0 %), das entspricht 5,5 % der Vernachlässigungsfälle. Bei „sonstiger“ KWG wurde zweimal ein derartiges Konsil durchgeführt (10,0 %), was 12,5 % dieser Fallgruppe entspricht. Einmal erfolgte das Konsil bei Verdacht auf Missbrauch (5,0 %), das entspricht 0,8 % dieser Misshandlungsform. Die Vorstellung fand

hauptsächlich innerhalb von 48 Stunden ($k = 14$; 70,0 %) statt, zu 5,0 % ($k = 1$) nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden und zu 15,0 % ($k = 3$) dauerte es länger als 96 Stunden. Zweimal ist der genaue Zeitraum nicht schriftlich festgehalten worden (10,0 %).

Bei 19 der 20 Vorstellungen im Chirurgie-Konsil (95,0 %) ist das Ergebnis bekannt. In etwas mehr als der Hälfte dieser Fälle fiel es pathologisch im Sinne von KWG aus ($k = 10$; 52,6 %), in 47,4 % ($k = 9$) war die Pathologie als unabhängig von der KWG einzuordnen. Bei Misshandlungsverdacht sind 90,0 % ($k = 9$) der zehn chirurgischen Befunde als auffällig im Sinne von KWG eingestuft worden. Ein Fall war unabhängig davon pathologisch (10,0 %). Die einzige chirurgische Beurteilung bei Verdacht auf Missbrauch war unabhängig von der KWG pathologisch. Bei Vernachlässigung ergab sich in 16,7 % ($k = 1$) der Fälle ein für diese Art von KWG sprechender Befund, während in 83,3 % ($k = 5$) das Ergebnis unabhängig davon pathologisch war. Die beiden Konsultationen aus der Kategorie „sonstige“ KWG wurden in ihrer Pathologie als unabhängig von einer KWG eingestuft. Eine chirurgisches Konsil fand nahezu zu gleichen Teilen am UKB oder am St.-Marien-Hospital statt (6,6 % oder 6,3 % (N_{UKB} oder N_{MHOSP})).

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Die untersuchten Kinder wurden insgesamt in drei Fällen (0,9 %) in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie vorgestellt. Dabei handelte es sich ausschließlich um Fälle mit Verdacht auf Misshandlung. Insgesamt wurden 2,3 % der Misshandlungsdelikte in einem solchen Konsil vorgestellt. Tabelle 44 beschreibt die Verteilung des Konsils in Bezug zur Art der KWG.

Tab. 44: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 3$.

MKG-Konsil	KWG-Art	
	MH $K_{MH} = 128$	K
Zeitraumen	$k = 3$	$K = 3$
< 48 h	2	2
>96 h	1	1
Ergebnis der Untersuchung	$k = 3$	$K = 3$
auffällig - KWG	2	2
auffällig – unabhängig KWG	1	1

Die Vorstellung erfolgte in zwei Fällen (66,7 %) nach weniger als 48 Stunden und einmal (33,3 %) nach mehr als 96 Stunden.

Die Ergebnisse waren hier zweimal (66,7 %) auffällig im Sinne von KWG und einmal (33,3 %) unabhängig davon auffällig.

Ein Konsil der MKG fand ausschließlich am UKB statt (3,3 % (N_{UKB})).

Dermatologie

Ein dermatologisches Konsil fand bei 4,0 % ($n = 13$) der Kinder statt. In nachfolgender Tabelle sind die dermatologischen Vorstellungen in Abhängigkeit von der Art der KWG dargestellt (Tab. 45).

Tab. 45: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Dermatologie-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 13$.

Dermatologie-Konsil	Art der KWG				K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	MbpS $K_{MbpS} = 1$	
Zeitraumen	$k = 6$	$k = 3$	$k = 3$	$k = 1$	$K = 13$
Zeitraum unklar	3	-	-	-	3
< 48 h	-	2	1	1	4
< 96 h	1	-	2	-	3
> 96 h	2	1	-	-	3
Ergebnis der Untersuchung	$k = 6$	$k = 3$	$k = 3$	$k = 1$	$K = 13$
auffällig - KWG	1	3	3	-	7
auffällig - unabhängig KWG	5	-	-	1	6

Insgesamt sechs Mal (46,2 %) fand die Vorstellung zur Klärung eines Misshandlungsverdacht statt. Das entspricht 4,7 % der Misshandlungsfälle. Davon ist der Zeitpunkt bei drei Fällen (50,0 %) unklar, einmal wurde das Kind innerhalb von 96 Stunden (16,7 %) untersucht und zweimal (33,3 %) nach mehr als 96 Stunden. Die Befundung ergab einmal (16,7 %) ein abhängig von der KWG auffälliges Ergebnis, vorwiegend aber, bei den verbliebenen fünf Befunden (83,3 %) Auffälligkeiten, die als unabhängig von der KWG gewertet wurden.

Bei Missbrauchsverdacht war insgesamt dreimal (2,4 %) die Dermatologie zur

klinischen Mitbeurteilung involviert worden. Das entspricht 23,1 % der 13 dermatologischen Konsile. In zwei der drei Vorstellungen (66,7 %) erfolgte der Kontakt innerhalb von 48 Stunden und einmal (33,3 %) nach mehr als 96 Stunden. Die Ergebnisse waren jeweils auffällig im Sinne von KWG (Condylomata accuminata).

Bei Verdacht auf Vernachlässigung wurden ebenso in insgesamt drei Fällen (2,8 %) eine dermatologische Mitbeurteilung veranlasst. Das im Pfad vorgegebene Zeitfenster wurde dabei eingehalten: einmal (33,3 %) erfolgte das Konsil innerhalb von 48 Stunden und zweimal (66,7 %) innerhalb von 96 Stunden. Die Ergebnisse sind hier jeweils als auffällig im Sinne von KWG beurteilt worden.

Beim einzigen MbpS-Verdachtsfall wurde ebenfalls die Dermatologie hinzugezogen. Die Vorstellung fand innerhalb von 48 Stunden statt und das Ergebnis fiel unabhängig von der KWG pathologisch aus (Psoriasis).

Insgesamt zeigte sich, dass eine dermatologische Untersuchung vorwiegend bei Missbrauch oder Vernachlässigung (je 42,9 %) wegweisend war. Zu 14,3 % zeigte sich bei Misshandlungsverdacht ein auffälliges Ergebnis.

Eine dermatologische Mitbeurteilung erfolgte häufiger am UKB (4,9 % zu 2,1 % (N_{UKB} oder N_{MHosp})).

Gynäkologie und Kindergynäkologie

Eine gynäkologische oder kindergynäkologische Mitbeurteilung fand bei 106 Patienten (32,2 %) statt. In Tabelle 46 sind die Informationen zu dieser Konsilgruppe in Abhängigkeit von der Art der KWG dargestellt.

Den bei weitem größten Teil unter den gynäkologischen Konsilen machten Fälle mit Verdacht auf Missbrauch aus ($k = 104$; 98,1 %). Das entspricht 83,9 % der Missbrauchsfälle. Die meisten dieser Vorstellungen fanden innerhalb des empfohlenen Zeitfensters statt: hauptsächlich ($k = 95$; 89,6 %) innerhalb von 48 Stunden, zweimal (1,9 %) nach mehr als 48 Stunden, aber weniger als 96 Stunden und dreimal (2,8 %) nach mehr als 96 Stunden. Bei drei Vorstellungen (2,8 %) war der Zeitraum unklar und einmal (0,9 %) wurde eine Empfehlung, die frauenärztliche Vorstellung im Anschluss an die aktuelle Behandlung durchführen zu lassen, ausgesprochen.

Bei neun Kindern mit Missbrauchsverdacht (7,3 %) wurde begründet auf eine gynäkologische Vorstellung verzichtet.

Tab. 46: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Gynäkologie-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 21 - 106$.

Gynäkologie-Konsil	Art der KWG			K
	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	Sonstige $K_{Sonstige} = 15$	
Zeitraumen	$k = 104$	$k = 1$	$k = 1$	$K = 106$
Zeitraum unklar	3	-	-	3
< 48 h	95	1	1	97
< 96 h	2	-	-	2
> 96 h	3	-	-	3
empfohlen	1	-	-	1
Ergebnis der Untersuchung	$k = 95$	$k = 1$	$k = 1$	$K = 97$
unauffällig	56	-	-	56
Auffällig - KWG	21	-	-	21
Auffällig - unabhängig KWG	18	1	1	20
Ergebnis der Untersuchung: auffällig KWG	$k = 21$	$k = 0$	$k = 0$	$K = 21$
MB - spezifisch	7	-	-	7
MB - nicht auszuschließen	14	-	-	14

Zur Auswertung der Befunde konnten bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch 91,3 % ($k = 95$) der Konsile herangezogen werden. In mehr als der Hälfte dieser Fälle ($k = 56$; 58,9 %) war das Ergebnis unauffällig, 21 Mal (22,1 %) war der Befund

auffällig im Sinne der KWG und 18 Mal (18,9 %) bestand ein auffälliges Ergebnis, das als unabhängig von einer KWG eingestuft wurde.

Die auffälligen Befunde ($k = 21$) wurden weiterhin anhand der Kriterien „MB-spezifisch“ ($k = 7$; 33,3 %) und „MB-nicht auszuschließen“ ($k = 14$; 66,7 %) sortiert. Mit einem Anteil von jeweils 0,9 % an den gynäkologischen Konsilen kam es bei einem Fall von Vernachlässigung (0,9 %) und einem Fall von „sonstiger“ KWG (6,3 %) zur Vorstellung in der Frauenklinik. Diese fand in beiden Fällen innerhalb von 48 Stunden statt und das Ergebnis war unauffällig beziehungsweise nicht auffällig im Sinne von KWG.

Tabelle 47 gibt die gynäkologischen oder kindergynäkologischen Befunde bei Verdacht auf Missbrauch in Abhängigkeit vom Tatzeitpunkt wieder.

Tab. 47: Tabellarische Darstellung des gynäkologischen oder kindergynäkologischen Befundes bei Verdacht auf Missbrauch unter Berücksichtigung des Tatzeitpunktes.
 $K = 60 - 65$.

Konsil	Tatzeitpunkt						K
	< 1 d	< 1 w	< 1 m	< 1 J	> 1 J	rezidivierend/ permanent	
Durchführung							$K = 65$
ja	9	17	12	17	5	5	65
Ergebnis der Untersuchung							$K = 60$
unauffällig	8	12	9	13	3	1	46
MB - spezifisch	-	1	-	2	1	1	5
MB - nicht auszuschließen	1	4	1	1	1	1	9

Bei 62,5 % ($k = 65$) der frauenärztlich vorgestellten Kinder mit Missbrauchsverdacht ($K = 104$) lag eine Angabe zum Tatzeitpunkt vor. Mit einem Anteil von jeweils 26,2 % fanden die Untersuchungen zumeist nach einem Zeitraum von unter einer Woche ($k = 17$) oder innerhalb eines Jahres ($k = 17$) statt. Es folgten Vorstellungen

innerhalb eines Monats ($k = 12$; 18,5 %), innerhalb von einem Tag ($k = 9$; 13,8 %) und zu jeweils 7,7 % ($k = 5$) nach mehr als einem Jahr oder in Form von rezidivierenden Tatzeitpunkten.

Bezogen auf das Ergebnis zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,965$) zwischen Tatzeitpunkt, gynäkologischer Untersuchung und abschließendem Untersuchungsergebnis (sicher - unsicher).

Ein gynäkologisches/ kindergynäkologisches Konsil fand beinahe doppelt so häufig am St.-Marien-Hospital statt (49,3 % zu 25,7 % (N_{MHOSP} oder N_{UKB})).

Psychologie

Eine psychologische Beratung und Einschätzung fand bei 135 Kindern (41,0 %) statt und neun Mal (2,7 %) wurde eine Empfehlung diesbezüglich ausgesprochen. Insgesamt wurde also 144 Mal (43,8 %) die Psychologie beansprucht. Diese Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patienten ($N = 329$.)

Im Folgenden wird die Art der KWG als Bezugsgröße gewählt ($K = 378$). Bezogen auf die einzelnen Formen der KWG ergeben sich abzüglich von zweimalig nicht dokumentierten Fällen insgesamt 173 psychologische Konsultationen.

Im Fall von Misshandlung fand bei 59 Kindern (46,1 %) eine psychologische Mitbeurteilung statt. Das macht bezogen auf die Gesamtheit der Psychologie-Konsile einen Anteil von 34,1 % aus. In der Mehrzahl der Fälle mit Misshandlungsverdacht fand der Kontakt nach weniger als 48 Stunden statt ($k = 28$; 47,5 %), gefolgt von elf Fällen (18,6 %), bei denen die Vorstellung nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden stattfand, zehn Fällen (16,9 %), bei denen der „Zeitraum unklar“ blieb, fünf Empfehlungen (8,5 %) und fünfmalig (8,5 %) einer Zeitspanne von mehr als 96 Stunden. Das Ergebnis der Untersuchung lag 43 Mal vor (71,2 %). Es war bei den meisten Vorstellungen ($k = 28$; 66,7 %) auffällig im Sinne einer KWG, gefolgt von unauffälligen Einschätzungen ($k = 12$; 28,6 %) und der Kategorie „auffällig - unabhängig KWG“ ($k = 2$; 4,8 %).

Bei Missbrauchsverdacht wurde in 48 Fällen (38,7 %), das entspricht 27,7 % dieser Konsilgruppe, ein Psychologe involviert. Der Zeitpunkt lag hier zumeist innerhalb von 48 Stunden ($k = 26$; 54,2 %), gefolgt von jeweils vier Fällen nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden oder nach mehr als 96 Stunden (je 8,3 %)

und drei Empfehlung (6,3 %). Zehn Mal (20,8 %) war der Zeitraum unklar. Ein Ergebnis war 26 Mal (54,2 %) schriftlich festgehalten worden. Die Ergebnisverteilung gestaltete sich folgendermaßen: im Großteil der dokumentierten Fälle ergab sich ein auffälliger Befund im Sinne einer KWG ($k = 17$; 65,4 %), gefolgt von sieben unauffälligen Einschätzungen (26,9 %) und zwei unabhängig von KWG auffälligen Befunden (7,7 %).

Im Rahmen der Diagnostik von Vernachlässigung wurden 57 Mal (52,3 %), entsprechend 32,9 % dieser Konsilgruppe, die Psychologen hinzugezogen. Im Großteil der Fälle ($k = 23$; 40,4 %) fand die Konsultation nach weniger als 48 Stunden statt, gefolgt von neun Fällen (15,8 %) nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden und fünf Fällen (8,8 %) nach mehr als 96 Stunden. Bei sechs Kindern (10,5 %) ist hier eine psychologische Beratung im Anschluss an den Klinikaufenthalt empfohlen worden und in 14 Fällen (24,6 %) gab es keine Angabe zum Zeitraum. Das Ergebnis lag zu 68,4 % ($k = 39$) vor und fiel hier bei 94,9 % der Kinder ($k = 37$) auffällig im Sinne einer KWG auf. Jeweils einmal war der Befund als unauffällig oder als auffällig - unabhängig von KWG - (je 2,6 %) eingestuft worden. Bei dem einzigen MbpS-Verdachtsfall fand ebenfalls eine psychologische Evaluation statt, was einen Anteil von 0,6 % dieser Konsile ausmacht. Der Zeitraum und das Ergebnis sind allerdings nicht dokumentiert worden.

In 50,0 % der Fälle ($k = 8$) von „sonstige“ KWG fand ein psychologisches Konsil statt oder wurde empfohlen, das entspricht 4,6 % dieser Konsile. Der Kontakt war vier Mal (50,0 %) innerhalb von 48 Stunden terminiert worden, einmal (12,5 %) nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden erfolgt und einmal (12,5 %) empfohlen worden. Bei zwei Vorstellungen (25,0 %) blieb der Zeitraum unklar. Das Ergebnis war zu 87,5 % schriftlich festgehalten worden ($k = 7$) und war in 57,1 % ($k = 4$) der Fälle auffällig im Sinne einer KWG, zweimal unabhängig von der KWG auffällig (28,6 %) und jeweils einmal unauffällig oder nicht dokumentiert (je 14,3 %) (Tab. 48).

Eine psychologische Mitbetreuung der betroffenen Kinder erfolgte häufiger am St.-Marien-Hospital (57,0 % zu 34,6 % (N_{MHosp} oder N_{UKB})).

Tab. 48: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Psychologie-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 114 - 173$.

Psychologie-Konsil	Art der KWG					K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	MbpS $K_{MbpS} = 1$	Sonstige $K_{Sonstige} = 16$	
Zeitraumen	$k = 59$	$k = 48$	$k = 57$	$k = 1$	$k = 8$	$K = 173$
Zeitraum unklar	10	11	14	1	2	38
< 48 h	28	26	23	-	4	81
< 96 h	11	4	9	-	1	25
> 96 h	5	4	5	-	-	14
empfohlen	5	3	6	-	1	15
Ergebnis der Untersuchung	$k = 42$	$k = 26$	$k = 39$	$k = 0$	$k = 7$	$K = 114$
unauffällig	12	7	1	-	1	21
auffällig - KWG	28	17	37	-	4	86
auffällig - unabhängig KWG	2	2	1	-	2	7

Rechtsmedizin

Eine Beurteilung der Patienten durch die Rechtsmedizin erfolgte 52 Mal (15,8 %). Bezogen auf die Art der KWG kam es zu 67 rechtsmedizinischen Konsultationen (17,7 %). Dabei lag vor allem im Zusammenhang mit Missbrauch ($k = 5$; 100,0 %), gefolgt von Misshandlung ($k = 8$; 81,8 %) und Vernachlässigung ($k = 4$; 55,6 %) ein auffälliges Ergebnis ($K = 12$) vor.

Davon erfolgten 70,1 % ($k = 47$) der Vorstellungen im Rahmen der Diagnostik bei Misshandlungsverdacht. Das entspricht 36,7 % der Misshandlungsfälle. Im Großteil dieser Fälle fand das Konsil innerhalb von 48 Stunden statt ($k = 31$; 66,0 %), es folgten Kontakte nach mehr als 96 Stunden ($k = 5$; 10,6 %) und nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden ($k = 4$; 8,5 %). Sieben Mal (14,9 %) blieb der genaue Zeitraum unklar. Das Ergebnis ist zu 93,6 % ($k = 44$) bekannt und war in den allermeisten Fällen ($k = 36$; 81,8 %) pathologisch im Sinne von KWG und acht Mal (18,2 %) fiel es unauffällig aus.

Im Fall von sexuellem Kindesmissbrauch fand insgesamt acht Mal (6,5 %), entsprechend 11,9 % dieser Konsilgruppe, eine rechtsmedizinische Mitbeurteilung

statt. Die meisten Kinder wurden innerhalb von 48 Stunden untersucht ($k = 7$; 87,5 %) und einmal (12,5 %) war der genaue Zeitraum unklar. Ein Untersuchungsergebnis lag fünf Mal vor (62,5 %) und fiel ebenso häufig pathologisch aus (100,0 %).

Insgesamt zwölf vernachlässigte Kinder (11,0 %) sind in der Rechtsmedizin vorgestellt worden. Das entspricht einem Anteil von 17,9 % an diesen Konsilen. Hier fand die Vorstellung hauptsächlich innerhalb von 48 Stunden statt ($k = 7$; 58,3 %), gefolgt von drei Konsultationen (25,0 %) nach mehr als 96 Stunden und einer (8,3 %) nach mehr als 48 Stunden, aber innerhalb von 96 Stunden. Einmal blieb der Zeitraum unklar (8,3 %). Ein schriftlicher Befund lag neun Mal vor (75,0 %). Bei fünf Kindern ergab sich hier ein pathologischer Befund (55,6 %) und in vier Fällen (44,4 %) wurde dieser als unauffällig gewertet (Tab. 49).

Ein rechtsmedizinisches Konsil erfolgte zu einem größeren Anteil am UKB (17,9 % zu 13,3 % (N_{UKB} oder N_{MHOSP})).

Tab. 49: Tabellarische Darstellung zur Durchführung eines Rechtsmedizin-Konsils bezogen auf die Art der KWG. $K = 58 - 67$.

Rechtsmedizin-Konsil	Art der KWG			K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	
Zeitraumen	$k = 47$	$k = 8$	$k = 12$	$K = 67$
Zeitraum unklar	7	1	1	9
< 48 h	31	7	7	45
< 96 h	4	-	1	5
> 96 h	5	-	3	8
Ergebnis der Untersuchung	$k = 44$	$k = 5$	$k = 9$	$K = 58$
unauffällig	8	-	4	12
pathologisch	36	5	5	46

Radiologie

In Tabelle 50 ist in Abhängigkeit von der Art der KWG die Zahl der durchgeführten bildgebenden Diagnostiken sowie deren Relevanz für die Aufklärung des Kinderschutzfalles dargestellt.

Die betroffenen Kinder wurden 128 Mal (38,9 %) einer radiologischen Diagnostik zugeführt. In 88 Fällen (68,8 %) fand die Bildgebung zur Klärung der KWG statt und 40 Mal (31,3 %) unabhängig davon.

Eine bildgebende Diagnostik erfolgte etwas häufiger am St.-Marien-Hospital (42,7 % zu 36,4 % (N_{MHosp} oder $NUKB$)).

Tab. 50: Tabellarische Darstellung der durchgeführten bildgebenden Diagnostik in Abhängigkeit von der Art der KWG - gesamt und aufgeschlüsselt nach Relevanz der Untersuchung für die Aufklärung des Kinderschutzfalles. $K = 128$.

Bildgebung	Art der KWG				K
	MH $K = 128$	MB $K = 124$	V $K = 109$	Sonstige $K = 16$	
Durchführung	$k = 71$	$k = 10$	$k = 42$	$k = 5$	$K = 128$
abhängig KWG	68	5	11	4	88
unabhängig KWG	3	5	31	1	40

Tabelle 51 gibt zusätzlich Auskunft über die Anwendung radiologischer Techniken in der Diagnostik eines Kinderschutzfalles aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Misshandlungsformen.

Tab. 51: Tabellarische Darstellung der durchgeführten bildgebenden Diagnostik - sofern die Untersuchung rein zur Aufklärung einer KWG stattfand, aufgeschlüsselt nach Sonographie, Röntgen, Röntgen-Skelettscreening, Computertomographie und Magnetresonanztomographie. $K = 8 - 67$.

Ergebnis der Untersuchung	Art der KWG				K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	Sonstige $K_{Sonstige} = 16$	
	Sonographie				$K = 67$
	$k = 47$	$k = 5$	$k = 11$	$k = 4$	
auffällig	13	1	3	2	19
unauffällig	34	4	8	2	48
	Röntgen				$K = 49$
	$k = 44$	$k = 0$	$k = 3$	$k = 2$	
auffällig	17	-	2	-	19
unauffällig	27	-	1	2	30
	Röntgen- Skelettscreening				$K = 25$
	$k = 25$	$k = 0$	$k = 0$	$k = 0$	
auffällig	18	-	-	-	18
unauffällig	7	-	-	-	7
	Computertomographie				$K = 8$
	$k = 7$	$k = 0$	$k = 0$	$k = 1$	
auffällig	6	-	-	-	6
unauffällig	1	-	-	1	2
	Magnetresonanztomographie				$K = 13$
	$k = 12$	$k = 0$	$k = 1$	$k = 0$	
auffällig	6	-	1	-	7
unauffällig	6	-	-	-	6

Aus den Tabellen 50 und 51 geht hervor, dass:

bei Misshandlungsverdacht bei 53,1 % der Kinder ($K = 68$) ein radiologisches Konsil

durchgeführt wurde. Insgesamt wurde bei dieser Fallkonstellation vor allem per Ultraschall untersucht ($k = 47$; 69,1 %). Das Ergebnis war hier zu 27,7 % ($k = 13$) auffällig und zu 72,3 % ($k = 34$) unauffällig. In 64,7 % ($k = 44$) wurde geröntgt. Hier war der Befund in 38,6 % ($k = 17$) auffällig und in 61,4 % ($k = 27$) unauffällig. Der Anteil eines Röntgen- Skelettscreenings lag bei 25 Kindern (36,8 %). Hier ergab sich zu 72,0 % ($k = 18$) ein unauffälliger und zu 28,0 % ($k = 7$) ein auffälliger Befund. Bei sieben Kindern wurde außerdem eine Computertomographie (CT) durchgeführt (10,3 %), die in 85,7 % ($k = 6$) auffällig war und in 14,3 % ($k = 1$) unauffällig. Bei zwölf Kindern fand eine Magnetresonanztomographie (MRT) statt. Diese war zu gleichen Teilen auffällig beziehungsweise unauffällig (je $k = 6$; 50,0 %).

Im Fall von Missbrauch wurde zu 4,0 % ($K = 5$) eine Bildgebung veranlasst. Dabei handelte es sich ausschließlich um eine Sonographie. Das Ergebnis war hier zu 80,0 % ($k = 4$) unauffällig und zu 20,0 % ($k = 1$) auffällig.

Bei Verdacht auf Vernachlässigung wurde bei elf Kindern (10,1 %) ein radiologisches Konsil gestellt. Dabei ist stets eine Ultraschalluntersuchung erfolgt ($k = 11$; 100,0 %), die zu 27,3 % ($k = 3$) als auffällig und zu 72,7 % ($k = 8$) als unauffällig befundet wurde. Der Anteil einer Röntgenuntersuchung lag bei 27,3 % Fällen ($k = 3$), diese fiel zu 66,7 % ($k = 2$) auffällig und zu 33,3 % ($k = 1$) unauffällig aus. Einmal wurde bei Vernachlässigung eine MRT durchgeführt (9,1 %). Das Ergebnis war auffällig.

Bei dem einzigen Verdachtsfall auf MbpS wurde keine Bildgebung veranlasst.

Im Fall von „sonstiger“ KWG kam es vier Mal (25,0 %) zu einer bildgebenden Diagnostik. Der Anteil der Sonographien lag bei 100,0 % ($k = 4$), wobei die Befundung im Sinne von „auffällig“ und „unauffällig“ ausgewogen war (je $k = 2$; 50,0 %). Bei 50,0 % der untersuchten Kinder ($k = 2$) erfolgte zusätzlich eine Röntgendiagnostik. Hier war das Ergebnis in beiden Fällen unauffällig. Eine CT fand hier in 25,0 % ($k = 1$) der Fälle statt und blieb ohne pathologischen Befund.

In folgenden Tabellen ist die Durchführung eines Skelettscreenings in Abhängigkeit vom Alter der Kinder (siehe Tabelle 52) und bei gleichzeitig bestehendem Misshandlungsverdacht (siehe Tabelle 53) dargestellt. Gemäß Leitlinien wird diese Untersuchung bei unter dreijährigen Kindern und entsprechendem Misshandlungsverdacht empfohlen. Diesen Vorgaben entsprechen 80 % unserer Röntgen-Skelett-

screenings. Alle 25 Untersuchungen fanden bei Misshandlungsverdacht statt (siehe 51), wobei 20 % der Kinder älter als drei Jahre waren.

Tab. 52: Tabellarische Darstellung der Durchführung eines Skelettscreenings in Abhängigkeit vom Alter der Kinder. $N = 25$.

Alter der Kinder [Jahre]	Skelettscreening		Anzahl	Anteil [%]
	ja - unauffällig	ja - auffällig		
0	3	2	5	20
1	7	2	9	36
2	3	1	4	16
3	1	1	2	8
4	1	-	1	4
5	1	-	1	4
6	1	-	1	4
11	1	1	2	8
ΣN	18	7	25	100

Bei den unter dreijährigen Kindern bestand 59 Mal ein Verdacht auf Misshandlung. Hier erfolgte zu 33,9 % ein Röntgen-Skelettscreening ($k = 20$) (Tab. 53).

Tab. 53: Tabellarische Darstellung der Durchführung eines Röntgen-Skelettscreenings bei unter dreijährigen Kindern mit bestehendem Misshandlungsverdacht. $K_{MH} = 59$.

Skelettscreening	Anzahl	Anteil [%]
nein	39	66,1
ja - unauffällig	14	23,7
ja - auffällig	6	10,2

Laborbefunde bei Verdacht auf KWG

Eine Blutentnahme fand bei 148 (45,0 %) Kindern statt. Im Vergleich zwischen den beiden Kliniken der Bonner KSG zeigte sich eine etwas höhere Blutentnahmequote am UKB (46,2 % zu 44,1 % (N_{UKB} oder N_{MHosp})).

Unter Berücksichtigung der einzelnen Formen von KWG ergab sich bei Misshandlung eine Blutentnahmequote von 55,5 % ($K = 71$), bei Missbrauch von 13,7 % ($K = 17$), bei Vernachlässigung von 66,1 % ($K = 72$) und bei „sonstiger“ KWG von 75,0 % ($K = 12$) (Tab. 54).

Tab. 54: Tabellarische Darstellung der durchgeführten labormedizinischen Untersuchungen in Abhängigkeit von der Art der KWG. $K = 172$.

Blutentnahme	Art der KWG				K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	Sonstige $K_{Sonstige} = 16$	
Durchführung					$K = 172$
ja	71	17	72	12	172

Tabelle 55 stellt die einzelnen Auffälligkeiten dar, die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeit der jeweiligen Bestimmung.

Bei Misshandlungsverdacht ergaben sich dreimal (6,3 %) auffällige Werte in der allgemeinen Gerinnungsdiagnostik, einmalig (25,0 %) ein pathologisch erniedrigter Vitamin K Wert, die Leberwerte waren bei fünf Kindern (10,6 %) erhöht, das Blutbild war zu 18,2 % auffällig ($k = 12$) und die Elektrolytkontrolle zu 2,2 % ($k = 1$).

Bei Verdacht auf Missbrauch gab es jeweils einmal einen auffälligen Wert bei den Leberwerten (12,5 %) und beim Blutbild (8,3 %).

Bei Vernachlässigung fiel in 8,7 % ($k = 2$) die Gerinnungskontrolle pathologisch aus, in 13,0 % ($k = 6$) die Leberwerte, in 14,7 % ($k = 10$) das Blutbild und in 7,4 % ($k = 4$) die Elektrolyte.

Im Fall von „sonstiger“ KWG waren jeweils in einem Fall die Gerinnung (20,0 %) und dabei auch das Vitamin K erniedrigt, die Leberwerte erhöht (12,5 %) und das Blutbild auf eine Anämie hinweisend (9,1 %).

Tab. 55: Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der durchgeführten labor-
medizinischen Untersuchungen in Abhängigkeit von der Art der KWG. $K = 6 - 157$.

Ergebnis der Untersuchung	Art der KWG				K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	Sonstige $K_{Sonstige} = 16$	
	Kontrolle der Gerinnung				$K = 83$
	$k = 48$	$k = 7$	$k = 23$	$k = 5$	
im Normbereich	45	7	21	4	77
pathologisch	3	-	2	1	6
	Kontrolle Vitamin K				$K = 6$
	$k = 4$	$k = 0$	$k = 1$	$k = 1$	
im Normbereich	3	-	1	-	4
pathologisch	1	-	-	1	2
	Kontrolle Leberwerte				$K = 108$
	$k = 47$	$k = 7$	$k = 46$	$k = 8$	
im Normbereich	42	6	40	7	95
pathologisch	5	1	6	1	13
	Kontrolle Blutbild				$K = 157$
	$k = 66$	$k = 12$	$k = 68$	$k = 11$	
im Normbereich	54	11	58	10	133
pathologisch	12	1	10	1	24
	Kontrolle Elektrolyte				$K = 118$
	$k = 46$	$k = 7$	$k = 54$	$k = 11$	
im Normbereich	45	7	50	11	113
pathologisch	1	-	4	-	5

3.13 Spurensicherung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

In 35,3 % ($n = 116$) der Fälle ($N = 329$) ist im Rahmen der Kinderschutzarbeit eine Spurensicherung erfolgt. Bezogen auf die Art der KWG wurden dabei insgesamt 181 Spuren gesichert, auf die sich die folgenden Angaben beziehen.

Am häufigsten erfolgte eine Fotodokumentation ($k = 72$; 39,8 %) und 67 Mal (37,0 %) diente eine Einzeichnung der Befunde in die Körperschemaskizze aus dem KSB als Dokumentationsmittel. Bei insgesamt 24 Kindern (13,3 %) wurde ein Abstrich gemacht, 14 Mal erfolgte eine Fotodokumentation am Kolposkop (7,7 %) und bei vier Kindern wurde Kleidung asserviert (2,2 %).

Im Folgenden sind die 181 gesicherten Spuren den einzelnen Misshandlungsformen zugeordnet worden (Tab. 56).

Vor allem bei Missbrauchsverdacht waren Spuren gesichert worden ($K = 92$; 50,8 %), das entspricht 74,2 % der Missbrauchsfälle. Die Spurensicherung erfolgte zu 31,5 % ($k = 29$) in Form einer Zeichnung, in 25,0 % ($k = 23$) durch Abstriche, in 23,9 % ($k = 22$) durch Fotodokumentation, in 15,2 % ($k = 14$) durch Fotodokumentation am Kolposkop und bei 4,3 % ($k = 4$) durch Spurensuche an der Kleidung. Im Fall von Misshandlung wurde 45,9 % der Spuren ($K = 83$) gesichert, das entspricht einer Spurensicherungsquote von 64,8 % bei den von Misshandlung betroffenen Kinder. Dabei erfolgte hauptsächlich eine Fotodokumentation ($k = 47$; 56,6 %) und zu 43,4 % ($k = 36$) eine Eintragung in die Körperschemaskizze.

Zur Aufklärung eines Vernachlässigungsverdacht es waren sechs Mal Spuren gesichert worden (5,5 %), das entspricht 3,3 % der gesicherten Spuren. Die Spurensicherung erfolgte zu 50,0 % durch Fotodokumentation ($k = 3$), zu 33,3 % mittels Zeichnung ($k = 2$) und zu 16,7 % ($k = 1$) durch Abstriche.

Tab. 56: Tabellarische Darstellung der durchgeführten Spurensicherung bezogen auf die Art der jeweiligen KWG. $K = 181$.

Spurensicherung	Art der KWG			K
	MH $K_{MH} = 128$	MB $K_{MB} = 124$	V $K_V = 109$	
	$K = 83$	$K = 92$	$K = 6$	$K = 181$
Kleidung	-	4	-	4
Abstrich	-	23	1	24
Zeichnung	36	29	2	67
Fotodokumentation	47	22	3	72
Fotodokumentation am Kolposkop	-	14	-	14

3.14 Involvierung der Polizei bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Bei der Aufarbeitung von 24,2 % ($n = 79$) der Kinderschutzfälle ($N = 326$) war die Polizei involviert worden. Im Großteil der Fälle ($n = 247$; 75,8 %) war die Polizei nicht hinzugezogen worden (Tab. 57).

Tab. 57: Tabellarische Darstellung zur Involvierung der Polizei zur Aufarbeitung des Kinderschutzfalles. $N = 326$.

Polizei involviert	Anzahl	Anteil [%]
nein	247	75,8
ja	79	24,2

Trotz Involvierung der Polizei war die Aufklärungsquote der Kinderschutzarbeit nicht signifikant höher ($p = 0,440$). Das Verhältnis zwischen gesicherten und unklaren Ergebnissen war annähernd ausgewogen (Tab. 58).

Tab. 58: Ergebnis des Kinderschutzfalles bezogen auf das Hinzuziehen der Polizei. $N = 325$.

Ergebnis	Polizei involviert		$N = 325$
	nein	ja	
sicher	125	36	161
unklar	121	43	164
Verhältnis	1,0	0,8	1,0

3.15 Täterprofil bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Tabelle 59 gibt die Verteilung der Täterschaften bezogen auf die jeweilige Art der KWG ($K = 326$) wieder.

Tab. 59: Tabellarische Darstellung der Verteilung der Täterschaft bezogen auf die Art der KWG. $K = 326$.

Täter Gruppierung: grob	Art der KWG					<i>K</i>
	MH	MB	V	MbpS	Sonstige	
	<i>k = 109</i>	<i>k = 92</i>	<i>k = 108</i>	<i>k = 1</i>	<i>k = 16</i>	
kein Täter	1	-	-	-	13	14
Familie	93	54	107	1	2	257
Bekannte	7	17	-	-	1	25
Aufsichtspflichtige	8	10	1	-	-	19
Fremde	-	11	-	-	-	11
Täter Gruppierung: exakt						
kein Täter	1	-	-	-	13	14
Mutter	21	-	65	1	1	88
Vater	35	29	5	-	-	69
Eltern	32	3	37	-	1	73
Geschwister	3	7	-	-	-	10
Großeltern	-	2	-	-	-	2
Verwandtschaft	2	13	-	-	-	15
Bekannte der Familie	-	7	-	-	-	7
Freunde des Opfers	7	10	-	-	1	18
Aufsichtspflichtige	8	10	1	.	-	19
Fremdtäter	-	11	-	-	-	11

Die Angaben zum Täter sind, um jede Konstellation zu berücksichtigen, pro Art der KWG ($K = 326$) aufgeschlüsselt worden.

Insgesamt waren in 70,6 % ($k = 230$) der Fälle die Eltern tatverdächtig (Misshandlung: 80,7 %; Missbrauch: 34,8 %; Vernachlässigung: 99,1 %).

Die meisten Tatverdächtigen gehörten zur Familie ($K = 257$; 78,8 %). Diese Gruppe stand vor allem unter dem Verdacht der Vernachlässigung ($k = 107$; 41,6 %), der Misshandlung ($k = 93$; 36,2 %) oder des Missbrauchs ($k = 54$; 21,0 %) ihrer Kinder. Dabei handelte es sich zu 34,2 % ($K = 88$) um die Mutter, die überwiegend verdächtig wurde ihr Kind zu vernachlässigen ($k = 65$; 73,9 %), oder es zu misshandeln ($k = 21$; 23,9 %). Jeweils einmal galt sie als tatverdächtig bei MbpS und „sonstiger“ KWG (1,1 %). Väter machten unter den tatverdächtigen Familienangehörigen einen Anteil von 26,8 % ($K = 69$) aus. Sie wurden vorwiegend verdächtig, ihr Kind misshandelt ($k = 35$; 50,7 %) zu haben, gefolgt von Missbrauchsverdacht ($k = 29$; 42,0 %) oder Vernachlässigung ($k = 5$; 7,2 %). Gemeinsam wurden die Eltern zu 28,4 % ($K = 73$) als Täter verdächtig. Dabei standen sie besonders unter dem Verdacht der Vernachlässigung ($k = 37$; 50,7 %), der Misshandlung ($k = 32$; 43,8 %), des Missbrauchs ($k = 3$; 4,1 %) und einmal von „sonstiger“ KWG (1,4%). Geschwister hatten einen Anteil von 3,9 % ($K = 10$) unter den Täter aus der Familie. Sie wurden sieben Mal (70,0 %) des sexuellen Missbrauchs und dreimal (30,0 %) der Misshandlung verdächtig. In 0,8 % handelte es sich beim Familientäter um die Großeltern ($K = 2$), genauer gesagt um die Großväter, die verdächtig wurden, ihre Enkelkinder missbraucht zu haben. Der Rest dieser Tätergruppe wurde unter „Verwandtschaft“ zusammengefasst ($k = 15$; 5,8 %). Sie stand zu 86,7 % ($k = 13$) bei Missbrauch und zu 13,3 % ($k = 2$) bei Misshandlung als Täter unter Verdacht.

Eine zweite Tätergruppe wurde unter „Bekannte“ zusammengefasst ($K = 25$; 7,7 %), diese wurden vorwiegend des Missbrauchs ($k = 17$; 68,0 %), gefolgt von Misshandlung ($k = 7$; 28,0 %) und „sonstiger“ KWG ($k = 1$; 4,0 %) verdächtig. Darunter fallen zum einen Bekannte der Familie ($k = 7$; 28,0 %), die hier ausschließlich als Täter bei Missbrauch verdächtig waren. Zum anderen gehören Freunde des Opfers in diese Kategorie ($k = 18$; 72,0 %). Sie waren insbesondere des Missbrauchs ($k = 10$; 55,6 %) tatverdächtig, gefolgt von Misshandlung ($k = 7$; 38,9 %) und „sonstiger“ KWG ($k = 1$; 5,6 %).

In der Gruppe „Aufsichtspflichtige“ sind neben Lehrern und Erziehern auch neue

Lebensgefährten der Kindseltern eingeflossen. Diese Kategorie machte 5,8 % ($K = 19$) der Tatverdächtigen aus. Vorwiegend bestand hier ein Missbrauchsverdacht ($k = 10$; 52,6 %), gefolgt von Misshandlungsverdacht ($k = 8$; 42,1 %) und einmalig der Verdacht auf Vernachlässigung (5,3 %).

Ein Fremdtäter wurde zu 3,4 % ($K = 11$) angegeben. Diese Tätergruppe stand ausschließlich unter Missbrauchsverdacht ($k = 11$; 100,0 %).

Insgesamt konnten 32,3 % der Täter ($K = 122$) bestätigt werden, zum Großteil blieb das Täterergebnis unklar ($K = 208$; 55,0 %) und ein Ausschluss der Täterschaft gelang zu 12,7 % ($K = 48$).

In Bezug zur jeweiligen Art der KWG zeigen sowohl Tabelle 60 als auch Abbildung 33, dass Misshandlung und Vernachlässigung den größten Anteil an sicheren Täterergebnissen aufwiesen (bestätigt und nicht bestätigt). Bei Misshandlung konnte 50 Mal der Täter bestätigt werden (39,1 %), 24 Mal wurde dieser ausgeschlossen (18,8 %) und zu 42,2 % blieb das Ergebnis unsicher ($k = 54$). Im Fall von Vernachlässigung konnte 52 Mal der Schuldige ausgemacht werden (47,7 %) und 57 Mal blieb das Ergebnis unsicher (52,3 %). Bei Missbrauch war der Anteil gesicherter Täterergebnisse deutlich geringer. Es konnten sieben Täterschaften bestätigt werden (5,6 %) und 23 Tatverdächtige stellten sich als unschuldig heraus (18,5 %). Hier überwog die Zahl der unklaren Täterergebnisse ($k = 94$; 75,8 %). Bei dem MbpS Fall blieb das Täterergebnis unklar und bei „sonstiger“ KWG konnten zum Großteil sichere Täterschaften ermittelt werden. Die Verteilung gestaltete sich hier folgendermaßen: bestätigt ($k = 13$; 81,3 %), unklar ($k = 2$; 12,5 %) und nicht bestätigt ($k = 1$; 6,3 %).

Tab. 60: Tabellarische Darstellung des Ergebnisses der Täterschaft bezogen auf die Art der KWG. $K = 378$.

Ergebnis	Art der KWG					K
	MH	MB	V	MbpS	Sonstige	
	$K_{MH} = 128$	$K_{MB} = 124$	$K_V = 109$	$K_{MbpS} = 1$	$K_{Sonstige} = 16$	
nicht bestätigt	24	23	-	-	1	48
bleibt unklar	54	94	57	1	2	208
bestätigt	50	7	52	-	13	122

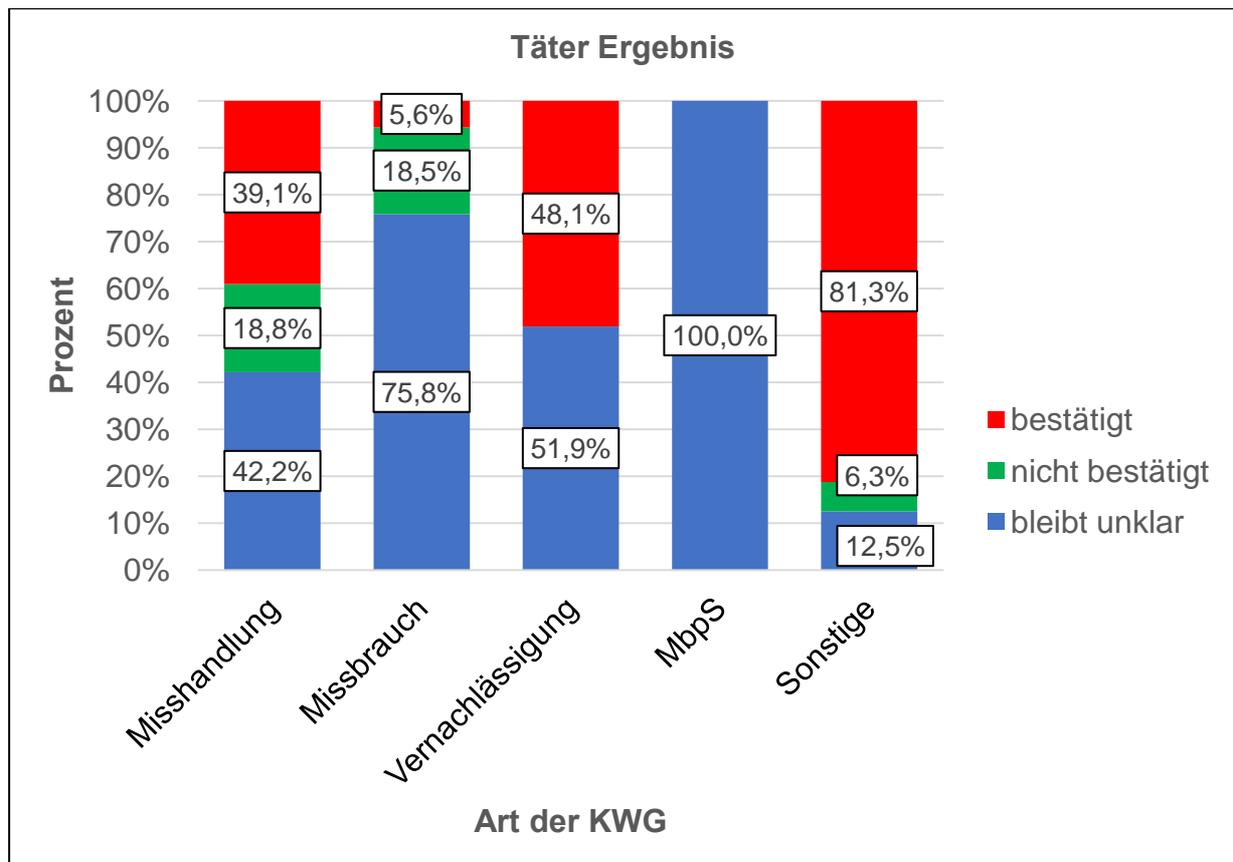


Abb. 33: Graphische Darstellung des Ergebnisses der Täterschaft bezogen auf die Art der KWG. $K = 378$.

Bezogen auf die jeweilige Tätergruppe zeigte sich, dass vor allem bei Familientätern ($K = 124$; 48,2 %), gefolgt von Bekannten ($K = 8$; 32,0 %) und Aufsichtspflichtigen als Täter ($K = 6$; 31,6 %) die Täterschaft gesichert werden konnte (nicht bestätigt und bestätigt). Unklar blieb das Ergebnis vermehrt bei Fremdtätern ($K = 11$; 100,0 %) und unklarer Täterschaft ($K = 18$; 34,6%) (Tab.61).

Tab. 61: Tabellarische Darstellung des Ergebnisses der Täterschaft innerhalb der einzelnen Tätergruppen. $K = 378$.

Ergebnis	Täter engere Gruppierung						K
	kein Täter	Familie	Bekannte	Fremde	Aufsichtspflichtige	unklar	
nicht bestätigt	-	28	-	-	2	18	48
bleibt unklar	-	133	17	11	13	34	208
bestätigt	14	96	8	-	4	-	122

3.16 Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Weiterbetreuung der Kinder durch die Kinderschutzgruppe

Insgesamt 168 (68,2 %) Kinder wurden im Anschluss an den klinischen Pfad durch Mitglieder der KSG weiterbetreut. 77 Mal (31,8 %) fand diese Nachsorge nicht statt (Tab. 62).

Tab. 62: Tabellarische Darstellung einer anschließenden Weiterbetreuung der Kinder durch die Kinderschutzgruppe. $N = 242$.

Weiterbetreuung	Anzahl	Anteil [%]
ja	168	68,2
nein	77	31,8

Inobhutnahme von Kindern durch das Jugendamt

Im Verlauf der Kinderschutzarbeit sind 18,6 % der Kinder ($n = 50$) vom Jugendamt in Obhut genommen worden. Bei 81,4 % ($n = 219$) war dies nicht nötig. Siehe diesbezüglich Tabelle 63 und Abbildung 34:

Tab. 63: Tabellarische Darstellung der Inobhutnahme von Kindern durch das Jugendamt im Anschluss an die klinische Kinderschutzarbeit. $N = 269$.

Inobhutnahme	Anzahl	Anteil [%]
nein	219	81,4
ja	50	18,6

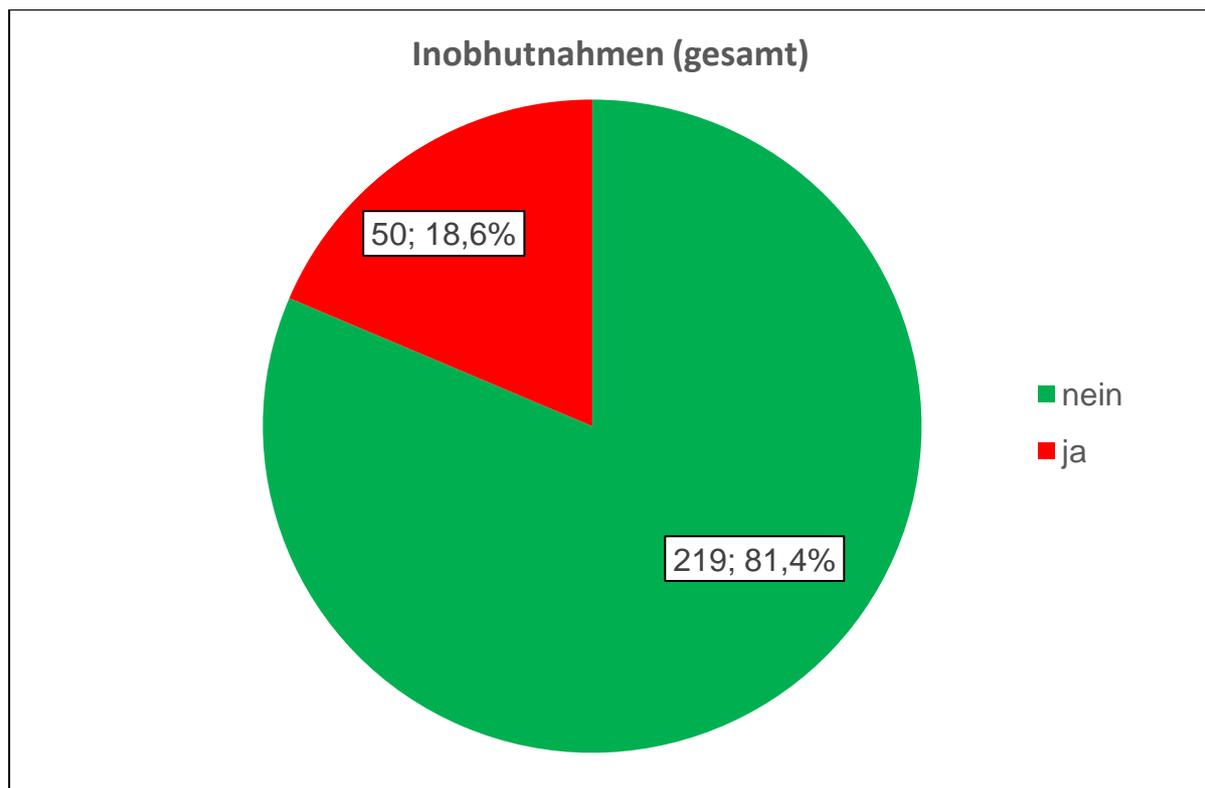


Abb. 34: Graphische Darstellung der Inobhutnahme von Kindern durch das Jugendamt im Anschluss an die klinische Kinderschutzarbeit. $N = 269$.

In Abbildung 35 und Tabelle 64 sind vergleichend nur die Fälle berücksichtigt worden, bei denen der Täter oder der Tatverdächtige aus der Familie stammte. Die Verteilung ist allerdings fast deckungsgleich mit den Gesamtinobhutnahmen. Hier wurden insgesamt 25,0 % ($k = 54$) der Kinder in Obhut genommen, etwas mehr als unter der Gesamtheit der betroffenen Kinder. Der Großteil der Kinder ($k = 162$; 75,0 %) blieb in den Familien.

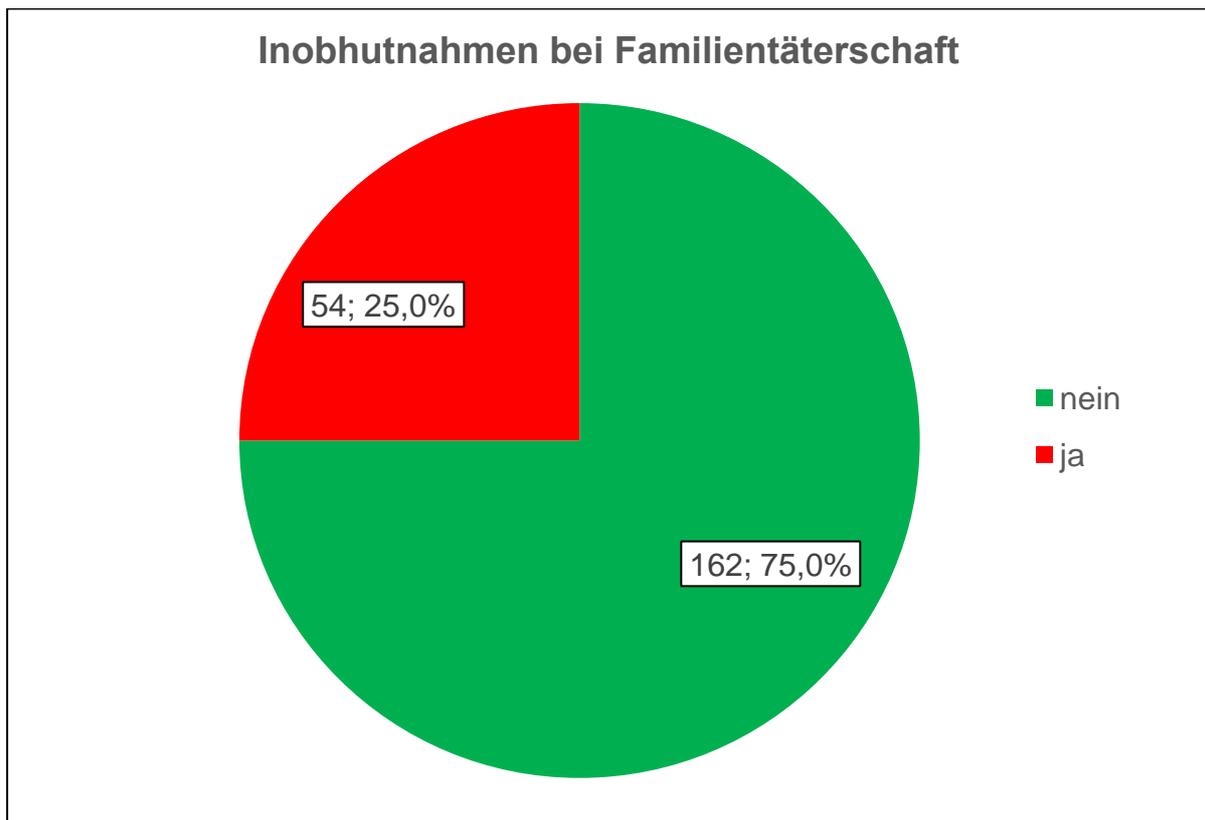


Abb. 35: Graphische Darstellung der Inobhutnahme von Kindern durch das Jugendamt bei Familientäterschaft. $K = 216$.

Tab. 64: Tabellarische Darstellung der Inobhutnahme von Kindern durch das Jugendamt bei Familientäterschaft. $K = 216$.

Inobhutnahme	Anzahl	Anteil [%]
nein	162	75,0
ja	54	25,0

Weiterbetreuung durch das Jugendamt

In den meisten Fällen ($n = 206$; 78,3 %) fand nach Abschluss der klinischen Kinderschutzarbeit eine Weiterbetreuung durch das Jugendamt statt (Tab. 65).

Tab. 65: Tabellarische Darstellung einer anschließenden Weiterbetreuung der Kinder durch das Jugendamt. $N = 263$.

Weiterbetreuung durch Jugendamt	Anzahl	Anteil [%]
nein	57	21,7
ja	206	78,3

Tabelle 66 stellt die Weiterbetreuungssituation durch das Jugendamt in Bezug zum Ergebnis der Kinderschutzarbeit dar. Weiterbetreut wurden hauptsächlich die Kinder, bei denen eine KWG bestätigt ($n = 101$; 49,0 %) oder zumindest nicht ausgeschlossen ($n = 96$; 46,6 %) werden konnte. Bei neun Kindern (4,4 %) bestätigte sich zwar der aktuelle Verdacht auf KWG nicht, aber die Familien waren bereits beim Jugendamt bekannt, sodass die Kinder trotz Ausschluss einer KWG durch das Jugendamt weiter betreut wurden. Bei 21,7 % ($n = 57$) der Kinder war keine Weiterbetreuung nötig. Bezogen auf das Ergebnis des Kinderschutzfalles ließ die Dokumentationsstärke in diesem Punkt etwas nach ($n = 51$). Ursächlich war vor allem der Ausschluss einer KWG ($n = 29$; 56,9 %). Hatte sich diese bestätigt ($n = 12$; 23,5 %) oder blieb das Ergebnis unklar ($n = 10$; 19,6 %) ohne dass eine Weiterbetreuung erfolgte ($\sum n = 22$), begründete sich dies dadurch, dass es sich um einen erwachsenen Patienten ($n = 1$; 4,5 %) handelte oder der Täter nicht zum familiären Umkreis gehörte ($n = 18$; 81,8 %). Bei drei Kindern (13,6 %), bei denen der Verdacht auf KWG nicht ausgeschlossen werden konnte, ist keine Weiterbetreuung durch das Jugendamt nötig gewesen, da trotz Familienzugehörigkeit des Täters sicher keine Wiederholungsgefahr bestand.

Tab. 66: Tabellarische Darstellung der Weiterbetreuungssituation durch das Jugendamt bezogen auf das Ergebnis des Kinderschutzfalles. $N = 257$.

KWG-Ergebnis	Weiterbetreuung durch das JA		N
	nein <i>n = 51</i>	ja <i>n = 206</i>	
nicht bestätigt	29	9	38
unklar	10	96	106
bestätigt	12	101	113

Einrichtung einer außerhäuslichen Betreuung

Eine außerhäusliche Betreuung wurde bei 26,9 % der Kinder ($n = 78$) im Anschluss an den klinischen Pfad organisiert. Dabei erfolgte zu 22,1 % ($n = 64$) die Unterbringung des Kindes ohne die Eltern und zu 4,8 % ($n = 14$) gemeinsam mit einem Elternteil. Bei den meisten Kindern ($n = 212$; 73,1 %) wurde eine derartige Maßnahme nicht ergriffen (Tab. 67).

Tab. 67: Tabellarische Darstellung der Einrichtung einer außerhäuslichen Betreuung im Anschluss an die klinische Kinderschutzarbeit. $N = 290$.

Außerhäusliche Betreuung	Anzahl	Anteil [%]
nein	212	73,1
ja - allein	64	22,1
ja - mit Elternteil	14	4,8

3.17 Pfadevaluation

Die Evaluation des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ erfolgt anhand der zur Verfügung stehenden Daten des Universitätsklinikum Bonn ($N = 185$). In 183 Fällen (98,9 %) orientierte sich das Vorgehen am klinischen Pfad, während zweimal (1,1 %), bei frühzeitigem Ausschluss von KWG, darauf verzichtet wurde. Im Folgenden wird sich nur auf die Behandlung nach Pfad bezogen. Insgesamt in 38 Fällen (34,2 %) fand die Kinderschutzarbeit absolut pfadkonform statt. Zu Abweichungen kam es im 65,8 % der Fälle ($n = 73$) (Abb. 36).

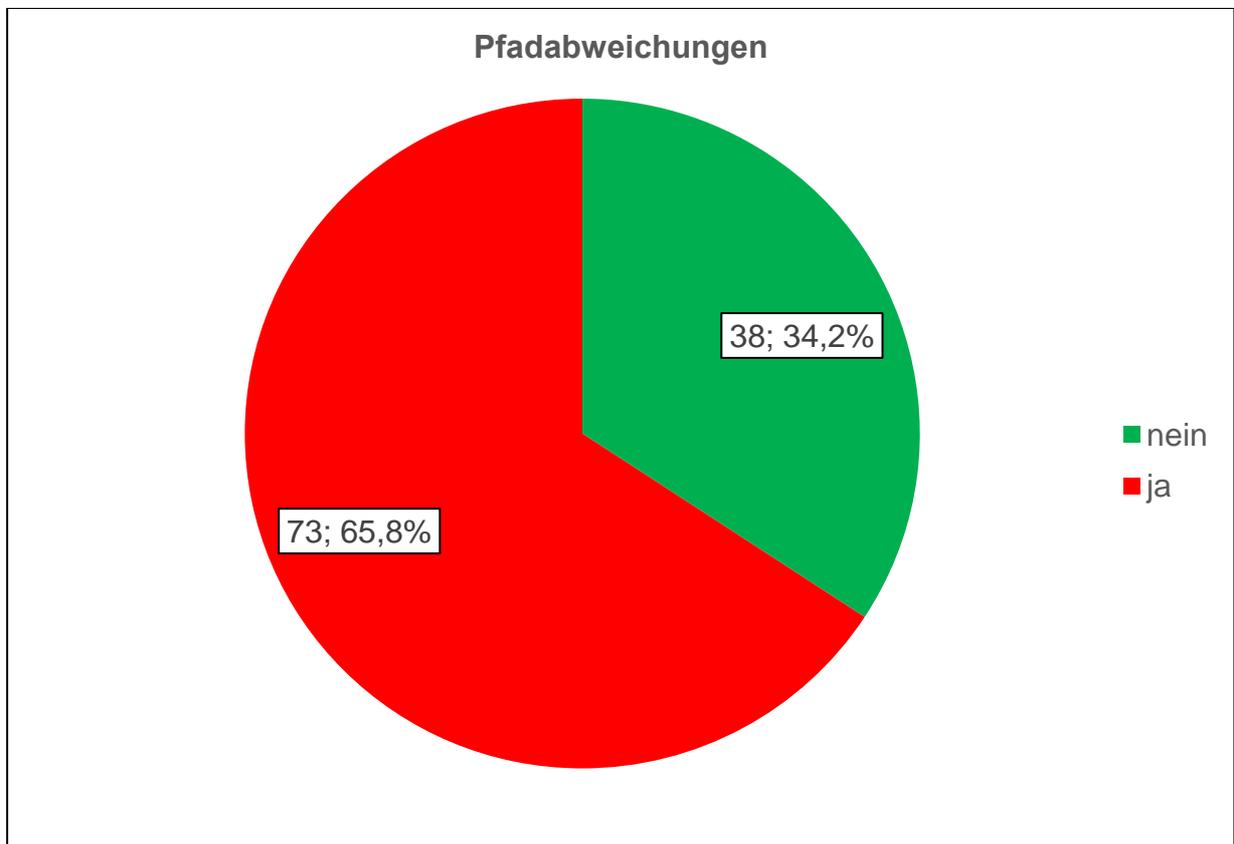


Abb. 36: Graphische Darstellung der Umsetzung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ im Sinne von „Pfadabweichung: nein oder ja“. $N = 111$.

In Tabelle 68 und Abbildung 37 sind die genauen Gründe für die Feststellung einer Pfadabweichung dargelegt.

Tab. 68: Tabellarische Darstellung der Gründe für eine Pfadabweichung. $P = 89$.

Pfadabweichung	Anzahl	Anteil [%]
Diagnostik	51	57,3
Zeit	27	30,3
Recherche	11	12,4

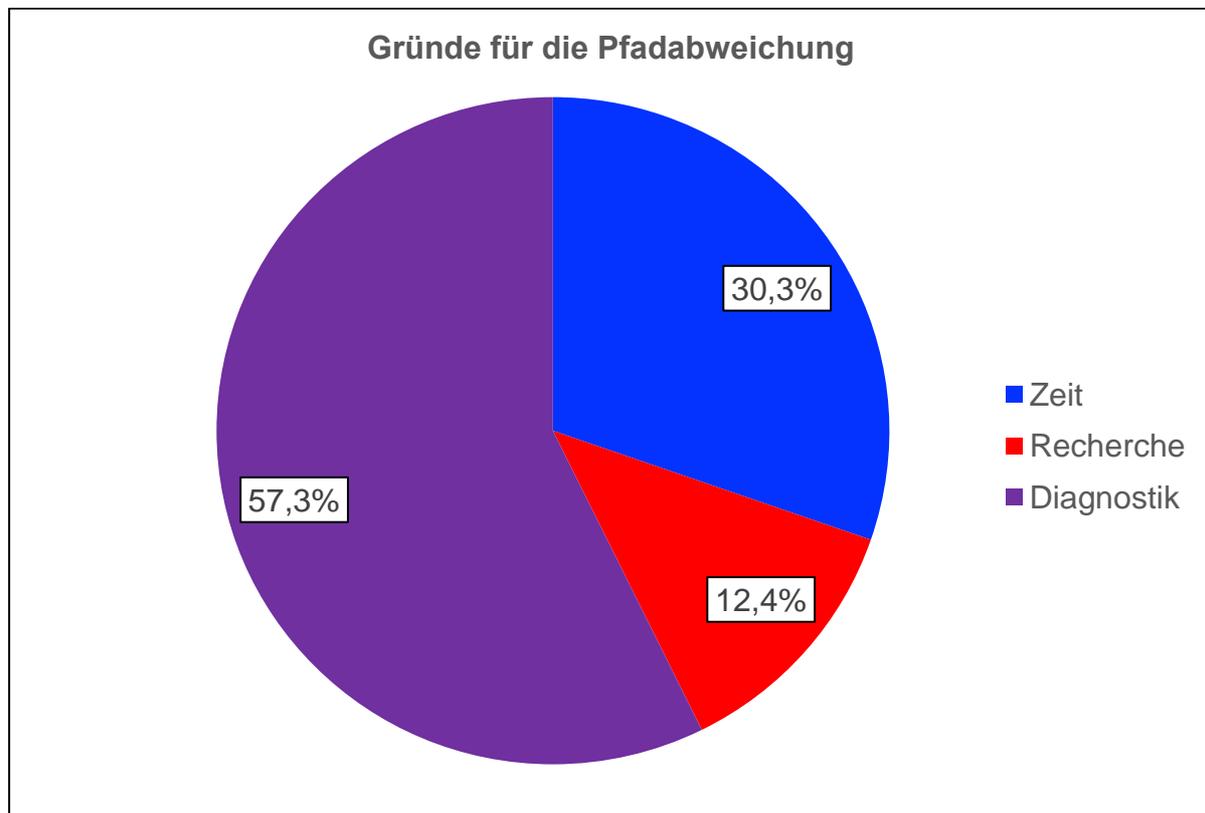


Abb. 37: Graphische Darstellung der Gründe für eine Pfadabweichung. $P = 89$.

Es gab pro Kinderschutzfall drei Beurteilungskriterien: Zeit, Recherche und Diagnostik, um die Umsetzung des Pfades zu objektivieren. Daraus ergeben sich in Summation 89 Angaben zu Abweichungen vom klinischen Pfad (P), auf die sich im

Folgenden bezogen wird.

Die meisten Abweichungen kamen durch Modifikationen in der durchgeführten Diagnostik - Konsile, Laboruntersuchung, Bildgebung - ($P = 51$; 57,3 %) zustande, gefolgt von zeitlich bedingten Abweichungen ($P = 27$; 30,3 %) und Varianten in der Recherche - Hinzuziehung des Sozialdienstes und Rücksprache mit dem Kinderarzt - ($P = 11$; 12,4 %).

Information des Sozialdienstes

Die Hinzuziehung des Sozialdienstes gehört zu den Empfehlungen des KSB. Das Zeitfenster ist dort mit „< 96 Stunden“ terminiert.

Hauptsächlich erfolgte die Involvierung des Sozialdienstes nach den Pfadvorgaben ($\sum n = 39$; 55,7 %). Innerhalb von 48 Stunden wurde der Sozialdienst bei 32 Kindern (45,7 %) informiert und bei sieben Kindern (2,1 %) innerhalb von 96 Stunden. Außerhalb des empfohlenen Zeitfensters (> 96 Stunden) lagen 21,4 % ($n = 15$) der Kontaktierungen. 16 Mal hat die Information zwar stattgefunden, aber der genaue Zeitraum war in der Dokumentation nicht vermerkt (22,9 %). Damit ergibt sich anhand der vollständig dokumentierten Angaben ($N = 54$) zu 27,8 % ($n = 15$) eine Pfadabweichung (Tab. 69).

Tab. 69: Tabellarische Darstellung der Angaben zur Information des Sozialdienstes im Rahmen der Kinderschutzarbeit. $N = 70$.

Sozialdienstinformation	Anzahl	Anteil [%]
< 48 h	32	45,7
< 96 h	7	10
> 96 h	15	21,4
Stattgefunden - Zeit unklar	16	22,9

Rücksprache mit dem Kinderarzt

Eine Rückmeldung durch den niedergelassenen Pädiater empfiehlt der Pfad innerhalb von 24 Stunden an Wochentagen einzuholen und innerhalb von 72 Stunden wochenends und feiertags.

Tab. 70: Tabellarische Darstellung des zeitlichen Ablaufes bei der Rücksprache mit dem zuständigen niedergelassenen Kinderarzt. $N = 65$.

Rücksprache mit dem Kinderarzt	Anzahl	Anteil [%]
< 4 h	12	18,5
< 24 h	18	27,7
> 24 h (< 72 h)	29	44,6
Stattgefunden- unklar	6	9,2

Tabelle 70 stellt die Verteilung des zeitlichen Rahmens bei Information und Rücksprache mit dem zuständigen niedergelassenen Kinderarzt dar ($N = 65$).

Größtenteils erfolgte die Kontaktaufnahme nach mehr als 24 Stunden, aber innerhalb von 72 Stunden ($n = 29$; 44,6 %). Unter Berücksichtigung des Aufnahmetages (siehe Tabelle 71) stellt sich heraus, dass elfmal die Zeitüberschreitung aufgrund eines Wochenendes oder Feiertages am Tag der Aufnahme begründet war und somit keine Pfadabweichung vorlag. Zu einem etwas größeren Teil ($n = 18$) ist allerdings das vorgegebene Zeitfenster an einem Arbeitstag überschritten worden und gilt somit als Abweichung vom Pfad.

In zwölf Fällen (18,5 %) erfolgte die Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt nach weniger als vier Stunden, 18 Mal wurde der Niedergelassene innerhalb von 24 Stunden erreicht (27,7 %) und dreimalig hat eine Kontaktierung stattgefunden, aber der Zeitpunkt blieb unklar (9,2 %). Anhand der vollständig dokumentierten Angaben ($N = 59$) kam es zu einer Abweichungsquote von 30,5 % ($n = 18$).

Tab. 71: Tabellarische Darstellung des zeitlichen Ablaufes bei der Rücksprache mit dem zuständigen niedergelassenen Kinderarzt unter Berücksichtigung des Aufnahmetages: Arbeitstag oder Wochenende. $N = 65$.

Aufnahmetag	Rücksprache mit dem Kinderarzt				N
	< 4 h <i>n = 12</i>	< 24 h <i>n = 18</i>	> 24 h (< 72 h) <i>n = 29</i>	stattgefunden - Zeit unklar <i>n = 6</i>	
Arbeitstag	12	16	18	3	49
Wochenende/ Feiertag	-	2	11	3	16

Die Gespräche mit dem Kinderarzt ergaben 37 Mal (52,9 %) eine Bestätigung des erhobenen Verdachtes auf KWG, 33 Mal (47,1 %) konnte der Verdacht auf diese Weise nicht gefestigt werden (Tab. 72).

Tab. 72: Tabellarische Darstellung des Ergebnisses der Rücksprache mit dem Kinderarzt. $N = 70$.

KWG - Ergebnis	Anzahl	Anteil [%]
nicht bestätigt	33	47,1
bestätigt	37	52,9

Zeitlicher Ablauf: Information der Kinderschutzgruppe, Fallbesprechung und Fallkonferenzen

Information der Kinderschutzgruppe

Im „Klinischen Pfad Verdacht auf KWG“ sind die zeitlichen Abläufe im Umgang mit Kindeswohlgefährdung genau vorgegeben. Die Information der KSG wird empfohlen innerhalb von 24 Stunden an Arbeitstagen und innerhalb von 72 Stunden am Wochenende zu erfolgen. Eine erste Fallbesprechung sollte innerhalb von vier Tagen stattfinden und die erste und zweite Fallkonferenz im Anschluss daran nach maximal

sechs Arbeitstagen.

Im Folgenden wurden diese Zeitrahmen retrospektiv und fallbezogen ausgewertet (Tab. 73).

Zumeist wurde die Kinderschutzgruppe innerhalb der ersten vier Stunden hinzugezogen ($n = 112$; 54,4 %). Zu 37,4 % ($n = 77$) fand die Information innerhalb des ersten Tages statt, zu 5,3 % ($n = 11$) nach mehr als 24 Stunden und zu 2,9 % ($n = 6$) erst nach mehr als drei Tagen.

Insgesamt stellten sich in dieser Auswertung, bei einer Dauer von mehr als 24 Stunden bis zur Information der Kinderschutzgruppe unter Berücksichtigung des Aufnahmetages, 14 (6,8 %) zeitlich bedingte Pfadabweichungen heraus.

Tab. 73: Tabellarische Darstellung des zeitlichen Ablaufes der Information der Kinderschutzgruppe unter Berücksichtigung des Aufnahmetages: Arbeitstag oder Wochenende. $N = 206$.

Aufnahmetag	Dauer bis zur Information der KSG				N
	< 4 h $n = 112$	< 24 h $n = 77$	> 24 h (< 72 h) $n = 11$	stattgefunden - Zeit unklar $n = 6$	
Arbeitstag	102	58	10	4	174
Wochenende/ Feiertag	10	19	1	2	32

Fallbesprechung

Die erste von den insgesamt drei Fallbesprechungen/ -konferenzen ist 116 Mal schriftlich festgehalten worden, das entspricht 35,3 % aller Fälle. Zumeist erfolgte die Besprechung innerhalb von 48 Stunden ($n = 58$; 50,0 %) oder zumindest nach maximal vier Arbeitstagen ($n = 5$; 4,3 %) statt. Sechs Mal (5,2 %) wurde mehr Zeit benötigt, davon zweimalig begründet durch ein Wochenende oder einen Feiertag und vier Mal trotz Aufnahme an einem regulären Arbeitstag. Zu 40,5 % ($n = 47$) hat eine Besprechung zwar stattgefunden, aber der Zeitpunkt ist nicht schriftlich festgehalten worden. Zur Pfadevaluation wurden nur die vollständig dokumentierten Fälle herangezogen ($n = 69$). Daraus ergibt sich eine Abweichungsquote von 5,8 % ($n = 4$) (siehe Tabelle 74).

Tab. 74: Tabellarische Darstellung der Dauer bis zur Fallbesprechung unter Berücksichtigung des Aufnahmetages: Arbeitstag oder Wochenende. $N = 116$.

Aufnahmetag	Fallbesprechung				N
	< 48 h $n = 58$	< 96 h $n = 5$	> 96 h $n = 6$	stattgefunden - Zeit unklar $n = 47$	
Arbeitstag	50	2	4	39	95
Wochenende/ Feiertag	8	3	2	8	21

Fallkonferenz I

Zur ersten Fallkonferenz lagen 58 Angaben schriftlich vor, das entspricht 17,6 % aller Fälle. Gemäß Pfad soll innerhalb von sechs Arbeitstagen die erste Fallkonferenz stattgefunden haben. Dies war bei 41,4 % der Kinder der Fall ($\sum n = 24$). Zu 58,6 % ($n = 34$) hatte eine erste Fallkonferenz zwar stattgefunden, aber der Zeitpunkt ließ sich nicht mehr nachvollziehen. In diesem Punkt konnten, anhand der vollständig dokumentierten Angaben ($n = 24$), keine Pfadabweichungen festgestellt werden (Tab. 75).

Tab. 75: Tabellarische Darstellung der Dauer bis zur ersten Fallkonferenz unter Berücksichtigung des Aufnahmetages: Arbeitstag oder Wochenende. $N = 58$.

Aufnahmetag	Fallkonferenz I			N
	< 120 h <i>n = 18</i>	< 144 h <i>n = 6</i>	stattgefunden - Zeit unklar <i>n = 34</i>	
Arbeitstag	15	6	29	50
Wochenende/ Feiertag	3	-	5	8

Fallkonferenz II

Zur zweiten Fallkonferenz lagen 59 schriftliche Vermerke vor, das entspricht 17,9 % der behandelten Kinder. Die zweite Fallkonferenz soll nach Pfad innerhalb von sechs Arbeitstagen erfolgen. Dies war bei 24 Kindern der Fall (40,7 %). Einmal wurde der vorgegebene Zeitrahmen überschritten (1,7 %). Bei 34 Kindern (57,6 %) hat eine Abschlusskonferenz zwar stattgefunden, aber der Zeitpunkt ist nicht dokumentiert worden (Tab. 76). Anhand der vollständig dokumentierten Angaben ($n = 25$) ergibt sich hier zu 4,0 % ($n = 1$) eine Abweichung vom „Klinischen Pfad Verdacht auf KWG“.

Tab. 76: Tabellarische Darstellung der Dauer bis zur zweiten Fallkonferenz unter Berücksichtigung des Aufnahmetages: Arbeitstag oder Wochenende. $N = 59$.

Aufnahmetag	Fallkonferenz II				N
	< 120 h <i>n = 18</i>	< 144 h <i>n = 6</i>	> 144 h <i>n = 1</i>	stattgefunden - Zeit unklar <i>n = 34</i>	
Arbeitstag	16	5	1	29	51
Wochenende/ Feiertag	2	1	-	5	8

Dauer der Fallbesprechung und -konferenzen

Die Dauer der Fallbesprechung war sechs Mal (85,7 %) mit einer Dauer unter einer halben Stunde und einmal mit einer Dauer unter einer Stunde (14,3 %) dokumentiert worden.

Die erste Fallkonferenz dauerte neun Mal weniger als eine Stunde (81,8 %) und zweimalig mehr als eine Stunde (18,2 %).

Bei der zweiten Fallkonferenz war vier Mal eine Dauer von unter einer halben Stunde (44,4 %), dreimal unter einer Stunde (33,3 %) und zweimalig mehr als eine Stunde (22,2 %) dokumentiert worden (siehe Tabelle 77).

Tab. 77: Tabellarische Darstellung der Dauer der Fallbesprechung/ -konferenzen. *N* = 7-11.

Dauer der Fallbesprechung/ -konferenzen	Anzahl [N]	Anteil [%]
	Dauer der Fallbesprechung	
< 30 min	6	85,7
< 60 min	1	14,3
	7	100,0
	Dauer der Fallkonferenz I	
< 60 min	9	81,8
> 60 min	2	18,2
	11	100,0
	Dauer der Fallkonferenz II	
< 30 min	4	44,4
< 60 min	3	33,3
> 60 min	2	22,2
	9	100,0

Vergleich zwischen den beiden Studienkliniken

Abbildung 38 stellt das Ergebnis des klinischen Kinderschutzes bezogen auf die Art der KWG ($K = 378$) und die jeweilige Klinik graphisch dar. Am UKB wurden 220 Arten von KWG während des Beobachtungszeitraumes behandelt, während es am St.-Marien-Hospital 158 Misshandlungsformen waren. Auf diese beiden Anteile beziehen sich die folgenden Angaben, um so einen studieninternen Vergleich zu ziehen. Am Universitätsklinikum lag die Aufklärungsquote („wird ausgeschlossen“ und „wird sicher bestätigt“) bei 49,1 % und beim Marienhospital bei 40,5 %.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Aufklärungsquoten der beiden Studienkliniken bestand nicht ($p = 0,317$). Auch in Hinblick auf die einzelnen Formen von KWG konnte hier, abgesehen von „sonstiger KWG“ ($p = 0,015$), kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (MH: $p = 0,946$; MB: $p = 0,389$; V: $p = 0,127$).

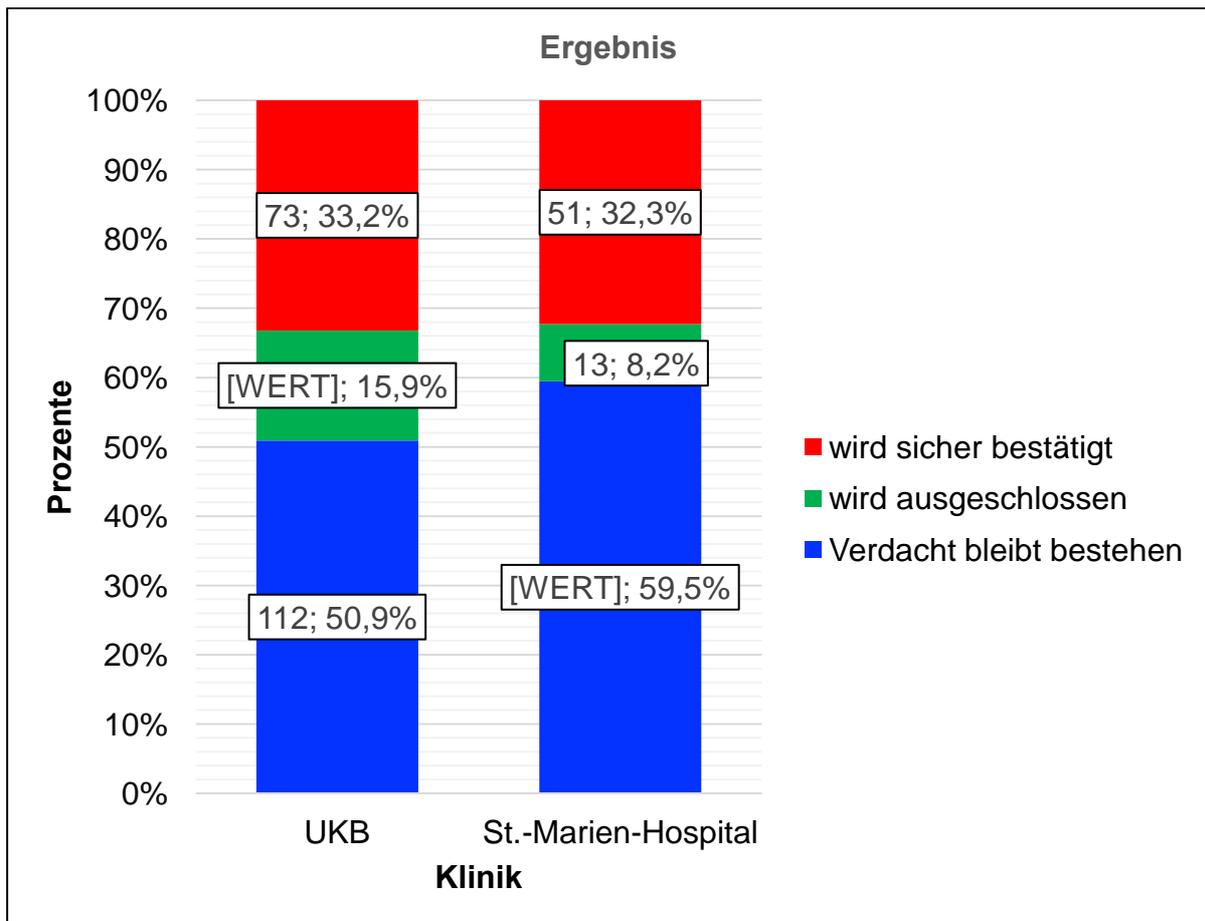


Abb. 38: Graphische Darstellung der Ergebnisse der klinischen Kinderschutzarbeit vergleichend zwischen Universitätsklinikum Bonn und dem St.-Marien-Hospital Bonn. $K_{UKB} = 220$ und $K_{MHosp} = 158$.

Tabelle 78 zeigt den zeitlichen Verlauf der Aufenthaltsdauer über den Beobachtungszeitraum Januar 2006 bis März 2012 für beide Studienkliniken im Vergleich. Insgesamt sind hier in 95,1 % der Fälle Angaben gemacht worden. Mit Ausnahme von 2009 wies das UKB durchschnittlich niedrigere Verweildauern auf. Mit Zunahme der Fallzahlen 2009 und zunächst begleitendem Anstieg der Aufenthaltsdauer konnte von 2010 bis 2012 eine Abnahme dieser auf durchschnittlich 4,1 Tage festgestellt werden. Im Vergleich dazu stiegen die Zahlen im St.-Marien-Hospital während des gleichen Zeitraumes von 3,5 Tagen im Jahr 2009 auf durchschnittlich 7,8 Tage (2010 bis 2012) an.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des gesamten Beobachtungszeitraumes lag am Universitätsklinikum bei 4,46 Tagen und am Marienhospital bei 6,42 Tagen. Dieser Unterschied ist primär nicht signifikant ($p = 0,181$). Unter Berücksichtigung jeder einzelnen Form von KWG für sich, zeigt sich, dass eine KWG-Behandlung am UKB signifikant kürzer war als am St.-Marien-Hospital ($p = 0,003$). Für die einzelnen Formen von KWG stellten sich folgende Zusammenhänge heraus:

- MH: durchschnittliche Behandlungsdauer (UKB: 4,03 Tage; MHosp: 5,91 Tage; $p = 0,245$)
- MB: durchschnittliche Behandlungsdauer (UKB: 0,74 Tage; MHosp: 0,70 Tage; $p = 0,916$)
- V: durchschnittliche Behandlungsdauer (UKB: 7,89 Tage; MHosp: 14,77 Tage; $p = 0,079$)
- „Sonstige KWG“: durchschnittliche Behandlungsdauer (UKB: 2,00 Tage; MHosp: 3,33; $p = 0,423$).

Tab. 78: Tabellarische Darstellung der Entwicklung der Aufenthaltsdauer über den Beobachtungszeitraum vergleichend zwischen Universitätsklinikum Bonn und dem St.-Marien-Hospital Bonn. $N_{UKB} = 176$ und $N_{MHosp} = 137$.

Stationärer Aufenthalt (Dauer in Tagen)		Falljahr							Gesamt
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
UKB									
	Mittelwert	0,0	1,5	6,3	3,4	5,6	3,4	4,5	
	N	2	25	36	34	61	18	176	
	Median	0,0	0,0	1,0	0,5	1,0	1,0	1,0	
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	
	Maximum	0	6	60	21	55	14	60	
MHosp									
	Mittelwert	1,6	5,8	3,8	3,5	9,1	6,2	8,0	6,4
	N	13	11	12	19	60	21	1	137
	Median	0,0	0,0	0,0	2,0	0,5	3,0	8,0	1,0
	Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0
	Maximum	6	23	12	13	129	40	8	129

4. Diskussion

4.1 Inzidenz von Kindeswohlgefährdung im Vergleich

Wie bereits erwähnt, gibt es in Deutschland keine genauen Zahlen zur Inzidenz von KWG. Diese kann lediglich indirekt durch Einbeziehung verschiedener Datenquellen des Statistischen Bundesamtes, der Polizeilichen Kriminal Statistik und multiplen Studien zum Kinderschutz in Deutschland abgeschätzt werden. So geben die Anzahl der Inobhutnahmen durch Jugendämter oder die Häufigkeit der Strafanzeigen einen Eindruck davon, wie häufig KWG auftritt. Bei insgesamt 13 Millionen Kindern ergibt sich nach 38.500 Inobhutnahmen eine Inzidenz von 0,3 % und bezogen auf die 17.798 Strafanzeigen eine Häufigkeit von 0,1 % für das Jahr 2011 (Bundeskriminalamt, 2011; Destatis - Statistisches Bundesamt. Zahl der Inobhutnahmen durch Jugendämter weiter gestiegen, 2012). Gemäß amerikanischen und britischen Statistiken liegt zumindest dort die Inzidenz deutlich höher (USA: 1,1 % und GB: 0,4 %) (Children's Bureau, 2011; NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2012).

Insgesamt konnte über den Beobachtungszeitraum dieser Studie eine enorme Zunahme von Kindern mit Verdacht auf KWG nachgewiesen werden. Waren es 2006 noch 14 Fälle, stieg die Anzahl auf ein Maximum von 96 Fällen im Jahr 2010 und 88 Fällen im Jahr 2011 an. Als wahrscheinlichste Ursache kommt die Etablierung der Kinderschutzgruppe und die damit intensiviertere und verbesserte Kinderschutzarbeit in Betracht. Diese begann 2006 mit der Gründung einer Kinderschutzgruppe und schritt 2007 mit der Einführung des „Klinischen Pfades Verdacht auf KWG“ im Sinne einer Professionalisierung ebenso voran, wie durch den erweiternden Zusammenschluss 2009 mit der Kinderschutzgruppe aus dem St.-Marien-Hospital.

Eine ähnliche Entwicklung der Fallzahlen beschreibt die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik der Technischen Universität Dortmund. Hier hatte sich die Zahl der Inobhutnahmen von 2005 auf 2008 von sieben auf 13 Kinder pro 10.000 der entsprechenden Altersgruppe (unter Sechsjährige) erhöht (Fenderich und Pothmann, 2010). Die gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit in Hinblick auf KWG führt zu einem gleichermaßen verändertem Anzeigeverhalten. Die realen Zahlen sind hiervon

nicht betroffen, aber das Dunkelfeld wird verkleinert (Paul und Backes, 2008).

Im Vergleich dazu stieg die Zahl der Strafanzeigen innerhalb der PKS bei Verdacht auf KWG von 2006 (17.493) und 2011 (17.798) nur vernachlässigbar gering an (Bundeskriminalamt, 2006 und 2011).

Unseren Ergebnissen entsprechend beschreibt es Finkelhor für Großbritannien. So ist seit 2006 ein Anstieg der Fälle von KWG, die über einen Zuwachs der Fallzahlen in den CPP (Child Protection Plan) erlassen wurden, zu verzeichnen. Von insgesamt 26.400 Fällen im Jahr 2006 stieg die Zahl der Kinder in derartigen Programmen auf 39.100 Fälle im Jahr 2009 an (Finkelhor und Jones, 2012).

Auch das Children's Bureau des U.S. Department of Health verzeichnet eine Zunahme der Fallzahlen in den letzten Jahren. So stieg die Zahl der „screened in referrals“ von 1.252.026 im Jahr 2007 auf 1.647.214 im Jahr 2011 an (Children's Bureau, 2011).

4.2. Art der Kindeswohlgefährdung

Insgesamt wurde bei den betroffenen Kindern zu 33,8 % der Verdacht auf Misshandlung, zu 32,8 % der Verdacht auf Missbrauch, zu 28,8 % der Verdacht auf Vernachlässigung und zu 0,3 % der Verdacht auf MbpS geäußert. Insgesamt 4,2 % der Vorstellungen erfolgten bei Verdacht auf „sonstige“ KWG, darunter wurden Fälle mit Alkoholintoxikation, Simulation, Adoptionsungereimtheiten und schwierige Familienverhältnisse zusammengefasst. Damit zeigte sich bei den Patienten der Bonner KSG eine annähernd gleichmäßige Verteilung unter den drei Hauptgruppen von KWG.

Vergleichend werden nun verschiedene Studien aus In- und Ausland herangezogen. Die Fallverteilung einer österreichischen Studie entspricht unseren Ergebnissen, allerdings mit deutlicheren Gewichtungen. Misshandlungsfälle machten nahezu die Hälfte aller Fälle aus (47 %), gefolgt von Missbrauch (28 %) und Vernachlässigung (25 %) (Eberl et al., 2010). Ebenso verhielt es sich mit der PKS (Bundeskriminalamt, 2011). Hier kommt es mit 20,1 % zu einem geringeren Anteil von Missbrauchsfällen als es bei unseren Patienten der Fall war. Misshandlung machte zwar wie bei uns den größten Anteil aus, allerdings fiel das Ergebnis mit einem Anteil von 69,9 %

wesentlich eindeutiger aus. Vernachlässigung kam wie in dieser Studie an letzter Stelle, lag aber mit einem Anteil von nur 9,9 % deutlich unter unserer Verteilung. Diese bei weitem deutlichere Gewichtung der Fallverteilung lässt sich mit dem Anzeigeverhalten in Bezug zur Art der KWG relativieren (Kriminalistisch-Kriminologische Forschungsstelle des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen, 2006). So gehen die Autoren der Statistik davon aus, dass eine höhere Bereitschaft besteht eine Misshandlung strafrechtlich zu verfolgen, als es bei Missbrauch oder Vernachlässigung der Fall ist (Bundeskriminalamt, 2011). Insbesondere bei Missbrauch spielen Scham, Schuldgefühle, die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung oder sekundärer Viktimisierung eine Rolle, die ein Opfer daran hindern, sich zu wehren und die KWG anzuzeigen. Besonders bei Tätern, die aus der Familie stammen zeigt sich ein vermindertes Anzeigeverhalten (Fegert et al., 2013; Kriminalistisch-Kriminologische Forschungsstelle des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen, 2006). Auf das Opfer wird dabei ein ganz anderer Druck ausgeübt, als bei einem Fremdtäter. So ist es gut vorstellbar, dass das Opfer zum Beispiel aus Angst vor den Konsequenzen schweigt. Das Anzeigeverhalten wird außerdem durch die Schwere der Misshandlung beeinflusst aber auch davon mitbestimmt, dass es zumeist die Eltern sind, die eine Anzeige erstatten. Diesen letzten Punkt gilt es insbesondere bei Tätern aus dem familiären Umfeld zu berücksichtigen. Zudem sind die betroffenen Kinder oftmals zu jung, um sich zu wehren und sich überhaupt mitzuteilen oder es kommt zu Manipulation des Kindes durch den Täter (Bange und Körner, 2002; Büchner et al., 1998). Dabei gilt es natürlich das Alter des Opfers, die Beziehung zum Täter und die genaue Form der Misshandlung zu berücksichtigen. Ähnlich sieht das Anzeigeverhalten im Fall von Vernachlässigung aus. Diese beginnt häufig sehr früh, sodass eine Gewöhnung anzunehmen ist und es bei leichteren Formen für Außenstehende teilweise schwer ist, eine KWG als solche zu erkennen.

Die Zahlen der Jugendämter vermitteln wiederum ein anderes Bild. Hier haben besonders Vernachlässigungsfälle zur Inobhutnahme geführt (11,9 %), gefolgt von Misshandlungsverdacht (9,4 %) und zu nur etwa 1,6 % der Verdacht auf sexuellen Missbrauch (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2012). Die verbliebenen 77,1 % der weiteren Gründe für Inobhutnahmen sind für diese Arbeit nicht relevant und werden

hier nicht näher aufgeführt. Um hier eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen ist es nötig, die angegebenen Prozentzahlen in der Summe auf 100,0 % zu normieren. Daraus ergeben sich folgende prozentualen Anteile: 41,0 % Misshandlung, 7,0 % Missbrauch und 52,0 % Vernachlässigung. Grundlegend für die hier vorliegenden abweichenden Schwerpunkte im Vergleich zu Klinik und Strafverfolgung ist die Art der KWG und der Täterkreis, der wiederum mit der Art der KWG variiert. Liegt eine Misshandlung oder eine Vernachlässigung vor, sind die Folgen in Form von Hämatomen oder schlechtem Pflegezustand und Karies häufig schneller für Außenstehende und nicht geschulte Augen zu erkennen, als es bei Missbrauch der Fall ist. In den meisten Fällen dieser Vergleichsgruppe handelt es sich bei den Tätern um die Eltern oder einen Elternteil, sodass oft das Herausnehmen des Kindes aus dem familiären Umfeld als einzige Lösung erscheint. Da Missbrauch vorwiegend von Fremdtätern begangen wird, ist diese Misshandlungsform hier unterrepräsentiert.

Der Gewichtung deutscher Jugendämter entsprechend zeigen sich US-amerikanische und britische Daten (Children's Bureau, 2011; NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2012). Auch hier macht den Großteil von KWG eine Vernachlässigung aus (USA: 78,5 % und GB: 42,5 %), gefolgt von Misshandlung (USA: 17,6 % und GB: 11,0 %) und Missbrauch (USA: 9,1 % und GB: 5,2 %). Auch hier stellt sich die Problematik, dass die studienrelevanten Angaben nicht der Gesamtzahl der vergleichenden britischen Literatur entspricht und entsprechend auf 100 % normiert werden muss. Damit ergeben sich für Vernachlässigung 72,4 %, für Misshandlung 18,7 % und für Missbrauch 8,9 %. Finkelhor beschreibt in seiner Arbeit ein insgesamt verändertes Auftreten von KWG. So habe sich im Verlauf von 1992 bis 2009 sowohl im Fall von Misshandlung als auch bei Missbrauch eine Abnahme der prozentualen Fallzahlen abgezeichnet. Betrug der Anteil von Misshandlung 1992 noch etwa 40 % wurde er 2009 mit 15 % beziffert, bei Missbrauch wurde 1992 ein Anteil von 26 % beschrieben, während er 2009 bei 6 % lag. Im Gegensatz dazu habe die Zahl der Vernachlässigungen seit 1992 von initial 27 % auf 45 % zugenommen (Finkelhor und Jones, 2012). Im Gegensatz dazu konstatieren Gilbert et al., dass die Verteilung der Art der KWG über die Jahre stabil geblieben ist (Gilbert et al., 2012).

Dem gegenüber steht allerdings die annähernd ausgeglichene Fallverteilung unserer

Patienten. Es bleibt zu diskutieren, ob der Unterschied vielleicht darin besteht, dass es weniger Überwindung kostet sich ärztlichen Rat einzuholen und den Gesundheitszustand im Sinne von „Es ist alles in Ordnung“ bestätigt zu bekommen, als möglicherweise den Schritt zu wagen, sich vor dem Gesetz gegen einen möglichen Familienangehörigen zu richten, mit den dadurch entstehenden weitreichenderen Folgen, wie Verlust der bisher erlebten Familienstruktur und Angst vor dem ungewissen Ausgang, einer möglichen Mitschuld, die sich eventuell bei Elternteilen stellen könnte.

Ein weiterer ursächlicher Faktor mag der Ärzteschaft zugeschrieben werden, die vor allem im Fall von Missbrauch klinische Befunde zu erkennen vermag, was im Fall von Misshandlung und Vernachlässigung häufig schon durch Außenstehende möglich erscheint. Wichtig in Bezug auf die nahezu ausgeglichene Fallzahl pro Art der KWG erscheint auch, dass unsere Patienten in den allermeisten Fällen vorselektiert durch Polizei, Jugendamt oder durch ärztliche Kollegen (68,5 %) und in der Mehrzahl der Fälle schon mit Verdacht auf KWG als Einweisungsdiagnose (59,3 %) zu uns kamen, sodass die hervorgefundene Inzidenz nicht ganz das allgemeine Bild der Verteilung zu repräsentieren vermag.

4.3 Aufklärungsquote bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

In unserer Studie zeigte sich, dass mit Etablierung der Kinderschutzgruppe nicht nur die Fallzahl drastisch zunahm, sondern es zusätzlich zu einer Verbesserung der Aufklärungsquote kam. Zu Beginn der Kinderschutzarbeit 2006 und 2007 konnten mit Abschluss des Klinikaufenthaltes durchschnittlich 24,1 % der Verdachtsfälle gesichert werden. Im Zeitraum von 2008 bis 2011 konnte dieser Anteil auf das Doppelte gesteigert werden (49,5 %). 2012 lag die Quote mit 19,2 % wieder deutlich niedriger, allerdings gilt es zu bedenken, dass nur der Zeitraum bis März in die Studie eingeflossen ist und häufig die Bearbeitung noch nicht vollständig war. Betrachtet man die Aufklärungsquote einzeln für die jeweilige Art der KWG, zeigt sich, dass Misshandlung mit 61,7 % und Vernachlässigung mit 46,8 % durchschnittlich die höchsten Quoten erreichten. Bei Missbrauch kam es lediglich in 23,4 % zu einem sicheren Ergebnis. Als Ursache kommt das breite Spektrum, in dem sich eine KWG

klinisch äußern kann, in Betracht, das zum einem mit der Art der KWG und zum anderen mit der Ausprägung der KWG variiert. So konnten bei Misshandlungsverdacht in 18,8 % der Fälle kein Symptom nachgewiesen werden, während es bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bereits 46,8 % waren und bei Vernachlässigung sogar über die Hälfte der Kinder (54,1 %) keine Symptome zeigten. Aufgrund von fehlenden Rückmeldungen durch Jugendämter oder Justiz vermag diese Studie keine endgültige Aussage zum Ausgang des jeweiligen Kinderschutzfalles zu machen. Bei den häufig eindeutigen Befunden im Fall von Misshandlung und Vernachlässigung kann davon ausgegangen werden, dass klinischer Befund und Gerichtsbeschluss am Ende annähernd übereinstimmen. Schwieriger gestaltet sich die Ergebnisfindung bei Missbrauchsverdacht, häufig konnte klinisch kein sicherer Befund eruiert werden, sodass die KWG weiterhin als Verdacht bestehen blieb und es nun Sache des Gerichts war, zu einem Ergebnis zu kommen. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der nach unserem Ermessen weiterhin bestehenden Verdachtsfällen im strafrechtlichen Werdegang bestätigt wurde. Anlass dazu gibt die Aufklärungsquote der strafrechtlich verfolgten Fälle, die 2011 im Fall von Misshandlung bei 98,3 %, bei Missbrauch bei 85,1 % und bei Vernachlässigung bei 97,5 % lag (Bundeskriminalamt, 2011).

Außerdem gilt es nach Mensching zu beachten, dass die Aufdeckungsarbeit bei sehr kleinen Kindern aufgrund der sprachlichen Kommunikationsbarriere stark eingeschränkt ist und die klinischen Befunde bei Missbrauch, aber auch Vernachlässigung, oft nicht wegweisend sind, weshalb ein gewisses Dunkelfeld dieser Altersgruppe zu berücksichtigen ist (Mensching, 2001).

4.4 Kombinationen von Kindeswohlgefährdung

Häufig war bei unseren Patienten nicht nur eine Form von KWG für das Leiden verantwortlich. In 15,9 % Fällen lagen Kombinationen von KWG vor. Gemäß den Angaben vom Kinderschutz-Zentrum Berlin ist diese Zahl noch höher zu vermuten. Allerdings besteht die Schwierigkeit darin, Formen von KWG überhaupt zu differenzieren, da sich ihr Erscheinungsbild vermischt beziehungsweise überschneidet (Kinderschutz - Zentrum Berlin e. V., 2009). Auch Fegert et al. (2013)

gehen von einer Vielzahl an Kombination aus sexuellem, körperlichem oder psychischem Missbrauch oder Vernachlässigung aus. Eine 2013 veröffentlichte österreichische Studie spricht von 11 % kombinierter Misshandlungsformen (Verocai et al., 2013). Eine weitere Studie aus Österreich berichtet, dass 80 % der vernachlässigten Kinder zusätzlich Opfer anderer Misshandlungsformen geworden sind. Zu 35 % war es hier neben der Vernachlässigung zu sexuellem Missbrauch und zu 65 % zu einer körperlichen Misshandlung gekommen (Eberl et al., 2010). Bei einer Befragung von Versicherungsnehmern einer US-amerikanischen Krankenversicherung berichteten 34,6 % von mehr als einer Misshandlungsform (eigene Erfahrung von körperlichem oder sexuellem Missbrauch oder das Miterleben körperlicher Gewalt gegen die Mutter) (Edwards et al., 2003).

Anhand der Daten der Bonner Kinderschutzgruppe ergaben sich die meisten Kombinationen in Form von Misshandlung und Vernachlässigung (48,1 %), gefolgt von gemeinsamen Auftreten von Misshandlung und Missbrauch in 25,0 % der Fälle oder gleichzeitigem Vorliegen von Missbrauch und Vernachlässigung bei 11,5 % der Kinder oder der Kombination von Misshandlung und „sonstiger“ KWG (7,7 %) oder Vernachlässigung und gleichzeitiger „sonstiger“ KWG (5,8 %), aber auch Kombinationen mit allen drei Hauptgruppen (MH, MB und V) von KWG waren vertreten (1,9 %). Eine vergleichbare Studie von 2009 mit 59 Patienten aus der Universitätskinderklinik Leipzig berichtet von fünf Kindern mit gemeinsamen Auftreten von Misshandlung und Vernachlässigung (entspricht 8,5 %) (Landgraf et al., 2009).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine schwedische Studie. Aus einer 2008 durchgeführten Befragung von Schülern aus Södermanland in Schweden zwischen 15 und 17 Jahren geht hervor, dass mehr als die Hälfte der Schüler die eine körperliche Misshandlung (CPA) erfahren haben auch Opfer anderer Misshandlungsformen wurden (56,3 %). Hier handelte es sich zumeist um gleichzeitiges Erleben häuslicher Gewalt (IPV) (Annerbäck et al., 2012. Nach Häuser et al. (2011) korrelieren alle Formen des Missbrauchs signifikant miteinander. Am stärksten erwies sich die Korrelation zwischen emotionaler und körperlicher Missbrauch ($r = 0,67$) sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung ($r = 0,59$). Die schwächste Korrelation fand sich zwischen sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung (emotional:

$r = 0,25$; körperlich: $r = 0,33$).

4.5 Demographische und soziokulturelle Aspekte

Geschlecht

Insgesamt waren mehr Mädchen von einer KWG betroffen (65,2 %). Das Geschlechterverhältnis von Jungen zu Mädchen lag bei durchschnittlich 0,5. Aus einer vergleichbaren Studie der Universitätsklinik Leipzig aus dem Jahr 2009 ergab sich ein Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen von 0,9 (Landgraf et al., 2009). Auch eine Studie aus dem St.-Marien-Hospital aus dem Jahr 1998 hatte ein Geschlechterverhältnis von ebenfalls 0,9 (Mensching, 2001). Zieht man vergleichend noch Daten aus den umfangreichen staatlichen Analysen des U.S. Department of Health heran, ergibt sich auch hier für KWG ein durchschnittliches Geschlechterverhältnis von 0,95 (Children's Bureau, 2011). Deutlich anders gewichtet war das Geschlechterverhältnis einer österreichischen Studie, hier wurden mehr Jungen wegen nicht akzidenteller Verletzungen stationär behandelt (1,6) (Eberl et al., 2010). Bei den einzelnen Arten von KWG zeigte sich in unserer Studie durchweg ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts, besonders ausgeprägt im Fall von Missbrauch. Hier lag die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen bei 0,2. Die Vergleichsdaten fielen in diesem Punkt ähnlich eindeutig aus: Landgraf et al. (2009) 0,5 und Mensching (2001) 0,6. Eine Prävalenzstudie zu sexuellem Missbrauch aus dem Jahr 1993 ergab sogar bei Mädchen eine Prävalenz von 25,2 % und bei Jungen von 6,2 % (Raupp und Eggers, 1993). Und bei Ben-Natan et al. (2014) zeigte sich, dass mit 75 % signifikant mehr Mädchen von sexuellem Missbrauch betroffen waren ($p < 0,01$) als Jungen.

Alter

Das durchschnittliche Alter der Kinder lag bei 6 Jahren mit einer Spannweite von null bis 21 Jahren. Insgesamt waren die Mädchen etwas älter als die Jungen. Die Hauptbelastung trugen insbesondere die jüngeren Kinder (jünger als zehn Jahre). In Hinblick auf die Art der KWG zeigt sich, dass im Fall von Misshandlung eine geringere Abhängigkeit vom Alter vorlag, als es bei Vernachlässigung oder Miss-

brauch der Fall war. Bei Vernachlässigung waren fast ausschließlich Kinder um das erste Lebensjahr betroffen, während Missbrauch vorzugsweise im Kindergarten- und Grundschulalter (drei bis acht Jahre) statt fand mit einem leichten Wiederanstieg während der Pubertät (zwölf bis 15 Jahre). In unserem Kollektiv machten Kinder mit DES, folglich Neugeborene, einen Großteil der Vernachlässigungen aus, dies ist bei der Altersangabe zu berücksichtigen.

Im Gegensatz dazu beschreiben Ben-Natan et al. (2014) folgende Altersverteilung: Mit 47 % wurden signifikant mehr Kinder, die älter als zehn Jahre waren, Opfer von körperlicher Gewalt ($p < 0,05$) und sogar 96 % der vernachlässigten Kinder waren älter als zehn Jahre ($p < 0,01$). Die Studie von Landgraf et al. (2009) der Universitätskinderklinik Leipzig zeigte ein durchschnittliches Alter von fünf Monaten für Misshandlung, von etwa drei Jahren für Vernachlässigung und von gut zwölf Jahren für Missbrauch.

Nach den Angaben des U.S. Department of Health sind die misshandelten Kinder hauptsächlich jünger als drei Jahre alt (24,0 %). Missbrauch hat, sich mit unserer Studie deckend, zwei Altersgipfel, am häufigsten waren Kinder im Alter von zwölf bis 14 Jahren (26,3 %) betroffen, gefolgt von einer zweiten Häufung in der Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen (21,8 %). Im Fall von Vernachlässigung wird hier nach medizinischer und psychischer Vernachlässigung unterschieden. Beide Formen finden insbesondere bei den unter Dreijährigen statt (34,6 % und 30,1 %) (Children's Bureau, 2011).

Familiärer Hintergrund bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

KWG entsteht nach Maywald multifaktoriell und wird durch verschiedene Risikofaktoren begünstigt. Kindesmisshandlung kommt nicht isoliert in sozial benachteiligten Familien vor, findet sich hier aufgrund der größeren psychosozialen Belastung allerdings gehäuft. Als Risikokonstellationen gelten psychosoziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Notlagen, berufliche Schwierigkeiten und kulturelle Anpassungsschwierigkeiten, elterliche Risikofaktoren wie chronische Erkrankungen, Sucht, eigene Gewalterfahrungen oder Partnerkonflikte aber auch Risikofaktoren durch das Kind, wie beispielsweise eine ungewollte Schwangerschaft und körperliche oder geistige Behinderungen (Maywald, 2013; Paul und Backes,

2008; Stabli, 2007). Ein durch die zuvor genannten Risikofaktoren bestehender Dauerstress oder Hilflosigkeit kann auch bei geringfügigem Anlass in eine aggressive Handlung Umschlagen (Maywald, 2013). All diese Riskofaktoren gelten für beide Elternteile, wobei nach einer Studie von Romero-Martinez et al. (2013), das Risiko bei Müttern höher liegt. Als ursächlich wird der im Allgemeinen höhere Anteil der Mütter an der Erziehung des Kindes genannt.

In unseren Ergebnissen zeichnete sich ab, dass die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt lag. Hier muss eine Verzerrung durch das retrospektive Studiendesign einbezogen werden. Hat es sich um Patienten ohne Migrationshintergrund gehandelt, kann die Dokumentation zum Beispiel im Sinne von „Ist doch ganz normal“ ausgelassen worden sein. Wichtig in der Bewertung ist außerdem die sehr geringe Dokumentationsquote zu diesem Kriterium bei unserem Studienkollektiv (30,7 %). Gemäß des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes von 2011 ergab sich, dass 19,5 % der Deutschen einen Migrationshintergrund hatten. Hier sind sowohl Ausländer als auch Deutsche mit Migrationshintergrund inbegriffen. Als wichtige Herkunftsländer stellten sich dabei die Türkei (18,5 %; in unserem Kollektiv: 11,2 %), Polen (9,2 %; in unserem Kollektiv 17,3 %), Russland (7,7 %; in unserem Kollektiv 9,2 %) und Kasachstan (5,8 %; in unserem Kollektiv 5,1 %) heraus.

Der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund unter 20 Jahren, was in etwa den Patienten der Bonner Kinderschutzgruppe entsprach, lag sogar bei 30,8 % (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2012).

Für unsere Patienten ergibt sich dabei ein Durchschnittswert von 59,9 %. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und dem Nachweis beziehungsweise Verdacht auf eine KWG stellte sich allerdings nicht heraus ($p = 0,607$).

Nach einer 2012 veröffentlichten Statistik über vorläufige Inobhutnahmen durch deutsche Jugendämter lag der Anteil der nichtdeutschen Kinder bei 26,7 % und damit deutlich unterhalb von unseren Patienten (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2014). Aus einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2013 geht hervor, dass es in der Anzahl der Notfallbehandlungen keine signifikanten ethnischen Unterschiede zwischen misshandelten Kindern und allen anderen Notfallpatienten gab

($p = 0,470$) (Webb et al., 2013).

Die meisten Mütter der von der Bonner Kinderschutzgruppe behandelten Kinder waren zwischen 30 und 40 Jahren (31,3 %) alt, während die Väter zum Großteil älter als 40 Jahre alt waren (47,2 %).

Bezogen auf die Art der KWG zeichnete sich in unserer Studie kein klarer Trend zwischen dem Alter der Kindsmutter und der der Art der KWG ab. Eine Ausnahme stellten sehr junge Mütter (unter 18 Jahre) dar. Hier zeichnete sich ein Trend zu Vernachlässigung ab. Bei den Vätern fiel auf, dass vor allem im Fall von Misshandlung das Alter über 40 Jahren und im Fall von Missbrauch eher zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr lag.

Auch in US-amerikanischen Studien von 1993 und von 2013 und einer britischen Arbeit von 2001 wird ein erhöhtes Risiko für Verletzungen des Kindes bei Eltern im Teenageralter beschrieben (Jordan et al., 1993; Robertson et al., 2014; Sidebothan und Heran, 2006). Hier wurde allerdings nicht zwischen akzidentell und nicht-akzidentell, im Sinne von KWG unterschieden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine kanadische Studie. Sie konstatiert eine hohe Evidenz zwischen sehr jungen Müttern bei der Geburt ihres ersten Kindes und körperlicher aber auch sexueller Misshandlung (MacMillan et al., 2013). Auch Menzel gibt ein mütterliches Alter unter 20 Jahren als Risikofaktor für KWG an (Menzel et al., 2012).

Nach Romero-Martinez et al. sind die Väter im Durchschnitt etwas älter als die Mütter, was unseren Ergebnissen entspricht (Romero-Martinez et al., 2014).

Die meisten gesundheitlichen Einschränkungen der Eltern (Mutter: $k = 57$; Vater: $k = 23$) der betroffenen Kinder waren durch Sucht bedingt (54,1 %). Es folgten psychische Erkrankungen (27,5 %) und körperliche Einschränkungen (18,3 %). Insgesamt waren 15 % der Mütter und 8 % der Väter in dieser Kategorie auffällig. Beispielhaft wird an dieser Stelle wieder die Leipziger Studie von Landgraf et al. (2009) herangezogen. Eine Sucht wurde dort im Sinne von Alkoholabusus in 12 % der Fälle und im Sinne von anderen Drogen in 4,5 % der Fälle vermerkt. Als chronisch krank wurden 7 % der Eltern beziffert. Insgesamt 2 % der Mütter galten als psychisch krank.

Nach Mensching (2001) stellten sich bei 21 % der Mütter ein Alkohol- und Drogenproblem heraus, 18,1 % hatten eine psychische Erkrankung und 6,9 % eine

physische Erkrankung. Damit lag die Zahl noch deutlich höher als bei uns. Eine 2009 veröffentlichte portugiesische Arbeit über inner- und extrafamiliären sexuellen Missbrauch spricht bei Familientätern in 4 % und bei Fremdtätern in 0,8 % der Fälle von Alkoholabusus und bei 0,7 % der Täter aus der Familie und bei 1,3 % der extrafamiliären Täter von einer Drogenabhängigkeit (Magalhães et al., 2009).

Unsere Arbeit konnte den Risikofaktor „chronisch erkrankter Elternteil“ bestätigen. Denn bei beiden Elternteilen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer chronischen Erkrankung und dem Tatverdacht der Kindeswohlgefährdung (bei der Mutter: $p < 0,001$ und beim Vater: $p = 0,026$).

Insgesamt lässt sich bezüglich der familiären Strukturen der betroffenen Kinder sagen, dass der Großteil der Eltern verheiratet war (58,6 %). Im Vergleich mit der Angabe zur Wohnsituation zeigt sich allerdings, dass die meisten Eltern (53,8 %) getrennt voneinander lebten. Somit ergibt sich hier ein interner Widerspruch, der sich am ehesten durch die in diesen beiden Kriterien deutlich voneinander abweichende Dokumentationsqualität begründet. So war die Wohnsituation (75,7 %) der Eltern deutlich besser dokumentiert als der Familienstand (durchschnittlich 42,2 %). Ledig waren 28 % der Eltern, geschieden 12,4 % und 1,1 % verwitwet. In neuen Lebenspartnerschaften lebten 18,2 % der Eltern, 81,9 % hatten keinen neuen Partner.

Gemessen an der „Wohnsituation“, der am besten dokumentierten Angabe zur Familienstruktur der betroffenen Kinder, bestätigt sich, dass auch in unserem Kollektiv der allgemein gültige Risikofaktor für KWG im Sinne einer Trennungssituation abgebildet wird (Afifi et al., 2009; Merritt, 2009). Bei Müttern in neuen Lebenspartnerschaften zeigte sich sogar ein signifikanter Zusammenhang mit dem Nachweis oder dem Verdacht auf eine KWG ($p = 0,009$).

Um eine Aussage zur Bildungssituation der Eltern treffen zu können, wurden die Fälle hinsichtlich Berufsstand und Berufstätigkeit der Elternteile analysiert. Die Aussagekraft ist allerdings auch hier begrenzt, weil dieser Punkt häufig in der Dokumentation unberücksichtigt blieb (durchschnittlich 76,4 %).

Bei den Müttern hatten 26,2 % eine Berufsausbildung, 16,7 % waren ungelernt und 9,5 % hatten studiert. In 47,6 % der Fälle war dieser Punkt nicht ausreichend dokumentiert.

Die Berufstätigkeit unter den Müttern lag bei 73,2 % und die Arbeitslosigkeit bei 26,8 %. Dies liegt oberhalb der bundesweiten Arbeitslosenquote für Frauen, die 2012 bei 6,8 % lag, ist aber nicht signifikant (Bundesagentur für Arbeit, 2012).

Von den Vätern hatten 31,9 % eine abgeschlossene Berufsausbildung, 13,9 % hatten studiert, 4,2 % waren ungelernt, bei 50 % reichte die Dokumentation in Hinblick auf den Ausbildungsstand nicht aus.

Insgesamt waren 74 % der Väter berufstätig, 20,5 % arbeitslos und 4,1 % im Ruhestand. Die bundesweite Arbeitslosenquote für Väter lag 2012 bei 6,9 % und somit unterhalb der Quote bei unseren Vätern (Bundesagentur für Arbeit, 2012). Ein Vater (1,4 %) war inhaftiert und fiel so nicht unter die zuvor genannten Kategorien. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Nachweis beziehungsweise Verdacht auf KWG bestand nicht.

Aus all diesen Kriterien geht hervor, dass im Falle von KWG prinzipiell jede Bildungsschicht betroffen sein kann. Wichtig ist allerdings, dass trotz allem die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Bildungsschicht mit einem erhöhten Risiko für eine KWG einhergeht (Putnam-Hornstein et al., 2013; Romero-Martínez et al., 2014; Sidebotham, 2006). In diesen Zusammenhang fügt sich die bereits genannte Arbeit von Webb et al. (2013) ein. Die Autoren formulieren einen signifikanten Unterschied ($p < 0,001$) in Hinblick auf das durchschnittliche familiären Einkommen zwischen Notfällen im Rahmen von KWG und sonstigen Notfallpatienten. Eine 1995 in Deutschland durchgeführte Repräsentativbefragung zu Misshandlungen in Kindheit und Jugend, die mit der deutschen Version des Childhood Trauma Questionnaire erfasst wurden, stellte einen Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung, nicht aber sexuellem Missbrauch und Sozialstatus fest (Häuser et al., 2012). Ebenso beschreibt es Wetzels (1997), demnach geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem erhöhten Risiko beobachteter elterliche Partnergewalt sowie einem erhöhten Risiko für Kindesmisshandlung einher. In Hinblick auf sexuellen Missbrauch besteht hier kein erhöhtes Risiko. Unsere Ergebnisse blieben in diesem Punkt nicht signifikant.

Beim Großteil der Patienten der Bonner Kinderschutzgruppe hatten die Eltern das Sorgerecht inne (95,3 %). In den meisten Fällen bestand ein gemeinsames Sorgerecht für beide Elternteile (68,1 %). Zu 23,7 % hatte die Mutter das alleinige

Sorgerecht und zu 2,7 % war der Vater allein sorgeberechtigt. Beim Rest der Kinder waren das Jugendamt (3,1 %), ein Vormund (1,4 %), Adoptiveltern (0,7 %) oder die Großeltern (0,3 %) zuständig.

In Hinblick auf die Betreuungssituation der Kinder durch öffentliche Betreuungseinrichtungen wie Krabbelgruppe, Kindergarten, Schule und später Ausbildungsstätte, erfüllten 38,9 % der Kinder die Kategorie „Kleinkind zu Hause“. Insgesamt 37,2 % gingen zur Schule, 18,4 % in den Kindergarten, 4,3 % besuchten „keine Einrichtung“, 0,9 % eine Krabbelgruppe und ein Jugendlicher (0,4 %) befand sich in der Berufsausbildung.

Im Durchschnitt hatten die betroffenen Kinder 1,58 Geschwisterkinder und lagen damit über dem bundesweiten Durchschnitt (zusammengefasste Geburtenziffer 2012: 1,38 Kindern pro Frau) (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2013).

Die meisten Kinder hatten ein Geschwisterkind (31,3 %), gefolgt von Einzelkindern (30,5 %), und Kindern mit zwei oder drei Geschwistern (je 14,2 %). Die maximale Anzahl von Geschwistern lag bei elf. Die Geschwister waren im Mittel 7,6 Jahre alt.

Nach Menzel et al. (2013) gelten mehr als zwei weitere Kinder im Haushalt als Risikofaktor. Ähnlich beschreiben es MacMillan et al. (2013) und Minnasch et al. (1999). Demnach besteht bei Familien mit vielen Kindern (multiple-child households) insbesondere bei Misshandlung, aber auch bei sexuellem Missbrauch ein erhöhtes Risiko für die Geschwisterkinder ebenfalls Opfer von KWG zu werden.

Die Geschwister waren zum Großteil älter als der Patient (51,6 %), zu 28,9 % jünger und zu 17,2 % hatte der Patient sowohl jüngere als auch ältere Geschwister. In 1,6 % der Fälle handelte es sich bei Patient und Geschwistern um Mehrlinge.

Eine Gefahr für die Geschwisterkinder ebenfalls Opfer von KWG zu werden wurde bei uns mit 24,9 % beschrieben.

Vergleicht man das Alter der Geschwister mit der Angabe, ob auch für diese die Gefahr von KWG bestanden hat, zeigt sich ein leichter Trend dahingehend, dass ältere Geschwisterkinder insgesamt seltener gefährdet waren (29,7 %), als es bei Geschwistern jüngeren Alters (40,5 %) der Fall war.

Aus einer amerikanischen Arbeit zur Prävalenz von misshandlungstypischen Verletzungen bei Geschwistern und Kinder mit Kontakt zu misshandelten Kindern geht hervor, dass 6,2 % dieser Kinder derartige Verletzungen aufwiesen. Die betroffenen

Kinder waren zwischen 2,5 und 59 Monaten (fünf Jahre) alt. Bei Zwillingen war das Risiko am höchsten. Als ursächlich wird hier das erhöhte Stresslevel in der gleichzeitigen Versorgung von zwei Kindern im gleichen Alter oder aber durch eine erhöhte Frühgeburtlichkeit genannt. Die Autoren gehen so weit, bei unter zweijährigen Kindern mit Kontakt zu Kindern, die schwere Misshandlungsverletzungen aufweisen, unabhängig von der körperlichen Untersuchung die Durchführung eines Skelett-Screenings (skeletal survey) zu empfehlen (Lindberg et al., 2012).

4.6 Wiederholte Gefährdung des Kindeswohles

Eine KWG ist in vielen Fällen kein einzelnes Ereignis, sondern findet permanent oder rezidivierend statt (Kindler, 2007; Staubli, 2007). In 9,7 % der Fälle stellte sich bei der Auswertung heraus, dass die Kinder schon mehrfach mit misshandlungstypischen Symptomen oder gar mit der Diagnose KWG in den Studienkliniken vorstellig gewesen sind.

Laut einer US-amerikanischen Studie liegt der Anteil wiederholter Kindeswohlgefährdungen unter den teilnehmenden Kinderschutzgruppen und Krankenhäusern bei 3,5 % (Martindale et al., 2014). Eine weitere Studie belegt, dass nach einer initialen KWG innerhalb eines Jahres zu 26 % ein Zweitereignis folgt und der Anteil nach einem weiteren Jahr sogar bei 40 % liegt (Deans et al., 2014). In unserem Kollektiv zeigte sich, dass es sich zumeist um Gefährdungen der gleichen Art handelte. Häufig werden diese Fälle in der klinischen Praxis nicht direkt als Wiederholungsfall erkannt. Als ursächlich gilt hier zum einen das sogenannte „Krankenhaushopping“, bei dem von den Eltern bewusst verschiedene medizinische Einrichtungen aufgesucht werden, um so durch eine Systemflucht eine KWG zu verschleiern (Engert, 2006; Minnasch et al., 1999). Bei 5,5 % der Patienten der Bonner Kinderschutzgruppe konnte ein „Krankenhaushopping“ im Fall einer erneuten KWG („Doppelfälle“) nachgewiesen werden. Zum zweiten wird eine KWG bei der initialen Vorstellung nicht selten übersehen (Geerds et al., 2010; Schumacher et al., 2011; Thorpe et al., 2014). Diese Annahme konnte in dieser Arbeit zumindest dahingehend bestätigt werden, dass insgesamt 9,7 % der Kinder bereits im Vorfeld mit KWG verdächtiger Symptomatik in den Studienkliniken vorstellig waren, aber

nicht sofort als Kinderschutzfall eingestuft wurden.

Das Problem des Krankenhausshoppings kann nur durch eine flächendeckende Vernetzung der Akteure im Kinderschutz eingedämmt werden. Auf diese Weise können Informationsverluste minimiert werden. Mit dem neuen Kinderschutzgesetz sind hier erste Weichen gestellt worden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013). Der Zusammenschluss der Kinderschutzgruppen des Universitätsklinikums Bonn und des St.-Marien-Hospitals zur Bonner Kinderschutzgruppe entspricht im kleinen Rahmen einer solchen Optimierung.

4.7 Formen der Kontaktaufnahme mit der Kinderschutzgruppe

Die Behandlung unserer Kinder fand zu 56,0 % stationär, zu 40,0 % ambulant und zu 2,2 % konsiliarisch statt. Bei 1,8 % der Kontaktaufnahmen mit der KSG handelte es sich um reine Telefonfälle. Zumeist erfolgte die Vorstellung an Arbeitstagen (80,1 %) und zu 19,9 % am Wochenende oder an Feiertagen. Dabei fand die Mehrzahl der Konsultationen (53,1 %) im Dienst und 47,0 % während der Regelarbeitszeit statt.

Die Behandlung dauerte im Durchschnitt 5,3 Tage und das Maximum lag bei 129 Tagen. Im Fall von Misshandlung war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 4,5 Tage. Bei Missbrauchsverdacht dauerte der Aufenthalt im Durchschnitt 0,7 Tage. Kinder mit Vernachlässigung wiesen die längsten Klinikaufenthalte auf. Der Mittelwert lag bei 11,1 Tagen. Das Mädchen mit Verdacht auf MbpS blieb zwei Tage. Bei „sonstiger“ KWG betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 2,5 Tage. Vergleichend wird hier eine Studie aus Österreich herangezogen. Hier fanden 28 % der Behandlungen ambulant (treated on an out-patient basis) und 72 % im stationären Rahmen (in-patient treatment) statt. Die mittlere Behandlungsdauer lag bei 7,3 Tagen und war damit zwei Tage länger als bei uns. Die Spannweite reichte von einem bis zu 30 Tagen (Goessler et al., 2011).

In der Mehrzahl der Fälle wurden die Kinder vom niedergelassenen Kinderarzt eingewiesen (21,0 %), gefolgt von Einweisungen durch das Jugendamt (15,7 %), die Eltern (14,6 %), dem Notarzt (12,0 %), die Polizei (10,1 %), eine andere Klinik (7,1 %), sonstige (6,0 %), das Gesundheitsamt (1,1 %), den Hausarzt (1,1 %) oder

den Frauenarzt (0,4 %). Eine gesonderte Gruppe stellten die Neugeborenen mit 10,9 % dar.

Nach Ben-Natan wurden 44,7 % der Fälle durch das Pflegepersonal („nurse“) aufgedeckt, 29,8 % durch einen Arzt und 14 % durch einen Sozialarbeiter (Ben-Natan et al., 2014). Die Ergebnisse von Landgraf et al. (2009) fallen folgendermaßen aus: in 66 % der Fälle wurde der Verdacht auf Misshandlung von den behandelnden Ärzten, davon 61 % Klinikärzte, 21 % Notärzte und 18 % niedergelassene Kinderärzte geäußert. Es folgten Hinweise aus der Familie und andere Betreuungspersonen wie Kindergärtner/ -innen oder Lehrer/ -innen. Damit liegt der Anteil der Ärzte an den Einweisenden höher als bei uns (Landgraf: 66 %; Bonner KSG: 42,7 %).

Es zeigt sich, dass bei Misshandlungsverdacht vorwiegend das Jugendamt tätig wurde (30,8 %), gefolgt von Eltern (18,7 %), Kinderarzt (17,8 %) und Notarzt (15,9 %). Im Fall von Missbrauch war zumeist der Kinderarzt für die Einweisung verantwortlich (24,7 %), gefolgt von der Polizei (20,6 %), den Eltern (16,5 %) und dem Jugendamt (14,4 %). Bei Verdacht auf Vernachlässigung handelte es sich beim Großteil der Kinder um Neugeborene (27,7 %), sodass eine Einweisung nicht nötig war. Hier war hauptsächlich das DES Einweisungsdiagnose. Als Einweiser waren hier Kinderärzte (19,1 %), das Jugendamt (12,8 %), der Notarzt (12,8 %) oder die Eltern (10,6 %) am häufigsten zuständig. Das Kind mit Verdacht auf MbpS wurde durch den Kinderarzt vorgestellt. Bei „sonstiger“ KWG erfolgte die Einweisung überwiegend durch den Notarzt (73,3 %).

Der Verdacht auf KWG war bei den meisten Fällen bereits Einweisungsdiagnose (59,6 %). Weitere Diagnosen waren zudem „Geburten“ (9,4 %) aber auch Unfälle oder Notfälle (6,4 %).

Der Übersicht halber, sind die weiteren Diagnosen, die zur Einweisung führten, in Gruppen zusammengefasst worden. An Organsystemen orientierend, machte der „Gastrointestinaltrakt“ hier den Hauptteil aus (4,9 %), gefolgt von „das Bronchialsystem betreffende Diagnosen“ (2,4 %), „Hautveränderungen“ (2,1 %), „Stoffwechsel“ (1,8 %), „Bewegungsapparat“ (1,2 %), „Herz-/Kreislaufsystem“ (0,6 %), „Harntrakt“ (0,6 %) und „körperlicher Behinderung“ (0,3 %). Zu 2,4 % lag eine „Intoxikation“ vor.

Eine ausführliche Literaturrecherche lieferte diesbezüglich keine direkt vergleich-

baren Daten. Hinweise zur Verteilung der Einweisungsdiagnose im Fall von Misshandlung kann eine US-amerikanische Studie von 2014 über als Misshandlung fehlgedeutete Diagnosen liefern. Diese berichtet bei insgesamt 2890 Fällen von Kindesmisshandlung von 4,7 % identifizierter Diagnosen, die eine körperliche Misshandlung imitierten (mimics). Darunter fanden sich zu 28 % Störungen des Knochenstoffwechsels, zu 20 % hämatologisch/vaskuläre Erkrankungen, zu 16 % Infektionen, zu 10 % Skelettdysplasien, zu 9 % neurologische Diagnosen, zu 5 % onkologische Diagnosen, zu 2 % gastrointestinale und zu 10 % sonstige Erkrankungen. Es wird betont, dass in der klinischen Bewertung derartige Diagnosen berücksichtigt werden müssen, wobei die Sicherung einer dieser Diagnosen eine gleichzeitige KWG nicht ausschließt (Metz et al., 2014).

Betrachtet man die Einweisungsdiagnose in Abhängigkeit von der Art der KWG, wird deutlich, dass der „Verdacht auf KWG“ besonders bei Missbrauch (90,3 %), gefolgt von Misshandlung (64,8 %), Vernachlässigung (27,5 %) und „sonstiger“ KWG (25,0 %) zur Einweisung geführt hat.

Bei Misshandlungsverdacht führten zu 10,2 % ein „Unfall“ oder „Notfall“ zur Behandlung. Bei Missbrauch kam es zusätzlich durch gynäkologische Diagnosen (3,2 %) zur Einweisung. Bei Vernachlässigung fällt die Einweisungsdiagnose weniger eindeutig aus. Neben dem „Verdacht auf KWG“ führte annähernd zu gleichen Teilen auch die „Geburt“ (25,7 %) zur Involvierung der KSG. Hier zeichnet sich der Anteil des DES an dieser Form von KWG ab.

Bei „sonstiger“ KWG war eine „Intoxikation“ die am häufigsten dokumentierte Einweisungsdiagnose (37,5 %) gefolgt von dem Verdacht auf KWG (25,0 %).

Eine Studie der Universität Pittsburgh aus den Jahren 2002 bis 2009 gibt den Einweisungsgrund von Kindern an, bei denen eine Röntgen-Diagnostik („skeletal survey“) bei Misshandlungsverdacht erfolgte, die eine sich in Abheilung befindende Fraktur aufwiesen („healing fracture“) oder bei denen die Diagnose Kindesmisshandlung gestellt worden war. Einweisungsgrund waren mit 43 % Anzeichen für ein Trauma („signs suggestive of trauma“), mit 20 % ein Misshandlungshintergrund („history of trauma“), mit 10 % unspezifische Symptome („nonspecific Symptoms“), mit 9 % Anfragen ob eine Misshandlung vorliegen könnte („request to evaluate for abuse“), mit 9 % ein lebensbedrohliches Ereignis („apparent life-threatening event“), mit 8 %

ein Krampfanfall („seizure“) und mit 1 % eine Kopfumfangsvermehrung („increased occipitofrontal head circumference“) (Thorpe et al., 2014).

4.8 Symptomatik und Diagnostik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

KWG kann durch körperliche und psychische Symptome in Erscheinung treten. Diese gilt es im Rahmen der klinischen Kinderschutzarbeit zu erkennen. Wie auch von anderen Autoren beschrieben, waren Hämatome, insbesondere bei Misshandlung, die am meisten gezählten Auffälligkeiten (45,8 % der Symptome bei MH). Das Gesicht war die häufigste Lokalisation gefolgt von Gesäß, Rücken, Kopf, Oberarm oder Oberschenkel. Fasst man „Kratzer“ (7,1 %), „Würgemale“ (1,9 %) und „Hämatome“ (45,8 %) zusammen, ergibt sich ein gemeinsamer Anteil von 54,8 %, der sich mit den Ergebnissen von Landgraf et al. (2009) vergleichen lässt. Die Studie des Kinderzentrum der Universität Leipzig berichtet von 63 % der misshandelten Kinder bei denen Hämatome, Prell- und Würgemale festgestellt wurden. Hier war die Lokalisation analog zu unseren Ergebnissen: Oberschenkel, Oberarm, rechte Gesichtshälfte und Gesäß, wobei der Anteil dieser Verletzungsgruppe etwas höher lag. Nach Ben-Natan et al. (2014) wiesen sogar 85 % der Kinder Hämatome oder Verbrennungen auf. Dieser Anteil lag bei den Bonner Kindern mit Misshandlungsverdacht bei 50,3 %. Frakturen und alte Frakturen machten 16,2 % aus. Dieser Anteil deckt sich nahezu mit den Ergebnissen von Landgraf et al. (2009) (17 %). Ein SHT hatte einen Anteil von 5,2 % an den Symptomen der misshandelten Kinder. Hier lag der von Landgraf et al. (2009) mit knapp 19 % beschriebene Anteil der Kinder mit Schütteltrauma deutlich höher. Nach Herrmann (2005) betreffen 10 % bis 20 % der Misshandlungen das Zentralnervensystem. Eine US-amerikanische Studie hat die Inzidenz von misshandlungsbedingten SHT und/oder Frakturen untersucht. Insgesamt waren 14,4 % dieser Symptomkonstellationen (Fraktur oder SHT oder Fraktur und SHT) durch Misshandlung bedingt. Alleinige Knochenbrüche waren zu meist eine akzidentelle Verletzung, lediglich 9,7 % waren durch MH bedingt. Ein separates SHT war zu 23,0 % misshandlungsbedingt und das gleichzeitige Auftreten von Fraktur und SHT war zu 21,1 % Folge von MH (Leventhal et al., 2010). Thermische Verletzungen hatten einen Anteil von 5,8 % (Verbrennung: 4,5 %;

Verbrühung: 1,3 %) unter den Symptomen bei MH. Eine australische Studie, die retrospektiv 507 Kinder mit Verbrennungsverletzungen auf nicht-akzidentelle Verbrennungen hin untersucht hat, spricht von 1,2 % Verbrennungen, die bewusst herbei geführt wurden und von 5,5 % derartigen Verletzungen durch Vernachlässigung (Andronicus et al., 1998). Eine 2011 veröffentlichte US-amerikanische Studie berichtet von 6,7 % nicht-akzidentellen Ursachen bei Verbrennungen. Bei den unter einjährigen Kindern liegt der Anteil mit 14,1 % sogar deutlich höher, wobei ältere Kinder seltener betroffen waren (5,8 %) (Shah et al., 2011). Andere Autoren berichten sogar von noch höheren Anteilen (Renz und Sherman (1992): 22 % bis 26 %, Brinkmann und Banaschak (1998): 12 % bis 17 % und Seifert et al. (2010): bis zu 22 % thermischer Verletzungen an den Symptomen misshandelter Kinder. Die häufigste Form wird, anders als bei unseren Patienten, jeweils als Verbrühung angegeben (Brinkmann und Banaschak, 1998; Renz und Sherman, 1992; Shah et al., 2011).

Insbesondere Hämatome erwiesen sich als guter Indikator zur Feststellung einer körperlichen Misshandlung. So konnte bei mehr als der Hälfte der Hämatome (57,7 %) eine Misshandlung sicher bestätigt werden. Andere Autoren nennen hingegen Frakturen als eindeutigsten Indikator für eine körperliche Misshandlung, betonen aber gleichzeitig, wie wichtig dabei die Übereinstimmung mit der Anamnese ist (Stöver, 2007).

Bei Missbrauchsverdacht bestanden bei 46,8 % der Kinder keine missbrauchs-spezifischen Eigenschaften. Mit Abstand häufigstes Symptom waren genitale Verletzungen (40,8 %). Nach Heger et al. (2002) finden sich sogar nur bei 4 bis 5,5 % der Kinder, die bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch (auch bei schweren Fällen) körperlich untersucht wurden, missbrauchsspezifische Auffälligkeiten. Eberl et al. (2010) berichten bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, dass nur 12 % der Patienten sichtbare Verletzungen zeigten. Diese niedrigen Zahlen lassen sich zum einen durch eine ausgeprägte Heilungstendenz anogenitaler Traumata begründen, aber auch durch die Schwere des Missbrauchs (Heppenstall-Heger et al., 2003).

Bei Vernachlässigung war das Hauptsymptom unserer Kinder das DES (28,8 %). Nach Patrick et al. (2012) stieg die Inzidenz des DES bei Neugeborenen in US-amerikanischen Krankenhäusern zwischen 2000 und 2009 von 1,20 auf 3,39 pro

1000 Geburten pro Jahr an. Eine 2005 veröffentlichte Studie der Universität Lübeck beziffert die bundesweite Inzidenz des DES circa zwei von 1000 Geburten (Wygold und Herting, 2005). Genaue Angaben zum Anteil der Kinder mit DES an den vernachlässigten Kindern, die durch eine andere Kinderschutzgruppe betreut wurden, können trotz intensiver Literaturrecherche nicht vergleichend aufgeführt werden.

Eine KWG verursacht in vielen Fällen psychische Langzeitfolgen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., 2007; Min et al., 2013; Bergmann, 2011). Bereits in der Aufnahmesituation zeigten sich in allen drei Hauptgruppen von KWG Auffälligkeiten aus dem Bereich „psychisch/ psychosomatisch/ Selbstverletzung“. Bei Missbrauch war der Anteil dieser Symptomgruppe mit 18,4 % am höchsten, gefolgt von Vernachlässigung (7,7 %) und Misshandlung (4,5 %). Im Gegensatz dazu war das Verhalten der Kinder zumeist als „situationsgerechtes Verhalten“ (71,7 %) eingestuft worden. Dies galt vorwiegend bei Missbrauch, gefolgt von Misshandlung und Vernachlässigung. Auffällig waren nur 28,3 % der Verhaltensangaben. Ein „überängstlich, überangepasstes, verschlossenes Verhalten“ zeigten vorwiegend körperlich misshandelte Kinder (73,3 %), wohingegen ein „sexualisiertes Verhalten/ ungewöhnlicher Wortschatz“ bei Kindern mit Missbrauchsverdacht beschrieben wurde (60,0 %).

Nach Landgraf et al. fanden sich bei 47 % der Kinder Verhaltensauffälligkeiten. Wie bereits von Landgraf et al. (2009) gemutmaßt, stellt das retrospektive Studiendesign und die mangelhafte Dokumentationsqualität einen Unsicherheitsfaktor dar.

Mit der Intention, zukünftig die Arbeitsabläufe bei Verdacht auf KWG zu verbessern und hier möglicherweise neue Schwerpunkte zu setzen, ist in dieser Arbeit die durchgeführte Diagnostik analysiert worden.

So wurde zur weiteren Diagnostik in beiden Studienkliniken je nach Fragestellung häufig ein Konsil bei einem Psychologen, in der Gynäkologie oder der Rechtsmedizin gestellt. Zur generellen Optimierung der Kinderschutzarbeit und zur Evaluation der praktischen Anwendbarkeit des „Klinischen Pfades Verdacht auf KWG“ soll hier insbesondere die Effizienz der Konsile im Hinblick auf die empfohlenen Zeitangaben bewertet werden. Der vorgegebene Zeitrahmen für die Durchführung von Konsilen liegt aktuell bei maximal 96 Stunden. Dieser begründet sich nicht allein durch die Absicht einer schnellen Ergebnisfindung und Genesung, sondern vor allem darin,

keine Beweise, im Sinne von Symptomen, durch den Heilungsprozess zu übersehen (vergleiche Heppenstall-Heger et al., 2003).

Insgesamt ergab sich für unsere Kinderschutzarbeit in diesem Punkt ein zufriedenstellendes Ergebnis. Die meisten Konsile fanden innerhalb des vorgegebenen Zeitraumes statt. Am besten konnte die zeitliche Vorgabe bei den gynäkologischen Konsilen berücksichtigt werden. Hier fanden 93,4 % innerhalb von 96 Stunden statt. An zweiter Stelle innerhalb des empfohlenen Zeitraumes liegen die chirurgischen Vorstellungen mit 75,0 %, gefolgt von Mitbeurteilungen durch die Rechtsmedizin (74,6 %), die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (66,7 %), die Psychologie (60,6 %), die Augenheilkunde (57,9 %) und zuletzt die Dermatologie (53,8 %).

Es zeigt sich, dass vor allem die Akutkonsile wie Gynäkologie und Chirurgie zeitnah stattgefunden haben. Die ebenfalls rasche rechtsmedizinische Vorstellung mag auf den forensischen Fokus dieser Profession, mit einer gleichwertigen Gewichtung des Anliegens, hinweisen. Noch verbesserungsbedürftig wird der zeitliche Ablauf bei der psychologischen, ophthalmologischen und dermatologischen Beurteilung gesehen.

Eine augenheilkundliche Mitbeurteilung war vier Mal (10,8 %) auffällig. Dabei handelte es sich ausschließlich um misshandelte Kinder, die retinale Blutungen im Sinne eines Schütteltraumas aufwiesen. Eine Funduskopie sollte bei allen Kindern unter dem dritte Lebensjahr mit entsprechender Anamnese veranlasst werden, da Retinablutungen stark mit misshandlungsbedingten ZNS-Verletzungen korrelieren (Herrmann et al., 2010). Chirurgisch (90,0 %) und Mund- Kiefer- Gesichtschirurgisch (100,0 %) konnten ebenfalls insbesondere Auffälligkeiten im Sinne von Misshandlung festgestellt werden. Eine dermatologische Untersuchung war besonders bei Missbrauch oder Vernachlässigung (je 42,9 %) wegweisend. Gynäkologische Befunde waren ausschließlich bei Missbrauchsverdacht (100,0 %) richtungsweisend, davon in 33,3 % missbrauchsspezifisch und in 66,7 % war ein Missbrauch nicht auszuschließen. Hier wird auch in unserem Kollektiv deutlich, wie schwierig es ist, einen Missbrauch klinisch zu beweisen. Dies begründet sich in der Literatur zum einem in dem knappen Zeitfenster von 24 Stunden, in dem es erfahrungsgemäß möglich ist, forensisch verwertbare Spuren zu asservieren und klinisch zu befunden. Allgemein wird eine sofortige gynäkologische Untersuchung mit einem etwas größerem Zeitfenster von bis zu 72 Stunden nach der Tat empfohlen (Herrmann et al., 2010). Eine

portugiesische Studie aus dem Jahr 2009 betont insbesondere bei innerfamiliärem Missbrauch die Bedeutung einer möglichst zeitnahen körperlichen Untersuchung im Rahmen der Missbrauchsdiagnostik (Magalhães et al., 2009).

Bei Kindern mit Missbrauchsverdacht fand zu 83,9 % eine gynäkologische Untersuchung statt. Diese fand überwiegend (91,3 %) innerhalb von 48 Stunden statt und liegt damit im empfohlenen Zeitfenster von 72 Stunden. Leider wurde keine Analyse, die dem optimalen Zeitfenster von 24 Stunden oder dem erweiterten Fenster von 72 Stunden entsprechen würde, durchgeführt, sondern die Fälle in einem etwas weiter gefassten Zeitraum von „< 48 Stunden“, „< 96 Stunden“ und „> 96 Stunden“ zusammengefasst. Bezogen auf den gynäkologischen Befund zeigte sich bei uns jedoch kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,965$) zwischen Tatzeitpunkt, gynäkologischer Untersuchung und abschließendem Untersuchungsergebnis (sicher-unsicher). Dabei gilt es zu beachten, dass nicht nur akut gefährdete Kinder untersucht wurden (teilweise lag der Tatzeitpunkt über ein Jahr zurück) und dass ein Missbrauch auf unterschiedliche Weise geschehen sein kann. Im Sinne von unangemessener Berührung bis hin zur penilen Penetration (Bergmann, 2011; Heger et al., 2002). Indikation zur Untersuchung war neben der Beweisführung vor allem die ärztliche Prämisse zu heilen. Das bedeutet, dass ein Kind auch mit anamnestisch weit zurückliegender Gefährdung durchaus untersucht und therapiert werden sollte, um so physische Gesundheit zu bestätigen oder nachträglich eine Therapie einleiten zu können. Dieser Punkt wird besonders psychologisch als wichtig erachtet (Herrmann et al., 2010). Insbesondere im Fall von sexuellem Missbrauch zeigt sich, wie immens wichtig eine professionelle Untersuchung im Hinblick auf Klinik und sensiblen Umgang mit dem Patienten ist. Zur weiteren Optimierung sollte dieses Expertenwissen, zum Beispiel in klinischen Schulungen und durch Ausbau kindergynäkologischer Abteilungen weitergegeben werden (Adams et al., 2007; Herrmann, et al., 2013; Kraus und Jandl-Jäger, 2011; Lane und Dubowitz, 2009). Ein auffälliges Psychologiekonsil ergab sich bei unseren Patienten vor allem im Fall von Vernachlässigung (94,9 %), gefolgt von Misshandlung (66,7 %) und Missbrauch (65,4 %). Ursächlich mag hier die häufig langwährende Beeinträchtigung zumindest bei Vernachlässigung sein. Dies ist zwar auch bei Misshandlung und Missbrauch nicht auszuschließen, doch in unserem Kollektiv bestätigte sich, dass vorwiegend bei

Vernachlässigung rezidivierende Verläufe vorzufinden waren (59,3 %), gefolgt von Misshandlung mit 31,7 % und Missbrauch mit 8,9 % der Fälle. Es ist davon auszugehen, dass auch das Alter des Kindes eine wichtige Rolle im zu beobachtenden Verhalten spielt (Mensching, 2011). In der Patientengruppe dieser Arbeit fiel auf, dass bei Missbrauch ab einem Alter von vier Jahren auffällige Befunde zu verzeichnen waren und dass diese Zahl mit dem Alter zunahm, der Mittelwert des Alters für auffällige Befunde lag bei 10,7 Jahren und für unauffällige bei 7,1 Jahren. Allerdings stellte sich dieser Zusammenhang als nicht signifikant heraus ($p = 0,122$). Bei Vernachlässigungsfällen fanden sich prinzipiell in jeder Altersklasse psychologische Auffälligkeiten. Bei auffälligen Befunden waren die Kinder im Mittel 5,6 Jahre alt. Bei misshandelten Kindern fiel keine altersabhängige Verteilung der psychologischen Befunde auf.

In umgekehrter Gewichtung zum psychopathologischen Befund gestaltete sich das Ergebnis einer rechtsmedizinischen Untersuchung. Diese war vor allem auffällig bei Missbrauch (100,0 %), gefolgt von Misshandlung (81,8 %) und Vernachlässigung (55,6 %). Als Ursache ist hier einerseits der Zusammenhang zwischen den rechtsmedizinischen Untersuchungskriterien, die besonders physisch orientiert sind, und die überwiegende Darstellungsweise der Art der KWG andererseits zu nennen (DePanfilis, 2006).

Da die Konsilstellung immer eine Ermessenssache ist, wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, die Häufigkeit der Konsile auf die einzelnen Misshandlungsformen zu beziehen und so eine Pfadeinhaltung zu bewerten.

Die betroffenen Kinder wurden 128 Mal (38,9 %) einer radiologischen Diagnostik zugeführt, dabei fand 88 Mal (68,8 %) die Bildgebung zur Klärung der KWG statt. Den größten Anteil daran hatte die Klärung eines Misshandlungsverdachtes. Im Folgenden wird sich ausschließlich auf die Indikation „zur Klärung der KWG“ bezogen. Bei Misshandlungsverdacht wurde in 53,1 % der Fälle ein radiologisches Konsil veranlasst. Zumeist wurde hier mittels Ultraschall (36,7 %) und Röntgen (34,4 %) untersucht. Die Ergebnisse waren zu 27,7 % bei der Sonographie und zu 38,6% beim Röntgen auffällig. Ein Röntgen-Skelettscreening wurde 25 Mal (19,5 %) durchgeführt, auch hier ergab sich ein Anteil von Pathologien bei 28,0 % der Fälle. Alle Skelettscreenings fanden bei Misshandlungsverdacht statt und zu 80 % waren

die Kinder dabei drei Jahre alt oder jünger. CT (5,5 %) und MRT (9,4 %) erfolgten zwar nur in Ausnahmefällen, wiesen aber in 85,7 % beziehungsweise 50,0 % Auffälligkeiten auf. Diese Verteilung lässt sich damit erklären, dass Sonographie und Röntgen im Sinne von Screeninguntersuchung als allgemein schonende und schnell verfügbare Methoden häufiger durchgeführt wurden und nicht allein durch mangelnde Sensitivität weniger auffällige Ergebnisse lieferten. Bei Misshandlung ist das Röntgen- Skelettscreening bei Kindern unter drei Jahren Methode der ersten Wahl, ebenso wie die Abdomen- Sonographie bei abdominellen Traumen oder die transkraniale Sonographie als schnell verfügbare, initiale Diagnostik bei Säuglingen mit Hinweis auf Kopfverletzung (American Academy of Pediatrics Section on Radiology, 2000; Engert, 2006; Herrmann, 2005). US- amerikanische und britische Studien sprechen von einer Auffälligkeitsrate der „skeletal surveys“, die je nach Autor zwischen knapp 11 % bis 24,3 % oder sogar 35,7 % („positive“ und „uncertain“) (Duffy et al. (2011): knapp 11 %; Barber et al. (2015): 21 %; Dayetal (2006): 24,3 % („positive“) und 11,4 % („uncertain“)) liegt. Im Gegensatz dazu erfolgten CT und MRT primär nach Vorselektion oder bei dringendem Verdacht auf eine Kopf- oder ZNS-Verletzung und wiesen entsprechend häufiger auffällige Befunde auf. So berichtet eine Studie der Universität Pittsburgh, dass nach auffälligem „skeletal survey“ 68 % der Kinder eine kraniale Computertomographie (CCT) erhielten. Diese war zu 48 % unauffällig, zeigte aber zu 26 % eine intrakranielle Blutung, zu 18 % eine Schädel- fraktur und zu 8 % sowohl eine intrakranielle Blutung als auch eine Schädel- fraktur (Thorpe et al., 2014).

Bei Missbrauch erfolgte zumeist eine Ultraschall- diagnostik und bei Vernachlässigung im Rahmen der Dystrophieabklärung eine Röntgen- diagnostik. Für diese Arten von KWG war die Anzahl der durchgeführten Bildgebungen sehr klein, so dass hier keine allgemein gültige Aussage getroffen werden sollte.

Insgesamt zeigte sich eine geringe Korrelation ($r = 0,274$) zwischen der Bildgebung und einem sicheren Ergebnis (KWG bestätigt oder ausgeschlossen).

Aktueller Literatur ist dennoch zu entnehmen, dass insbesondere bei unter zwei- bis dreijährigen Kindern mit begründetem Misshandlungsverdacht großzügig diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. Dies gilt vor allem für bildgebende Verfahren. Goldstandard ist hier ein Röntgen- Skelettscreening nach internationalem

Vorbild (American Academy of Pediatrics Section on Radiology, 2000). Es werden dabei alle Extremitäten, der Thorax, das Becken, der Schädel und die Wirbelsäule abgebildet. Auch die Studienkliniken arbeiten nach diesem Maßstab (Herrmann et al., 2010). Insgesamt wird diese Methode allerdings deutlich zurückhaltender angewandt als im US-amerikanischen Raum. So lag der Anteil der betroffenen Kinder dieser Altersgruppe (drei Jahre und jünger) mit bestehendem Misshandlungsverdacht, bei denen ein Röntgen-Skelettscreening erfolgte bei 33,9 %. Nach Lindberg et al. (2014) erfolgte eine „skeletal survey“ bei mehr als 60 % der Kinder unter 36 Monaten mit dem Verdacht auf Misshandlung. Bei älteren Kindern lag der Anteil mit weniger als 35 % immer noch über unserem Ergebnis. Wobei auch in den USA strenge Richtlinien existieren (Wood et al., 2014). Eine strenge Indikationsstellung sollte auch weiterhin Bestand haben, um keine apparative Überdiagnostik zu erzielen und die damit einhergehende nicht zu unterschätzende Strahlenbelastung möglichst gering zu halten. Wichtig erscheint nach Schumacher et al. (2011) vor allem die „diagnostische Qualität (bildliche Dokumentation und Befundung)“ zu sein. Einige US-amerikanische Autoren sprechen sich zudem für die routinemäßige Durchführung sogenannter „follow-up skeletal surveys (FUSS)“ aus, diese erfolgen zwischen zehn bis 21 Tagen nach der initialen Bildgebung und können wichtige Zusatzinformationen liefern, um so die Zahl der bis dahin unentdeckten Misshandlungen zu senken. Die Häufigkeit weiterführender Informationen wird mit 14 % bis 21,5 % beziffert (Harper et al., 2013; Singh et al., 2012).

Vergleichend werden erneut die Ergebnisse aus dem Kinderzentrum der Universitätsklinik Leipzig herangezogen. Hier wurde bei 49 % der Misshandlungsfälle eine Röntgenuntersuchung veranlasst, darin enthalten sind auch Babygrammaufnahmen (Landgraf et al., 2009). Dieses wurde bei uns aufgrund bestehender Schwächen dieses Verfahrens (unzureichende Beurteilung der Metaphysen) durch das Skelettscreening (siehe oben) ersetzt (Erfurt et al., 2009; Stöver, 2007). Zusammengefasst ergibt sich aus unseren Daten ein etwas höherer Anteil von 53,9 % konventionell radiologischer Untersuchungen (Röntgen und Skelettscreening). Eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie des Abdomens) erfolgte bei 58 % der Kinder und war damit deutlich häufiger als bei uns. Auch der Anteil der Schichtbildgebungen (CT und MRT) war mit 5,1 % (einmal CT-Abdomen und zwei-

mal CT-Schädel bei 59 Misshandlungsfällen) und 11,9 % (sieben Mal MRT-Schädel bei 59 Misshandlungsfällen) etwas größer als bei unseren Patienten. Die Betrachtung fand unabhängig von der Art der KWG statt (Landgraf et al., 2009).

Eine Blutentnahme fand bei 148 Kindern (45,0 %) statt. Unter Berücksichtigung der einzelnen Arten von KWG ergab sich bei Misshandlung eine Blutentnahmequote von 55,5 %, bei Missbrauch von 13,7 %, bei Vernachlässigung von 66,1 % und bei „sonstiger“ KWG von 75,0 %. Damit entspricht, zumindest im Fall von Misshandlung, die Labordiagnostik nicht ganz der Literaturempfehlung. Dabei ist aber zu beachten, dass es sich in unserem Kollektiv nicht ausschließlich um Akutfälle gehandelt hat oder im Rahmen einer individuellen Diagnostik davon abgesehen werden konnte. Das im Rahmen einer KWG-Diagnostik bestimmte Basislabor sollte neben dem Blutbild auch die Leberwerte, den Kalziumphosphatstoffwechsel, Herz- und Muskelenzyme und eine Gerinnungsanalyse umfassen. Nicht zuletzt, um hier mögliche Differenzialdiagnosen wie Gerinnungsstörungen oder Knochenaufbaustörungen auszuschließen. Wobei, zumindest im Zusammenhang mit ZNS-Verletzungen im Rahmen des Shaken Baby Syndrom, Laboruntersuchungen ein begrenzter diagnostischer Stellenwert zugesprochen wird (Herrmann, 2005). Häufig sind dann, je nach Verdacht, weitreichendere Untersuchungen nötig (Herrmann et al., 2010). Lindberg et al. (2013) betonen den Zusammenhang zwischen erhöhten Transaminasen (> 80 IU/L) und abdominellen Verletzungen mit einer Wahrscheinlichkeit von 20,0 % und plädieren bei einer derartigen Erhöhung für weiterführende Untersuchungen, wie eine CT.

Diese Arbeit vermag bei einer geringen Datenlage in dieser Diagnostikstufe und anderen Schwerpunkten keine allgemeingültigen Aussagen zu treffen. Es lassen sich allerdings in Form von Trends, die in der Literatur vorgefundenen Ergebnisse bestätigen. So gab es in unserem Kollektiv bei Misshandlungsverdacht dreimalig auffällige Werte in der Gerinnungsdiagnostik, die vor allem differentialdiagnostisch von Bedeutung sind. Bei einem Kind mit bildmorphologischem Nachweis einer intrakraniellen Blutung ergab sich ein erniedrigter Vitamin K- Spiegel, wobei der Verdacht auf ein Schütteltrauma weiterhin Bestand hatte. Bei fünf Kindern fanden sich erhöhte Leberwerte, wobei sich ein Lebertrauma nicht bestätigte. Das Blutbild war bei zwölf Kindern auffällig und die Elektrolytkontrolle zeigte einmalig Pathologien. Diese

Angaben sind wenig spezifisch und konnten retrospektiv nicht stichhaltig begründet werden.

Im Hinblick auf eine forensische Aufklärung der KWG ist, wie von vielen Autoren immer wieder betont, insbesondere eine Spurensicherung notwendig (Adams et al., 2007; Eberl et al., 2010; Engert, 2006; Herrmann et al., 2013; Navarro-Crummenauer und Heroux, 2012). Trotzdem erfolgte eine Sicherung der Spuren lediglich in 35,3 % der Fälle. Zumeist erfolgte eine Fotodokumentation (39,8 %), gefolgt von Einzeichnung der Befunde in die Körperschemaskizze aus dem KSB (37,0 %), Abstrichen (13,3 %), Fotodokumentation am Kolposkop (7,7 %) und Asservierung von Kleidung (2,2 %).

Die meisten Spuren wurden bei Missbrauchsverdacht gesichert (50,8 %) in insgesamt 74,2 % der Missbrauchsfälle, darunter zu 31,5 % in Form einer Zeichnung, in 25,0 % durch Abstriche, in 23,9 % durch Fotodokumentation, in 15,2 % durch Fotodokumentation am Kolposkop und bei 4,3 % durch Spurensuche an der Kleidung. Im Fall von Misshandlung erfolgte zu 64,8 % eine Spurensicherung. Dies erfolgte in den meisten Fällen durch Fotodokumentation (56,6 %) und zu 43,4 % mittels Zeichnung. Zur Aufklärung eines Vernachlässigungsverdachts wurde in 5,5 % der Fälle Spuren gesichert, darunter zu 50,0 % durch Fotodokumentation, zu 33,3 % mittels Zeichnung und zu 16,7 % durch Abstriche. Die Auswertung der Daten zeigte, dass besonders Spurensicherungen in Form von Fotodokumentation und Zeichnung mit einem sicheren Endergebnis einhergingen. Das Verhältnis zwischen sicherem und unsicherem Ergebnis lag hier mit jeweils 1,6 deutlich auf Seiten der gesicherten Fälle. Insgesamt zeichnete sich aber kein signifikanter Unterschied ($p = 0,133$) zwischen der Ergebnissicherheit und der Spurensicherung ab.

4.9 Involvierung der Polizei bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Bei der Aufarbeitung von 24,2 % der Fälle war die Polizei involviert. Vergleichbare Ergebnisse einer österreichischen Kinderschutzgruppe berichten von 15,8 % Fällen, die zu einer Verletzungsanzeige bei der Polizei geführt haben (Goessler et al., 2011). Nach Landgraf et al. (2009) wurden sogar 37 % der Fälle polizeilich geahndet, vorwiegend in Fällen mit Missbrauchsverdacht (50,0 %), gefolgt von Misshandlungs-

fällen (35,6 %) und beim Tatbestand Vernachlässigung (14,4 %). Diese Verteilung spiegelt sich zumindest teilweise in der PKS wider. Hier machten zwar Misshandlungsfälle mit 69,9 % den Hauptteil aus, gefolgt von Missbrauch (20,1 %), aber wie bei uns hatte Vernachlässigung den geringsten Anteil (9,9 %) (Bundeskriminalamt, 2012).

Im Studienkollektiv waren allerdings trotz Mitwirken der Polizei nicht signifikant mehr ($p = 0,440$) Fälle gesichert worden. Das Verhältnis zwischen gesicherten und unklaren Ergebnissen war annähernd ausgewogen. Dem gegenüber steht die in der PKS verzeichnete, deutlich höhere Aufklärungsquote (Bundeskriminalamt, 2012). Allerdings beziehen sich unsere Ergebnisse nur auf den Stand der klinischen Kinder- schutzarbeit. Langzeitverläufe oder ein juristisches Urteil sind nicht mit eingeflossen.

4.10 Täterprofil bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Allgemein besteht bei dieser speziellen Opfergruppe die Gefahr, dass der Täter vorwiegend aus dem nahen Umfeld stammt. Es handelt sich zumeist um Eltern oder andere Vertrauenspersonen (Ben-Natan et al., 2014; Bieneck et al., 2011; Landgraf et al., 2009). Dies konnte auch bei unseren Patienten bestätigt werden. Zu 78,8 % stammte der Täter aus der Opferfamilie, dabei waren zumeist die Eltern tatverdächtig (89,5 %). Vorwiegend kam es durch die Familie zu Vernachlässigung (41,6 %), gefolgt von Misshandlung (36,2 %) und Missbrauch (21,0 %). Insgesamt waren in 70,6 % der Fälle die Eltern tatverdächtig (MH: 80,7 %; MB: 34,8 %; V: 99,1 %). Von in etwa der gleichen Größenordnung sprechen Landgraf et al. (2009) (Misshandlung: 88 %; Missbrauch: 33,3 %; Vernachlässigung: 100 %). Mit einer etwas größeren Häufigkeit stand die Mutter unter dem Verdacht der KWG (38,3 %), der Vater wurde zu 30,0 % verdächtig und gemeinsam waren die Eltern in 31,7 % der Fälle verantwortlich. Hier liegen aus dem Kinderzentrum der Universitätsklinik Leipzig keine direkt vergleichbaren Ergebnisse vor, da die Täterverteilung einzeln für die jeweilige Art der KWG angegeben wurde. Nach entsprechender Modifikation der Ergebnisse zeigte sich, dass anders als bei uns zumeist beide Elternteile tatverdächtig waren (53 %), gefolgt vom Vater (38 %) und der Mutter als Täter/ -in (9 %) (Landgraf et al., 2009).

Eine weitere Tätergruppe sind die „Bekannt“, welche ebenfalls aus dem engeren Umfeld des Kindes (7,7 %) stammen und somit auch prädisponierend für eine KWG sind. Auch im weiteren Umfeld bestand, wenn auch im geringeren Maße, für die Kinder eine Gefahr, Opfer von KWG zu werden, zum Beispiel durch Aufsichtspflichtige wie Lehrer, Erzieher oder auch neue Lebensgefährten der Kindseltern (5,8 %). Bei den meisten Tätern zeigt sich, dass oft ein enger oder zumindest stetiger Kontakt zwischen Täter und Opfer herrschte oder diese in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander standen (92,3 %). Innerhalb dieser Arbeit ergaben sich außerdem elf Fremdtäter, die unter Missbrauchsverdacht standen (vergleiche Bieneck et al., 2011).

Eine ähnliche Verteilung der Täterschaft beschreibt eine israelische Studie von 2013. In nahezu der Hälfte der Fälle handelte es sich hier bei dem Täter um einen Elternteil (49,1 %), gefolgt von Tätern aus dem weiteren Familienkreis (20,2 %), der Rest der Täter (30,7 %) gehörte nicht zur Familie (Ben-Natan et al., 2014).

Ben-Natan et al. (2014) beschreiben einen signifikanten Zusammenhang zwischen Art der KWG und dem Täter. In der Hälfte der Fälle, in denen die Eltern Täter waren, handelte es sich um Misshandlung und bei sogar 59 % um Vernachlässigung. Im Gegensatz dazu gehörten 26 % der Täter bei Missbrauchsverdacht nicht zur Familie ($p < 0,05$). Dem gegenüber steht eine 1993 durchgeführte repräsentative Befragung von 1009 deutschen Studenten oder Auszubildenden (> 18 Jahre) zu sexuellem Missbrauch. Hier ergab sich in Hinblick auf die Täterschaft zu 60 % einen Familientäter und nur zu 8 % einen Fremdtäter (Raupp und Eggers, 1993).

Im Anschluss an die klinische Kinderschutzarbeit konnten bereits 32,3 % der Täter bestätigt werden, beim Großteil der KWG blieb das Täterergebnis allerdings unklar (55,0 %) und in 12,7 % wurde die Täterschaft ausgeschlossen.

Sichere Täterergebnisse waren am ehesten bei Misshandlung und Vernachlässigung zu stellen. Dies deckte sich mit unserer klinischen Befundung bei leichter zu interpretieren Symptomen dieser Arten von KWG. So erreichte bei uns Misshandlung eine Täteraufklärungsquote (bestätigte und ausgeschlossene Täterschaft) von 57,9 %, Vernachlässigung von 47,7 % und Missbrauch nur von 24,1 %. Bei „sonstiger“ KWG lag der Anteil der sicheren Ergebnis bei 87,6 %.

Nicht jeder, der Kontakt zu Kindern hat, wird zum Täter. Häufig gibt es bestimmte

Risikofaktoren, die bei entsprechend labiler Persönlichkeit einen Täter zum Täter werden lassen (Maywald, 2013; Pears und Capaldi, 2001; Romero-Martínez et al., 2014). So beschreiben Pears und Capaldi (2014) den Effekt der intergenerationellen Transmission von Misshandlung. Anhand einer longitudinalen Beobachtungsstudie, die 109 Eltern mit eigener Misshandlungserfahrung und ihre Söhne einbezog, wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen selbsterfahrener Misshandlung der Eltern in der eigenen Kindheit und späterer Misshandlung der eigenen Kinder festgestellt (Pears und Capaldi, 2001). Mit der Intention, derartige Risikoprofile auch bei den Eltern unseres Kollektivs zu eruieren, ist die Anamnesegruppe „Auffälligkeiten der Eltern“ im KSB ausgewertet worden. In diesem Zusammenhang werden Verhaltensauffälligkeiten, die Psyche betreffende Auffälligkeiten, eine Suchtanamnese und „sonstige“ Auffälligkeiten abgefragt. Bei insgesamt 79,5 % der Mütter und 78,6 % der Väter unserer Kinder bestanden derartige Auffälligkeiten. Besonders häufig fiel das Verhalten der Eltern als unpassend auf (Mütter: 49,7 %; Väter: 67,7 %). Dies äußerte sich beispielsweise in Aggressivität, Desinteresse am Kind, Gewalttätigkeit, Überforderung, Unglaubwürdigkeit und Unverantwortlichkeit gegenüber dem Kind.

Weitere Auffälligkeiten, die in der Auswertung in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst wurden, ergaben sich in Form von: kein Kontakt zum Kind, einer Beziehungsproblematik der Eltern, einer eigenen Misshandlungserfahrung der Eltern oder einer schwierigen sozialen Situation.

Eine besondere Risikogruppe stellen Eltern mit Drogenabusus dar (Maywald, 2013). Ein elterlicher Substanzmissbrauch wird in vielen Ländern bereits als Form der KWG gedeutet (ChildOnEurope, 2009).

Insgesamt ergab sich bei 12,8 % der Eltern eine positive Suchtanamnese (Mutter: 14,5 %; Vater: 11,1 %). Hierbei wurde nicht zwischen der Substanzklasse unterschieden. Nach Landgraf et al. (2009) bestand bei 12 % der Eltern ein Alkohol- und bei 3,5 % ein Drogenabusus.

22 der 23 suchterkrankten Mütter standen unter dem Verdacht, ihr Kind zu vernachlässigen und ein Vater (1/11) mit schwerem Drogenabusus hatte sein Kind körperlich misshandelt. Psychisch auffällig waren 11,3 % der Mütter und 1,0 % der Väter. Dazu zählten neben Aktenvermerken wie „psychisch auffällig“ und „wahnhaft“ auch psychiatrische Diagnosen, wie Depression, Angststörung, Borderline-

Persönlichkeitsstörung oder Psychosen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., 2007). Auch hier sehen, ähnlich wie bei elterlichem Drogenabusus, viele Länder bereits eine Form der Kindeswohlgefährdung (ChildOnEurope, 2009).

4.11 Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Häufig ist es bei KWG notwendig, das Kind aus dem Gefahrenkreis der Familie zu nehmen und zumindest vorübergehend an einem geschützten Ort unterzubringen (Herrmann et al., 2013). So wurden 2012 insgesamt 40.227 Minderjährige durch deutsche Jugendämter in Obhut genommen (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2013). Nach Fendrich und Pothmann (2010) ist insgesamt eine Zunahme der Erziehungshilfen, der Inobhutnahmen und der Sorgerechtsentzüge zu beobachten. Alberth und Eisentraut (2011) sehen darin das Ergebnis einer zunehmenden Standardisierung in der Kinder- und Jugendhilfe.

In dieser Studie schloss sich in 18,6 % der Fälle eine Inobhutnahme durch das Jugendamt an die klinische Kinderschutzarbeit an. Bei den meisten Kindern kam es zumindest zu einer Weiterbetreuung durch das Jugendamt (78,3 %), oder das Jugendamt war schon vor klinischer Präsentation mit der Betreuung der Familie beziehungsweise des Kindes betraut. Wurde eine KWG ausgeschlossen, bestand nachweislich kein Kontakt zum Täter - auch bei Familienzugehörigkeit - oder war das Opfer volljährig, so konnte natürlich auch die Beteiligung der Jugendämter beendet werden. Im Rahmen einer sicheren Unterbringung ist auch eine außerhäusliche Betreuung, wie ein Mutter-Kind-Haus, eine Pflegefamilie oder ein Kinderheim denkbar. Eine derartige Betreuung wurde bei 26,9 % der Kinder im Anschluss an den klinischen Pfad organisiert. Auch in dieser Arbeit stellte sich heraus, dass bei insgesamt überwiegender Familientäterschaft, häufig eine zumindest vorübergehende Unterbringung des Kindes außerhalb des familiären Umfeldes notwendig wurde.

Das Kinderzentrum des Universitätsklinikums Leipzig konnte 34 % der Kinder nach dem stationären Aufenthalt wieder in die Ursprungsfamilie entlassen. Eine Unterstützung durch Familienhelfer und engmaschigen Kontrollen durch das Jugendamt

war Voraussetzung (Landgraf, 2009). Eine österreichische Kinderschutzgruppe schickte in allen bis auf einen Fall (hier war eine KWG frühzeitig ausgeschlossen worden) eine offizielle Meldung an die Jugendwohlfahrt. Regelmäßig erfolgt ein derartiges Vorgehen beim Verdacht auf KWG aber auch in anderen schwierigen Familiensituationen (Goessler et al., 2011).

Eine zusätzliche Möglichkeit zur langfristigen Sicherung des Kindeswohles ist eine weiterführende Anbindung an die KSG. Für insgesamt 168 Kinder (68,2 %) war in der Bonner Kinderschutzgruppe eine derartige Umsetzung erfolgt. Das Kinderzentrum der Universitätsklinik Leipzig richtete für 17 % der Kinder eine Weiterversorgung durch die Kinderklinik ein (Landgraf et al., 2009). Deutlich höher lag der Anteil bei einer österreichischen Kinderschutzgruppe. Hier war eine poststationäre weitere medizinische Anbindung der Kinder in 88 % der Fälle erfolgt (Goessler et al., 2011). Wie wichtige dabei eine Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren der Jugend- und Gesundheitshilfe ist, zeigte sich an den Kontrollen, die ein niedergelassener Pädiater durchführte. Hier erfuhr ein Großteil der klinisch nicht weiter erfassten Kinder regelmäßige medizinische Kontrollen. Durch bereits etablierte Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) zur Früherkennung von Krankheiten und Beurteilung der kindlichen Entwicklung wird dem niedergelassenen Kinderarzt regelmäßig ein Großteil der Kinder in dem auch für KWG gefährdetem Alter vorgestellt (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011). Einige Autoren diskutieren, diese Vorsorgeuntersuchung, denen auch eine wichtige Screeningfunktion in Hinblick auf KWG zugesprochen wird, zur Stärkung des Kindeswohles gesetzlich zu verpflichten (Seifert et al., 2010). So gibt es in vielen Bundesländern mittlerweile appellative Verfahren, bei denen Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen zunächst eingeladen werden und bei Versäumnis oder Fristüberschreitung nach erfolgter Mahnung an das zuständige Jugendamt gemeldet werden. Auf diese Weise konnte zwar ein Anstieg der Inanspruchnahmequote festgestellt werden, aber als alleiniges Instrument der Feststellung einer KWG eignet sich dieses Verfahren nicht (Thaiss et al., 2010).

Durch Inkrafttreten des neuen Kinderschutzgesetzes Anfang 2013 soll die Kinderschutzarbeit erleichtert werden. Zentraler Punkt ist hier neben dem Ausbau präventiver Schutzmaßnahmen, wie den „Frühen-Hilfen“, die Vernetzung der

Jugendämter untereinander aber auch mit anderen Beteiligten im Kinderschutz, um Informationsverlusten vorzubeugen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013). Eine Bewertung des neuen Kinderschutzgesetzes in der Praxis ist in der aktuellen Literatur noch nicht vorhanden (Stand Dezember 2014).

4.12 Pfadevaluation

Bei einem klinischen Pfad handelt es sich um ein Instrument, das in Form eines standardisierten Handlungsalgorithmus, ein spezielles klinisches Thema leitlinienbasiert strukturiert und multidisziplinär bearbeitet. Dadurch soll eine qualitative und patientenorientierte Ergebnisoptimierung erzielt werden (Pühse et al., 2007; Rotter et al., 2012).

Ein Ziel dieser Thesis ist die Evaluation der Pfadimplementierung hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit und Effektivität, um zukünftig die Arbeit im Kinderschutz weiter zu optimieren. Diesbezüglich wurde ein interner Vergleich zwischen den Studienkliniken gezogen. Das Universitätsklinikum Bonn stellt die Grundlage der Evaluation der Kinderschutzarbeit anhand eines klinischen Pfades dar (Gruppe I), während das St.-Marien-Hospital als Vergleichsgruppe dient, die unabhängig davon vorgeht (Gruppe II).

Die Arbeit mit dem klinischen Handlungsalgorithmus am UKB begann verpflichtend im Jahr 2007. Hier ist allerdings in beiden Gruppen ein Progress der Fallzahlen und der Aufklärungsquote zu verzeichnen. Etwas zeitversetzt zur Etablierung des klinischen Pfades am UKB kam es zum Zusammenschluss der Kinderschutzgruppen unserer Studienkliniken zur Bonner Kinderschutzgruppe. Dieser Tatsache ist nicht minder die verbesserte Kinderschutzarbeit zuzuschreiben, belegt durch einen weiteren Fortschritt in der Kinderschutzarbeit, gemessen an den steigenden Fallzahlen und den zunehmenden Aufklärungsquoten. Lag die Zahl der gesicherten Ergebnisse in den Anfangsjahren der Kinderschutzarbeit (2006 und 2007) noch bei 24,1 % konnte sie in den Jahren 2008 bis 2011 auf 49,5 % annähernd verdoppelt werden. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Aufklärungsquoten der beiden Studienkliniken bestand nicht ($p = 0,317$). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag

am Universitätsklinikum bei 4,5 Tagen und am St.-Marien-Hospital bei 6,4 Tagen. Insgesamt ergaben sich nach Etablierung des klinischen Pfades kürzere Verweildauern. Insgesamt zeigt sich, dass eine KWG-Behandlung am UKB signifikant kürzer war als am St.-Marien-Hospital ($p = 0,003$). Zwischen den einzelnen Misshandlungsformen ergeben sich diesbezüglich im studieninternen Vergleich keine signifikanten Unterschiede. Eine österreichische Studie spricht von einer durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von 7,3 Tagen (Goessler et al., 2011).

Bezüglich der Häufigkeit von Konsultationen zeigte sich, dass am UKB deutlich mehr Konsile erfolgten als es am St.-Marien-Hospital der Fall war. Innerhalb von neun Konsilkategorien (Bildgebung, Laborkontrolle, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie, Psychologie und Rechtsmedizin) war die Inanspruchnahmequote am UKB in sechs von neun Fällen höher als am St.-Marien-Hospital. Am St.-Marien-Hospital erfolgten zu größeren Anteilen psychologische, gynäkologische / kindergynäkologische Mitbeurteilungen und Bildgebungen, wobei hier zumindest in Hinblick auf die hohe Zahl der gynäkologischen / kindergynäkologischen Konsile beachtet werden muss, dass die Rekrutierung der Kinderschutzfälle am St.-Marien-Hospital zum Großteil über einen Befundordner der Kindergynäkologie erfolgte und somit entsprechend vorselektiert war.

Für die Gruppe I ist die Arbeit mit dem Pfad und den dort empfohlenen Kriterien ausgewertet worden. Dabei wurde auf zeitliche und inhaltliche Abläufe geachtet. Leider stellte sich im Verlauf dieser Arbeit heraus, dass die Dokumentation in fast allen Punkten mangelhaft war.

Insgesamt kam es am UKB in 65,8 % der Fälle zu Pfadabweichungen. Hier zeigt sich noch deutlicher Verbesserungsbedarf, sei es in der Umsetzung des Pfades oder in den Empfehlungen, die der Pfad ausspricht.

Am häufigsten kam es im Bereich der durchgeführten Diagnostik (Konsile, Laboruntersuchungen und Bildgebung) zu Abweichungen vom Pfad (57,3 %).

Ein weiterer Grund für eine Pfadabweichung war ein Nichteinhalten der zeitlichen Vorgaben (30,3 %). So wurde in 6,8 % der Fälle die KSG erst nach mehr als 24 oder 72 Stunden informiert und in 30,5 % der Fälle der Kinderarzt erst nach mehr als 24 oder 72 Stunden kontaktiert. Konsile fanden durchschnittlich zu 16,7 %

(Augenheilkunde: 13,5 %; Chirurgie: 15,0 %; MKG: 33,3 %; Dermatologie: 33,3 %; Gynäkologie: 2,8 %; Psychologie: 8,5 %; Rechtsmedizin: 10,6 %) erst nach dem vorgegebenen Zeitraum von maximal 96 Stunden statt, der Sozialdienst wurde bei 27,8 % erst nach mehr als 96 Stunden involviert und Fallbesprechungen und -konferenzen entsprachen in nachweislich 3,3 % der Fälle (Fallbesprechung: 5,8 %; Fallkonferenz I: 0,0 %; Fallkonferenz II: 4,0 %) nicht den zeitlichen Vorgaben.

Ebenso führte ein ungenügendes Vorgehen bei der Recherche der Krankengeschichte zu Abweichung vom Pfad, dabei handelte es sich um Punkte wie eine fehlende Rücksprache mit dem Kinderarzt oder eine fehlende Information des Sozialdienstes (12,4 %). Insgesamt erwies sich der Pfad dennoch als großer Gewinn für den Kinderschutz. Er wird mittlerweile bundesweit nach dem Bonner Vorbild angewandt und bietet eine Orientierungshilfe im häufig komplizierten Umgang mit KWG.

Es ist nicht klar zu differenzieren, welchen Anteil der „Klinische Pfad Verdacht auf KWG“ allein an den Verbesserungen trägt. Da er sowohl Ursache als auch Folge der deutlich aktiveren und verbesserten Kinderschutzarbeit ist. Auch ohne sich explizit an die Vorgaben im Pfad zu halten, ist das inhaltliche Vorgehen am St.-Marien-Hospital ähnlich und relativiert so die Auswirkungen des Pfades etwas.

Die Vorgefundenen Pfadabweichungen auf der einen Seite und die insgesamt verbesserte klinische Kinderschutzarbeit auf der anderen Seite belegen, dass ein klinischer Pfad kein starres Gerüst darstellt, an das man sich anpassen muss, sondern es sich eher um einen Prozess, der durch entsprechende empirisch belegte Verbesserungsvorschläge modifiziert werden kann und sollte, handelt. Trotz allen Vorteilen einer Standardisierung handelt es sich immer um individuelle Behandlungsvorgänge und nicht die Umsetzung einer „Kochbuchmedizin“ (Pühse et al., 2007).

Dennoch erscheint es schlüssig, dass ein klinischer Pfad einen wichtigen Beitrag in der Professionalisierung der Kinderschutzarbeit leistet. In Kliniken aus den USA oder Großbritannien, die seit langem mit solchen Handlungsanweisungen arbeiten, konnten zumindest in anderen medizinischen Gebieten entsprechende Erfolge gesehen werden (De Luc, 2000; Vanhaecht et al., 2012). Diese sind bei weiterer und flächendeckender Etablierung des Pfades Verdacht auf KWG in den Kliniken auch bei uns in zukünftigen Evaluationen als herausragend zu erwarten.

4.13 Vergleich mit der Situation im Ausland

Insgesamt ist die KWG in Deutschland mit einer hohen Dunkelziffer behaftet. Ursache mag hier die vergleichsweise kurze Erfahrung in der professionalisierten Kinderschutzarbeit sein, die fehlende Meldepflicht - auch durch Berufsheimnissträger - und allgemein auch die Schwierigkeit der Differenzierung zwischen Abweichen von der Norm und Gefährdung (ChildOnEurope, 2009).

In den Vereinigten Staaten von Amerika und in Großbritannien gibt es seit langem eine gesetzlich vorgeschriebene oder gemäß ärztlichen Leitlinien empfohlene Meldepflicht (Herrmann et al., 2010; NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2010; Kindler, 2007). Ob die Inzidenz und Aufklärungslage von KWG dort allein aus diesem Grund höher liegen als im deutschen Raum ist nicht sicher nachzuweisen. Wahrscheinlicher ist hier, dass die Kinderschutzarbeit bei weitem etablierter ist als bei uns. So beschreibt Kindler (2007) zwar einen groben Zusammenhang zwischen nationalen Kinderschutzstatistiken und einer Meldepflicht, hält den Beitrag zu einem besseren Kinderschutz aber für fragwürdig.

Im englischsprachigen Raum gibt es seit langem umfangreiche staatliche Statistiken und wissenschaftliche Studien, die sich in der Kinderschutzarbeit enorm bewährt haben (NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2012; Children's Bureau, 2012). Deutschland distanziert sich auch mit Inkrafttreten des neuen Kinderschutzgesetzes von einer Meldepflicht und räumt stattdessen, in Form einer gesetzlichen Erlaubnis, die Meldung von KWG durch Ärzte an Jugendamt oder Polizei ein (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013). Als großer Vorteil gilt hier, dass Berufsheimnissträger für Patienten weiterhin als Vertrauensperson empfunden werden, die an die Schweigepflicht gebunden sind und so ein sicherlich offeneres Arzt-Patienten-Verhältnis gewährleistet ist, als es unter einer verpflichtenden Regelung zu erwarten wäre. Dem Arzt ist aber mit der nun gesetzlichen Erlaubnis einer Meldung, das Dilemma zwischen Schweigepflicht und Kindeswohl zu wählen, abgenommen worden.

Mit der Einführung des „Klinischen Pfades Verdacht auf KWG“ knüpft das Bonner Universitätsklinikum an dieses qualifizierte Vorgehen an, mit dem deutlichen Ergebnis einer Verbesserung der Kinderschutzarbeit schon nach kurzer Zeit. Auch wissen-

schaftliche Auseinandersetzungen mit diesem Thema sind auf dem Vormarsch, um einen Beitrag zur besseren Erfassung des Hellfeldes auch in Deutschland zu leisten (Bieneck et al., 2011; Landgraf et al., 2009; Pillhofer et al., 2011).

4.14 Schlussfolgerung

Die Untersuchungsergebnisse, besonders bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, sind oft unsicher, sodass ein genaues Ergebnis im Kinderschutzfall ohne Rückmeldung durch Jugendämter oder Gerichte für die KSG auch künftig kaum möglich sein wird. Aber nur so ließe sich die Behandlungsqualität der KSG evaluieren. Zusätzlich würde auf diese Weise die Motivation und Bereitschaft der im Kinderschutz tätigen Ärzte erhöht, weil anhand eines Rückmeldungssystems die Notwendigkeit von Verbesserungen reflektiert wird oder sich ein Handlungskonzept als richtig erweist. Ein derartiges System ist in der Bonner Kinderschutzgruppe seit Anfang 2013 angelaufen, die Eltern erklären sich per Unterschrift freiwillig im Vorfeld dazu bereit, nach etwa einem Jahr für Rückfragen bezüglich des Verlaufes im Kinderschutzfall zur Verfügung zu stehen. Wünschenswert ist in Zukunft eine allgemeine Regelung, die im Optimalfall auch Jugendämter, Gerichte und flächendeckend die Kinderkliniken einbindet. Ein erster Schritt ist durch das neue Kinderschutzgesetz gemacht worden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013).

Große Defizite zeigten sich in der Dokumentation besonders in Bezug auf Fallbesprechung und Fallkonferenzen, aber auch in den zeitlichen Abläufen der durchgeführten Untersuchungen und der Dokumentation an sich. Diese Ergebnisse sind zur Einschätzung, welchen Aufwand eine KWG für den Arbeitsablauf im klinischen Alltag bedeutet, äußerst wichtig. Nur so lässt sich die subjektiv als enorm zeit- und personalaufwändig empfundene Kinderschutzarbeit in Hinblick auf finanzielle und personelle Ressourcen objektivieren und schließlich optimieren. Hier sollte eine separate Auswertung erfolgen, nachdem über einen kürzeren Beobachtungszeitraum explizit auf eine Dokumentation geachtet wurde. Insgesamt gilt das retrospektive Studiendesign als ursächlich für Dokumentationslücken. Um an dieser Stelle künftig Verbesserungen zu erzielen ist ein stetiges Anhalten zur genauen

Dokumentation notwendig. Diese sollte mit möglichst wenig Arbeitsaufwand einhergehen. So sollte der KSB in jedem Untersuchungszimmer ausreichend zur Verfügung stehen und der „Klinische Pfad Verdacht auf KWG“ an exponierter Stelle deutlich sichtbar angebracht werden. Nach eigener Recherche sind der Pfad und der KSB in vielen Kliniken der Universität Bonn noch nicht ausreichend präsent, sodass im Sinne von Hinweisen per E-Mail, auf der Klinikhomepage oder in Form von Schulungen darauf verwiesen werden sollte.

Ein weiterer Verbesserungspunkt ist die Weitergabe und Optimierung von klinischen Erfahrungswerten, insbesondere im sensiblen Umgang mit den Patienten und der klinischen Befundung. Die exakte klinische Beurteilung hingegen sollte ausgewählten Experten vorbehalten sein, die es allerdings noch vermehrt zu rekrutieren gilt. So ist ein flächendeckender Ausbau von Kinderschutzgruppen und -Zentren wünschenswert. Ebenso sollte der Ausbau von kindergynäkologischen Abteilungen weiter forciert werden.

Die Behandlung in den Studienkliniken erfolgte im überwiegenden Teil nach nationaler Leitlinie und klinischem Pfad (Herrmann et al., 2013). Die resultierenden Verbesserungen, die behandelnder Arzt und Zuweiser aus Praxis, Jugendhilfe und den Strafverfolgungsbehörden haben, wird als herausragend kommuniziert.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, die Implementierung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ als Beitrag zum deutschen Kinderschutz, anhand einer Evaluation der eigenen Fälle darzustellen. Hierfür wurden alle verfügbaren Falldaten der Bonner Kinderschutzgruppe über den Beobachtungszeitraum von Januar 2006 bis März 2012 zusammengetragen, ausgewertet und ein gruppeninterner Vergleich zwischen dem mit dem Pfad arbeitenden Bonner Universitätsklinikum und den Daten des ohne Pfad vorgehenden St.-Marien-Hospitals gezogen. Insgesamt ergaben sich so 329 Behandlungen im Rahmen des klinischen Kinderschutzes, bei denen es, unter Berücksichtigung von Kombinationen, zu 378 bekannten Formen von Kindeswohlgefährdung kam.

Es zeigte sich, dass mit Etablierung der Kinderschutzgruppe und damit einhergehender intensivierter Kinderschutzarbeit, diese optimiert werden konnte. So verzeichnete die Bonner Kinderschutzgruppe neben einem drastischen Anstieg der detektierten Kinderschutzfälle, von initial 14 Fällen im Jahr 2006 auf durchschnittlich 92 Fälle in den Jahren 2010 und 2011, auch einen Anstieg der Aufklärungsquote auf etwa das Doppelte, von initial knapp 25 % auf knapp 50 % in den Jahren 2008 bis 2011, sowie eine verkürzte Aufenthaltsdauer zumindest am Universitätsklinikum Bonn, von etwa sechs Tagen im Jahr 2009 auf vier Tage in den Folgejahren. Häufig lagen zudem Kombinationen von Kindeswohlgefährdung (16 %) und in einigen Fällen auch Wiederholungsfälle (10 %) oder Fälle, die in beiden Studienkliniken als sogenanntes Krankenhaushopping registriert wurden (5 %), vor.

Im Vergleich der in diese Arbeit eingeschlossenen Kliniken untereinander, zeigten sich, gemessen an Aufenthaltsdauer, Aufklärungsquote und Häufigkeitsquote verschiedener durchgeführter Konsultationen, vorteilhaftere Ergebnisse für den Einsatz des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“.

Im Großteil der Pfadanwendungen kam es, während dieses als Pilotprojekt zu bezeichnenden Ablaufes, zu Abweichungen von den im Pfad ausgesprochenen Empfehlungen.

In dieser Studie ergab sich eine annähernd ausgeglichene Fallverteilung zwischen den drei Hauptgruppen von Kindeswohlgefährdung mit einem nur leichten Gefälle

zwischen Verdacht auf Misshandlung, zu Verdacht auf Missbrauch und Verdacht auf Vernachlässigung. Im Patientenkollektiv überwogen deutlich die Mädchen, die mit fünf Jahren durchschnittlich ein Jahr älter waren als die behandelten Jungen. Mit Ausnahme von Missbrauch und „sonstiger“ Kindeswohlgefährdung lag die Hauptbelastung bei den jüngeren Kindern, während hier eher pubertierende Kinder betroffen waren. Bei etwa 60 % der Kinder war der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bereits Einweisungsdiagnose. Dies war besonders bei Missbrauch (bei circa 90 % dieses Verdachtsmomentes) der Fall.

Aus der Dokumentation ergaben sich in knapp 80 % der Fälle Auffälligkeiten bei Mutter oder Vater. Zusätzlich bestätigte sich im Patientenkollektiv die allgemeine Annahme, dass der Großteil der Täter beim Tatbestand der Kindeswohlgefährdung aus der Familie stammt (etwa 79 %).

Zu einer im Anschluss an die klinische Kinderschutzarbeit eingeleiteten Inobhutnahme durch das Jugendamt kam es in gut 19 % der Fälle, etwa 68 % der Kinder wurden durch Mitarbeiter des Jugendamtes weiterbetreut und rund 27 % der Patienten wurden zumindest vorübergehend in einer außerhäuslichen Betreuung untergebracht.

Als weiterhin problematisch zeigte sich die Sensitivität der klinischen Kinderschutzarbeit, gemessen an den Untersuchungsergebnissen und der klinischen Aufklärungsquote, die trotz deutlicher Verbesserung noch optimierbar ist. Hier wird für die Zukunft noch deutlicher Verbesserungsbedarf, beispielsweise in Form von Fortbildungen oder Schulungen und insbesondere einer besseren Publikmachung, des allgemeinen Vorgehens im Kinderschutz, gesehen. Ebenso ist der Ausbau eines sogenannten Rückmeldungssystems, durch Rückmeldung oder Vernetzung mit Institutionen, wie Jugendämtern oder Justiz wünschenswert. Als erster Schritt ist Anfang 2013 in der Bonner Kinderschutzgruppe ein auf freiwilliger Basis umgesetztes gruppeninternes Rückmeldungssystem eingeführt worden, in dem sich die Eltern im Vorfeld per Unterschrift damit einverstanden erklären, nach etwa einem Jahr für Rückfragen bezüglich des Verlaufes im Kinderschutzfall zur Verfügung zu stehen. Grundsätzlich ist es von größter Bedeutung, die zur Kindeswohlgefährdung vorhandenen Datensätze, wie in dieser Arbeit geschehen, kontinuierlich zu digitalisieren und zu evaluieren. Mit dieser Studie wurde der Grundstein in der

wissenschaftlichen Auswertung der Bonner Kinderschutzarbeit gelegt. Die Ergebnisse ermöglichen erstmalig einen genauen Überblick über alle Fälle der Bonner Kinderschutzgruppe und führen zu einer detaillierten und anschaulichen Einschätzung der Datensätze. Ohne diese Art der Auswertung ist es unmöglich, alle Fälle von Kindeswohlgefährdung vollständig und realitätsgetreu zu erfassen. Nur so lassen sich die Entwicklungen der Bonner Kinderschutzarbeit nachvollziehen und weitere, wichtige Maßnahmen für die Zukunft treffen.

Für ein weiteres Vorankommen im deutschen Kinderschutz, wäre es wünschenswert, nicht nur die Bonner Fälle von Kindeswohlgefährdung zu erfassen und auszuwerten, sondern eine umfassende, bundesweite Datenbank nach internationalem Vorbild zu erstellen. Würden alle Daten anonymisiert und in einem zentralen Cloudspeicherdienst zusammengeführt, sollte es mittels statistischer Software heutzutage gut möglich sein, den deutschen Kinderschutz flächendeckend abzubilden.

6. Anhang

6.1 Schematische Darstellung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ (Version 2.0)

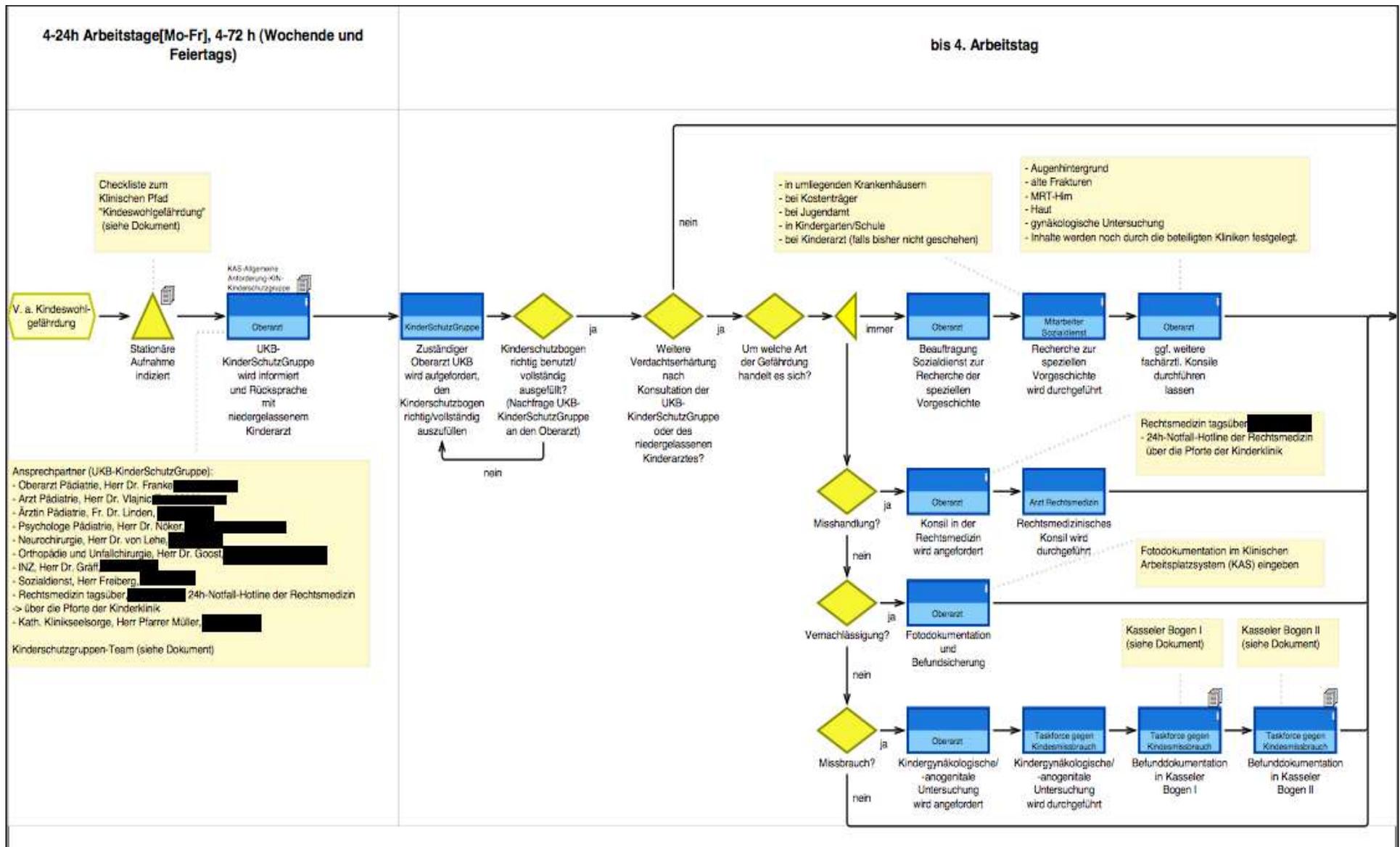


Abb. 40: Erster Teil des stationären Aufenthaltes zum „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“.

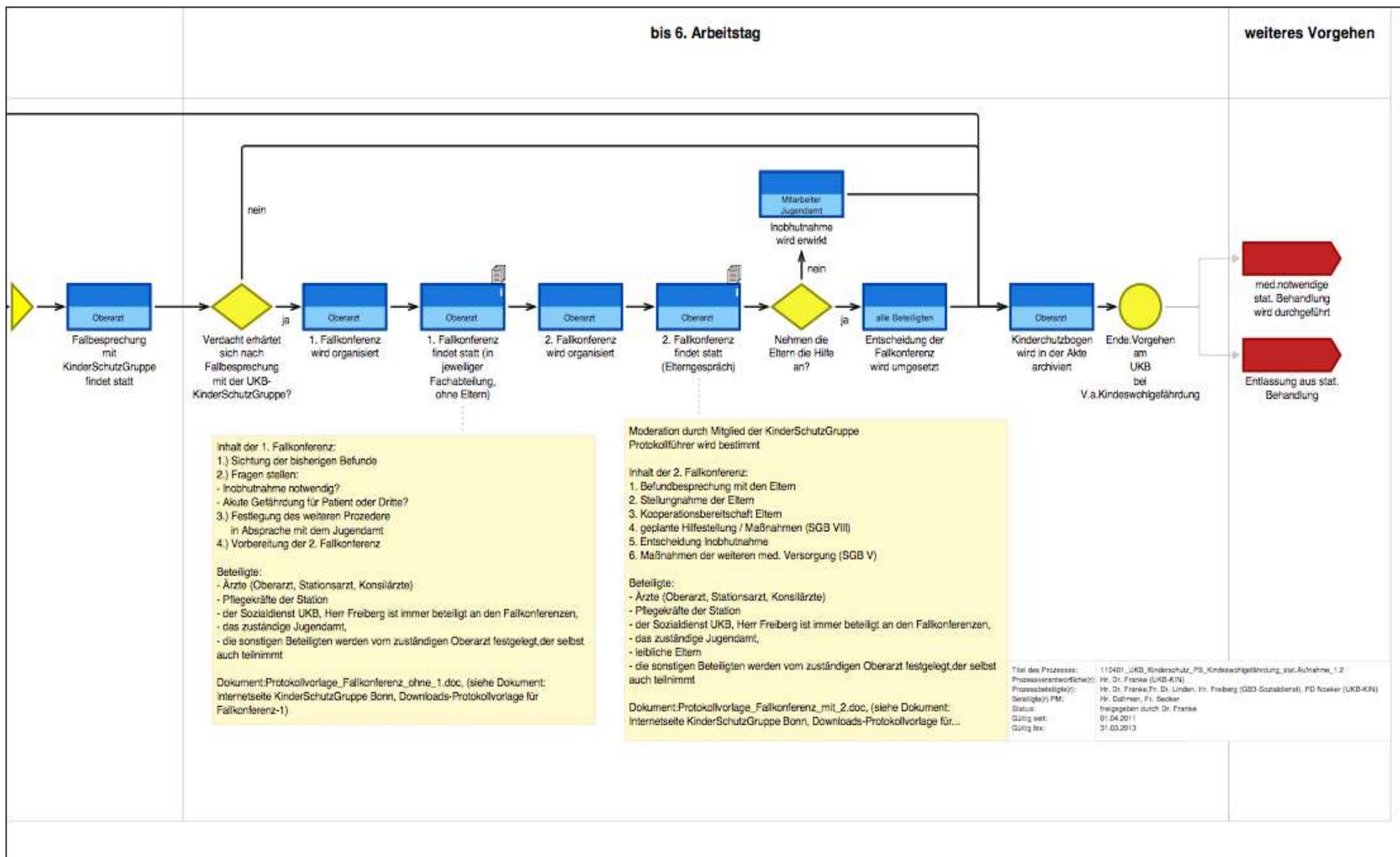


Abb. 41: Zweiter Teil des stationären Aufenthaltes zum „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“.

7. Literaturverzeichnis

Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkei MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 163-172

Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 139-147

Alberth L, Eisentraut S. Standardisierungsprozesse am Beispiel unterschiedlicher Akteure der Kinder und Jugendhilfe. In: Bode I, Wilke F, Scherbinski A, Hrsg. Dokumentation zur Jahrestagung - Infrastrukturwandel im Wohlfahrtsstaat - Formen, Prozesse, Konsequenzen. Kassel: Fachgebiet Sozialpolitik am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel, 2011: 81-103

American Academy of Pediatrics Section on Radiology. Diagnostic Imaging of Child Abuse. *Pediatrics* 2000; 105: 1345-1348

Andronicus M, Oates RK, Peat J, Spalding S, Martin H. Non - accidental burns in children. *Burns* 1998; 24: 552-558

Annerbäck EM, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden- Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse Negl* 2012; 36: 585-595

Banaschak S, Eulgem A, Riedel JG, Rothschild MA. Ungewöhnliche Verletzungsursache: Epilepsie der Mutter. *Monatsschrift Kinderheilkd* 2012; 160: 769-773

Bange D, Körner W. Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe, 2002

Barber I, Perez-Rossello JM, Wilson CR, Kleinman PK. The yield of high-detail radiographic skeletal surveys in suspected infant abuse. *Pediatr Radiol* 2015; 45: 69-80

Ben-Natan M, Sharon I, Barbashov P, Minasyan Y, Hanukayev I, Kajdan D, Klein-Kremer A. Risk Factors for Child Abuse: Quantitative Correlational Design. *J Pediatr Nurs - Artic Press* 2014; 29: 220-227

Bergmann C. Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. Berlin: Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011: 40-69 und 95-139

Bieneck S, Stadler L, Pfeiffer C. Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Niedersachsen: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen und Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2011

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2013: Das Bundeskinderschutzgesetz. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html?view=renderPrint> (Zugriffsdatum: 01.12.2013)

Brinkmann B, Banaschak S. Verbrühungen bei einem Kleinkind - Unfall oder Kindesmißhandlung? *Monatsschrift Kinderheilkd* 1998; 146: 1186-1191

Büchner G, Cizek B, Gössweiner V, Kapella O, Pflegerl J. Teil I: Grundlagen zu Gewalt in der Familie. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung, 1998: 16-72. http://www.bmfj.gv.at/dam/jcr80168d7f9cb84ffbd18ca370d996c16/gewaltbericht_neu_1.pdf (Zugriffsdatum: 31.03.2015)

Bundesagentur für Arbeit. Sondernummer der Amtlichen Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit (ANBA): Arbeitsmarkt 2012 - Arbeitsmarktanalyse für Deutschland, West- und Ostdeutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit, 2012

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien"). Berlin: Bundesanzeiger, Fassung vom: 26.04.1976 Banz. Nr. 214 (Beilage Nr. 28) von 11.11.1976; Letzte Änderung: 16.12.2010 Banz. Nr. 40 (S. 1013) vom 11.03.2011; In Kraft getreten am: 12.03.2011

Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland Berichtsjahr 2006. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut Fachbereich KI 12, 2007

Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland Berichtsjahr 2011. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut Fachbereich KI 12, 2012

Cantwell, HB. Kindesvernachlässigung - ein vernachlässigtes Thema. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, Hrsg. Das mißhandelte Kind. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002 (5. Auflage): 515-555

ChildOnEurope. Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse. Florenz: ChildOnEurope - European Network of National Observatories on Childhood, 2009. http://www.childoneurope.org/issues/publications/childabuse_guidelines.pdf (Zugriffsdatum: 31.03.2015)

Children's Bureau. Child Maltreatment 2011. Washington: U.S. Department of Health and Human Services - Administration for Children and Families - Administration on Children, Youth and Families - Children's Bureau, 2012. <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cml1.pdf> (Zugriffsdatum: 25.05.2013)

Day F, Clegg S, McPhillips M, Mok J. A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *J Clin Forensic Med* 2006; 13: 55-59
Deans KJ, Thackeray J, Groner JI, Cooper JN, Minneci PC. Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non - accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr* 2014; 14: 217

Debertin AS, Wilke N, Larsch KP, Breitmeier D, Fieguth A. Differenzialdiagnostische Aspekte nach sexuellem Kindesmissbrauch. *Rechtsmedizin* 2007; 17: 163-168

De Luc K. Care pathways: an evaluation of their effectiveness. *J Adv Nurs* 2000; 32: 485- 496

DePanfilis D. Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. Washington: U.S. Department of Health and Human Services - Administration for Children and Families -Administration on Children, Youth and Families - Office on Child Abuse and Neglect, 2006. https://www.childwelfare.gov/pubs/user_manuals/neglect/ (Zugriffsdatum: 07.06.2013)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2011: Wie leben Kinder in Deutschland? Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Pressekonferenz am 3. August 2011 in Berlin. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2011/Mikro_Kinder/Tabellenanhang_pdf.pdf?blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 23.05.2013)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2012: Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?blob=publicationFile> (Zugriffsdatum: 22.10.2013)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2012: Zahl der Inobhutnahmen durch Jugendämter weiter gestiegen. Pressemitteilung vom 5. Juli 2012 in Berlin. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/07/PD12_229_225.html (Zugriffsdatum: 23.05.2013)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2013: Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland 2012. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Geburtentrends5122203129004.pdf?blob=publicationFile> (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2013: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/VorlaeufigeSchutzmassnahmen5225203127004.pdf?blob=publicationFile> (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Destatis - Statistisches Bundesamt, 2014: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2003 bis 2012: F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Akute Intoxikation (akuter Rausch). <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html> (Zugriffsdatum: 04.11.2014)

Destatis - Statistisches Bundesamt. Soziales. In: Statistisches Bundesamt, Hrsg. Statistisches Jahrbuch 2014. Wiesbaden: 2014: 221-250

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a., Hrsg. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarbeitete Auflage, 2007 Dubowitz H, Black M. Child Neglect. In: Reece RM, Christian CW, Hrsg. Child Abuse. Medical Diagnosis and Management, 3. Auflage. Amer Assn of Pediatrics, 2008: 427-465

Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: analysis of 703 consecutive skeletal surveys. *Pediatrics* 2011; 127: e47-52

Eberl R, Huber-Zeyringer A, Curcic N, Höllwarth ME. Die nicht akzidentelle Verletzung des Kindes und deren Erscheinungsformen. *Chirurg* 2010; 81: 139-142

Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1453-1460

Engert J. Kindesmisshandlung. In: Weinberg AM, Tscherne H, Hrsg. *Tscherne Unfallchirurgie - Unfallchirurgie im Kindesalter -Teil 2: Untere Extremität, Wirbelsäule, Körperhöhlen, Besonderheiten des kindlichen Skelettes*. Heidelberg: Springer - Verlag, 2006: 119-130

Erfurt C, Hahn G, Roesner D, Schmidt U. Kinderradiologische Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. *Radiologe* 2009; 49: 932-941

Fegert JM, Rassenhofer M, Schneider T, Seitz A, Spröber N. *Sexueller Kindesmissbrauch - Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen*. Weinheim - Basel: Beltz Juventa Verlag, 2013: 31-41

Fendrich S, Pothmann J. Einblicke in die Datenlage zur Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung in Deutschland - Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheits-, Kriminal- und Sozialstatistiken. *Bundesgesundheitsbl* 2010; 53: 1002-1010

Finkelhor D, Jones L. Trends in child maltreatment. *Lancet* 2012; 379: 2048-2049

Geerds L, Ellsäßer G, Führer S, Erler T. Misshandlungen und Gewalt als Verletzungsursachen im Kindesalter - Ergebnisse eines Unfallmonitorings bei Kindern und Jugendlichen in Südbrandenburg (Deutschland). Unfallchirurg 2010; 113: 568-572

Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011

Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Browneil M, Gulliver P, Janson S, Sidebotham P. Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. Lancet 2012; 379: 758-772

Goessler A, Bonfert K, Fasching G. The impact of clinical child protection programs. Pediatr Surg Int 2011; 27: 659-664

Flarper NS, Eddleman S, Lindberg DM. The Utility of Follow - up Skeletal Surveys in Child Abuse. Pediatrics 2013; 131: e672-678

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. Misshandlungen in Kindheit und Jugend - Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 287-294

Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002; 26: 645-659

Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. Pediatrics 2003; 112: 829- 837

Herrmann B. ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlung - das Shaken Baby Syndrom. *Kinder- und Jugendarzt* 2005; 36: 256-265

Herrmann B, von Bismarck S, Franke I, Dettmeyer R, Blume F, Eydam AK, Frese G, Flint R, Hellwig J, Kunert D, Miehle C, Neumann A, 2013: Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung - Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken - Version 1.4. http://www.ag-kim.de/fileadmin/KSG-Leitfaden-1_423_09_2013.pdf (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U. *Kindesmisshandlung*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, 2010

Howden LM, Meyer JA. Age and Sex Composition: 2010. <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-03.pdf> (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Jordan EA, Duggan AK, Hardy JB. Injuries in children of adolescent mothers: home safety education associated with decreased injury risk. *Pediatrics* 1993; 91: 481-487

Jungjohann E. *Das Dilemma des misshandelten Kindes*. Frankfurt am Main; Fischer - Taschenbuchverlag, 1996

Kinderschutz - Zentrum Berlin e.V., Hrsg, 2009: *Kindeswohlgefährdung - Erkennen und Helfen*. http://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohl-gefaehrdung_Auf111_b.pdf (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Kindler H. *Kinderschutz in Deutschland stärken - Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. Eine Expertise im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung*. München: DJI-Arbeitspapier, 2007

Kraus C, Jandl-Jäger E. Awareness and knowledge of child abuse amongst physicians - a descriptive study by a sample of rural Austria. Wien. Klin Wochenschr 2011; 123: 340-349

Kriminalistisch-Kriminologische Forschungsstelle des Landeskriminalamtes Nordrhein- Westfalen, Hrsg., 2006: Das Anzeigeverhalten von Kriminalitätsoffern. Einflussfaktoren pro und contra Strafanzeige. <https://www.polizei.nrw.de/media/Dokumente/Behoerden/LKA/Anzeigeverhalten.pdf> (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, Schwanitz N, Gausche R, Schmutzer G, Brähler E, Kiess W. Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkd 2009; 158: 149-156

Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? Child Abus. Negl 2009; 33: 76-83

Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Fractures and traumatic brain injuries: abuse versus accidents in a US database of hospitalized children. Pediatrics 2010; 126: e104-115

Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, Alwan RM, Harper NS. Yield of skeletal survey by age in children referred to abuse specialists. J Pediatr 2014; 164: 1268-1273

Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, Steiner RD, Berger RP. Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. Pediatrics 2013; 131: 268-275

Lindberg DM, Shapiro RA, Laskey AL, Pallin DJ, Blood EA, Berger RP. Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. Pediatrics 2012; 130: 193-201

MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 14-21

Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med* 2009; 16: 455-459

Martindale J, Swenson A, Coffman J, Newton AW, Lindberg DM. Recurrent concerns for child abuse: repeated consultations by a subspecialty child abuse team. *Child Abuse Negl* 2014; 38: 1259-1266

Maywald J, 2013: Schutz vor Kindeswohlgefährdung in der Kindertagespflege. Deutsches Jugendinstitut e.V. Abteilung Familie und Familienpolitik, Hrsg. Projekt: Kompetenzorientiertes Qualifizierungshandbuch Kindertagespflege: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Maywald_Kindeswohlgefaehrdung09_2013.pdf (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Mensching M. Zusätzliche Diagnosen in der Pädiatrie: Vernachlässigung, Verwahrlosung, Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch. *Kindheit und Entwicklung* 2001; 10: 56-59

Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D. Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. *Rechtsmedizin* 2013; 23: 29-37

Merritt DH. Child abuse potential: Correlates with child maltreatment rates and structural measures of neighborhoods. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31: 927-934

Mertel S. Emotionale Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen - Formen, Ursachen und Interventionen. Vortrag (31.01.2007) Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes und Jugendalters Leipzig. http://kik.uniklinikum-leipzig.de/red_tools/dl_document.php?id=89
(Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Metz JB, Schwartz KA, Feldman KW, Lindberg DM. Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. Arch Dis Child 2014; 99: 817-823

Meysen T, 2012: Das Bundeskinderschutzgesetz in der Praxis - Chance für Frühe Hilfen. http://www.uniklinikulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Veranstaltungen/Bundeskinderschutzgesetz_T_Meysen12_2012.pdf
(Zugriffsdatum: 25.05.2013)

Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. Child Abuse Negl 2013; 37: 361-373

Minnasch P, Meißner C, Gerling I, Thyen U, von Klinggräff C, Oehmichen M. Mißhandlungssyndrom mit Gefahr des Rezidivs bei Geschwisterkindern. Monatsschrift Kinderheilkd 1999; 147: 1000-1005

Navarro-Crummenauer B, Heroux V. Leitsymptom Hautblutung bei Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkd 2012; 160: 556-564

Noeker M, Keller KM. Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkd 2002; 150: 1357-1369

NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2010: Child protection factsheet - The child protection System in the UK. http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/questions/child_protection_system_wdf76008.pdf (Zugriffsdatum: 25.05.2013)

NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2012: Children subject to child protection plans - England 2008 - 2012. https://www.nspcc.org.uk/Inform/research/statistics/england_wdf49858.pdf (Zugriffsdatum: 25.04.2013)

Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, Krans EE, McAllister JM, Davis MM. Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures: United States, 2000 - 2009. In: *Jama* 2012; 307: 1934-1940

Paul M, Backes J. Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Monatsschrift Kinderheilkd* 2008; 156: 662-668

Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: a two- generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 1439-1461

Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM. Prävalenz von Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. *Kindheit und Entwicklung* 2011; 20: 64-71

Pueschel K. Kindesmisshandlung. In: Brinkmann B, Madea B, Hrsg. *Handbuch gerichtliche Medizin*, Band 1. Berlin: Springer - Verlag, 2004: 1153-1170

Pühse G, Küttner T, Rausch A, Wenke A, Hertle L, Roeder N. Keine Kochbuchmedizin - Am Beispiel der radikalen Prostatektomie wird die Einführung eines klinischen Behandlungspfads am Universitätsklinikum Münster dargestellt. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: 3088-3092

Putnam-Hornstein E, Needeil B, King B, Johnson-Motoyama M. Racial and ethnic disparities: a population-based examination of risk factors for involvement with child protective Services. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 33-46

Raupp U, Eggers C. Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence and characteristics. *Monatsschrift Kinderheilkd* 1993; 141: 316-322

Renz BM, Sherman R. Child abuse by sealding. *J Med Assoc Ga* 1992; 81: 574-578

Robertson BD, Lang C, Bachim A. At-Risk Children of At-Risk Parents: Assessing Common Injuries to the Children of Teenage Parents. *J Pediatr* 2014; 164: e347-351

Romero-Martínez A, Figueiredo B, Moya-Albiol L. Childhood history of abuse and child abuse potential: The role of parent's gender and timing of childhood abuse. *Child Abuse Negl* 2014; 38: e510-516

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Steyerberg EW. The quality of the evidence base for clinical pathway effectiveness: room for improvement in the design of evaluation trials. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 1-8

Schumacher R, Navarro-Crummenauer B, Stenzei M. Radiologische Befundqualität bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkd* 2011; 160: 55-61

Seifert D, Krohn J, Larson M, Lambe A, Püschel K, Kurth H. Violence against children: further evidence suggesting a relationship between 143 burns, scalds, and the additional injuries. *Int J Legal Med* 2010; 124: 49-54

Shah A, Suresh S, Thomas R, Smith S. Epidemiology and profile of pediatric burns in a large referral center. *Clin Pediatr (Phila)* 2011; 50: 391-395

Sidebotham P, Heran J. Child maltreatment in the „children of the nineties“: A cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 497-522

Singh R, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Assessing the use of follow-up skeletal surveys in children with suspected physical abuse. *J Trauma Acute Care Surg* 2012; 73: 972-976

Statista GmbH, 2013: Altersstruktur in Grossbritannien. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/167292/umfrage/altersstruktur-in-gross-britannien/> (Zugriffsdatum: 25.03.2013)

Staubli G. Kindesmisshandlung. Notfall Rettungsmed 2007; 10: 579-584

Stöver B. Bildgebende Diagnostik der Kindesmisshandlung. Radiologe 2007; 47: 1037-1048

Strassburg HM, Franke R, Thyen U. Vernachlässigung - Kindesmisshandlung. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: AWMF-Leitlinien- Register 2002 Nr. 071/003

Thaiss H, Klein R, Schumann EC, Ellsäßer G, Breitkopf H, Reinecke H, Zimmermann E. Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Bundesgesundheitsbl 2010; 53: 1029-1047

Thorpe EL, Zuckerbraun NS, Wolford JE, Berger RP. Missed opportunities to diagnose child physical abuse. Pediatr Emerg Care 2014; 30: 771-776

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs: Definition, BMFS-FJ, 2013: Sexueller Kindesmissbrauch, <http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=18> (Zugriffsdatum: 12.05.2013)

Vanhaecht K, Ovreteit J, Elliott MJ, Sermeus W, Ellershaw J, Panella M. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate? Eval Health Prof 2012; 35: 28-42

Verocai E, Kitzelmann I, Juen F, Simma B. Evaluation einer Kinderschutzgruppe bei einem unabhängigen Kooperationspartner - Vorschläge für eine Optimierung der Vernetzung. Klin Padiatr 2013; 225: 234-238

Webb T, Valvano T, Nugent M, Melzer-Lange M. Child Abuse Pediatric Consults in the Pediatric Emergency Department Improve Adherence to Hospital Guidelines. *WMJ - Wisconsin Med Soc* 2013; 112: 206-210

Wetzels P, 1997: Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit - Ergebnisse einer repräsentativen Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht Nr. 59, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN): <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb59.pdf> (Zugriffsdatum: 05.04.2015)

Wood JN, Fakeye O, Feudtner C, Mondestin V, Localio R, Rubin DM. Development of guidelines for skeletal survey in young children with fractures. *Pediatrics* 2014; 134: 45-53

Wygold T, Herting E. Die Betreuung Neugeborener drogenabhängiger Mütter - das Lübecker Modell. *Focus MUL Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Universität zu Lübeck* 2005; 22: 117-128

Zylstra RG, Miller KE, Stephens WE. Munchausen Syndrome by Proxy: A Clinical Vignette. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2: 42-44

8. Danksagung

Ich danke Herrn Professor Rainer Ganschow, Direktor der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie und Poliklinik des Zentrums für Kinderheilkunde der Universität Bonn, für die freundliche Bereitstellung des Themas dieser Promotionsarbeit.

Auch danke ich Herrn Doktor Ingo Franke, stellvertretender leitender Oberarzt der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie der Uniklinik Bonn und Sprecher der Bonner Kinderschutzgruppe, für die geduldige Betreuung dieser Arbeit.

Ebenfalls großer Dank gilt dem St.-Marien-Hospital Bonn. Hier möchte ich Herrn Doktor Stephan Buderus, Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin für das Mitwirken seiner Klinik an meiner Promotionsarbeit danken.

Ganz besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle Frau Doktor Maria Mensching, Diplom- Psychologin des St.-Marien-Hospitals aussprechen, die mir durch die zeitweise Überlassung ihres Büros, die Versorgung mit den nötigen Patientendaten und vor allem ihre engagierte Beratung und Unterstützung sehr geholfen hat.

Weiterer Dank gilt der Statistischen Beratung des Instituts für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie (IMBIE) der Universität Bonn, insbesondere Frau Jennifer Nadal, für die guten Ratschläge und Ideen bei der statistischen Auswertung dieser Arbeit.

Im Sinne von „Das Beste kommt zum Schluss“ möchte ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich bei dieser Arbeit immer unterstützten und weiter motivierten und so die zügige Fertigstellung möglich gemacht haben, Danke sagen. Hier sind besonders mein lieber Bruder Tim Krappitz, der mir bei der technischen Gestaltung des Layouts die entscheidende Hilfe war und meine Eltern, die uns dabei sehr unterstützt haben und natürlich Frau Sonja Obberg, Frau Katharina Ehlert und Frau Mariam Farhang, die mir über die Zeit unserer Promotionsarbeiten stets treue Begleiterinnen und Hilfen waren, zu nennen. Danke!