

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Zur Problematik der Kindeswohlgefährdung – Eine retrospektive Untersuchung
am Beispiel der Jugendämter Wittenberg/Salzwedel**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Tina Hänsel

geboren am 05.04.1985 in Halle (Saale)

Betreuer: Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide

Gutachter/Gutachterin:

apl. Prof. S. Heide, Dresden

Frau A. Debertin, Hannover

Frau Prof. B. Bockholdt, Greifswald

02.04.2019

24.06.2020

Referat

In zwei ausgewählten Jugendamtsbezirken von Sachsen-Anhalt erfolgte eine 10-Jahres-Analyse (2003-2012) von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung. In einer Vorauswahl durch Jugendamtsmitarbeiter wurden ca. 3500 Akten bereitgestellt. Diese Akten wurden hinsichtlich konkreter Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung gesichtet, so dass schließlich 452 Fälle in die Untersuchung eingeschlossen wurden.

Bei den soziodemographischen Faktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigte sich eine nahezu homogene Geschlechtsverteilung, wobei Kleinkinder und Säuglinge häufig betroffen waren. Bei den betroffenen Familien waren verheiratete Kindeseltern relativ selten vertreten. Die Kindesväter waren zumeist über 40 Jahre alt und die Kindesmütter häufig deutlich jünger. Weitere Risikofaktoren waren Hinweise für einen Substanzabusus, vorausgegangene Haftstrafen und die Erforderlichkeit einer Hartz-IV Unterstützung. Bei der Art der Kindeswohlgefährdung dominierten Fälle von Kindesvernachlässigung. Bei der Fallbearbeitung durch das Jugendamt zeigte sich eine häufige Kontaktaufnahme durch Personen aus dem näheren sozialen Umfeld. Der Anfangsverdacht richtete sich zumeist gegen die Kindesmutter. Die Fallbearbeitung war in den meisten Fällen mit einem erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. In der Mehrzahl der Fälle wurde der Anfangsverdacht bestätigt. Beim weiteren Fallmanagement erfolgten häufig eine engmaschige Betreuung durch das Jugendamt sowie vorläufige Inobhutnahmen und Sorgerechtsverfahren.

Eine polizeiliche Meldung erfolgte in knapp einem Viertel aller Fälle. Der Anteil der ärztlichen Konsultationen lag gerade einmal bei einem Drittel der Fälle, obwohl in den Akten in über der Hälfte der Fälle deutliche Anzeichen einer körperlichen Misshandlung oder Vernachlässigung beschrieben wurden. Rechtsmedizinische Konsultationen waren dabei erheblich unterrepräsentiert.

Es zeigte sich, dass trotz der in den letzten Jahren und Jahrzehnten erzielten Fortschritte in der praktischen Umsetzung des Kinderschutzes noch Optimierungspotential in Sachsen-Anhalt besteht. So sollte z.B. das Dokumentationssystem und die Gefährdungsbeurteilung weiter optimiert werden, wobei auch die in Sachsen-Anhalt nachgewiesenen Risikofaktoren besonders berücksichtigt werden sollten. Des Weiteren muss eine höhere Frequenz von ärztlichen Konsultationen angestrebt werden. Bei der Frage nach der Abrechenbarkeit dieser Leistungen sollten landesweit verbindliche Lösungsmöglichkeiten, wie z.B. die Etablierung niedrigschwelliger Untersuchungsangebote oder eines geförderten Kompetenzzentrums diskutiert und etabliert werden. Für eine nachhaltige Verbesserung des Kinderschutzes sind weitere systematische Studien erforderlich.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Kurze Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung des Kinderschutzes in Deutschland	1
1.2	Definitionen der Kindeswohlgefährdung	5
1.3	Ausgewählte Aspekte der aktuellen Situation in Deutschland	7
2	Ziele der Arbeit	9
3	Material, Methodik und Falldarstellungen	9
4	Ergebnisse	16
4.1	Jährliche Verteilung der Fallzahlen	16
4.2	Soziodemographische Faktoren	16
4.3	Mögliche Risikofaktoren	21
4.4	Sozioökonomischer Status innerhalb der Familien	22
4.5	Art der Kindeswohlgefährdung	24
4.6	Fallbearbeitung durch das Jugendamt	30
4.7	Polizeiliche Meldung	38
4.8	Ärztliche Konsultationen	40
4.9	Ausgang von Sorgerechtsverfahren	43
5	Diskussion, Schlussfolgerungen und Lösungsansätze	44
6	Zusammenfassung	62
7	Literaturverzeichnis	65
8	Thesen	75
	Selbständigkeitserklärung	
	Lebenslauf	
	Danksagung	

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BVerfG.:	Bundesverfassungsgericht
GG:	Grundgesetz
HzE:	Hilfe zur Erziehung
KJHG:	Kinder- und Jugendhilferecht
NRW:	Nordrhein- Westfalen
SGB:	Sozialgesetzbuch
SPFH:	Sozialpädagogische Familienhilfe
StGB:	Strafgesetzbuch

1 Einleitung

1.1 Kurze Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung des Kinderschutzes in Deutschland

In Deutschland hat die Problematik der Kindeswohlgefährdung erst in den letzten Jahrzehnten zu einer intensiveren gesellschaftlichen und politischen Diskussion geführt. Im Gegensatz dazu waren in den zuvor gelegenen Zeiträumen nur zögerliche Entwicklungen zu verzeichnen. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es zur Zusammenführung von Jugendhilfen und Übernahme staatlicher Verantwortung für die Erziehung von Kindern und Jugendlichen. Mit dem 1922 verabschiedeten Reichsjugendwohlfahrtsgesetz wurden schließlich Landkreise und kreisfreien Städte zur Errichtung von Jugendämtern verpflichtet. 1912 wurde erstmals eine besondere Strafbarkeit für die Begehung von Körperverletzungen gegenüber Schutzbefohlenen „mittels grausamer oder boshafter Behandlung“ im Reichsstrafgesetzbuch etabliert (Misshandlung von Schutzbefohlenen, Online-Zitat). Das väterliche Züchtigungsrecht blieb dabei allerdings weiterhin unangetastet. Aber auch über die Zeit des Nationalsozialismus hinaus gehörten Körperstrafen zum Arsenal der Kindererziehung. Bis in die 50er Jahre hinein war das nunmehr elterliche Züchtigungsrecht sogar im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Trotz weiterer gesetzlicher Änderungen, wie der Verabschiedung des deutschen Jugendwohlfahrtsgesetzes im Jahr 1961, gehörten körperliche Strafen bis in die späten 70er Jahre auch in Schulen und in der Heimerziehung zum Alltag. Allerdings wurden im Jahr 1968 Kindern im Grundgesetz erstmals auch eigene Rechte zugestanden. Dabei wurde festgelegt, dass das Kind „ein Wesen mit eigener Menschenwürde und dem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit im Sinne von Artikel 1 I und Artikel 2 I Grundgesetz (GG) ist“ (Kuntze, 2008 aus BVerfG, 24 119). Durch dieses Gesetz wurde erstmalig der Staat mit dem Amt eines Wächters über die Gewährung der Grundrechte eines Kindes beauftragt. So soll im Falle des Versagens der Eltern, „das Wächteramt des Staates eingreifen; der Staat ist nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Pflege und Erziehung des Kindes sicherzustellen“ (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG). Aber auch in den folgenden Jahrzehnten konnte sich der deutsche Gesetzgeber, im Kontrast zu mehreren anderen europäischen Ländern, nicht zu einem elterlichen Züchtigungsverbot durchringen (Kindesmisshandlung, Online-Zitat) trotz weiterer gesetzlicher Maßnahmen und internationaler Entwicklungen im Kinderschutz. Dazu gehörten z.B. das Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (KJHG) im Jahr 1990, die Einführung von Familiengerichten an Stelle von Vormundschaftsgerichten im Jahr 1998 oder das Inkrafttreten der internationalen Kinderrechtskonvention im Jahr 1992 mit dem Ziel „das Kind als eigene Persönlichkeit zu schützen (protection) und zu fördern (provision), sowie sein Recht auf Beteiligung (participation) in allen es berührenden Angelegenheiten zu gewährleisten“ (Schimke, 1998). Diese internationale Verpflichtung zum Schutz des Kindeswohls formuliert die Rechte von Kindern und stellt den

Aspekt, im Interesse des Kindes zu handeln, in den Mittelpunkt jeglicher Überlegungen (Kuntze, 2008). Trotzdem konnte in Deutschland erst im Jahr 2000 nach langen und teilweise kontrovers geführten Diskussionen das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung durch eine Änderung des § 1631 Abs. 2 des BGB umgesetzt werden:

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1631 Inhalt und Grenzen der Personensorge

- (1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
- (2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.
- (3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

Im Jahr 2005 wurde im Rahmen des Kinder - und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz der Schutzauftrag des Staates durch § 8a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII weiter präzisiert, u.a. hinsichtlich der Notwendigkeit der Abschätzung des Gefährdungsrisikos durch mehrere Fachkräfte und den Möglichkeiten einer Inobhutnahme oder Meldung an die Polizei.

Sozialgesetzbuch VIII (SGB)

§ 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen....
- (2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen... besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein...

Aus der fortgesetzten Diskussion gingen in den letzten Jahren auf der Ebene des Bundes sowie der Länder und Kommunen eine Reihe von Initiativen zum verbesserten Schutz von Kindern

hervor, wie z.B. das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ des Bundesfamilienministeriums, die Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen oder die Einrichtung von lokalen Netzwerken und Kinderschutzprojekten. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen führte 2009 erstmalig eine Begriffsbestimmung der „Frühen Hilfen“ ein und stellte heraus, dass hiermit besonders „intensive lokale und regionale Unterstützungsangebote mit koordinierenden Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft mit Schwerpunkt von 0-3 Jahren“ gemeint sind (Leitfaden Stoppt Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, 2015). Ebenfalls wurde deutlich gemacht, dass dies nur über eine „multiprofessionelle Kooperation“ möglich werden kann. Die „Frühen Hilfen“ können in allgemeine, für eine breite Bevölkerungsschicht angelegte Hilfsangebote und spezielle Maßnahmen, wie z.B. Familienhebammen oder Trainingsangebote für Eltern unterschieden werden. Im Mittelpunkt steht dabei die Prävention von Gefährdungen der kindlichen Entwicklung und Gesundheit, aber auch die gezielte Intervention in Risikofamilien. In diesem Zeitraum wurden schließlich auch in verschiedenen Bundesländern spezielle Kinderschutzgesetze verabschiedet, so auch in Sachsen-Anhalt im Jahr 2009 mit dem „Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kindergesundheit“. Inhaltlich stehen in diesem Gesetz die „Förderung der Kindergesundheit, die Früherkennung von Risiken für eine Kindeswohlgefährdung und die Sicherstellung der erforderlichen Hilfen durch Vernetzung“ im Vordergrund (Website Landesportal Sachsen-Anhalt, Online-Zitat). Dazu wurden ab 2010 bei den Jugendämtern auch lokale Netzwerke zum Kinderschutz eingerichtet und die Umsetzung der Bundesinitiative "Frühe Hilfen" sichergestellt. Im § 3 wurden auch die Einrichtungen und Berufsgruppen konkret benannt, die neben den Jugendämtern, den Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Schulen im lokalen Netzwerk Kinderschutz vertreten sein sollten. Dabei wurden unter den medizinischen Fachrichtungen auch ausdrücklich Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmediziner aufgeführt. Mit diesem Gesetz wurde im § 6 auch eine mögliche Durchbrechung der Schweigepflicht erleichtert, die bis dahin vor allem im Rahmen einer Güterabwägung über den § 34 des Strafgesetzbuches (StGB) geltend gemacht werden musste.

Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Förderung der Kindergesundheit Sachsen-Anhalt
§ 6 Schweige- und Geheimhaltungspflichten, Unterrichtung des Jugendamtes

(1) Werden Personen, die Schweige- oder Geheimhaltungspflichten im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes bekannt und reichen die eigenen fachlichen Mittel nicht aus, die Gefährdung abzuwenden, sollen sie bei den Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme der erforderlichen weitergehenden Hilfen hinwirken.

(2) In Fällen einer dringenden Gefahr für Leib und Leben des Kindes sind dem Jugendamt die vorliegenden Erkenntnisse mitzuteilen, wenn die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden. Die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten sind hierüber vorab in Kenntnis zu setzen, es sei denn, hierdurch würde der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt.

Schließlich trat am 01. Januar 2012 nach einem breit geführten gesellschaftlichen und fachlichen Diskurs auch ein Bundeskinderschutzgesetz in Kraft. Im Mittelpunkt steht dabei ein „aktiver Kinderschutz durch insgesamt vier Eckpfeiler“ (Website Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Online-Zitat):

- „Frühe Hilfen“ und verlässliche Netzwerke
- mehr Handlungs- und Rechtsicherheit
- verbindliche Standards
- belastbare statistische Daten

Dabei wurden die „Frühe Hilfen“ zu Basisangeboten der Kinder- und Jugendhilfe deklariert und auch werdenden Eltern angeboten. Für den Ausbau der Netzwerke „Frühe Hilfen“, den Einsatz von Familienhebammen und die Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen wurden den Ländern und Kommunen für die Jahre 2012-2015 insgesamt 177 Millionen Euro und nach 2015 dauerhaft 51 Millionen Euro jährlich zur Verfügung gestellt. In den Netzwerken soll eine Zusammenführung aller wichtigen Akteure im Kinderschutz, wie Jugendämter, Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen u. Ärzte und Polizei erfolgen.

Für die Gewährleistung der größeren Handlungs- und Rechtssicherheit wurde der Informationsaustausch zwischen Jugendämtern bei Umzügen vereinfacht, um ein „Jugendamts-Hopping“ zu unterbinden. Des Weiteren wurde auch durch diese neue gesetzliche Regelung die Möglichkeit zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt durch Berufsheimnisträger (z.B. Ärzte oder Psychologen) gestärkt. Im Kontrast zu früheren gesetzlichen Veränderungen beim Kinderschutz wurde durch das Bundeskinderschutzgesetz auch die Verbindlichkeit fachlicher Standards der Kinder- und Jugendhilfe durch eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und -sicherung festgeschrieben und an die Finanzierung geknüpft. Schließlich wurde als weiterer Schwerpunkt die Notwendigkeit der Erhebung belastbarer und

vergleichbarer statistischer Daten betont.

1.2 Definitionen der Kindeswohlgefährdung

Mit der Einführung des Rechts auf eine gewaltfreie Erziehung wurde im Sozialgesetzbuch der Schutzauftrag des Staates bei Kindeswohlgefährdung zwar deutlich formuliert. Dabei stellt sich jedoch immer noch die Frage nach der Definition einer solchen Gefährdung. Der Begriff der Kindeswohlgefährdung wird als Rechtsbegriff im Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in §1666 Abs.1 beschrieben. Eine Gefährdung liegt demnach bei einem „Missbrauch der elterlichen Sorge, bei einer Vernachlässigung des Kindes, bei einem unverschuldeten Elternversagen oder einem missbräuchlichen Verhalten Dritter gegenüber einem Kind“ vor (Schmid und Meysen, 2006). Der Bundesgerichtshof definiert Kindeswohlgefährdung hingegen über vier Kriterien, die gleichzeitig vorliegen müssen (Schmid und Meysen, 2006). Demnach müsse „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr vorliegen, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“. Dabei muss die Gefährdungseinschätzung im Kontext des Alters des Kindes, der Intensität und der Veränderlichkeit, sowie der Einsicht der Eltern gesehen werden. So ist z.B. ein Schütteln eines Säuglings eine erheblichere vitalere Bedrohung als das Schütteln eines Grundschulkindes. Während es sich beim Schütteltrauma um ein lebensbedrohliches Szenario handelt, ist bei einem „Klaps auf den Po“ die Erheblichkeit der Schädigung deutlich milder einzustufen. Eine wichtige Hürde in der Bewertung des Bundesgerichtshofes besteht in der Sicherheit der Vorhersage für die weitere Entwicklung. Bei eindeutigen Verletzungsmustern z.B. im Rahmen eines Schütteltraumas, begutachtet durch einen erfahrenen Rechtsmediziner, ist die Sicherheit höher zu bewerten als eine anonym gemeldete Vernachlässigung, die durch einen einmaligen Hausbesuch durch eine Fachkraft der Jugendhilfe bewertet werden soll. Auch stellt sich die zum Teil enorme zeitliche Verzögerung des Sichtbarwerdens von Schäden als problematisch bezüglich der Sicherheit in der Vorhersage dar. So macht sich z.B. sexueller Missbrauch von Kleinkindern oftmals erst Jahre später in der Adoleszenz bemerkbar (vgl. Reinhold und Kindler, 2006; Landgraf et al., 2010; Herrmann et al., 2010). Bei kritischer Betrachtung dieser juristisch geprägten Definition fällt auch auf, dass bestimmte Termini wie „erheblich“ oder „ziemlich“ keine festgeschriebenen Grenzen aufweisen und damit einen gehörigen Interpretationsspielraum zulassen.

Auch aus der sozialwissenschaftlichen Literatur gibt es mehrere Ansätze für die Definition des Kindeswohls. So haben z.B. Brazelton and Greenspan (2002) versucht, „Maslows Bedürfnispyramide“ (1943) zu aktualisieren. Dabei wird von sieben Grundbedürfnissen ausgegangen: „Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen, körperlicher Unversehrtheit

und Sicherheit, individuellen Erfahrungen, entwicklungsgerechten Erfahrungen, Grenzen und Strukturen, stabilen und unterstützenden Gemeinschaften sowie einer sicheren Zukunft“. Maywald (2009) hingegen beschreibt das Kindeswohl als „das an den Grundrechten und Grundbedürfnissen von Kindern ausgerichtete Handeln“. Bei der Gefährdung des Kindeswohl findet sich sowohl in der sozialwissenschaftlichen, aber auch in der medizinischen Literatur häufig eine Unterteilung in die Vernachlässigung, die Misshandlung und den sexuellen Missbrauch von Kindern. Dabei wird gelegentlich bei der Vernachlässigung zwischen einer körperlichen und emotionalen Form, bei der Misshandlung zwischen psychischer und physischer Gewalt und beim sexuellen Missbrauch zwischen sog. „Hands-on von Hands-off“ Taten unterschieden (vgl. Schmid und Meysen, 2006; Kindler et al., 2006; Unterstaller, 2006). Dabei werden für die einzelnen Formen der Kindeswohlgefährdung auch konkretere Definitionen beschrieben. So definieren z.B. Münder et al. (2000) Vernachlässigung als andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen, welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Misshandlungen werden z.B. von Poustka und Lehmkuhl (1993) als eindeutige Vorfälle beschrieben, in denen „das Kind von einem im Haushalt lebenden Erwachsenen in einem Ausmaß verletzt worden ist, das entweder medizinisch relevant ist oder eine für die Subkultur abnorme Form der Gewalt darstellt“. Kritisch ist dabei anzumerken, dass weder die exakte medizinische Relevanz von Verletzungen noch die kulturkreisbezogenen Abnormitäten der Gewalt näher beschrieben werden. Engfer (2002) nennt als Formen der körperlichen Misshandlung hingegen Schläge oder andere gewaltsame Handlungen wie z.B. „Stöße, Schütteln, Verbrennungen oder Stiche, die beim Kind zu Verletzungen führen können“. Münder et al. (2000) beschreiben hingegen die „Misshandlung als alle gewaltsamen Handlungen aus Unkontrolliertheit oder Erziehungskalkül“, die dem Kind körperliche Schäden und Verletzungen zufügen. Bei der Kategorie des sexuellen Missbrauchs existieren ebenfalls sowohl enger als auch weiter gefasste Definition. So wird unter sexuellen Missbrauch im engeren Sinne zumeist nur der direkte sexuelle Kontakt verstanden, während bei weiter gefassten Definition jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund von körperlicher, psychischer oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wesentlich zustimmen kann, im Vordergrund steht (vgl. Bange und Deegener, 1996; Unterstaller, 2006; Weiß, 2006).

Somit ist festzustellen, dass sowohl für die Kindeswohlgefährdung insgesamt, als auch für ihre einzelnen Formen keine einheitliche Definition eruierbar ist. Letztlich ist eine solche Definition, die alle rechtlichen, sozialwissenschaftlichen, medizinischen und psychologischen Aspekte vollständig abdeckt, aufgrund der Vielschichtigkeit dieser Problematik auch kaum realistisch.

1.3 Ausgewählte Aspekte der aktuellen Situation in Deutschland

Die intensive gesellschaftliche Diskussion zur Problematik der Kindeswohlgefährdung und die entsprechenden gesetzlichen Veränderungen haben in Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu einem Prozess des Umdenkens und der Veränderung des Rechtsbewusstseins geführt. Bussmann (2005) befragte fünf Jahre nach der Einführung des Rechtes auf eine gewaltfreie Erziehung im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz Eltern, Kinder und Jugendliche sowie Mitarbeiter von öffentlichen Trägern der Jugendhilfe über den Kenntnisstand, die Akzeptanz und Umsetzung dieser Rechtsnorm. Dabei waren im Jahr 2005 nur noch ein geringer Anteil der Eltern der Ansicht, dass auch leichte körperliche Gewalt in der Erziehung eingesetzt werden darf („leichte Ohrfeige“: 11,2% und „Klaps auf den Po“: 17,8%). Demgegenüber waren 1996 noch 80% der Eltern überzeugt, dass leichte Körperstrafen, wie Ohrfeigen oder ein Klaps auf den Po, zulässig sind (Bussmann, 2005).

Dieser Wandel konnte auch innerhalb der Beratungs- und Hilfeinrichtungen nachgewiesen werden. Während 2001 noch 40% der Mitarbeiter von Jugendämtern oder privaten Jugendhilfeeinrichtungen der Meinung waren, dass eine leichte Ohrfeige rechtlich erlaubt sei, waren im Jahr 2005 27% der befragten Personen der Ansicht, dass in Fällen von Gewalt in der Erziehung eine Pflicht zur Strafanzeige bestehe. Bussmann (2005) schlussfolgert daraus, dass zum einen Eltern und Jugendliche ein „signifikant strengeres Rechtsbewusstsein“ entwickelt haben und andererseits sich auch die „Thematisierungsbereitschaft von Gewalt auf den Konfliktverlauf und die Interventionsbereitschaft innerhalb der Familien“ auswirkte.

Neben diesen aktuellen Entwicklungen stellt sich jedoch auch die Frage nach dem tatsächlichen Ausmaß der Kindeswohlgefährdung in Deutschland. Es ist hinlänglich bekannt, dass bei der Erfassung der Häufigkeit der Kindeswohlgefährdung eine hohe Dunkelziffer existiert. (vgl. Rosenberg und Krugman, 1991; Grellner und Metzner, 1995; Dubowitz und Bennett, 2007; Seifert et al., 2010; Leitfaden Stoppt Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, 2015; Bode-Jänisch et al., 2011). Ursächlich dafür ist unter anderem die spezielle Konstellation bei solchen Delikten (zumeist intrafamiliäre Ereignisse ohne unabhängige Zeugen), aber auch das Fehlen einer einheitlichen Definition (Bode-Jänisch et al., 2011). Schätzungen sprechen jährlich von 20.000 – 100.000 Fällen in Deutschland. Ziegenhain et al. (2007) schätzen ein, dass in Deutschland das tatsächliche Ausmaß von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung nur geschätzt werden kann. Dabei seien die Grenzen zwischen Misshandlung und Vernachlässigung fließend, wobei die körperliche Misshandlung noch die am leichtesten erkennbare Form der Kindeswohlgefährdung darstellt. Trotzdem verbleibt selbst bei der körperlichen Misshandlung noch eine hohe Dunkelziffer. Nach den Untersuchungen von Vock et al. (1999) bleibt in

Deutschland sogar jede zweite tödlich verlaufende Kindesmisshandlung unentdeckt. Eine weitere Ursache für diese Problematik ist das Fehlen einer zentralen Erfassung in Deutschland. Bislang wurden Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung in verschiedenen Einrichtungen getrennt voneinander erfasst, wie z.B. Jugendamt, Krankenhaus, rechtsmedizinisches Institut oder Polizeidienststelle. Mit einigen dieser Fälle sind alle dieser Institutionen befasst, in anderen Fällen verbleibt es aus unterschiedlichsten Gründen beim Einzelkontakt. Lediglich die polizeiliche Kriminalstatistik bietet eine gewisse Grundlage für die Erfassung der Häufigkeit, allerdings werden dort eben nur polizeilich erfasste Fälle berücksichtigt. Bei der Betrachtung der polizeilichen Kriminalstatistik des Landes Sachsen-Anhalt in den letzten zehn Jahren (2006-2015) zeigen sich beim sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB) leichte Schwankungen, die sich jedoch etwa auf einem gleichen Niveau befinden (2006: 386 Fälle; 2015: 402 Fälle). Demgegenüber ist bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) in diesem Zeitraum ein deutlicher Anstieg ersichtlich (2006: 116 Fälle; 2015: 223 Fälle). Ähnliche Entwicklungen werden auch für die gesamte Bundesrepublik Deutschland beschrieben (Wahl 2011). Untersuchungen unter Einbeziehung des Dunkelfeldes sprechen jedoch eher für eine Abnahme der Häufigkeit aktiver Gewalt gegen Kinder in den letzten Jahren (Fendrich und Pothmann, 2007; Leitfaden Stoppt Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, 2015). Gleichzeitig hat aber auch die Sensibilität der Gesellschaft gegenüber einer solchen Gewalt und damit auch die Anzeigenbereitschaft zugenommen (vgl. Bussmann, 2003; Fendrich und Pothmann, 2007). Auch die Verbesserungen in der ärztlichen Diagnostik könnten zu dem scheinbaren Anstieg der Fallzahlen beigetragen haben (Wahl, 2011). Ebenso ist in Betracht zu ziehen, dass die Veränderungen durch das Bundeskinderschutzgesetz und die Landeskinderschutzgesetze (Verbesserung der Fallerfassung in den Jugendämtern und Erleichterungen des Offenbarungsrechtes) diese Entwicklung begünstigt haben. Trotzdem muss auch aktuell noch von einer beträchtlichen Dunkelziffer in Deutschland ausgegangen werden, nach der Einschätzung von Wahl (2011) ist weiterhin nur die Spitze des Eisberges ersichtlich. Um die positiven Entwicklungen im Kinderschutz fortzusetzen, z.B. durch die Verifizierung von Risikofaktoren und Gefährdungspotentialen oder zur Erarbeitung von wirksamen Präventionsstrategien, ist jedoch die Erhebung belastbarer und vergleichbarer statistischer Daten unverzichtbar. Solche Erhebungen sind im Bundeskinderschutzgesetz auch als einer der vier Eckpfeiler ausgewiesen.

Ein weiteres Problemfeld bei der Umsetzung der Kinderschutzgesetze stellt derzeit noch die Optimierung der Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen dar. Insbesondere bei der Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten ist u.a. die Frage der Abrechenbarkeit zurzeit noch ungelöst, so dass die Netzwerkarbeit auf das starke persönliche Engagement einzelner Ärztinnen und Ärzte angewiesen ist (Bericht des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur Umsetzung des Kinderschutzgesetzes vom 12.07.2012). Diese Problematik stellt

sich in ähnlicher Art und Weise auch bei der im Gesetz ausdrücklich benannten Integration der rechtsmedizinischen Institute des Landes Sachsen-Anhalt dar. Die Gewaltopferambulanzen der Institute bieten 24 Stunden am Tag die Möglichkeit für die entsprechenden Fachdisziplinen, wie Pädiatrie, Kinderchirurgie, Gynäkologie etc., konsiliarische Tätigkeiten anzufordern bzw. für die Jugendämter in Verdachtsfällen Kinder vorzustellen. Die Erfahrungen aus den letzten Jahren zeigen, wie auch in anderen Regionen Deutschlands, dass diese Konsultationsmöglichkeit zunehmend in Anspruch genommen wird.

2 Ziele der Arbeit

In der vorliegenden Untersuchung soll eine Analyse der aktuellen Situation in Sachsen-Anhalt bei der Bearbeitung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung erfolgen. Dabei sollen eine Erfassung und Auswertung von verschiedenen Parametern dieser Thematik durchgeführt werden. Dafür sollen soziodemographische Faktoren und Risikofaktoren sowie die Art der Kindeswohlgefährdung betrachtet werden. Des Weiteren soll eine Analyse der Fallbearbeitung durch das Jugendamt und der weiteren Maßnahmen, wie z.B. polizeiliche Meldungen, erfolgen. Ein besonderer Schwerpunkt der Studie soll in der Betrachtung der Häufigkeit ärztlicher Konsultationen und der Auswahl der medizinischen Fachrichtung gelegt werden. Die erhobenen Faktoren sollen im Hinblick auf die aktuelle Fachliteratur und die derzeitigen Rahmenbedingungen im Land Sachsen-Anhalt diskutiert werden. Dabei soll auch auf eventuell identifizierte Problemfelder und Defizite eingegangen werden. Aus dieser Betrachtung sollen schließlich Schlussfolgerungen und Lösungsansätze erarbeitet werden, die zu einer weiteren Verbesserung des Kinderschutzes beitragen können.

3 Material und Methodik

Um einer belastbaren Analyse von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung tatsächlich gerecht zu werden ist eine umfassende Einbeziehung der verschiedenen Aspekte dieser Problematik erforderlich. Dazu gehören die Erfassung soziodemographischer Faktoren, möglicher Risikofaktoren und der Art der Kindeswohlgefährdung sowie die Betrachtung der Fallbearbeitung durch das Jugendamt und der Häufigkeit ärztlicher Konsultationen. Fallbezogen sollte auch noch eine mögliche polizeiliche Meldung und der Ausgang der Sorgerechtsverfahren erfasst werden. Zur Berücksichtigung zeitlicher Veränderungen und Tendenzen ist dabei eine längerfristige Untersuchung über einen definierten Zeitraum von mindestens 10 Jahren anzustreben.

Da eine derartige Untersuchung mit einem ausgesprochen hohen Aufwand in der Bereitstellung und Durchsicht der entsprechenden Fallakten verbunden ist, wurde das Ministerium für Arbeit

und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt um Unterstützung gebeten. Im Rahmen eines Drittmittelprojektes wurden im Jahr 2014 schließlich 18.500 € für die Aktenrecherche und Aktenaufnahme im Auftrag der Jugendämter und für die studentische Hilfskraft gewährt. Für die Recherche wurden zwei Jugendamtsbezirke aus verschiedenen Regionen von Sachsen-Anhalt ausgewählt. Dabei handelte sich um die Jugendamtsbereiche des Landkreises Wittenberg im Osten von Sachsen-Anhalt und dem Altmarkkreis Salzwedel im Nordwesten des Landes. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle vor. Das Datenschutzkonzept wurde mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes Sachsen-Anhalt abgestimmt.

Aufgrund einer zeitlichen Bindung der finanziellen Mittel mussten die Recherchen in einen relativ kurzen Zeitraum (Dezember 2014 – Februar 2015) erfolgen. Da in diesem Zeitraum die meisten Fälle des Jahres 2014 und auch eine Vielzahl von Fällen aus dem Jahr 2013 noch nicht abgeschlossen waren, wurde für die Untersuchung der 10-Jahres-Zeitraum 2003-2012 ausgewählt. Aufgrund des Datenschutzkonzeptes konnten die Fallakten der Jugendämter nur vor Ort in Wittenberg und Salzwedel analysiert werden. Diese Einsichtnahme wurde auf die Autorin und den Betreuer beschränkt. Voraussetzung für diese Akteneinsicht war eine Vorauswahl von Fallakten durch Mitarbeiter der Jugendämter aus den Archivräumen erforderlich. Insgesamt wurden dabei in den Jugendämtern Salzwedel und Wittenberg ca. 3500 Akten der Jahrgänge 2003-2012 ausgewählt, bei denen eine Kindeswohlgefährdung bzw. eine explizite Gefährdung nach § 8a SGB zumindest in Betracht zu ziehen war. Dabei zeigte sich, dass die Recherchetätigkeit durch die insbesondere in den Anfangsjahren fehlende bzw. auch später nicht immer vollständige zentrale Registrierung der Fälle erheblich erschwert war. Im Jugendamt Wittenberg konnte diese Problematik durch einen enormen personellen und zeitlichen Aufwand und ein hohes persönliches Engagement der dortigen Mitarbeiter ausgeglichen werden. Demgegenüber konnte aufgrund des Mangels an personellen und zeitlichen Ressourcen und infolge der strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Zusammenlegung und Verlagerung der Zuständigkeitsbereiche zwischen den Jugendämtern Salzwedel und Gardelegen) im Jugendamt Salzwedel nur eine Teilübersicht aus dem Zeitraum 2007-2012 erlangt werden. Eine weitere Limitation bestand darin, dass auch aus dem Zeitraum 2010-2012 noch vereinzelte Fälle nicht abgeschlossen waren und daher nicht in das Fallkollektiv einbezogen werden konnten.

Nach der Vorauswahl erfolgte eine detaillierte Sichtung der Akten nach konkreten Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung aus medizinischer Sicht. Dazu gehörten Hinweise für eine körperliche Misshandlung (z.B. Hämatome, unklare Verletzungen, Schilderungen von Gewalttätigkeiten), für einen sexuellen Missbrauch (z.B. auffällige Befunde und/oder entsprechende Angaben des Kindes bzw. anderer Personen) oder für eine Vernachlässigung (z.B. äußere

Hinweiszeichen auf Nahrungs- oder Flüssigkeitsmangel, Anzeichen einer Verwahrlosung, entsprechende Zustands- bzw. Vorfallschilderungen).

In die Untersuchung wurden Akten mit eindeutig dokumentierten Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung eingeschlossen. Als eindeutige Anzeichen wurden Verletzungen, mangelnde Hygiene, mangelnde Nahrung und Kleidung, unzureichende Wohnverhältnisse, Hinweise auf sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung, häufiges Schulschwänzen, fehlende Vorsorgeuntersuchungen, auffällige psychische oder physische Merkmale des Kindes, Hinweise von Dritten gewertet. Es erfolgte die gezielte Vorauswahl der Akten, die derartige Notizen enthielten.

Schließlich wurden in die Untersuchung 452 Fälle eingeschlossen. Von diesen Fällen wurden folgende Basisdaten erhoben:

- Alter des Kindes
- Geschlecht des Kindes
- Status des Aufwachsens
- Beziehungsstatus der leiblichen Eltern
- Altersverteilung der Eltern bzw. neuen Lebenspartner
- Besuch einer Kindertagesstätte bzw. Schulform
- Hinweise für Alkohol-, Drogen- oder Nikotinabusus
- sozioökonomischer Status
- Hinweise für Partnerschaftskonflikte
- berufliche Situation der Eltern bzw. neuen Lebenspartner
- Art der Kindeswohlgefährdung
- Art des Erstkontaktes zum Jugendamt
- Personen des Erstkontaktes zum Jugendamt
- bereits vorangegangene Kontakte mit dem Jugendamt
- Beteiligung weiterer Personen an der Fallbearbeitung
- Personen, gegen die sich der Tatverdacht richtete
- Erstmaßnahmen des Jugendamtes
- personeller und zeitlicher Aufwand des Jugendamtes
- abschließende Fallbewertung der Verdachtsfälle
- Konsequenzen des Jugendamtes
- Gewährung von Hilfen durch das Jugendamt
- polizeiliche Meldung
- ärztliche Vorstellung

- rechtsmedizinische Vorstellung
- Ausgang von Sorgerechtsverfahren
- Einleitung von Strafverfahren
- vorherige Haftstrafen

Die erhobenen Daten wurden mit SPSS Statistics Version 22.0 ausgewertet. Die graphischen Darstellungen erfolgten ebenfalls mit SPSS. Zur Berechnung der p-Werte wurde im SPSS der Chi-Quadrat Test angewandt. Alle p-Werte wurden explorativ interpretiert. Es erfolgte keine Adjustierung für multiples Testen.

Falldarstellungen

1. Fall: Verdacht der körperlichen Misshandlung mit bestätigtem Verdacht

Falldaten:

Männlich, 1 Monat

Aktensituation beim Jugendamt:

mittlerer Aktenumfang, 2-3 wöchentliche Kontakte im Zeitraum von 2 Jahren bei seit 2 Jahren bekannter Familiensituation. Beteiligung mehrerer Mitarbeiter und Sozialarbeiter bei einem wöchentlichen Aufwand von 9 Stunden, Helferkonferenz erfolgte

Status des Aufwachsens: allein beim Kindesvater

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern: getrennt lebend

kein Migrationshintergrund

1 leibliches Geschwisterkind, weiblich, 2 Jahre

Alter der Kindesmutter: 19 Jahre

Alter des Kindesvaters: 23 Jahre

beide Elternteile ohne berufliche Ausbildung mit niedrigem sozioökonomischen Status (Hartz IV)

Hinweise für Nikotinabusus bei der Kindesmutter und Alkoholabusus bei dem Kindesvater

keine vorherigen Haftstrafen

Hinweise für Partnerschaftskonflikte

Kontaktumstände:

Familie war dem Jugendamt seit 2 Jahren bekannt. Der Kindesvater meldete sich beim Jugendamt zwecks Hilfe bei der Unterbringung für sein, zum Zeitpunkt noch ungeborenes Kind. Die Kindesmutter stand bereits seit der Geburt ihres ersten Kindes unter der Betreuung durch das Jugendamt und erhielt seit 2 Jahren Hilfe zur Erziehung nach §31 SGB VIII. Die Unterbringung des neugeborenen Sohnes beim Kindesvater erfolgte in beiderseitigem Einvernehmen. Der Vater erhielt von November 2009-Januar 2010 Hilfe zur Erziehung §31. Nach Meldung des Verdachtes der körperlichen Misshandlung durch das Krankenhaus erfolgte ein Hausbesuch als Erstmaßnahme des Jugendamtes bei der Kindesmutter, um mit ihr die Situation zu erörtern.

Fallumstände:

Der Säugling wurde im Januar 2010 aufgrund einer plötzlich aufgetretenen Zustandsverschlechterung im Krankenhaus vorstellig, dort erfolgte folgende Befunderhebung:

- typische Befunde eines Schütteltraumas
- mehrere Hämatome im Gesicht

Es erfolgte die Konsultation der Rechtsmedizin Halle mit einer forensischen Befunddokumentation und nachfolgender Erstattung einer Strafanzeige durch das Krankenhaus bei der Polizei unter dem Verdacht auf Kindesmisshandlung. Tatverdächtig war der Kindesvater,

welcher eine nicht plausible Erklärung abgab (Entstehung der Verletzungen durch eine auf das Kind herabgefallene Spieluhr). Der Kindesvater wurde zu einer zweijährigen Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt. Das Kind verstarb im Krankenhaus.

2. Fall: Verdacht auf sexuellen Missbrauch, keine hinreichend valide Einschätzung möglich

Falldaten:

weiblich, 14 Jahre

umfangreicher Aktenumfang, >3 Kontakte 2007-2008, mehrere Mitarbeiter, Sozialarbeiter beteiligt, 5 Stunden pro Woche, Helferkonferenz

Status des Aufwachsens: bei der Kindesmutter mit neuem Partner

Beziehungsstatus der Eltern: getrennt lebend

kein Migrationshintergrund

Gesamtschule, 9. Klasse

zwei leibliche Geschwister, männlich, 13 Jahre und 1 Jahr

Kindesmutter: 33 Jahre, arbeitslos

Kindesvater: 37 Jahre, Arbeiter

Neuer Lebenspartner der Mutter: 38 Jahre, Arbeiter

Alkohol- und Nikotinabusus in der Familie (Kindesvater und neuer Lebenspartner der Mutter)

Hinweise für Partnerschaftskonflikte

keine vorhergehenden Haftstrafen

Kontaktumstände:

Es erfolgte eine Meldung an das Jugendamt durch die Polizei, da die Jugendliche zur Polizei gegangen war, um eine Anzeige gegen den neuen Partner der Mutter wegen sexuellen Missbrauchs zu stellen. In einer Aktennotiz des Jugendamtes wurde lediglich vermerkt: "Polizei stellte 8 x 8cm großes Hämatom am linken Oberschenkel fest, Fotodokumentation". In der Akte des Jugendamtes befanden sich weder Fotos der Verletzung noch sonstige polizeiliche Berichte. Die Familie war dem Jugendamt vorher nicht bekannt. Es wurde daraufhin der Kindernotdienst eingeschaltet und die Jugendliche auf eigenen Wunsch in Obhut genommen.

Fallumstände:

Zunächst wurde durch die Jugendliche eine Strafanzeige bei der Polizei gestellt aufgrund eines sexuellen Missbrauchs in fünf Fällen durch den neuen Partner der Mutter. Es erfolgte keinerlei ärztliche Begutachtung bzw. Vorstellung. Als Maßnahme des Jugendamtes wurde eine Unterbringung nach §34 (Heimerziehung) für ein Jahr angeordnet. Die Strafanzeige wurde nach wenigen Wochen durch die Jugendliche zurückgezogen, da sie „gelogen habe“. Die Hilfemaßnahme durch das Jugendamt wurde daraufhin auf Wunsch aller Beteiligten beendet. Aufgrund der mangelnden Befunddokumentation, der fehlenden ärztlichen Begutachtung und der

sonstigen Umstände wurde der Fall als nicht hinreichend valide beurteilbar eingestuft.

3. Fall: Verdacht auf Vernachlässigung, Verdacht bestätigt

Falldaten:

weiblich, 3 Jahre

umfangreicher Aktenumfang, >3 Kontakte, 2005-2008, mehrere Mitarbeiter beteiligt, Sozialarbeiter beteiligt, 25 Stunden pro Woche, Helferkonferenz

Status des Aufwachsens: bei leiblichen Eltern

Beziehungsstatus: verheiratet

kein Migrationshintergrund

Besuch der Kindertagesstätte

Kindesmutter: 32, arbeitslos

Kindesvater: 43, arbeitslos

Alkoholabusus Kindesvater, Nikotinabusus Kindesmutter

niedriger sozioökonomischer Status

keine vorhergehenden Haftstrafen

Kontaktumstände:

Die Meldung an das Jugendamt erfolgte durch Familienangehörige mit dem Verdacht, die Kindesmutter würde das Kind vernachlässigen. Die Familie war dem Jugendamt vorher unbekannt.

Fallumstände:

Im weiteren Verlauf stellte sich heraus, dass das Kind bereits in der Kindertagesstätte durch starken Uringeruch und Nikotingeruch mehrmals auffällig geworden war. Es erfolgten keinerlei medizinische Vorsorgeuntersuchungen. Das Kind wurde einem Facharzt für Augenheilkunde vorgestellt, wo eine Sehstörung diagnostiziert wurde. Als weiterer Aktenvermerk ließ sich der Hinweis auf sekundäre Enuresis und deutliche Sprachstörungen finden. Als Erstmaßnahme erfolgte ein angemeldeter Hausbesuch des Jugendamtes. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Familie hoch verschuldet war und die Wohnung „völlig vermüllt gewesen sei“. Als weitere Maßnahmen erfolgte dann die Betreuung der Familie durch eine sozialpädagogische Familienhilfe nach §31 SPFH SGB VIII.

Aus den Unterlagen ergaben sich keine Hinweise für eventuelle strafrechtliche Konsequenzen.

4 Ergebnisse

4.1 Jährliche Verteilung

Im Untersuchungszeitraum 2003-2012 wurden insgesamt 452 Fälle erfasst, wobei sich in den einzelnen Jahren erhebliche Schwankungen zeigten (Abb. 1).

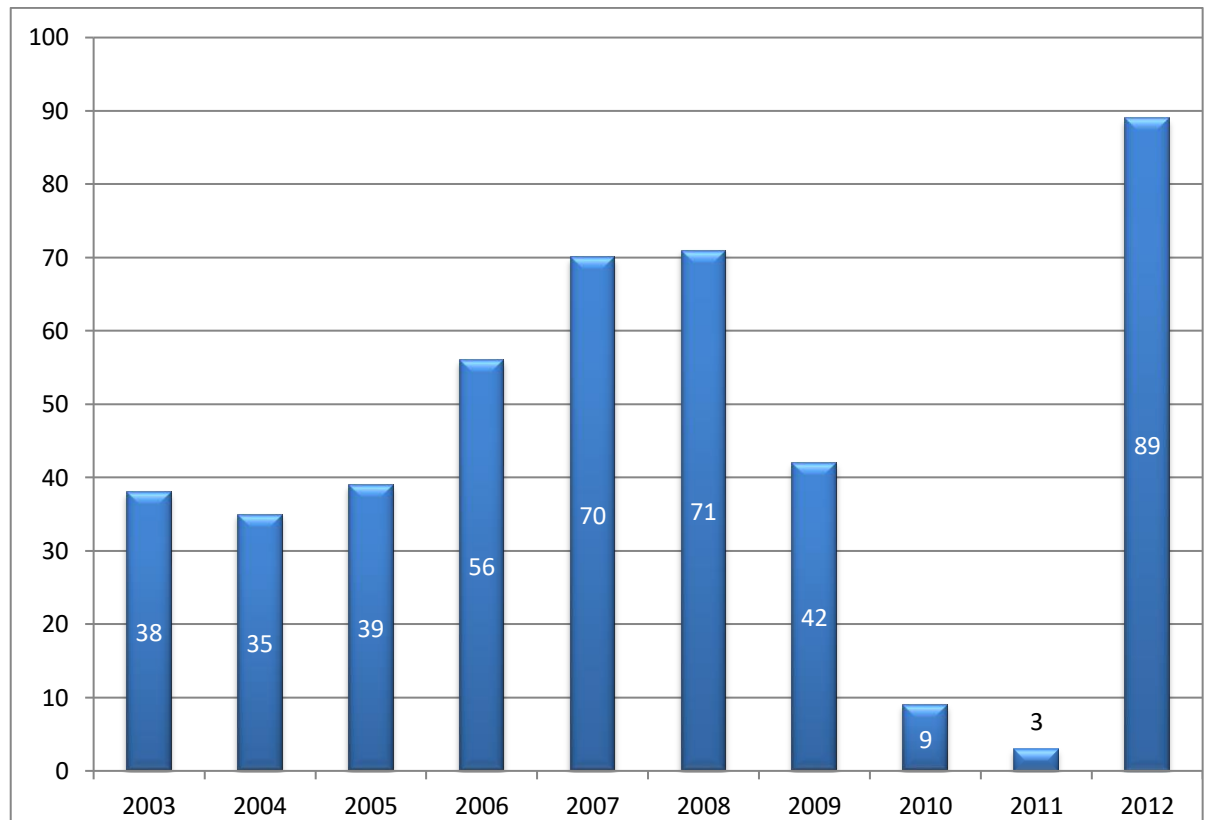


Abb.1: Jährliche Verteilung der Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung
(n=452, absolute Fallzahlen)

4.2 Soziodemographische Faktoren

Die Altersverteilung der 452 Fälle (Abb. 2) zeigt, dass zum Zeitpunkt des Erstkontaktes Kleinkinder (1-5 Jahre) mit einem Anteil von 27,7% am häufigsten vertreten waren, während Säuglinge (unter 1 Jahr) in knapp 10,0% der Fälle betroffen waren. Grundschulkindern (6-9 Jahre) waren mit einem Anteil von 22,8% ebenfalls häufiger anzutreffen. Das spätere Kindesalter (10-13 Jahre) und Jugendliche (14-18 Jahre) waren mit jeweils etwa 20,0% gleichermaßen repräsentiert.

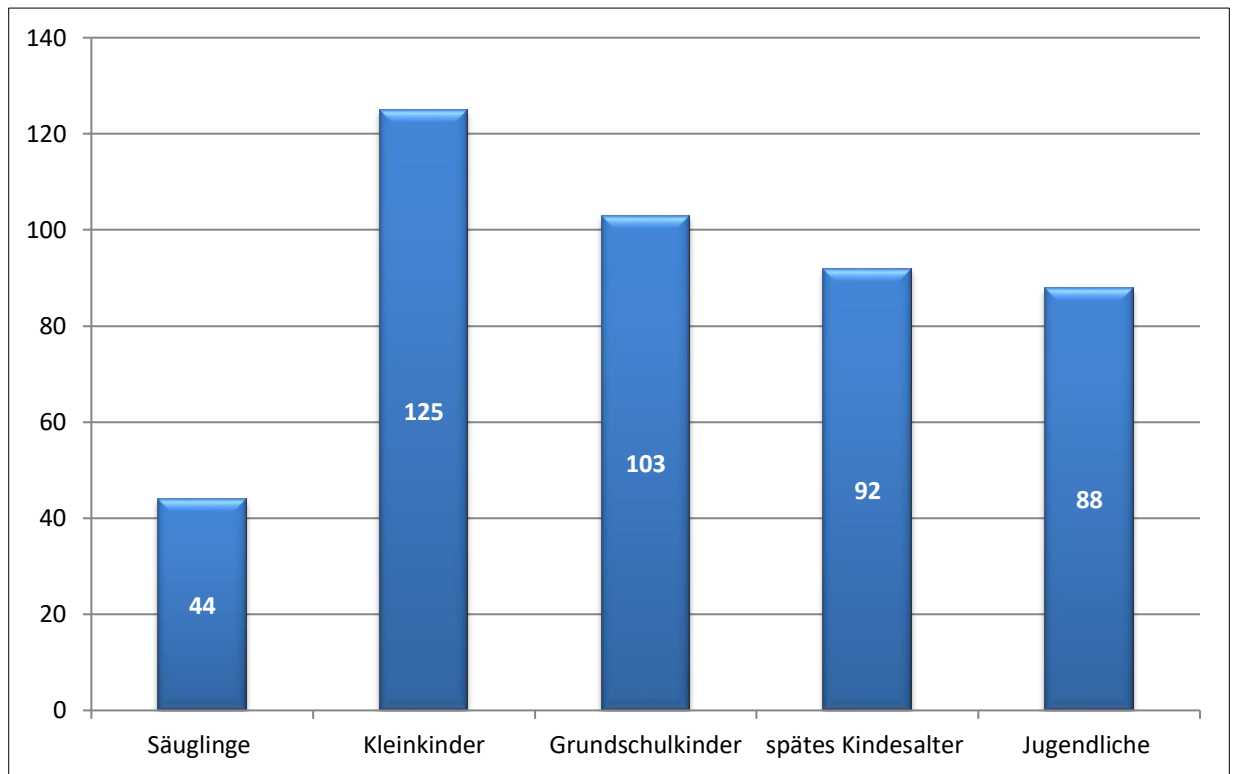


Abb.2: Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen (n=452, absolute Fallzahlen)

Im Untersuchungskollektiv zeigte sich eine nahezu homogene Geschlechterverteilung mit 225 Jungen und 227 Mädchen.

Bei den familiären Verhältnissen (Abb. 3) war ersichtlich, dass die Kinder und Jugendlichen am häufigsten bei der Kindesmutter und deren neuen Lebenspartner (33,2%) oder bei der alleinstehenden Kindesmutter (29,6%) aufwuchsen. Der Anteil des Aufwachsens bei den leiblichen Eltern betrug demgegenüber nur 25,4%. Seltener wuchsen die Kinder und Jugendlichen beim alleinstehenden Kindsvater oder bei Großeltern, Bekannten, Adoptiv- bzw. Pflegeeltern und in Heimen auf (in Abb. 3 zusammengefasst als Sonstige).

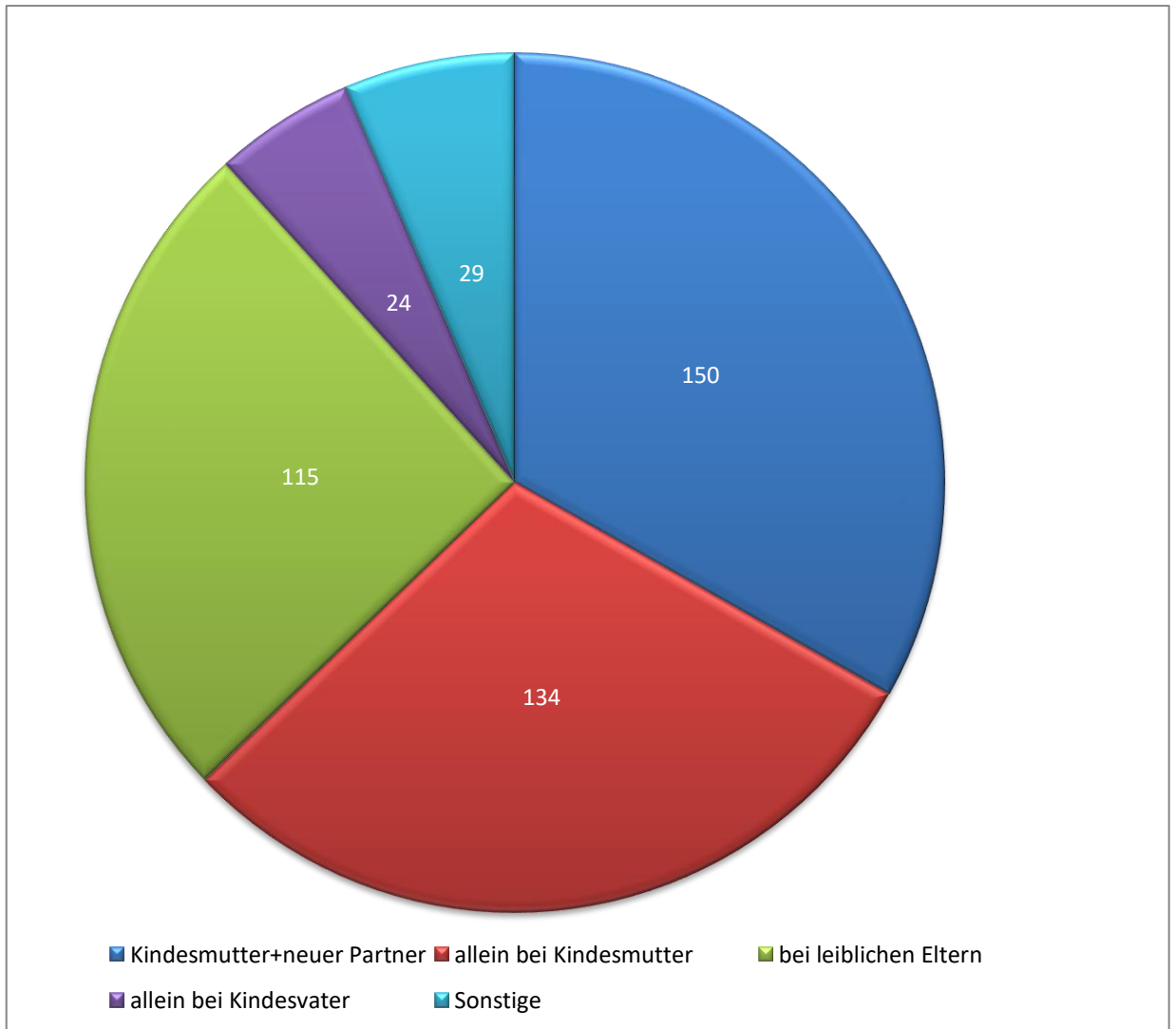


Abb. 3: Status des Aufwachsens der Kinder und Jugendlichen (n=452, absolute Fallzahlen)

Beim Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (Abb. 4) war auffällig, dass die Eltern überwiegend (57,3%) getrennt lebten oder geschieden waren (11,1%). Nur relativ selten waren die leiblichen Eltern miteinander verheiratet (17,9%). In 36 Fällen konnte der Beziehungsstatus der Eltern aus den Akten nicht entnommen werden.

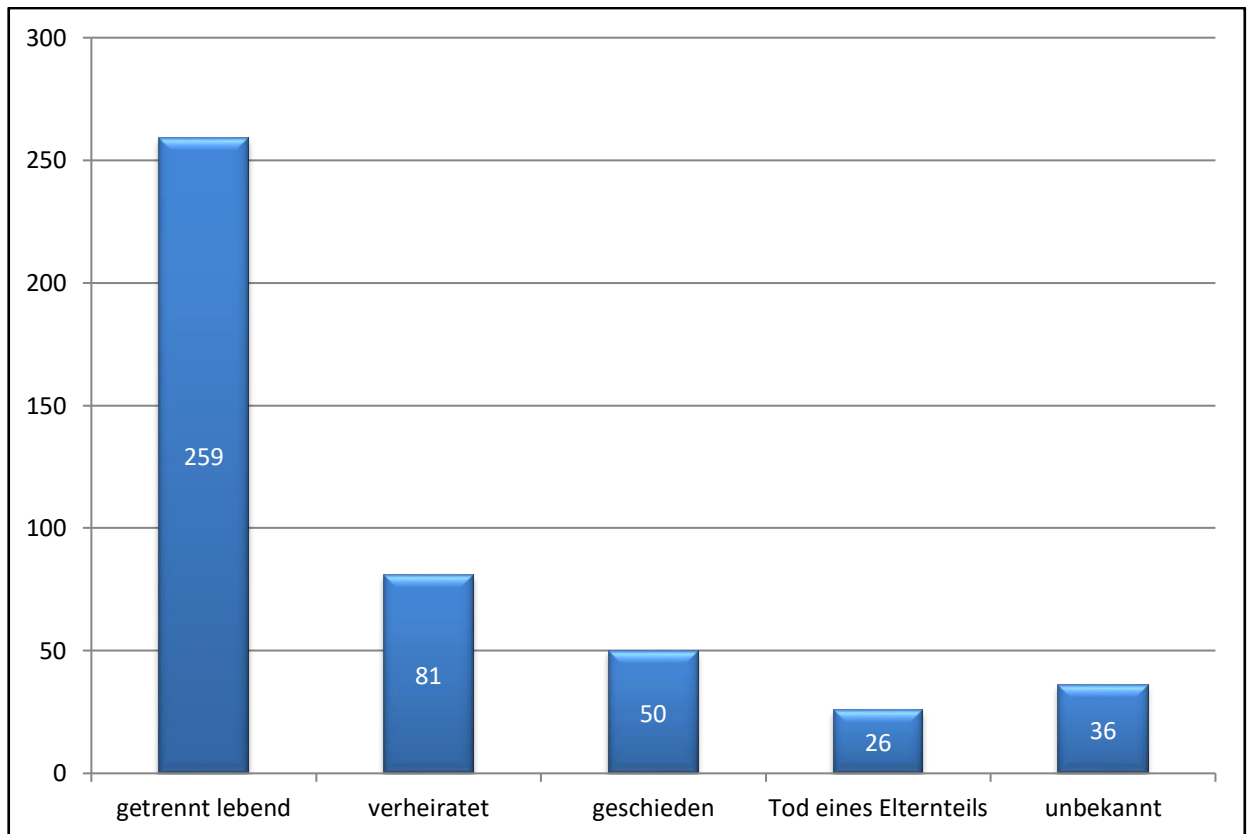


Abb. 4: Beziehungsstatus der Eltern (n=452, absolute Fallzahlen)

Bei der Altersverteilung der Kindesmütter (Abb. 5) lag der Gipfel (21,3%) in der Gruppe der 26-30jährigen Frauen, gefolgt von den nachfolgenden Altersgruppen der 31-35jährigen (19,9%) und 36-40jährigen (18,0%). Seltener waren die Frauen jünger als 21 Jahre oder über 40 Jahre alt. Bei der Altersverteilung der leiblichen Kindesväter zeigte sich ein etwas anderes Spektrum (Abb. 6). Am häufigsten waren die Kindesväter über 40 Jahre alt (29,7%), gefolgt von den 31-35jährigen (19,7%) und den 36-40jährigen (17,7%). Jüngere Kindesväter waren deutlich seltener vertreten. Bei den Frauen war in 29 Fällen und bei den Männern in 51 Fällen das Alter unbekannt. Das Alter des neuen Lebenspartners der Kindesmutter konnten den vorhandenen Unterlagen nur in 150 Fällen entnommen werden. Aber auch hier waren die meisten Männer (28,0%) in der Altersgruppe der über 40jährigen zu finden, dabei zeigte sich jedoch mit 23,3% ein zweiter Gipfel in der Altersgruppe der 21-25jährigen.

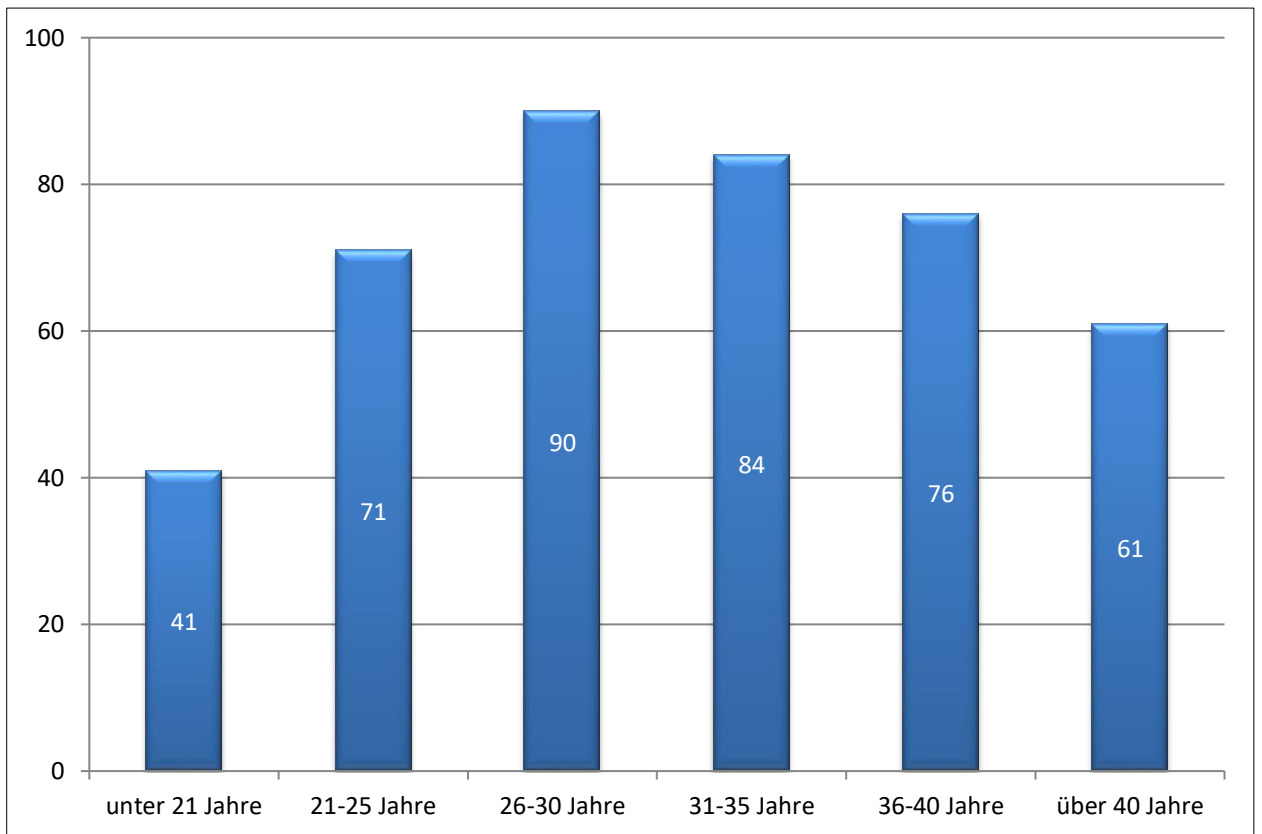


Abb. 5: Altersverteilung der Kindesmütter (n=423, absolute Fallzahlen)

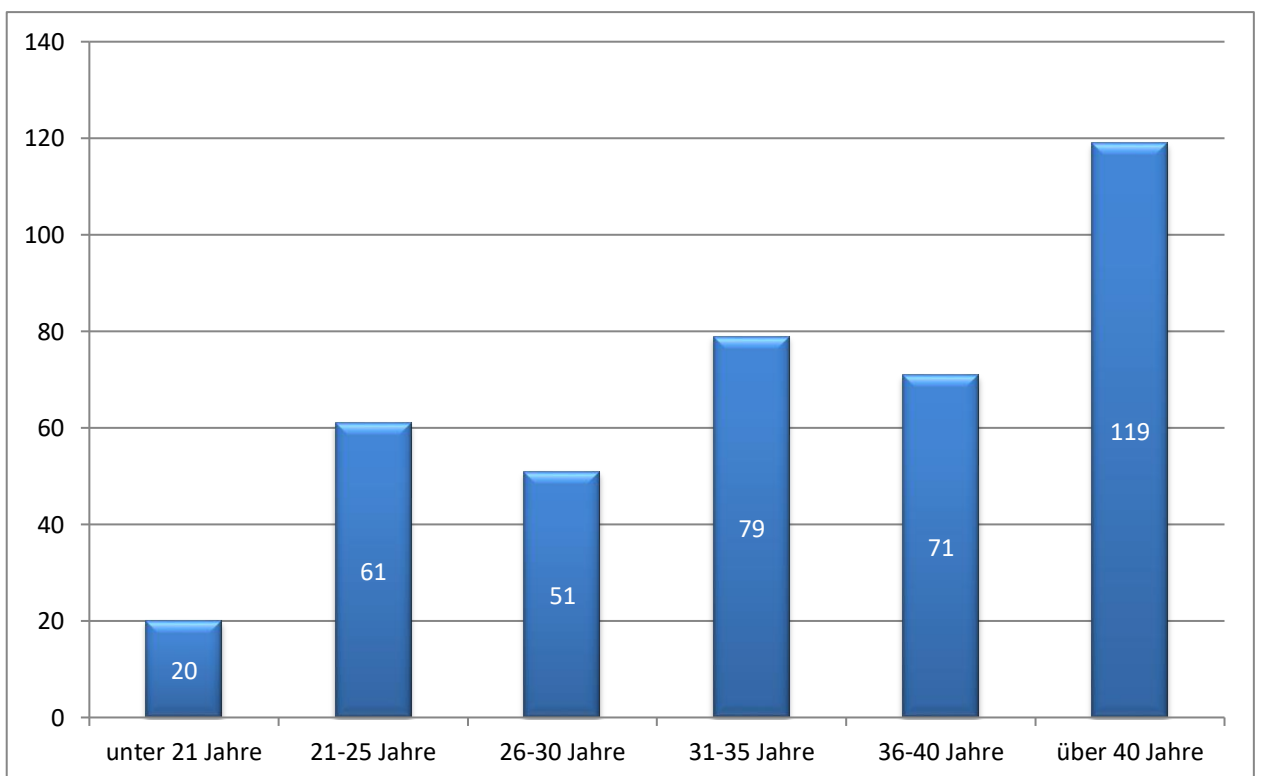


Abb. 6: Altersverteilung der Kindesväter (n=401, absolute Fallzahlen)

In einem Viertel der zuordenbaren Fälle (n=324) besuchten die Kinder zum Zeitpunkt des Erstkontaktes eine Kindertagesstätte (Abb. 7). Die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen verteilten sich überwiegend auf die Gesamtschule (27,5%) und die Grundschule (24,1%). Relativ häufig erfolgte auch der Besuch einer Sonderschule (21,0%). Demgegenüber waren Gymnasiasten mit 2,5% selten anzutreffen. In den übrigen 128 Fällen besuchten die Kinder aufgrund ihres Alters noch keine Kindertagesstätte oder anhand der Akten war keine Zuordnung möglich.

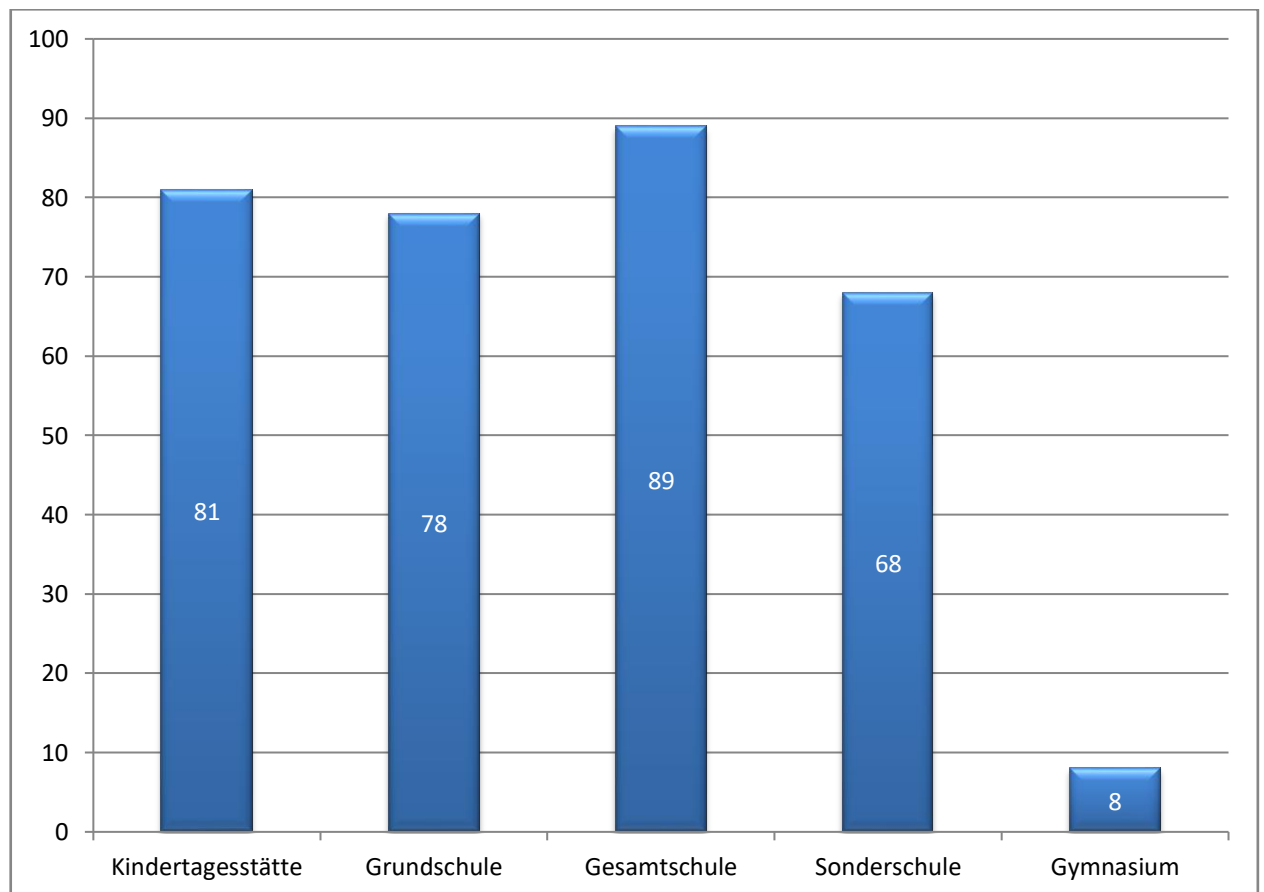


Abb. 7: Besuch einer Kindertagesstätte bzw. Schulform (n=324, absolute Fallzahlen)

4.3 Mögliche Risikofaktoren

In über der Hälfte der 452 Fälle (n= 239, 52,9%) ergaben sich aus den vorhandenen Unterlagen deutliche Hinweise für einen Alkoholabusus bei einem oder beiden Kindeseltern bzw. Lebenspartner, wobei dabei keine klare Trennung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeitssyndrom möglich war. In über einen Drittel der Fälle (n=175, 38,7%) ergaben sich Anhaltspunkte für einen Nikotinabusus und in 10,0% der Fälle (n=45) waren Hinweise für einen Drogenkonsum ersichtlich.

4.4 Sozioökonomischer Status innerhalb der Familien

Die Betrachtung des sozioökonomischen Status zeigte, dass in fast drei Viertel aller Fälle (n=325, 71,9%) in den Haushalten eine Hartz IV- Hilfe bestand.

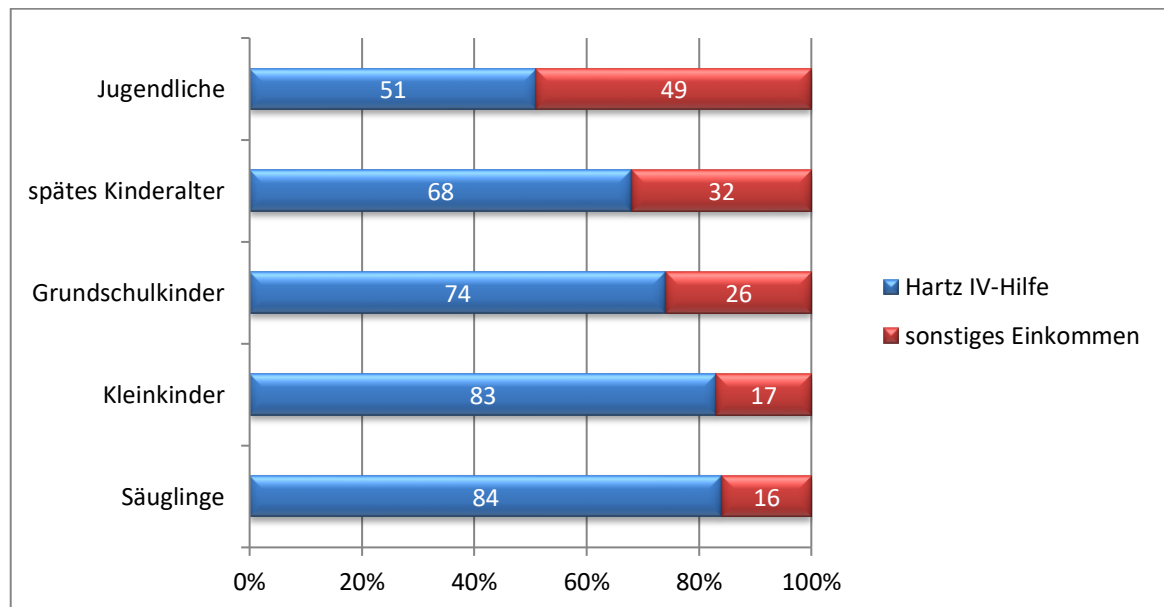


Abb.8: Korrelation zwischen Altersgruppe der Kinder und sozioökonomischen Status der Eltern (n=452, prozentuale Verteilung in vollen Prozent)

Bei der Korrelation zwischen der Altersgruppe und dem sozioökonomischen Status (Abb.8) war ersichtlich, dass Säuglinge mit 84,1% (37 von 44 Fällen), Kleinkinder mit 83,2% (104 von 125 Fällen) und auch Grundschul Kinder mit 73,8% (76 von 103 Fällen) häufiger ($p < 0,001$) in einem Haushalt mit Hartz IV-Hilfe aufwuchsen als die älteren Kinder. Bei den Jugendlichen betrug dieser Anteil nur 51,1% (45 von 88 Fällen). Eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede im sozioökonomischen Status waren nicht feststellbar ($p > 0,05$).

Bei der Korrelation zwischen Hinweisen auf einen Substanzabusus und dem sozioökonomischen Status war ersichtlich, dass der Anteil des Nikotin- (81,7%, 143 von 175 Fällen) und Alkoholabusus (82,8%, 198 von 239 Fällen) bei den Hartz IV-Empfängern am höchsten lag und ein positiver Zusammenhang bestand. 42 der 45 Fälle mit Hinweisen auf einen Drogenkonsum betraf ebenfalls Hartz IV-Empfänger (93,3%).

In über zwei Drittel der Fälle (n=309, 68,4%) ergaben sich Hinweise für Partnerschaftskonflikte zwischen den Kindeseltern bzw. zwischen der Kindesmutter und dem Lebenspartner. In 10,0% der Fälle (n=45) war aus den Unterlagen auch ersichtlich, dass mindestens ein Familienmitglied eine Haftstrafe verbüßt hatte bzw. sich noch in Haft befand. Zumeist handelte es sich dabei um

den Kindesvater oder den neuen Lebenspartner der Kindesmutter.

Aus den vorhandenen Unterlagen ging in 423 Fällen die berufliche Situation der Kindesmutter hervor (Abb.9), dabei war ersichtlich, dass der Anteil der arbeitslosen Kindesmütter mit einer Ausbildung mit 52,7% (223 von 423 Fällen) am höchsten war, während der Anteil der erwerbstätigen Mütter nur 13,0% (n=55) betrug. Ebenfalls häufig anzutreffen waren arbeitslose Kindesmütter, die über keinerlei Ausbildung verfügten, hier lag der Anteil bei immerhin noch 34,3% (145 von 423 Fällen).

In Hinblick auf die berufliche Situation der Kindesväter waren in 397 Fällen Daten ersichtlich (Abb.10). Auch hier waren arbeitslose Kindesväter mit einer Ausbildung mit 64,2% (n=255) deutlich überrepräsentiert. Der Anteil an erwerbstätigen Vätern war im Vergleich zu den Müttern mit 27,5% (n=109) aber doppelt so häufig vertreten. Arbeitslose Kindesväter ohne Ausbildung waren mit 33 Fällen (8,3%) seltener anzutreffen.

Von 150 neuen Lebenspartnern war die berufliche Situation in 147 Fällen ersichtlich. Davon war ebenfalls die Mehrheit mit 64,6% (n=95) mit Ausbildung arbeitslos, 15,7% (n=23) ohne jegliche Ausbildung arbeitslos und 19,7% (n=29) erwerbstätig.

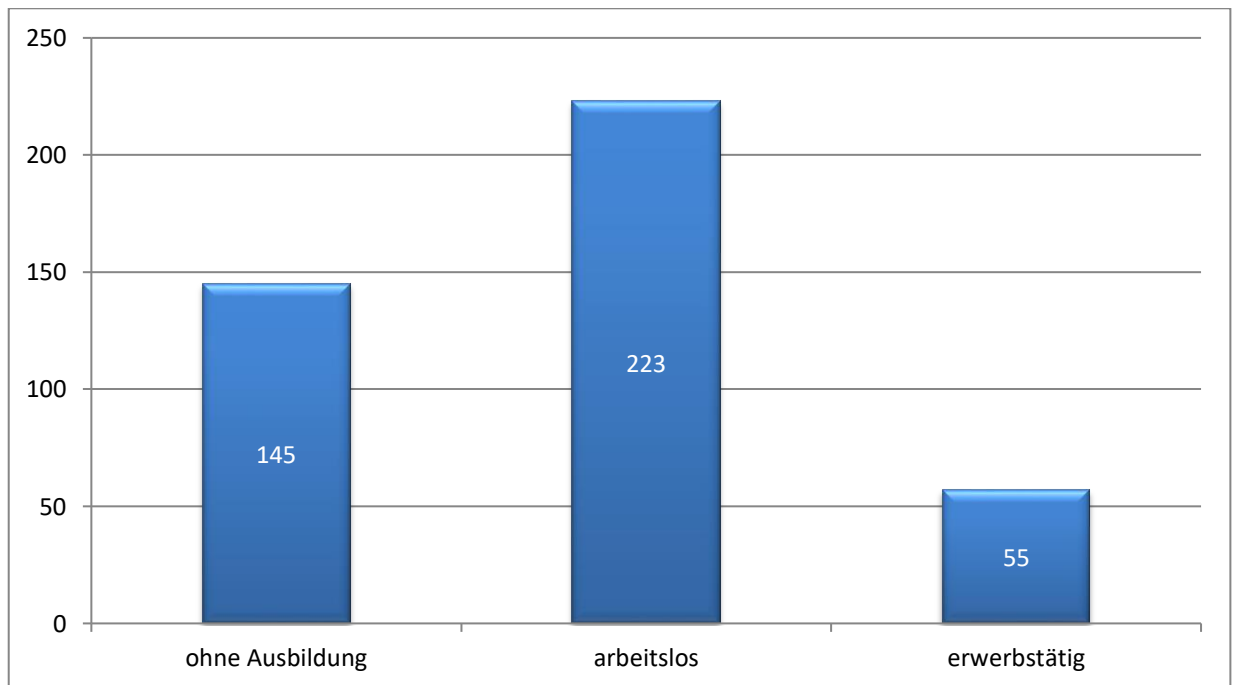


Abb.9: berufliche Situation der Kindesmutter (n=423, absolute Fallzahlen)

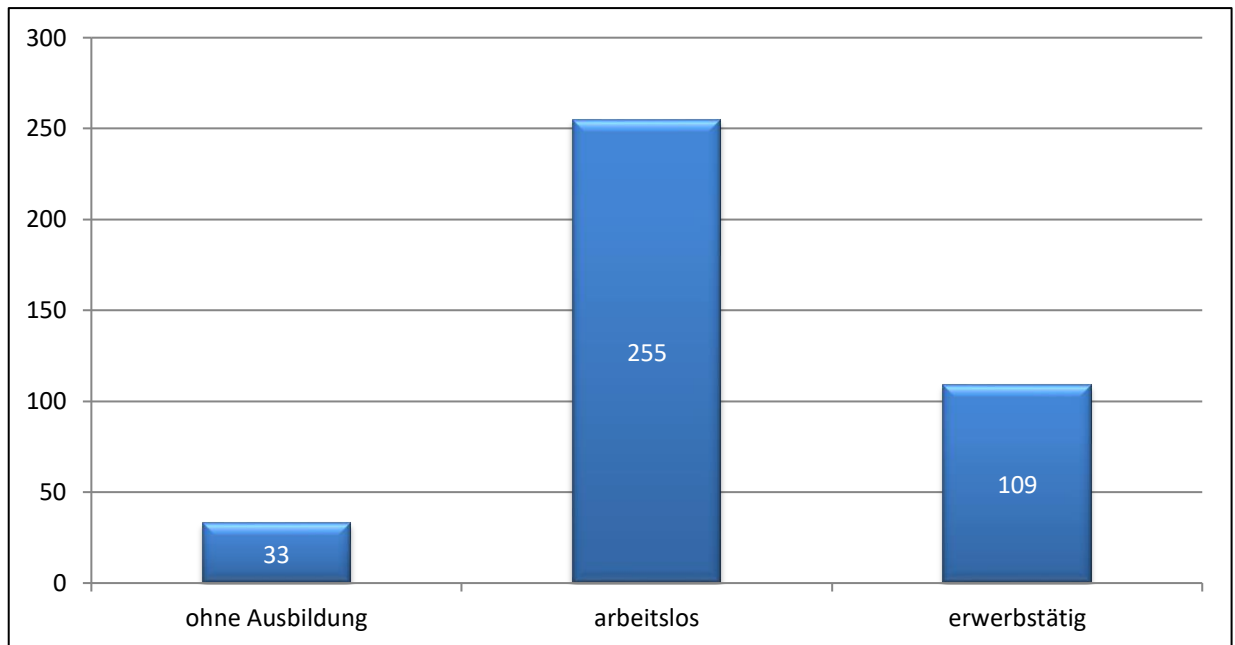


Abb.10: berufliche Situation des Kindesvaters (n=397, absolute Fallzahlen)

4.5 Art der Kindeswohlgefährdung

Am häufigsten (58,6%, n=265) bestand der Verdacht auf eine Kindesvernachlässigung (Abb. 11). In 130 Fällen (28,8%) lag der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und in 32 Fällen (7,1%) der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch vor. Schließlich gab es noch 25 Fälle (5,5%), in denen zumindest initial der Verdacht auf alle drei Arten der Kindeswohlgefährdung bestand.

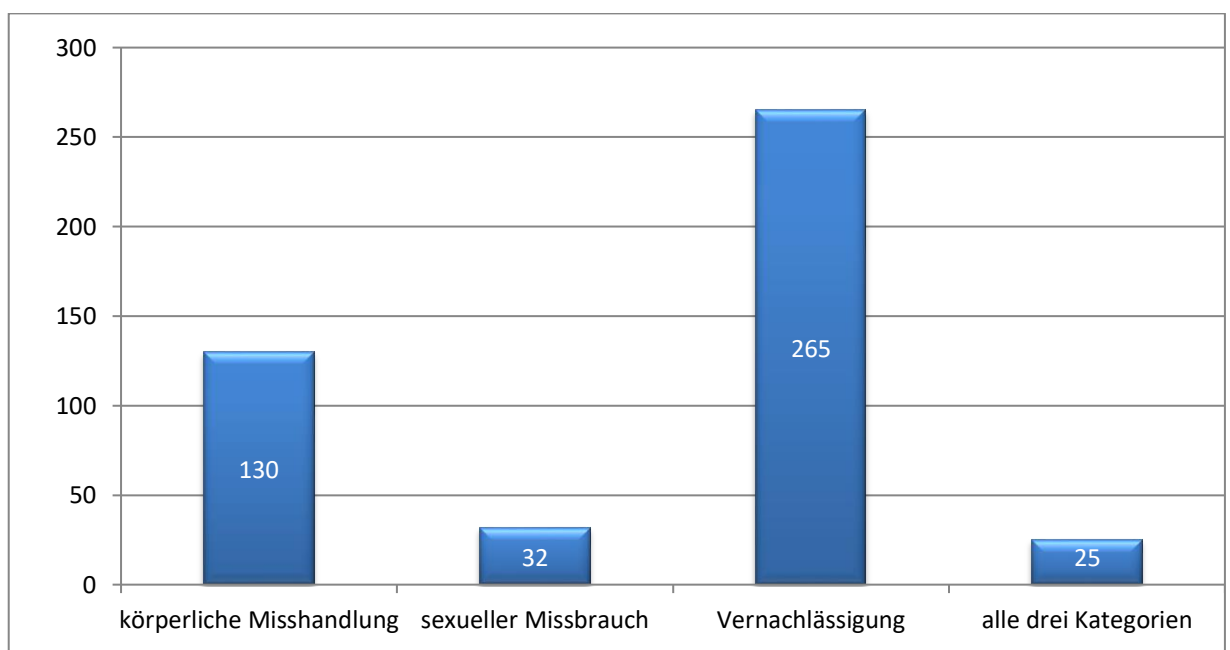


Abb.11: Verteilung der verschiedenen Kategorien der Kindeswohlgefährdung (n=452, absolute Fallzahlen)

Die jährliche Verteilung der einzelnen Kategorien der Kindeswohlgefährdung entsprach im Untersuchungszeitraum weitgehend dem Verlauf des Gesamtkollektivs. Die Geschlechtsverteilung der Kategorien der Kindeswohlgefährdung (Abb. 12) zeigte beim Verdacht des sexuellen Missbrauchs einen deutlichen Unterschied ($p < 0,001$), da Mädchen ($n=21$, 65,6%) nahezu doppelt so häufig betroffen waren, wie das männliche Geschlecht ($n=11$, 34,4%). Demgegenüber war bei der körperlichen Misshandlung und der Vernachlässigung trotz des leichten Überwiegens von Knaben und männlichen Jugendlichen kein klarer Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen.

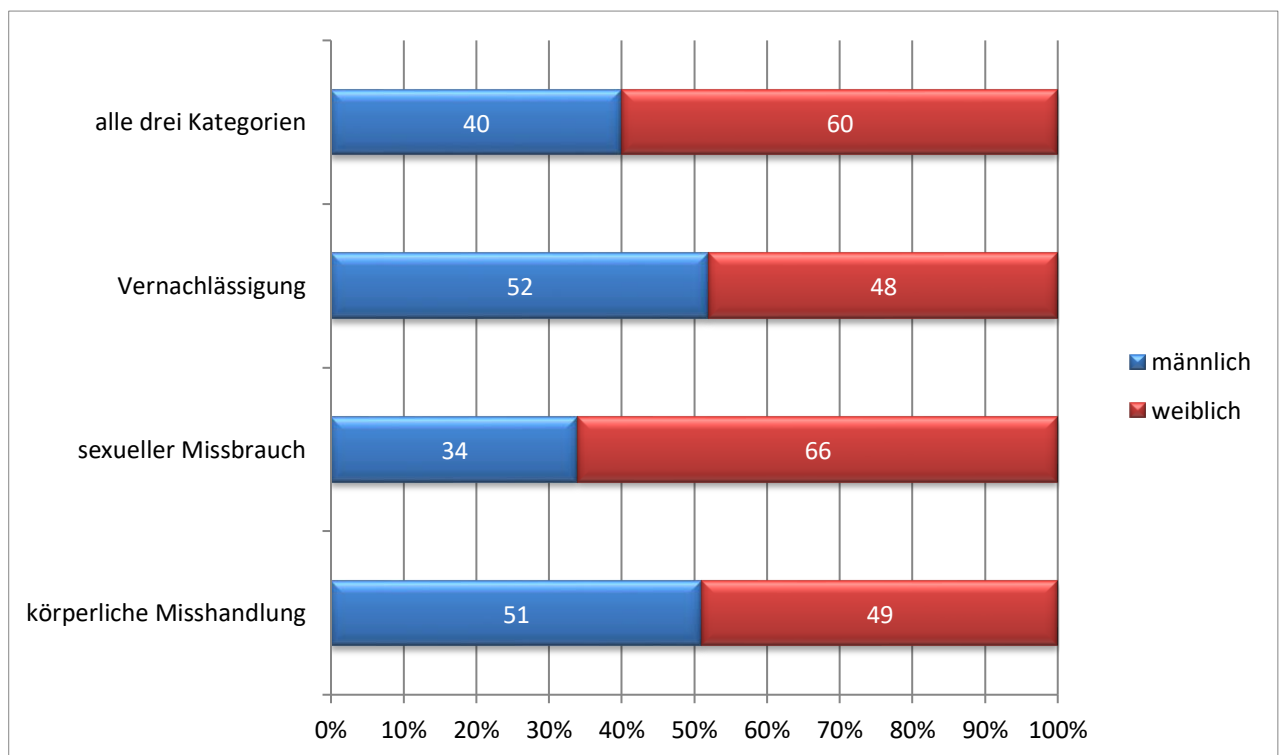


Abb. 12: Korrelation zwischen Geschlecht und Art der Kindeswohlgefährdung
($n=452$, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Altersverteilung der Kindeswohlgefährdung (Abb. 13) nahm der prozentuale Anteil der Verdachtsfälle auf Vernachlässigung vom Säuglingsalter (72,7% aller Fälle dieser Altersgruppe, 32 Fälle von 44), über das Kleinkind- (66,4%, 83 Fälle von 125), Grundschulkind- (65,0%, 67 Fälle von 103) und späte Kindesalter (57,6%, 53 Fälle von 92) bis hin zum Jugendalter (34,1%, 30 Fälle von 88) kontinuierlich ab. Somit waren die jüngeren Kinder gegenüber den Altersgruppen von über 10 Jahren häufiger von Vernachlässigung betroffen ($p < 0,001$). Die Kategorie des Verdachtes auf sexuellen Missbrauch erlangte erst im späten Kindesalter (16,3%, 15 Fälle von 92) und bei den Jugendlichen (13,6%, 12 Fälle von 88) eine zunehmende Bedeutung,

so dass diese Altersgruppen gegenüber den anderen deutlich häufiger beim sexuellem Missbrauch vertreten waren ($p < 0,001$). Beim Verdacht auf körperliche Misshandlung fanden sich zwei klare Altersgipfel gegenüber den anderen Altersgruppen, hier waren vor allem Kleinkinder (28,0%, 35 Fälle von 125) und Jugendliche (45,5%, 40 Fälle von 88) betroffen ($p < 0,001$).

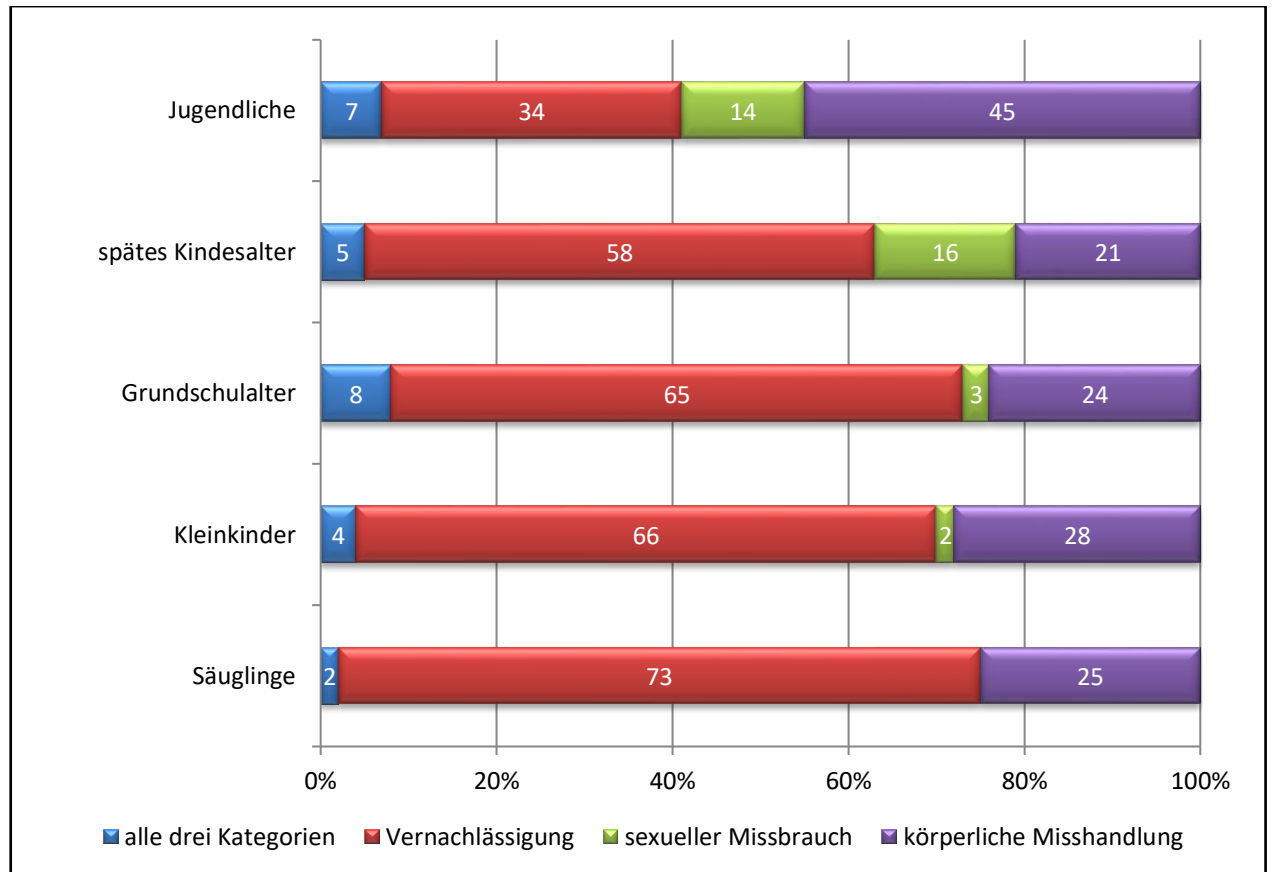


Abb. 13: Korrelation zwischen Kindesalter und Art der Kindeswohlgefährdung (n=452, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Betrachtung der Korrelation Alter der Kindesmutter und Art der Kindeswohlgefährdung (Abb. 14) zeigten sich deutliche Unterschiede. Bei jüngeren Müttern bestand häufiger der Verdacht auf eine Vernachlässigung als bei älteren Kindesmüttern ($p < 0,001$). So lag z.B. der Anteil dieser Kategorie in der Altersgruppe unter 21 Jahre sogar bei 75,6% (31 von 41 Fällen), während bei den über 40-jährigen Frauen nur in 36,1% (22 von 61 Fällen) der Verdacht auf eine Vernachlässigung vorlag. Demgegenüber waren Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung deutlich häufiger bei älteren Kindesmüttern zu finden ($p < 0,001$). So war sexueller Missbrauch in den beiden jüngsten Altersgruppen überhaupt nicht anzutreffen, während dieser Anteil bei den über 40-jährigen Frauen immerhin 18,0% (11 von 61 Fällen) betrug. Ein Verdacht auf körperliche Misshandlung bestand bei den unter 21 Jahre alten Frauen nur in 19,5% (8 von 41 Fällen), während dieser Anteil in den beiden ältesten Altersgruppen mit jeweils 35,5% (27 von 76 Fällen bzw. 22 von 61 Fällen) nahezu doppelt so hoch war.

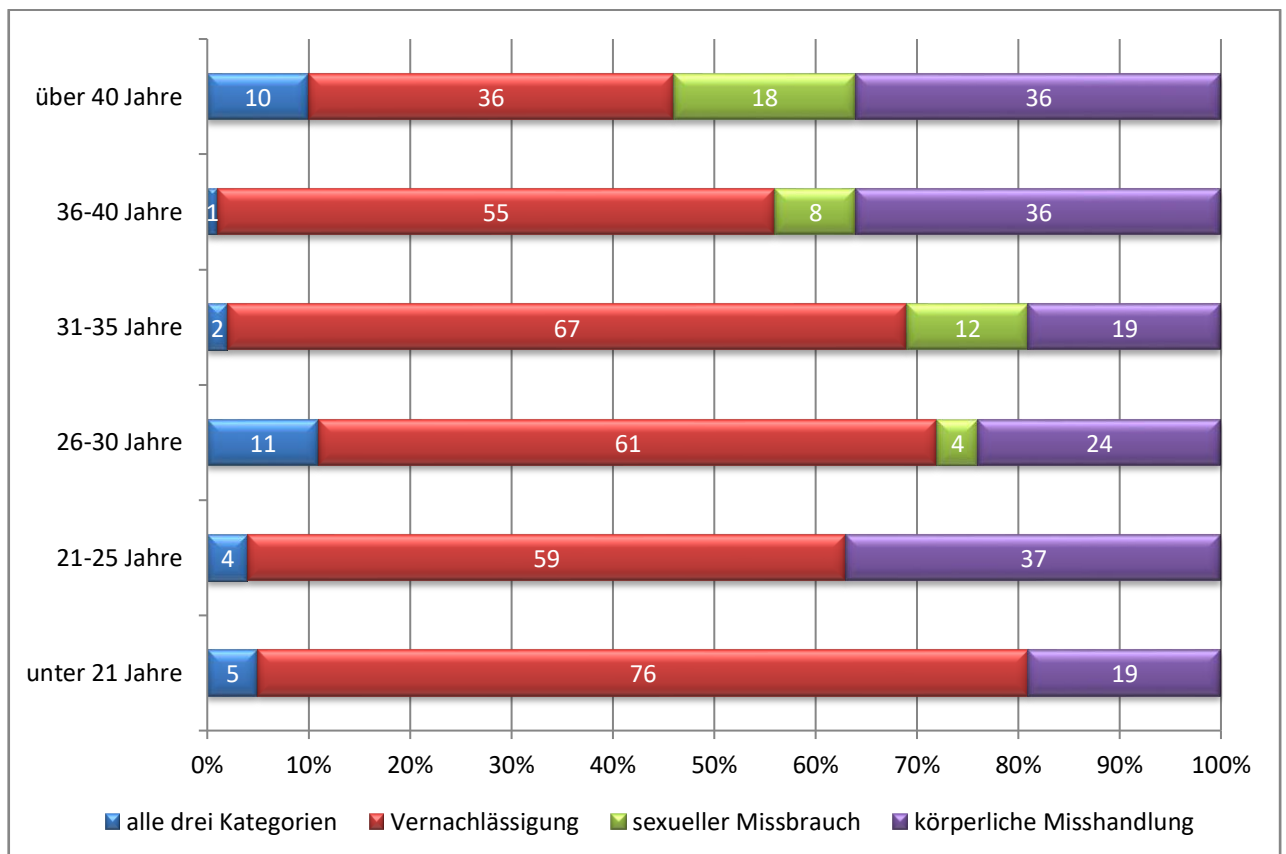


Abb. 14: Korrelation zwischen Alter der Kindesmutter und Art der Kindeswohlgefährdung (n=423, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Betrachtung der Korrelation Alter des Kindesvaters und Art der Kindeswohlgefährdung (Abb.15) zeigten sich ebenfalls Unterschiede. Bei älteren Kindesvätern bestand häufiger der Verdacht des sexuellen Missbrauchs als bei jüngeren Vätern ($p < 0,001$). So lag z.B. der Anteil der Kategorie des sexuellen Missbrauchs in der Altersgruppe der 36-40jährigen Väter bei 9,8% und bei den über 40-Jährigen sogar bei 10,8% während in der Altersgruppe der 21-25-Jährigen bzw. unter 21-Jährigen diese Kategorie überhaupt nicht anzutreffen war.

Beim Verdacht auf körperliche Misshandlung zeigte sich keine auffällige Altersverteilung. Demgegenüber war der Verdacht auf Vernachlässigung häufiger mit 65,0% und 74,0% bei den jüngeren Kindesvätern anzutreffen, während der Anteil der Vernachlässigungen in den höheren Altersgruppen auf ca. 51,0% sank.

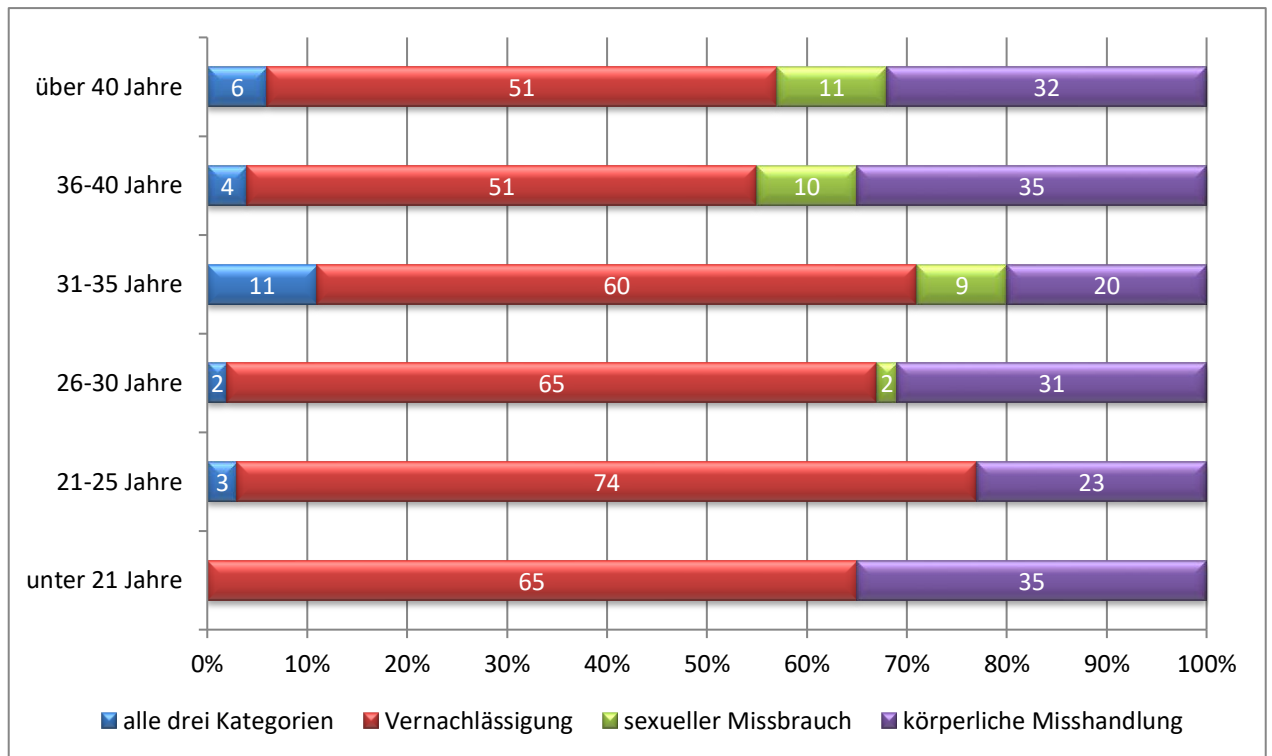


Abb.15: Korrelation zwischen Alter des Kindesvaters und Art der Kindeswohlgefährdung (n=401, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Auch bei der Betrachtung der Korrelation Alter des neuen Lebenspartners und Kategorie der Kindeswohlgefährdung (Abb. 16) waren deutliche Unterschiede feststellbar. So zeigten sich beim sexuellen Missbrauch zwei Altersgipfel (26-30 Jahre und über 40 Jahre), während in der Altersgruppe unter 21 Jahre zumindest keine isolierten Fälle dieser Kategorie festzustellen. In Fällen der Vernachlässigung fand sich ein nahezu doppelt so hoher Anteil in der Altersgruppe 21-25 Jahre mit 71,0% im Vergleich zu den über 40-jährigen Lebenspartner mit 38,0% ($p < 0,001$).

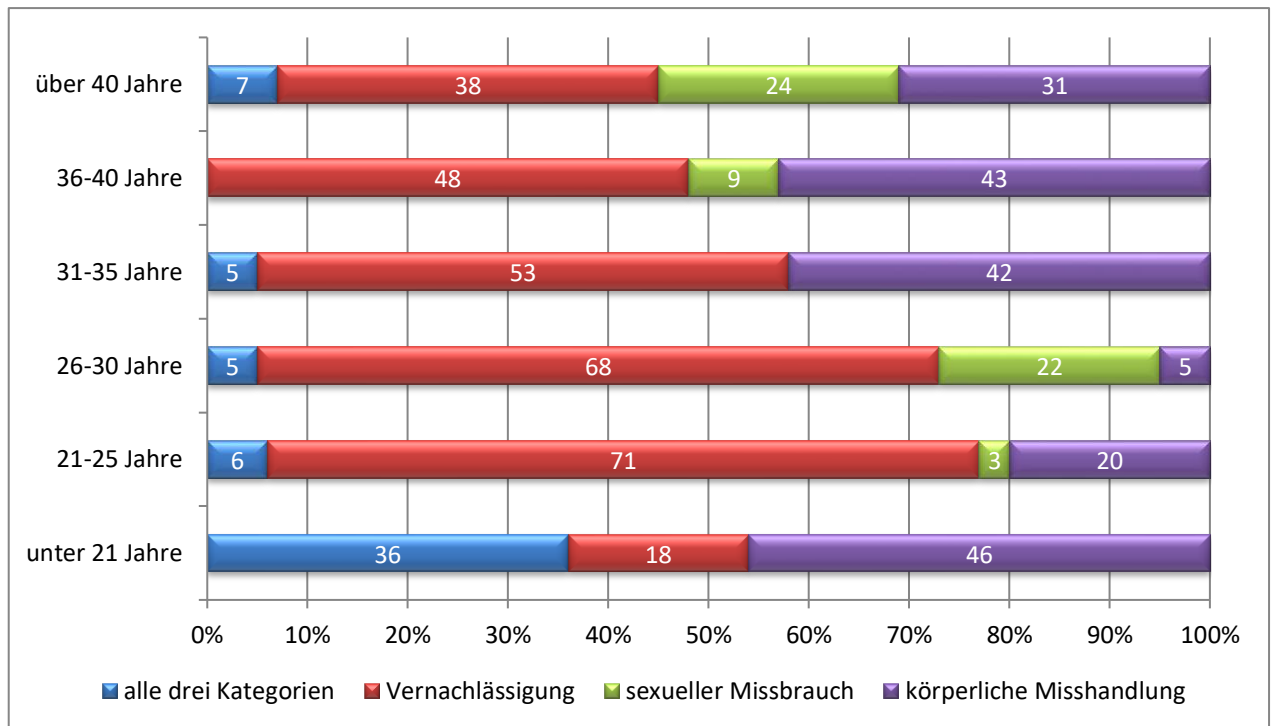


Abb. 16: Korrelation zwischen Alter des neuen Lebenspartners und Art der Kindeswohlgefährdung (n=150, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Betrachtung der Korrelation zwischen sozioökonomischen Status und Art der Kindeswohlgefährdung war die Tendenz ersichtlich (Abb. 17), dass bei den 325 Hartz IV-Empfängern häufiger der Verdacht auf eine Vernachlässigung (n=209, 64,3%) gegenüber den anderen 127 Fällen (n=56, 44,1%) bestand. Bei den Fällen mit den sonstigen Einkommen waren demgegenüber öfter Fälle mit Verdacht auf körperliche Misshandlung (n=54, 42,5%; Hartz IV-Empfänger: n=76, 23,4%) und sexuellen Missbrauch (n=14, 11,0%; Hartz IV-Empfänger: n=18, 5,5%) zu verzeichnen.

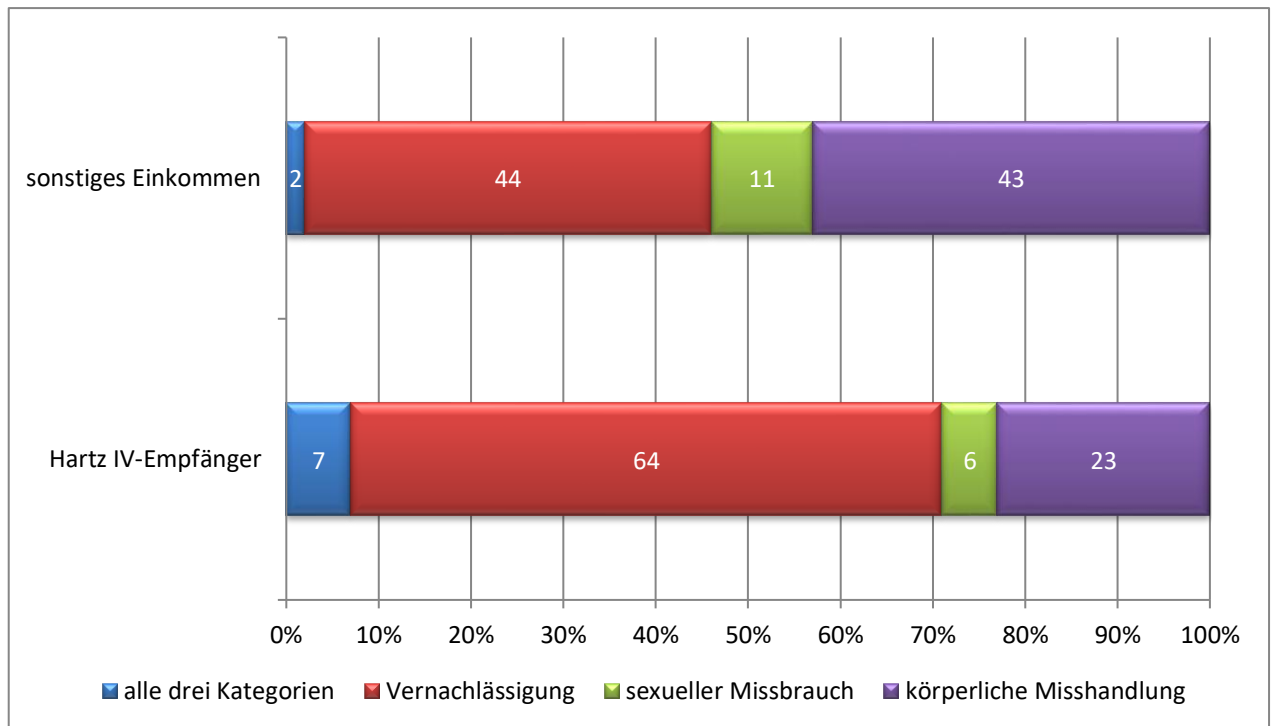


Abb.17: Korrelation zwischen sozioökonomischen Status und Art der Kindeswohlgefährdung (n=452, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

4.6 Fallbearbeitung durch das Jugendamt

Nur in etwa einem Viertel der Fälle erfolgte die Kontaktaufnahme zum Jugendamt durch ein persönliches Ersuchen um Hilfe von Seiten der Kindeseltern. 75,2% der Fälle wurden dem Jugendamt durch andere Personen telefonisch, postalisch oder durch persönliches Vorsprechen gemeldet. Dabei handelte es sich überwiegend um Personen aus dem direkten Umfeld der Kinder und Jugendlichen (Abb. 18), wie z.B. betreuende Personen oder Institutionen (Allgemeiner Sozialer Dienst, Familienhilfe, Hebamme; n=101, 22,3%), Nachbarn (n=44, 9,7%), Bekannte (n=10, 2,2%) und andere Familienangehörige (z.B. Großeltern, Geschwister, n=31, 6,9%). Gelegentlich erfolgte die Meldung aber auch durch die Polizei (n=60, 13,3%) oder die Schule bzw. Kindertagesstätte (n=54, 11,9%). Ärztliche Mitteilungen (n=23) waren demgegenüber mit 5,1% relativ selten vertreten. Bei den eigenen Eltern waren Kontaktaufnahmen durch die Kindesmutter (n=59, 13,0%) deutlich häufiger als durch den Kindesvater (n=27, 6,0%) anzutreffen.

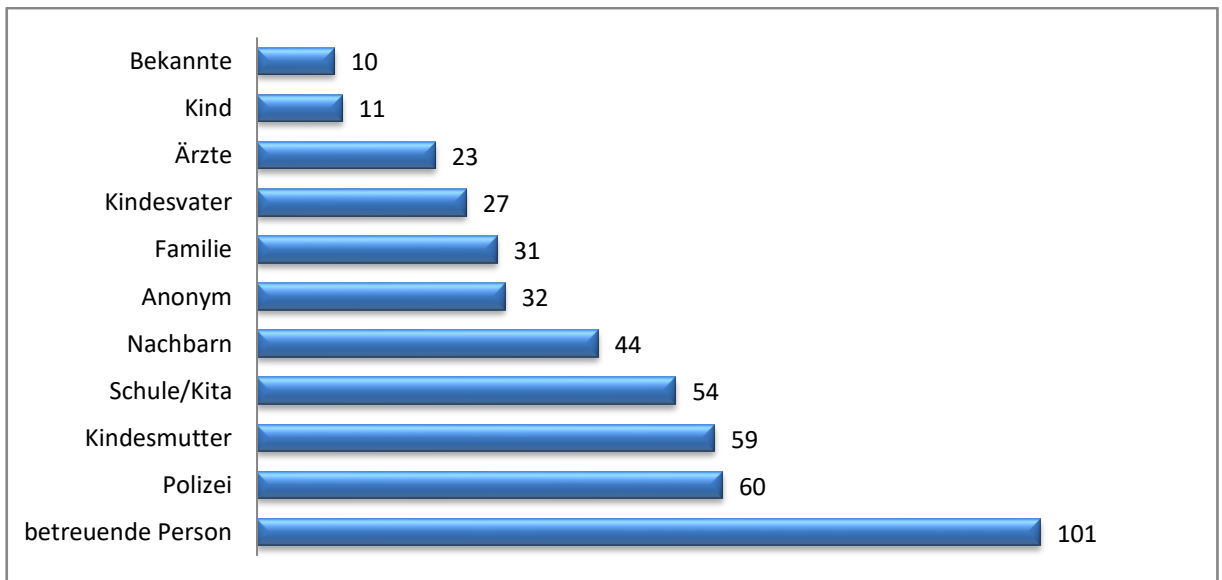


Abb. 18: Personen des Erstkontaktes zum Jugendamt (n=452, absolute Fallzahlen)

Bei der Auswertung zeigte sich auch, dass in etwa der Hälfte der Fälle (n=227, 50,2%) bereits vor Aufnahme der eigentlichen Fallbearbeitung bei den Jugendämtern mögliche Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung eingegangen waren. Dabei handelte es sich zumeist um eher unspezifische Kurznotizen infolge von anonymen Anrufen oder Mitteilungen durch Schulen bzw. Kindertagesstätten. Bei Wiederholung oder Konkretisierung solcher Meldungen wurde dann die Fallbearbeitung aufgenommen. In 45,8% der Fälle (n=207) hatten die betroffenen Familien bereits zuvor Hilfen durch Jugendämter des gleichen oder von anderen Landkreisen erhalten. Nach der Kontaktaufnahme waren im weiteren Verlauf der eigentlichen Fallbearbeitung in 84,1% der Fälle mehrere Mitarbeiter des Jugendamtes beteiligt. In fast zwei Drittel der Fälle (n=290) wurde außerdem ein Sozialarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes in die Fallbearbeitung involviert (Abb. 19). Gelegentlich wurden auch Erziehungsberater (n=10, 2,2%), Familienhebammen oder Sozialassistenten einbezogen. Dagegen wurde nur in 0,9% der Fälle (n=4) ein Psychologe hinzugezogen. In 19,5% der Fälle (n=88) waren mehrere andere Professionen involviert, während in 13,3% keine weiteren Personen (n=60) eingeschaltet wurden.

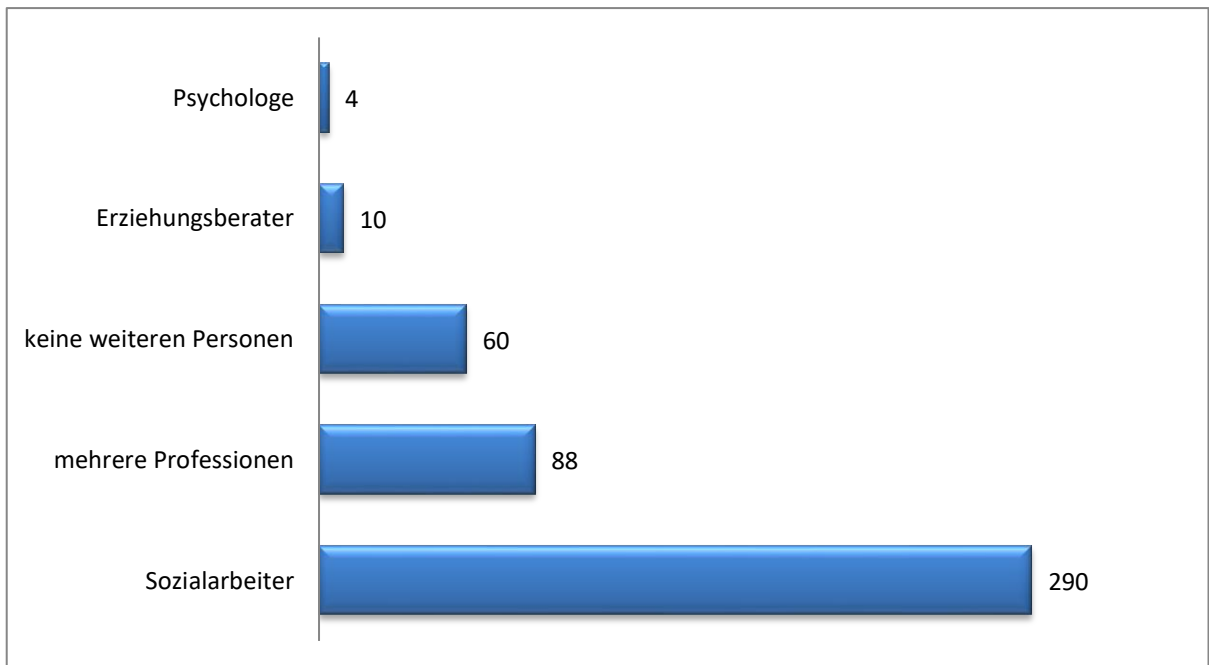


Abb. 19: Beteiligung weiterer Personen an der Fallbearbeitung (n=452, absolute Fallzahlen)

In 69 Fällen (15,3%) richtete sich der Verdacht der Kindeswohlgefährdung gegen den Kindesvater (Abb. 20). Deutlich häufiger bestand ein entsprechender Verdacht gegen die Kindesmutter (n=218, 48,2%) und seltener gegen den neuen Lebenspartner der Kindesmutter (n=29, 6,4%). In etwa einem Viertel aller Fälle (n=112) war der Verdacht der Kindeswohlgefährdung zwar gegen das familiäre Umfeld gerichtet, wobei das Geschehen jedoch keiner konkreten Person zugeordnet werden konnte.

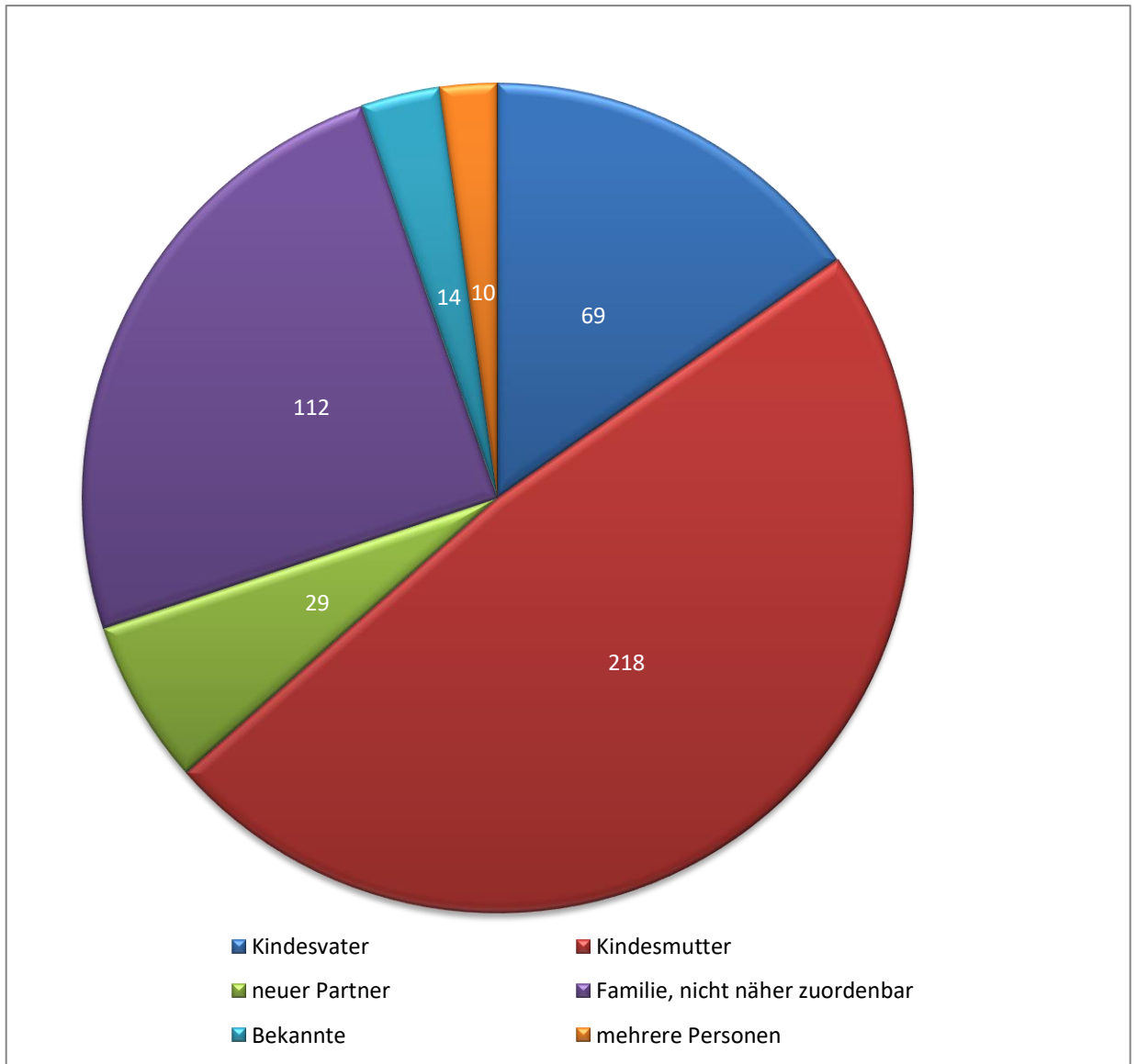


Abb.20: Verteilung der tatverdächtigen Personen (n=452, absolute Fallzahlen)

Bei der Korrelation zwischen der Art der Kindeswohlgefährdung und der verdächtigen Person (Abb. 21) war ersichtlich, dass bei den Kindesmüttern Fälle des Verdachtes auf Kindesvernachlässigung (n= 183 von 218, 83,9%) dominierten. Bei den Kindesvätern und den neuen Lebenspartnern bestand demgegenüber deutlich häufiger der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung (n= 52 von 69, 75,4 % bzw. n=20 von 29, 69,0 %). Bei dem neuen Lebenspartner der Kindesmutter war zusätzlich festzustellen, dass nicht selten (n=6 von 29, 20,7 %) Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch anzutreffen waren.

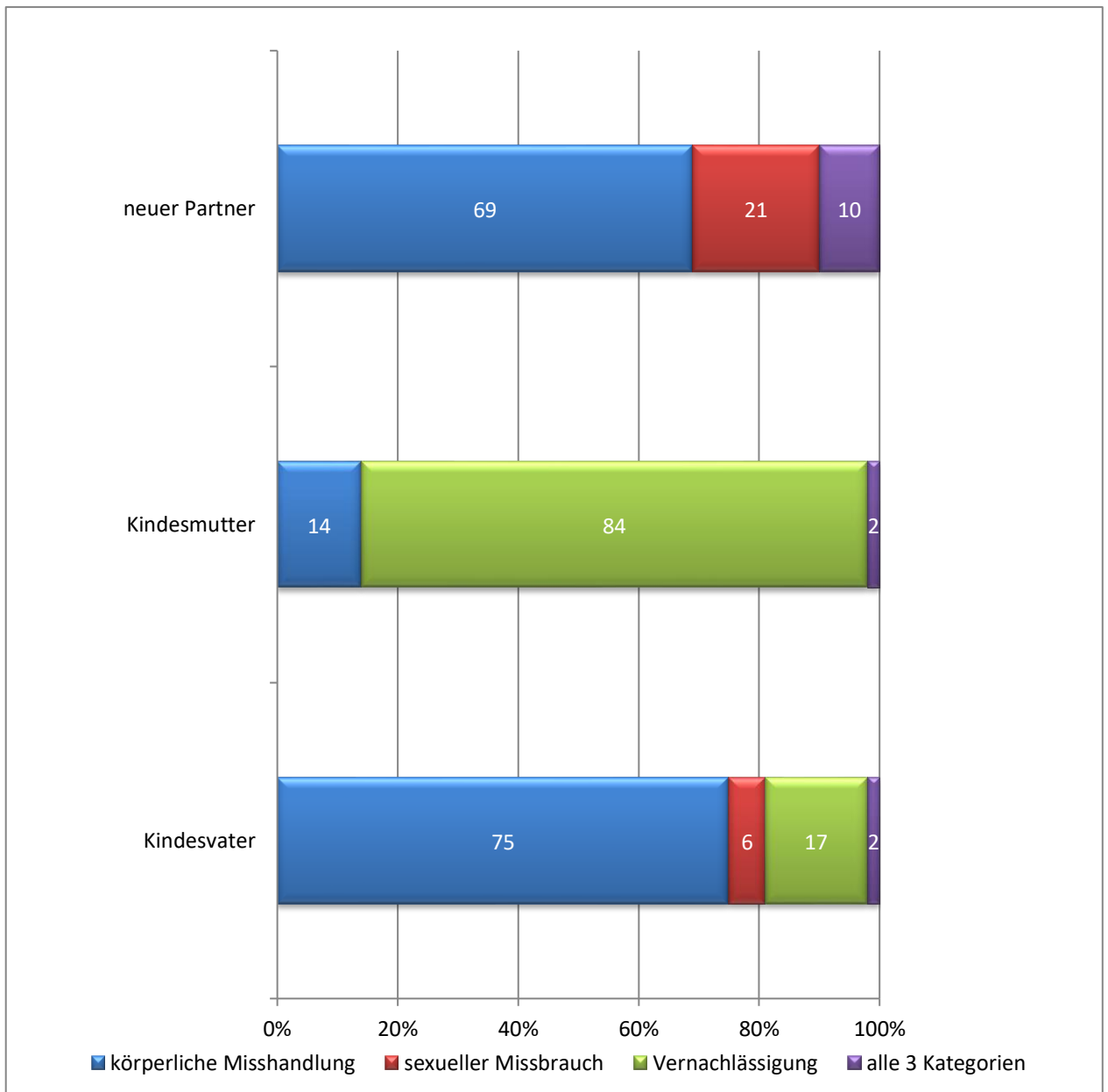


Abb.21: Korrelation zwischen tatverdächtiger Person (Auswahl) und Art der Kindeswohlgefährdung (n=316, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei den Erstmaßnahmen des Jugendamtes zeigte sich (Abb. 22), dass in der Mehrheit der Fälle (n=209) ein Hausbesuch erfolgte. Demgegenüber wurden nur in 8,8% (n=40) keine konkreten Erstmaßnahmen vorgenommen und lediglich ein Aktenvermerk erstellt. In gut einem Drittel (n=159, 35,2%) der Fälle erfolgte eine ambulante Beratung der hilfesuchenden Person durch das Jugendamt. In 44 Fällen (9,7%) war eine sofortige Hinzuziehung des Kindernotdienstes erforderlich.

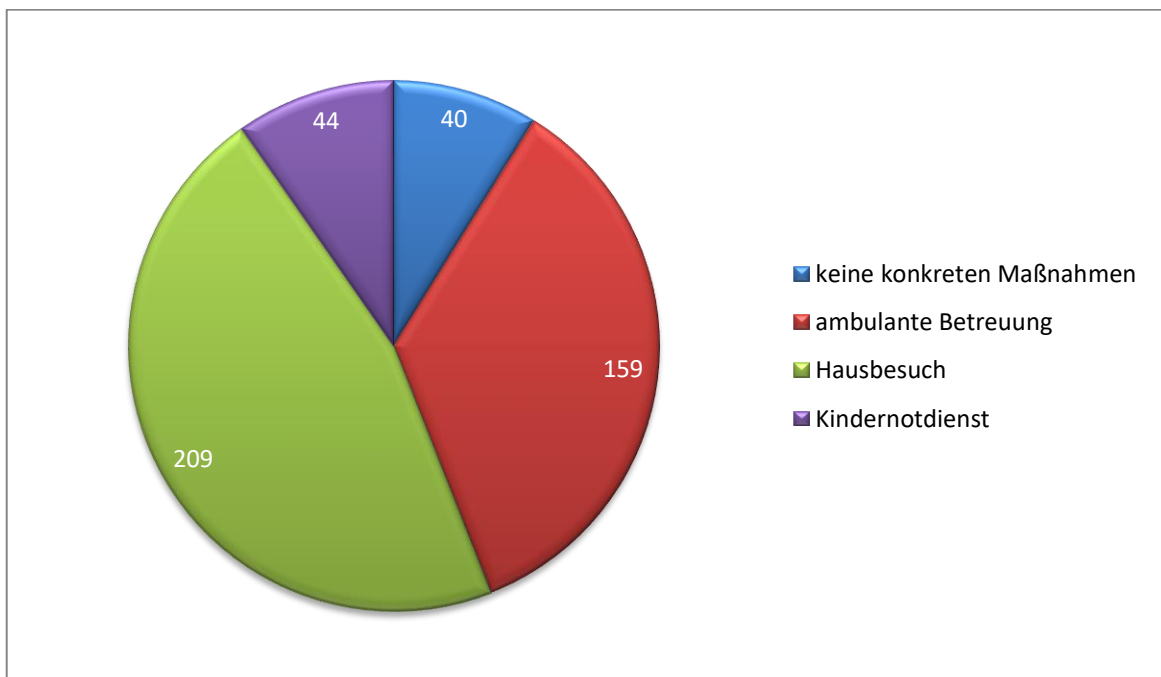


Abb.22: Erstmaßnahmen des Jugendamtes (n=452, absolute Fallzahlen)

Bei näherer Betrachtung der vom Jugendamt ergriffenen Erstmaßnahmen im Hinblick auf die Art der Kindeswohlgefährdung war ersichtlich, dass im Falle des Verdachtes der Vernachlässigung deutlich häufiger ein Hausbesuch erfolgte, während bei anderen Kategorien öfter eine ambulante Beratung erfolgte ($p < 0,001$). So wurde in über der Hälfte der Fälle ($n = 138$, 52,1%) mit Verdacht auf Vernachlässigung ein zeitnaher Hausbesuch durchgeführt. Beim Verdacht auf körperliche Misshandlung stand demgegenüber mit 46,9% ($n = 61$) eine ambulante Beratung im Vordergrund, ebenso wie beim sexuellen Missbrauch mit 56,3% ($n = 18$).

Die Auswertung der Fallbearbeitung zeigte außerdem, dass in der Mehrzahl der Fälle ein beträchtlicher personeller und zeitlicher Aufwand erforderlich war, der dann auch zu einem entsprechenden Aktenumfang führte. So war in 314 Fällen (69,5%) die Aktenlage als umfangreich (über 200 Seiten) und lediglich in 33 Fällen (7,3%) als gering (unter 50 Seiten) einzustufen. In 380 Fällen (84,1%) waren mehrere Mitarbeiter des Jugendamtes mit der Fallbearbeitung beschäftigt und in über der Hälfte der Fälle ($n = 244$, 54,0%) war eine Helferkonferenz zur Beurteilung des Falles erforderlich. In über vier Fünftel der Fälle ($n = 390$, 86,3%) war eine Betreuungsfrequenz von mehr als drei Tagen pro Woche notwendig. Demgegenüber lag die Zahl der Fälle, die nur einen wöchentlichen Kontakt erforderten, bei gerade mal 11 Fällen (2,4 %). Der wöchentliche Zeitaufwand lag am häufigsten bei über fünf Stunden ($n = 125$, 27,6%) und in 11,3% ($n = 51$) sogar bei zehn oder mehr Stunden.

In der abschließenden Fallbewertung musste die Mehrzahl (n=272, 60,2%) der 452 Verdachtsfälle als bestätigt eingeordnet werden (Abb. 23). Lediglich 9,3% der Fälle (n=42) wurden als nicht bestätigt eingeschätzt. In 30,5% der Verdachtsfälle (n=138) konnte keine hinreichende valide Endbewertung erfolgen, da die Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung eher unspezifisch oder nur in geringem Maße ausgeprägt waren.

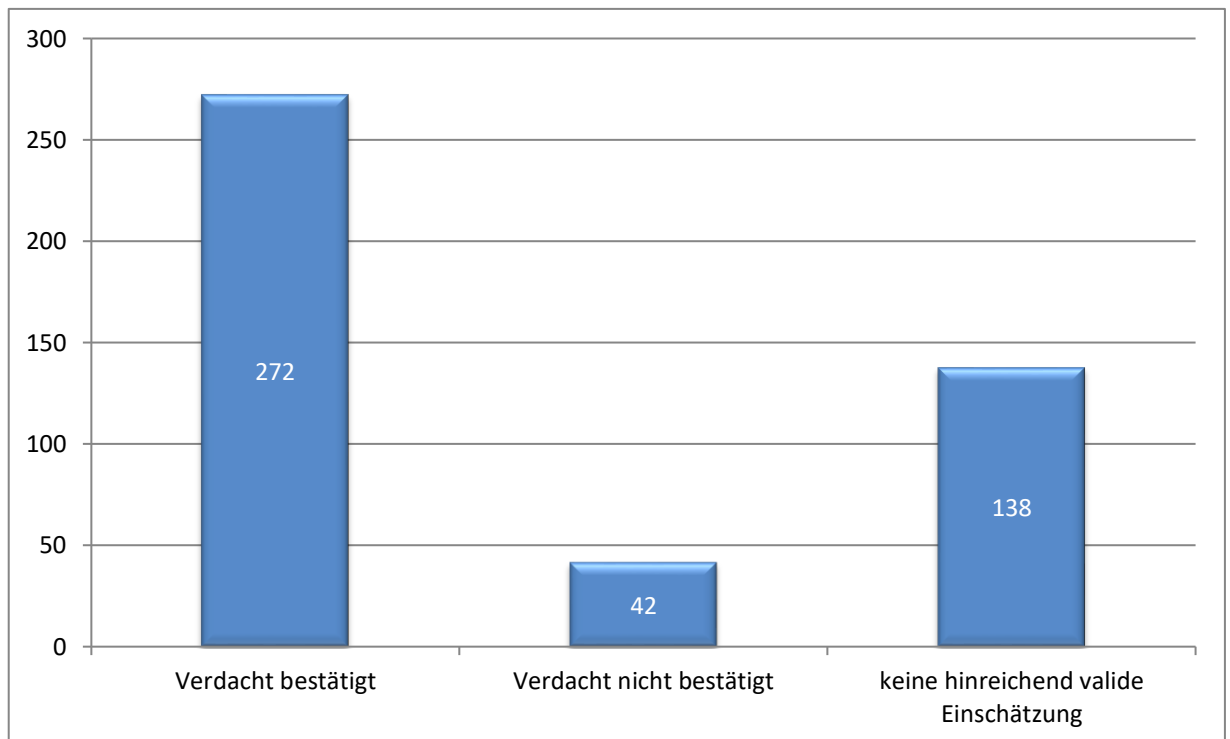


Abb. 23: abschließende Fallbewertung durch das Jugendamt (n=452, absolute Fallzahlen)

Bei der Auswertung der Konsequenzen der Fälle (Abb.24) zeigte sich, dass häufiger ($p < 0,001$) weitere Maßnahmen (n=421, 93,1%) durchgeführt werden mussten, während lediglich 31 Fälle (6,9%) ohne Konsequenzen blieben. So erfolgte in 46,2% (n=209) eine engmaschige Betreuung der Familien und in 25,9% (n=117) eine zeitweilige Inobhutnahme ohne Sorgerechtsverfahren. Zu einem Sorgerechtsverfahren kam es in 74 Fällen (16,4%). Ein Strafverfahren wurde in 19 Fällen (4,2%) eingeleitet und in 2 Fällen wurde ein Wohnungsverweis ausgesprochen.

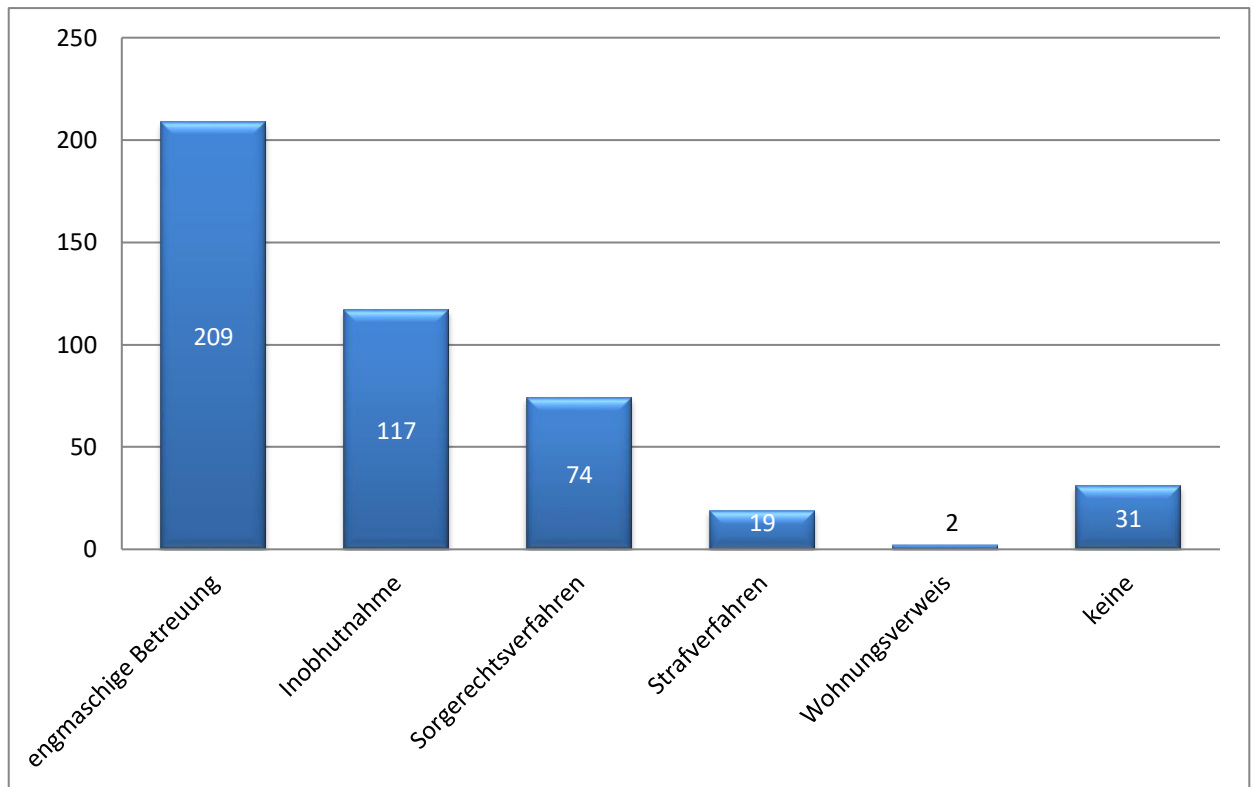


Abb. 24: Konsequenzen des Falles (n=452, absolute Fallzahlen)

In 421 Fällen (93,1%) kam es zu Gewährung von Hilfen und Unterstützungen durch das Jugendamt. Dabei handelte es sich jedoch nicht nur um bestätigte Verdachtsfälle, auch in zahlreichen Fällen mit fehlender oder nicht hinreichender Verdachtsbestätigung waren aufgrund der Gesamt- oder Begleitumstände solche Hilfen erforderlich. Dabei standen mit 39,7% (n=167 von 421 Fällen) sozialpädagogische Familienhilfen im Vordergrund. Danach folgten mit jeweils 20,0% (n=84) Hilfen in Form einer Heimerziehung bzw. oder einer ambulanten Beratung. In 6,7% der Fälle (n=28) wurde eine Pflegestelle nach § 33 SGB vermittelt. In über der Hälfte der Fälle konnte die Dauer der Maßnahmen unter zwei Jahre gehalten werden. So erfolgte in 141 Fällen (33,5%) die Hilfestellung für ein Jahr und in 122 Fällen (29,0%) für zwei Jahre. In immerhin 14 Fällen (3,3%) war eine Hilfe durch das Jugendamt von mehr als sechs Jahren erforderlich.

Bei Betrachtung der Korrelation zwischen den Hilfemaßnahmen und der Kategorie der Kindeswohlgefährdung wurde deutlich, dass bei Verdachtsfällen auf sexuellen Missbrauch häufiger eine Heimerziehung nach § 34 SGB (Anteil von 31,3%) erfolgte als bei den anderen Kategorien (Anteil zwischen 10,0 - 13,0%). Demgegenüber stand die Hilfestellung durch eine sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB bei Verdachtsfällen auf körperliche Misshandlung (Anteil von 35,4%) und Vernachlässigung (Anteil von 38,9%) im Vordergrund.

Hinsichtlich der Art und Dauer der Hilfestellung durch das Jugendamt in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Eltern konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Es war jedoch die Tendenz ersichtlich, dass in Familien mit Hartz IV-Hilfe in nahezu der Hälfte der Fälle eine sozialpädagogische Familienhilfe gewährt wurde und sich die Hilfe meist über mehr als zwei Jahre erstreckte, während in Familien mit sonstigen Einkommen eher eine ambulante Beratung durchgeführt wurde und sich die Hilfen meist auf einen kürzeren Zeitraum bezogen.

4.7 Polizeiliche Meldung

In 23,2% der Verdachtsfälle (105 Fälle) auf Kindeswohlgefährdung erfolgte eine Anzeige bei der Polizei. Am häufigsten wurde die polizeiliche Meldung durch Nachbarn (n=38, 36,2%) und Familienmitglieder (n=36, 34,3%) erstattet (Abb. 25). In immerhin 14,3% der Fälle (n=15) erfolgte diese Meldung durch die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen selbst. In 6,7% der Fälle (n=7) ergingen anonyme Hinweise an die Polizei. Nur selten wurde die Mitteilung an die Polizei durch Institutionen wie Schule und Kindertagesstätte oder durch Ärzte erstattet.

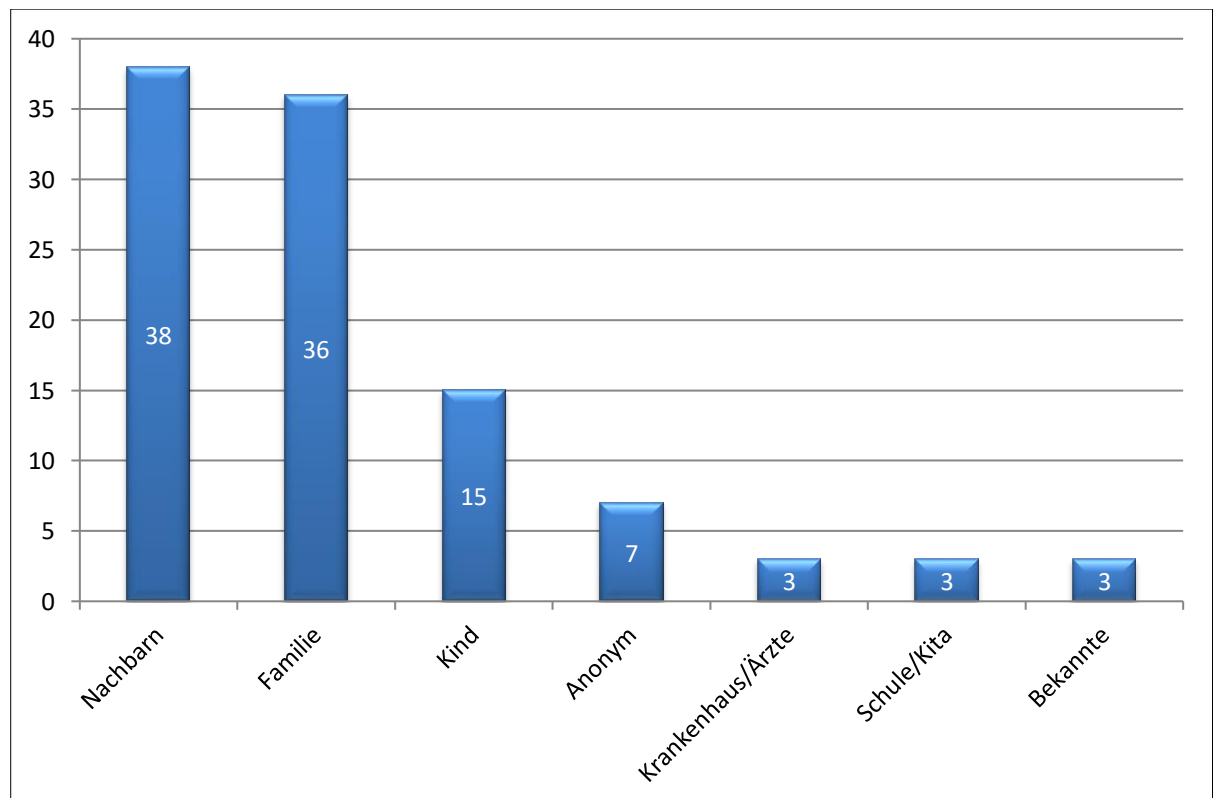


Abb. 25: Verteilung der polizeilichen Meldungen (n=105, absolute Fallzahlen)

Bei der Korrelation zwischen der Art der Kindeswohlgefährdung und der Häufigkeit einer polizeilichen Meldung zeigten sich deutliche Unterschiede (Abb.26).

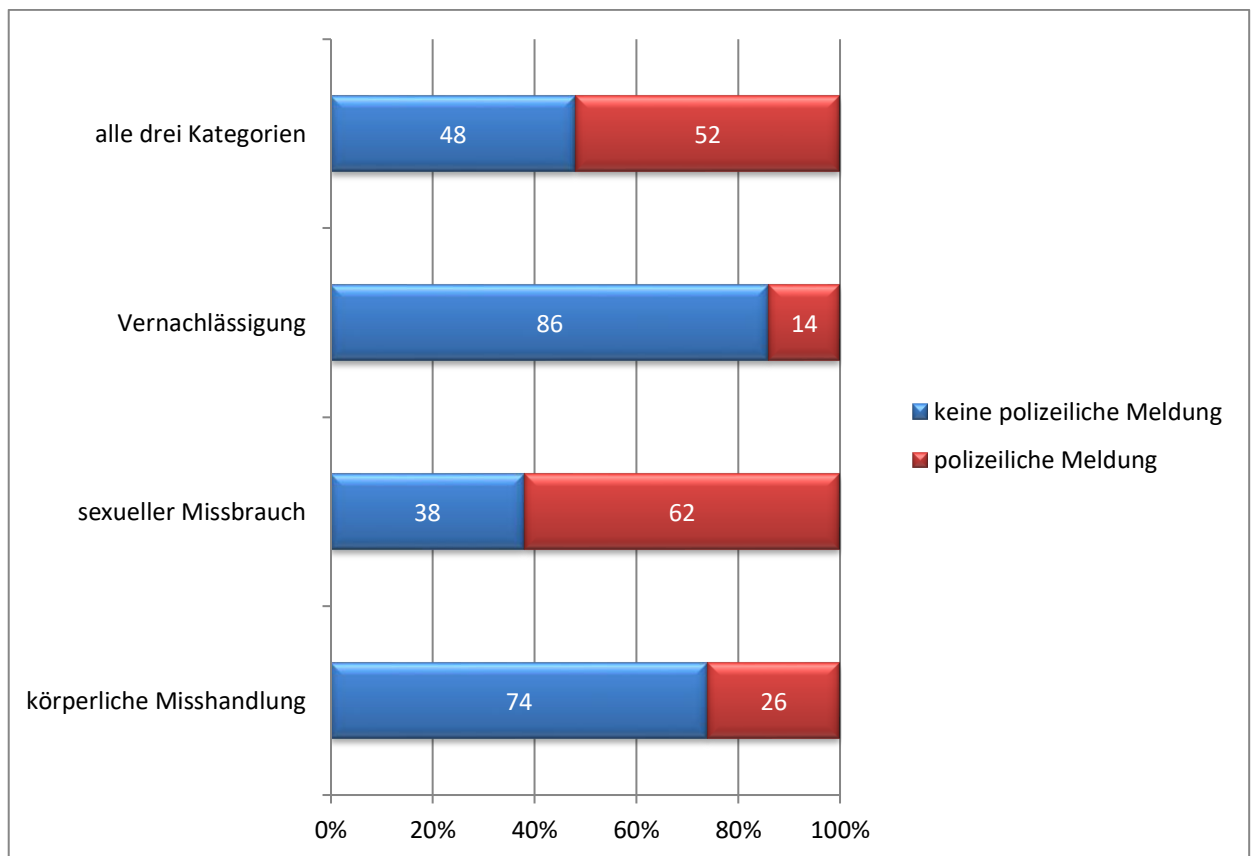


Abb.26: Korrelation zwischen polizeilicher Meldung und Art der Kindeswohlgefährdung (n=452, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch erfolgte deutlich häufiger eine polizeiliche Meldung ($p < 0,001$) als beim Verdacht der Vernachlässigung. So wurden fast zwei Drittel der Fälle mit Verdacht des sexuellen Missbrauchs gemeldet ($n=20$ von 32 , $62,5\%$), während im Falle der Vernachlässigung lediglich $14,3\%$ ($n=38$ von 265) polizeilich erfasst wurden. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung ($n=34$ von 130) wurde immerhin ein Viertel dieser Fälle ($26,2\%$) der Polizei gemeldet.

4.8 Ärztliche Konsultationen

Lediglich etwa ein Drittel der Fälle (n=158, 35,0%) mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wurde ärztlich vorgestellt. Bei den anderen 294 Fällen (65,0%) unterblieb eine medizinische Konsultation. Bei der Verteilung der ärztlichen Vorstellungen auf die ärztlichen Fachdisziplinen (Abb. 27) war ersichtlich, dass überwiegend eine Konsultation bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=78, 49,4%) und Pädiatrie (n=28, 17,7%) erfolgte. 43 Fälle (27,2%) wurden Ärzte verschiedenster Fachrichtungen vorgestellt, worunter sich z.B. Notärzte und diensthabende Ärzte in Krankenhäusern, aber auch Fachärzte für Gynäkologie befanden. Eine rechtsmedizinische Untersuchung erfolgte gerade mal in 3 Fällen (1,9%) und in 6 Fällen (3,8%) wurde der Hausarzt konsultiert. Rechtsmedizinische Vorstellungen waren somit deutlich unterrepräsentiert ($p < 0,001$).

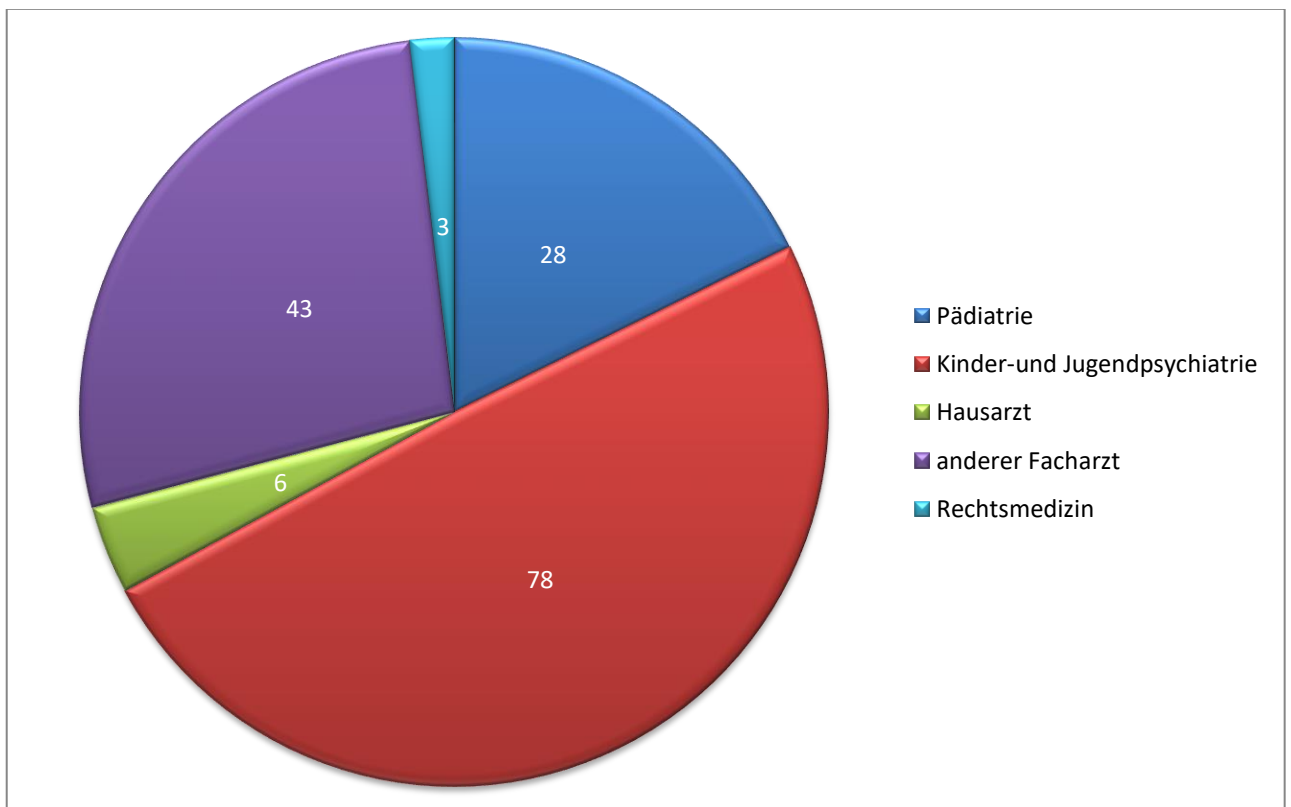


Abb. 27: Verteilung der ärztlichen Vorstellungen auf ärztliche Fachdisziplinen (n=158)

Bei der Verteilung der verschiedenen Altersgruppen auf die Häufigkeit einer Arztkonsultation (Tab. 1) war ersichtlich, dass bei Säuglingen (n=18, 40,9%) und Jugendlichen (n=48, 54,5%) häufiger ein Arzt hinzugezogen wurde, während solche Untersuchungen im Kleinkind- (n= 35, 28,0%) und Grundschulalter (n=26, 25,2%) seltener anzutreffen waren.

Tab.1: Häufigkeit von Arztkonsultationen in den einzelnen Altersgruppen (n=158)

Säuglinge (bis 1 Jahr)	18 von 44 Fällen	40,9 %
Kleinkinder (2-5 Jahre)	35 von 125 Fällen	28,0 %
Grundschulalter (6-9 Jahre)	26 von 103 Fällen	25,2 %
spätes Kindesalter (10-13 Jahre)	31 von 92 Fällen	33,7 %
Jugendliche (14-18 Jahre)	48 von 88 Fällen	54,5 %

Bei der Korrelation zwischen der Altersgruppe der Kinder und der ärztlichen Fachdisziplin zeigten sich klare altersspezifische Unterschiede ($p < 0,001$, Abb. 28). Erwartungsgemäß wurden Säuglinge und Kleinkinder häufig einem Pädiater ($n=12$, 66,7% bzw. $n=8$, 22,9%) vorgestellt, während bei den Jugendlichen zumeist ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ($n=32$, 66,7%) konsultiert wurde. Alle drei rechtsmedizinischen Konsultationen betrafen das Säuglingsalter. Die Hinzuziehung des Hausarztes erfolgte hingegen eher altersunabhängig, ebenso die Vorstellung bei anderen Fachärzten.

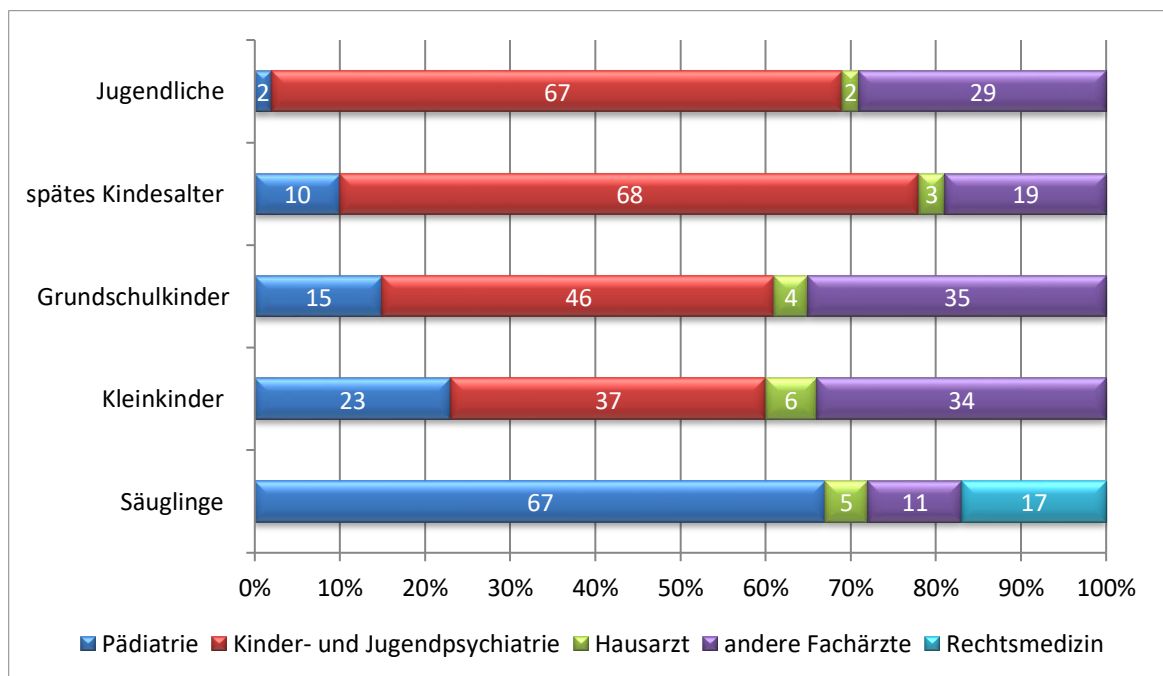


Abb. 28: Korrelation zwischen Altersgruppen der Kinder und ärztlichen Fachdisziplinen (n=158, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Korrelation zwischen der ärztlichen Fachrichtung und der Art der Kindeswohlgefährdung (Abb. 29) zeigte sich, dass zumeist der Verdacht der körperlichen Misshandlung dominierte, in der Rechtsmedizin (n=3) betrug dieser Anteil sogar 100%. Lediglich bei den sonstigen Fachrichtungen standen Verdachtsfälle auf Vernachlässigung im Vordergrund (n=21 von 43, 48,9%), derartige Verdachtsfälle wurden jedoch auch nicht selten von Pädiatern (n=12 von 28, 42,9%) und Kinder- und Jugendpsychiatern (n=27 von 78, 34,6%) bearbeitet. Die Fälle mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch wurden am häufigsten bei Ärzten anderer Fachrichtungen (n=8 von 43, 18,6%, insbesondere von Gynäkologen) und Kinder- und Jugendpsychiatern (n=14 von 78, 17,9%) vorgestellt.

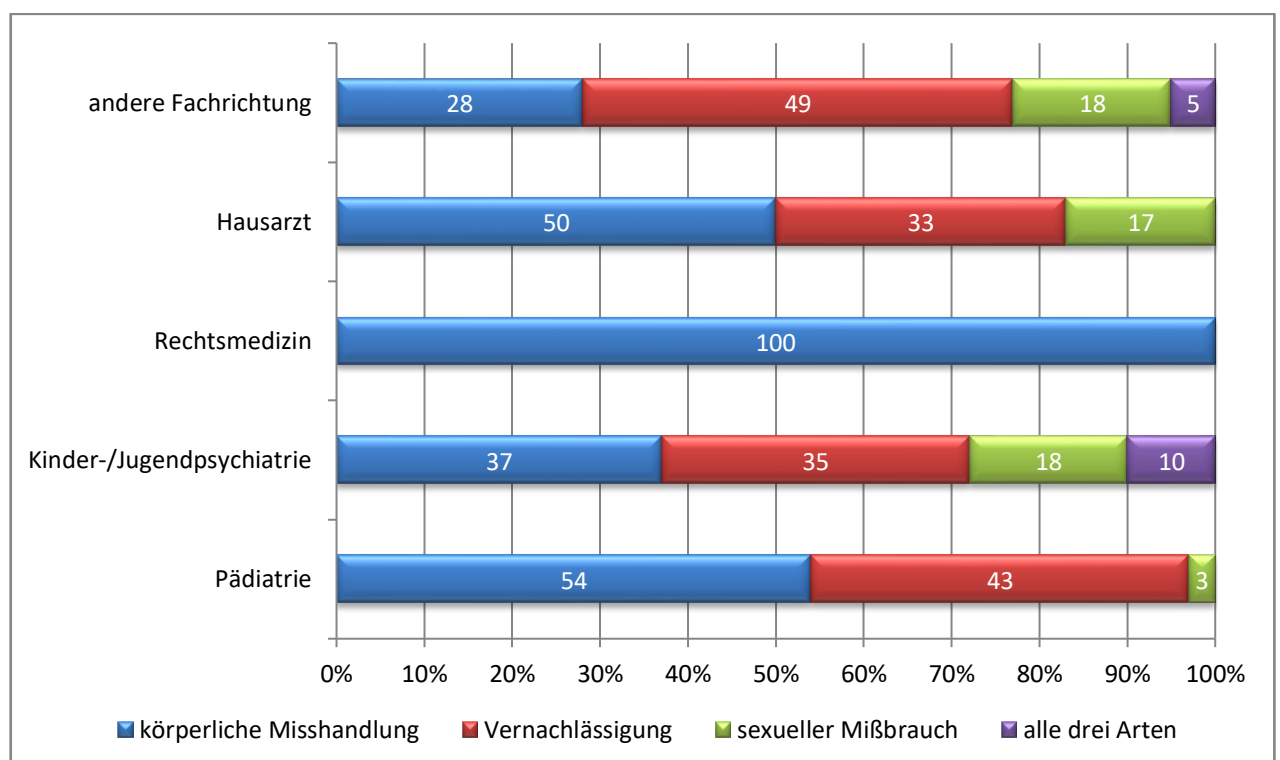


Abb. 29: Korrelation zwischen ärztlicher Fachrichtung und Art der Kindeswohlgefährdung (n=158, prozentualer Anteil in vollen Prozent)

Bei der Korrelation zwischen ärztlicher Vorstellung und der abschließenden Fallbewertung durch das Jugendamt waren keine eindeutigen Unterschiede ersichtlich. Bei den 158 ärztlich untersuchten Kindern und Jugendlichen bestätigte sich der Verdacht in 95 Fällen (60,1%), während in 16 Fällen (10,1%) keine Bestätigung bzw. in 47 Fällen (29,7%) keine hinreichende Einordnung möglich war. Bei den 294 Fällen, in denen keine Arztkonsultation erfolgte, lag der Anteil der bestätigten Fälle bei 60,2% (177 Fälle), der der nicht bestätigten Fälle bei 8,8% (26 Fälle) und der der nicht sicher zuordenbaren Fälle bei 31,0% (91 Fälle). Bei der Verteilung auf

die verschiedenen Fachrichtungen lag bei der Rechtsmedizin und den anderen Fachärzten der Anteil der nicht hinreichend zuordbaren Fälle zwar niedriger als bei den anderen Ärzten, dieser Unterschied war aber aufgrund der geringen Fallzahlen nicht eindeutig.

Bei der Korrelation zwischen ärztlicher Vorstellung und sozioökonomischen Status konnten keine klaren Unterschiede festgestellt werden, ebenso war kein Zusammenhang zwischen Missbrauch von Alkohol und Nikotin bzw. zum Drogenkonsum zu eruieren. Bei der Korrelation zwischen dem beruflichen Status der Kindesmutter und einer ärztlichen Vorstellung war die Tendenz ersichtlich, dass bei arbeitslosen Kindesmüttern seltener eine Arztvorstellung erfolgte als bei berufstätigen Kindesmüttern. Bei den arbeitslosen Müttern war nur in 33,4% (123 von 368) eine Arztkonsultation erfolgt, während dieser Anteil bei den erwerbstätigen Kindesmüttern mit 43,6% (24 von 55) höher lag.

4.9 Ausgang von Sorgerechtsverfahren

In 74 Fällen war aus den Akten der Ausgang eines eingeleiteten Sorgerechtsverfahrens ersichtlich (Abb.30). Dabei zeigte sich, dass am häufigsten das Sorgerecht auf die Kindesmutter (n=28, 37,8%) übertragen wurde, gefolgt vom Jugendamt (n=24, 32,4%). Seltener erfolgte eine Übertragung auf den Kindsvater (n= 13, 17,6%) oder die Großeltern (n=9, 12,2%).

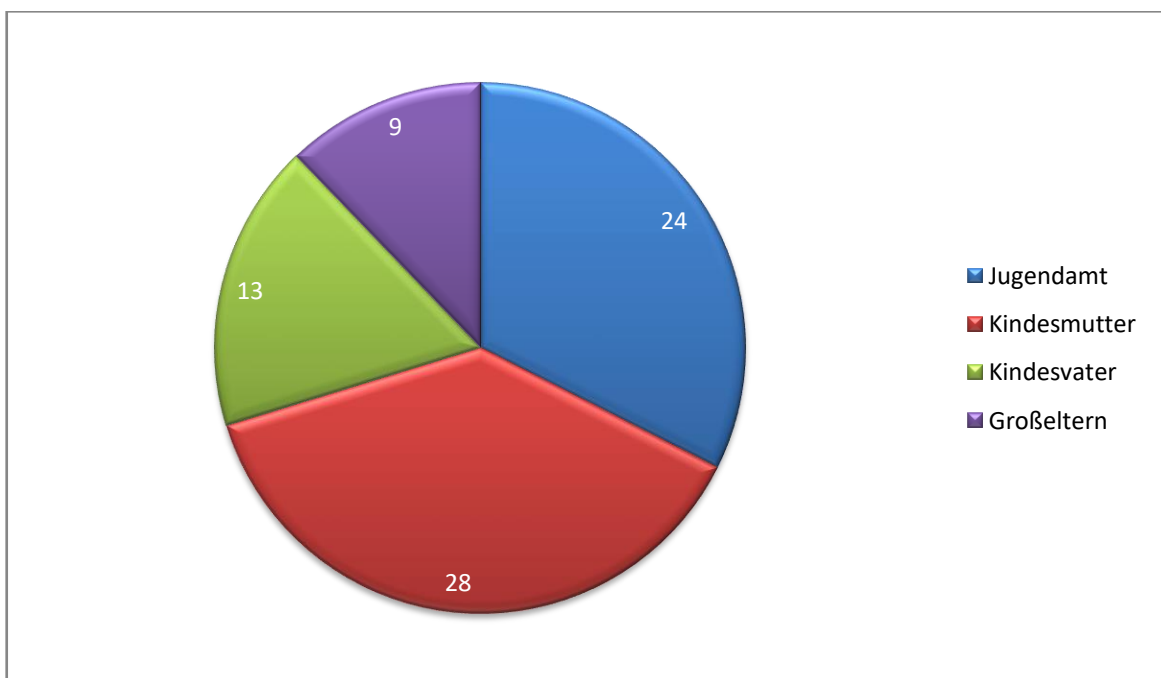


Abb.30: Übertragung des Sorgerechts (n=74, absolute Fallzahlen)

In 19 Fällen kam es zu einem Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft. Über den Ausgang dieser Verfahren konnten den Akten jedoch keine hinreichenden Informationen entnommen werden.

5 Diskussion

Bei der Betrachtung der 452 Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung, welche in den beiden Jugendämtern bearbeitet wurden, zeigten sich in der *jährlichen Verteilung* beträchtliche Schwankungen. Dabei war im Zeitraum 2003-2008 und im Jahr 2012 eine nahezu kontinuierliche Zunahme der absoluten Fallzahlen zu verzeichnen. Demgegenüber stand ein zwischenzeitliches, teilweise extremes Absinken der Fallzahlen im Zeitraum 2009-2011. Eine hinreichend sichere Erklärung für diese auffällige Abweichung konnte aus der Recherchetätigkeit in den Jugendämtern nicht gewonnen werden. Aufgrund der höchsten jährlichen Fallzahl im Jahr 2012 ist eher unwahrscheinlich, dass der Bevölkerungs- und Geburtenrückgang im Land Sachsen-Anhalt (Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A111, Halle, 2010) als Hauptursache anzusehen ist. Am ehesten könnte dieses Phänomen noch auf die in diesem Zeitraum erfolgten Umstrukturierungsmaßnahmen zurückgeführt werden, die auch mit Änderungen in den Archivsystemen verbunden waren. So wurden im Zuge der zweiten Kreisgebietsreform (2007) alle Verwaltungsgemeinschaften der Landkreise in Sachsen-Anhalt zwischen 2009 und 2011 teilweise aufgelöst und neu strukturiert (Website Landkreis Wittenberg, Online-Zitat). Nach den Angaben der Leiterinnen und Mitarbeiter der beiden Jugendämter sind in diesem Zeitraum ein Teil der begonnenen Fallakten verlagert und anderenorts weiterbearbeitet worden, die dann nicht in die aktuelle Fallauswertung einbezogen werden konnten. Des Weiteren beschränkte sich die Untersuchung aufgrund des der Förderungssumme angepassten Studiendesigns auf zwei ausgewählte Landkreise, während die beiden Großstädte von Sachsen-Anhalt, Halle und Magdeburg, nicht berücksichtigt werden konnten.

Trotz dieser Limitationen war auch in der eigenen Auswertung zumindest im überwiegenden Teil des Untersuchungszeitraumes ein Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, wie es auch im gleichen Zeitraum in der polizeilichen Kriminalstatistik von Sachsen-Anhalt zumindest teilweise zu beobachten war. Im Zeitraum von 2003-2012 zeigen sich beim sexuellen Missbrauch von Kindern (§176 StGB) leichte Schwankungen, jedoch auf einem relativ konstanten Niveau. Dagegen ist für die Fallzahl der Misshandlungen von Schutzbefohlenen (§225 StGB) seit 2009 ein leichter

Anstieg zu verzeichnen (Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, 2013). Eine solche Entwicklung war nach den Änderungen der gesetzlichen, organisatorischen und finanziellen Grundlagen in Sachsen-Anhalt keineswegs überraschend. So ging mit der Verabschiedung des Landeskinderschutzgesetzes im Jahr 2009 auch eine finanzielle Unterstützung zum Ausbau der lokalen Netzwerke einher. Dafür bekamen die Landkreise und kreisfreie Städte im Jahr 2010 je 20.000 € und ab 2011 je 10.000 €/Jahr zur Verfügung gestellt (Bericht des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur Umsetzung des Kinderschutzgesetzes vom 12.07.2012). Insbesondere das Konzept der „Frühen Hilfen“ wurde dabei vorgebracht, um Risiken von Kindeswohlgefährdung möglichst frühzeitig zu erkennen und bedarfsgerecht begegnen zu können. Innerhalb dieser Konzeption wurde das „Projekt der Familienhebammen“ als besonders erfolgreich und beispielgebend angesehen (Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 01.03.2013). Somit war zu erwarten gewesen, dass die Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes im Land Sachsen-Anhalt auch zu einer Verbesserung der Erfassung und Bearbeitung von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung geführt haben.

Diese Tendenz korrespondiert mit der bereits in der Einleitung aufgezeigten Entwicklung, dass in Deutschland in den zurückliegenden Jahren, insbesondere bei der körperlichen Misshandlung, eine Zunahme von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung feststellbar war (Wahl, 2011; Walter, 2008; Engel und Mehlan, 2008). Einerseits kann diese Entwicklung auf die ebenfalls in der Einleitung näher dargestellten gesetzlichen Änderungen in und vor diesem Zeitraum zurückgeführt werden. Dazu gehören vor allem die Einführung des Rechts auf eine gewaltfreie Erziehung mit der Neufassung des § 1631 BGB (2000) sowie die Erleichterung der Fallerfassung und des Offenbarungsrechtes durch Landeskinderschutzgesetze und das Bundeskinderschutzgesetz (2012). Insbesondere durch das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes wurde die Schwelle zum Gebrauch der Möglichkeit einer Offenbarung eines entsprechenden Verdachts herabgesetzt, da damit Ärztinnen und Ärzte, Hebammen oder Angehörige anderer Heilberufe, Berufspsychologinnen und Psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater/innen, staatlich anerkannte Sozialarbeiter/innen, sowie Lehrer/innen an öffentlichen und privaten Schulen bei „gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder eines Jugendlichen“ mit allen Beteiligten die Situation erörtern und „auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken“ sollen.

Neben den in der Einleitung bereits erwähnten „medizinischen Fortschritten in der diagnostischen Abklärung“ (Wahl, 2011) werden andererseits eine gesteigerte Sensibilität in der Öffentlichkeit und bei den Jugendämtern sowie die Herausbildung von lokalen Netzwerken und Kooperationsstrukturen (vgl. Bussmann, 2003; Fendrich und Pothmann, 2007; Clauß et al., 2013; Heide et al., 2015; Wiesner, 2006) als Einflussfaktoren genannt. Mit den gesetzlichen Veränderungen dürfte auch eine gewisse Sensibilisierung und Schärfung des

Problembewusstseins bei den Erziehungsberechtigten eingetreten sein. So konnte Bussmann (2005) in seinem Report über die Auswirkung des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung durch Befragungen von Eltern und Jugendlichen im Jahre 2000 und 2005 aufzeigen, dass es bei „Eltern und Jugendlichen zu einem signifikant strengeren Rechtsbewusstsein“ gekommen war und im Falle von Gewalt in der Erziehung die Bereitschaft zur Strafanzeige angestiegen war. Positiv wurde von Bussmann (2005) auch eine „erhöhte Thematisierungsbereitschaft innerhalb der Familien und die positive Wirkung des Gesetzes auf den Konfliktverlauf und die Interventionsbereitschaft“ bewertet.

Bei den *soziodemographischen Faktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen* waren im eigenen Untersuchungskollektiv Kleinkinder am häufigsten vertreten. Deren Anteil entspricht mit 27,7% auch etwa den Anteil dieser Bevölkerungsgruppe (27,6%) in Sachsen-Anhalt im Jahr 2012 (Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A104, Halle, 2015). Demgegenüber lag der Anteil von Säuglingen mit 9,7% fast doppelt so hoch wie der Anteil an der Bevölkerung (5,5%), während der Anteil der anderen Altersgruppen jeweils etwas unterhalb des Bevölkerungsanteils in Sachsen-Anhalt im Jahr 2012 einzuordnen ist. In der eigenen Untersuchung war eine nahezu homogene Geschlechtsverteilung ersichtlich. Demgegenüber zeigte sich 2012 in Sachsen-Anhalt bei den Kindern und Jugendlichen schon ein leichtes Überwiegen des männlichen Geschlechts (51,5%) gegenüber dem weiblichen Anteil (48,5%) an der Bevölkerung (Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A104, Halle, 2015). Bei den alters- und geschlechtsspezifischen Korrelationen zur Art der Kindeswohlgefährdung zeigte sich teilweise eine gute Übereinstimmung mit den bisherigen Erfahrungen aus der Literatur. So waren beim Verdacht des sexuellen Missbrauchs Mädchen eindeutig häufiger als Knaben betroffen. Eine solche „Dominanz des weiblichen Geschlechts“ fand sich auch bei Fegert et al. (2013a) und Clauß et al. (2013), sowie Reinhold und Kindler (2006). Bei der Auswertung von 497 Missbrauchsfällen aus den USA lag der Anteil der Mädchen bei 78% (Palusci et al., 2001). Im Kontrast zum sexuellen Missbrauch war bei der körperlichen Misshandlung und der Vernachlässigung kein klarer Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen, es zeigte sich lediglich die Tendenz eines leichten Überwiegens bei Knaben und männlichen Jugendlichen in der eigenen Untersuchung. Demgegenüber war in anderen Untersuchungen zumindest bei der körperlichen Misshandlung ein deutlicheres Überwiegen des männlichen Geschlechts festzustellen (vgl. Martrille et al., 2006; Baier et al., 2006; Bode-Jänisch et al., 2011). Bei der Altersverteilung in der eigenen Untersuchung fiel auf, dass jüngere Kinder häufiger von Vernachlässigung betroffen waren, während Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch in den beiden ältesten Gruppen dominierten. Das Überwiegen von älteren Kindern und Jugendlichen beim sexuellen Missbrauch wurde auch in anderen Untersuchungen festgestellt (Bode-Jänisch et al., 2011; Engel und Mehlman,

2008; Münder et al., 2000; aktionkinderschutz, Online-Zitat). Beim Verdacht auf körperliche Misshandlung war diese Altersgruppe im eigenen Untersuchungskollektiv ebenfalls häufiger betroffen, ebenso wie die Kleinkinder. Aus anderen Studien wird demgegenüber zumeist nur über eine Dominanz des Kleinkind- und Säuglingsalters in Fällen von körperlicher Misshandlung berichtet (vgl. Kindler et al., 2006; Kelly et al., 2009; Leitfaden Stoppt Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, 2015). In der Untersuchung von Bode-Jänisch et al. (2011) wurde bei dieser Form der Kindeswohlgefährdung ein Altersdurchschnitt von 4,4 Jahren festgestellt und in einer neuseeländischen Studie über nicht-akzidentielle Schädelhirntraumata lag das Durchschnittsalter sogar bei nur 6 Monaten (Kelly et al., 2009).

Bei den *soziodemographischen Faktoren der betroffenen Familien* zeigte sich in der eigenen Untersuchung ein auffällig niedriger Anteil des Aufwachsens bei verheirateten Eltern (17,9%), der im Kontrast zum deutlich höheren Anteil (53,4%) der verheirateten Eltern mit Kindern unter 18 Jahren in Sachsen-Anhalt im Jahr 2012 steht (Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A113, Halle, 2013). Demgegenüber war bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen, die bei der Kindesmutter und deren neuen Lebenspartner aufwuchsen, ein deutlich erhöhter Anteil zu verzeichnen. Ähnliche Beobachtungen liegen von Münder et al. (2000) vor, hier lebten „70% der gefährdeten Kinder nicht mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen“. Bei Fällen von körperlicher Misshandlung wurde ebenfalls von einer Unterrepräsentation verheirateter Kindeseltern berichtet (vgl. Schwarz, 2011; Münder et al., 2000). Demgegenüber stehen jedoch auch Studien, in denen der Anteil verheirateter Eltern deutlich höher lag (vgl. Creighton, 1984; Schneider, 1987; Appel, 1988; Jayme, 1996; Herber, 2003), so dass hier keine einheitlichen Literaturerfahrungen vorliegen. Nach den eigenen Untersuchungsergebnissen waren die betroffenen Kindesmütter häufig deutlich jünger als die meist über 40 Jahre alten Kindesväter, so dass sich hier eine Übereinstimmung mit den Erfahrungen aus anderen Studien ergibt (vgl. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg, 2008; Häuser et al., 2011). Bei der Korrelation zur Art der Kindeswohlgefährdung bestand in der eigenen Untersuchung bei jüngeren Müttern, Kindesvätern und neuen Lebenspartnern deutlich häufiger der Verdacht auf eine Vernachlässigung, während Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch häufiger bei älteren Personen anzutreffen waren. Behl et al. (2003) verweisen darauf, dass über vernachlässigende Eltern im Vergleich zu misshandelnden oder missbrauchenden Eltern weniger bekannt sei, obwohl „Vernachlässigungen den größten Anteil der Gefährdungsfälle ausmachen“. Thyen (2008) bezeichnet diese Defizite sogar als „Neglect of neglect“ („Vernachlässigung der Vernachlässigung“). Unter den weiteren Faktoren war ein relativ hoher Anteil von Partnerschaftskonflikten, aber auch von protokollierten Haftstrafen ersichtlich, was für ein deutliches soziales Konfliktpotential in den meisten erfassten Fällen spricht.

Bei den *weiteren Risikofaktoren* waren in der eigenen Untersuchung in über der Hälfte der Fälle Hinweise für einen Alkoholabusus, in über einem Drittel der Fälle Anhaltspunkte für einen Nikotinabusus und immerhin in 10% Hinweise für einen Drogenkonsum ersichtlich. Neben dem gehäuften Auftreten von Substanzabusus und Suchtkrankheiten ist auch eine vermehrte Inzidenz von psychischen Erkrankungen bzw. Störungen bei den Eltern in Zusammenhang mit Fällen von Kindeswohlgefährdung in mehreren Untersuchungen beschrieben worden (Reinhold und Kindler, 2006; Bender und Lösel, 2005). So stellten Münden et al. (2000) bei Eltern, die vom Ambulanten Sozialen Dienst (ASD) betreut worden, in 18% der Fälle eine psychische Erkrankung und in weiteren 44% eine Suchtkrankheit fest. Falkov (1996) fand unter 100 untersuchten misshandlungsbedingten Todesfällen im Kindes- und Jugendalter 25% psychisch erkrankte Eltern, ähnlich wie bei Stroud and Pritchard (2001). Eine quantitative Erfassung von psychischen Erkrankungen der Kindeseltern war aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht möglich. Es fiel jedoch auch in mehreren Fällen des eigenen Untersuchungsgutes auf, dass Suchterkrankungen und psychische Störungen bzw. Krankheiten der Eltern in der Beurteilung einer möglichen Gefährdungssituation für die Kinder nur unzureichend berücksichtigt worden sind. Diese Problematik zeigte sich auch in einer Studie aus Nordrhein-Westfalen (Engel und Mehlan, 2008). Dabei konnten Layzer et al. (2001) deutlich machen, dass durch „speziell auf Eltern mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen ausgelegte Programme eine bessere Präventionsfunktion in der Kindeswohlgefährdung erzielt wird als mit Maßnahmen, die auf eine breite Bevölkerungsschicht ausgelegt sind“. In der eigenen Untersuchung waren in 71,9 % der Haushalte eine Hartz-IV Unterstützung erforderlich. Dabei waren vor allem Familien mit jüngeren Kindern betroffen und die Kindesmütter waren nur selten erwerbstätig. In der Studie von Münden et al. (2000) lag der Anteil mit etwa 60 % etwas niedriger. Luthar et al. (2003) betonen in diesem Zusammenhang, dass Kindeswohlgefährdungen letztlich in allen sozialen Schichten anzutreffen sind, aber Familien mit einem schwachen sozioökonomischen Status jedoch überproportional häufig betroffen sind. Letztlich zeigte sich in der eigenen Untersuchung auch eine deutliche Vergesellschaftung von mehreren Risikofaktoren.

Hinsichtlich der *Art der Kindeswohlgefährdung* dominierten in der eigenen Untersuchung Fälle von Kindesvernachlässigung. An zweiter Stelle folgten Verdachtsfälle auf körperliche Misshandlung, während der Verdacht des sexuellen Missbrauchs seltener anzutreffen war. In der Untersuchung von 300 Eingriffen in das elterliche Sorgerecht (Münden et al., 2000) stand der Verdacht auf Vernachlässigung ebenfalls an erster Stelle. Dabei waren Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch jedoch weniger (an 5. Stelle) als Misshandlungsfälle vertreten. Die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Kindeswohlgefährdung wird in der Literatur teilweise deutlich unterschiedlich angegeben, was im Hinblick auf die bereits in der Einleitung erörterte, erhebliche Dunkelziffer nachvollziehbar erscheint. Esser und Weinel (1990) schätzten, dass 5-10%

der Kinder in Deutschland von Vernachlässigungen betroffen sind. Nach Schätzungen der Bundesärztekammer sollen etwa 5% aller Kinder in Verhältnissen aufwachsen, in denen ein Risiko für Vernachlässigung besteht, dies bedeutete eine jährliche Anzahl von rund 30.000 Kindern in Deutschland (Fegert et al., 2013b). Ähnliche Größenordnungen wurden aus retrospektiv angelegten Studien von Häuser et al. (2011) berichtet. Demnach gaben 10% der befragten Jugendlichen an, in ihrer Kindheit vernachlässigt worden zu sein. Demgegenüber seien schwere Misshandlungen mit 2,8% deutlich seltener vertreten gewesen. Baier et al. (2006) befragten Kinder und Jugendliche einer 9. und 4. Klasse hinsichtlich der Anwendung und des Schweregrades elterlicher Gewalt in der Erziehung. Keine Gewalterfahrung gaben 42,1% der Neuntklässler und 75,8% der Viertklässler an. Seltene leichte Gewaltanwendungen (Häufigkeit ein bis zweimal im Jahr; „runtergehauen“, „gestoßen“, „mit Gegenstand geworfen“) gaben 40,5% der Neuntklässler und 16,5% der Viertklässler an. Häufige (monatliche) und schwere Gewalt wurden in beiden Gruppen zu jeweils 2% angegeben. Die Häufigkeit der Kindesmisshandlung insgesamt wird z.B. von Jacobi et al. (2010) für Deutschland mit 10-15% angegeben. Eine ähnliche Größenordnung wird von Pfeiffer und Wetzels (1997) berichtet. Diese befragten Jugendliche und Erwachsene im Alter von 16-59 Jahren zu elterlichen Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit. Dabei gaben 10,8% an, körperlich misshandelt worden zu sein. Auch Busmann (2005) geht davon aus, dass sich die Zahl der körperlichen Gewaltanwendungen in der Erziehung auf 10-20% beläuft und diese seit 2005 wieder leicht ansteigt. Engfer (2002) schätzt sogar ein, dass etwa die Hälfte bis zwei Drittel der deutschen Eltern ihre Kinder körperlich bestrafen und das zehnte bis fünfzehnte Prozent der Eltern ihre Kinder in schwerwiegender Form körperlich bestrafen. Hinsichtlich der Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs postuliert Ernst (1998), dass etwa 10-15% der Mädchen und 5-10% der Knaben bis zum Alter von 14 bzw. 16 Jahren mindestens einmal einen „unerwünschten oder durch die moralische Übermacht einer deutlich älteren Person oder durch Gewalt erzwungenen sexuellen Körperkontakt erlebt haben“.

Der in der Einleitung bereits beschriebene Trend zum Anstieg der Fallzahlen in der Bundesrepublik Deutschland, zumindest im Bereich der körperlichen Misshandlung, konnte auch durch eine Studie aus Nordrhein-Westfalen gestützt werden. Dabei erfolgte 2008 eine Befragung von 182 Jugendämtern und eine Auswertung der Kriminalstatistik. Die Zahl der sexuellen Missbrauchsfälle wurde von den Jugendamtsmitarbeitern als konstant eingeschätzt, was auf die erhöhte Sensibilisierung in der Bevölkerung zurückgeführt wurde. Die Häufigkeit der sexuellen Gewalt unter den Jugendlichen wurde als ansteigend eingestuft, vor allem infolge des erleichterten Zugangs zur Pornographie und der Verharmlosung von sexueller Gewalt. In Bezug auf Vernachlässigungen gaben die Jugendämter eine deutlich zunehmende Tendenz an, vor allem im Bereich der seelischen und sozialen Vernachlässigung. Fälle von Misshandlungen wurden ebenfalls als deutlich ansteigend beschrieben. (Engel und Mehlan, 2008).

Bei der *Fallbearbeitung durch das Jugendamt* zeigte sich, dass die Kontaktaufnahme nur relativ selten durch ein persönliches Hilfersuchen der Kindeseltern erfolgte. Deutlich häufiger war eine Meldung von Personen und Institutionen zu verzeichnen, die nicht dem Familienkreis aber dem näheren sozialen Umfeld angehörten. Diese Beobachtungen waren auch in anderen Studien ersichtlich. So war z.B. in der Untersuchung von Wille und Rönnau (1986), sowie Münder et al. (2000) festzustellen, dass sowohl Meldungen an das Jugendamt als auch an die Polizei zumeist durch Nachbarn getätigt wurden. Das seltene persönliche Hilfersuchen von Seiten der Erziehungsberechtigten wird von Wille und Rönnau (1986) auf die „oftmals innerhalb der Familie bestehende Hemmschwelle, die mangelnde Fähigkeit zum Eingeständnis von Schwächen und fehlendes Problembewusstsein“ zurückgeführt.

Demgegenüber werden derartige problematische Konstellationen von Kontaktpersonen aus dem näheren Umfeld des Kindes, wie z.B. Nachbarinnen/Nachbarn, Lehrerinnen/Lehrern, Erzieherinnen/Erziehern und Trainerinnen/Trainern, kritischer beurteilt, was sich dann in einer höheren Frequenz solcher Meldungen widerspiegelt. Ärztliche Meldungen waren in der vorliegenden Untersuchung nur selten vertreten. Ähnliche Beobachtungen wurden von Wille und Rönnau (1986), sowie Tsokos und Etzold (2014) getätigt und auf immer noch bestehende „traditionelle Auffassungen über die ärztliche Schweigepflicht und unzureichende psychosoziale Kompetenzen der Ärzte“ zurückgeführt. Seit dieser Untersuchung haben sich allerdings die Möglichkeiten zur ärztlichen Offenbarung beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geändert. Maybaum (2017), Tsokos und Etzold (2014) sehen eindeutig, durch die Reform des Jugendschutzgesetzes vom Bundestag, Ärztinnen und Ärzte in der „Pflicht beim Verdacht einer Kindeswohlgefährdung das Jugendamt zu informieren“. Insgesamt wäre in der vorliegenden Untersuchung schon ein etwas höherer Anteil von ärztlichen Meldungen zu erwarten gewesen. Möglicherweise bestehen aber auch bei den Ärzten auch aktuell immer noch erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit dieser Thematik. In der eigenen Studie war auch ersichtlich, dass in etwa der Hälfte aller Fälle schon mögliche Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen, bevor die eigentliche Fallbearbeitung durch das Jugendamt aufgenommen wurde. Diese Hinweise bestanden gelegentlich auch schon bei vorangegangenen medizinischen Vorstellungen, häufiger waren es aber Kurznotizen infolge von Mitteilungen aus Kindertagesstätten oder Schulen. Somit war mitunter eine erhebliche zeitliche Latenz zu verzeichnen, bevor es zu konkreten Erstmaßnahmen zur Unterbindung bzw. Reduzierung der Gefährdungssituation kam. Aus diesen häufig rudimentären Notizen ging nicht selten hervor, dass Erzieher, Lehrer und Ärzte sowohl bei der Bewertung und Einordnung von vorhandenen Symptomen und Befunden aber auch der Inanspruchnahme von anderen Professionen sehr zurückhaltend waren. Die Verdachtssituation wurde dann zwar teilweise mit den Eltern thematisiert, dabei wurde von Seiten der Eltern eine Hilfe jedoch meistens nicht für erforderlich gehalten. Häufig kam es erst zur tatsächlichen Einschaltung des Jugendamtes, wenn Verdachtsmomente wiederholt auftraten oder von mehreren

Personen geäußert wurden. Schließlich waren in mehreren Fällen auch zeitliche Verzögerungen zwischen der Meldung beim Jugendamt und dem konkreten Tätigwerden erkennbar. Somit war ersichtlich, dass das Fehlen konkreter Schwellenkriterien eine erhebliche Problematik sowohl bei der Meldung als auch beim konkreten Tätigwerden des Jugendamtes darstellt. Bei den Erstmaßnahmen erfolgte zumeist ein Hausbesuch, welcher deutlich häufiger bei Verdachtsfällen auf Vernachlässigung durchgeführt wurde. Diese Maßnahme ist insbesondere bei dieser Art der Kindeswohlgefährdung durchaus nachvollziehbar, da dadurch vor allem bei unangekündigten Besuchen das direkte Umfeld der Kinder mit Nahrungsaufnahme, Schlafstätte, Bekleidung, altersgerechte Spielsachen abgebildet wird und mögliche Gefahrenquellen wie Schimmelpilzbefall der Wohnung oder Unfallgefährdungen erkannt werden können. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung wurde als Erstmaßnahme zumeist eine ambulante Beratung durchgeführt. Dabei könnte auch bei diesen Arten der Kindeswohlgefährdung ein Hausbesuch für eine Gesamtbeurteilung der Gefährdungssituation hilfreich sein, was jedoch nur bei einer Bereitstellung verstärkter Ressourcen realisiert werden könnte. In nur weniger als 10% der Fälle war die sofortige Hinzuziehung des Kindernotdienstes als Erstmaßnahme erforderlich. In der Mehrzahl der Fälle war bei der weiteren Bearbeitung im Jugendamt ein erheblicher personeller und zeitlicher Aufwand erforderlich. In über vier Fünftel der Fälle waren im weiteren Verlauf sogar mehrere Mitarbeiter des Jugendamtes integriert und häufig war auch die Hinzuziehung weiterer Professionen indiziert. Bei einem Vergleich der Ergebnisse der Studie aus Nordrhein-Westfalen im Jahr 2008 wurde ein enormer Anstieg der Hilfemaßnahmen seitens der Jugendämter deutlich, so war im Bereich der ambulanten Hilfen ein Anstieg um 107% innerhalb eines 10-Jahres Zeitraumes zu verzeichnen. Die „Notwendigkeit einer stärkeren personellen Ausstattung und größerer zeitlicher Ressourcen für die Fallbearbeitung“ wird auch durch die Ergebnisse der Studie aus Nordrhein-Westfalen gestützt (Engel und Mehlan, 2008). Schließlich lässt sich eine solche Forderung aus der im Jahr 2005 erfolgten Änderung des Sozialgesetzbuches (§ 8a SGB VIII, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) ableiten, da dort die Abschätzung des Gefährdungsrisikos durch mehrere Mitarbeiter/innen fixiert und eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Professionen empfohlen wurde. Dieser beträchtliche und erhöhte Arbeits-, Zeit-, Koordination- und Organisationsaufwand steht im Kontrast zu den in den letzten Jahren erfolgten Umstrukturierungen im Bereich der Jugendämter, die nicht selten mit der Reduzierung der personellen und zeitlichen Ressourcen einhergingen. Diese Entwicklung war im Untersuchungszeitraum auch in Bereich der beiden Jugendämter ersichtlich. Neben diesem Dilemma stellt aber auch die Qualifikation der Jugendamtsmitarbeiter ein weiteres Problemfeld dar. Eine Umfrage von Beher und Walter (2012) zeigte, dass sich bei der Beurteilung eines nach § 8a SGB VIII gemeldeten Falles gerade einmal 20 % der Fachkräfte in der Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdungen sicher fühlen und in diesem Bereich einen erheblichen

Weiterbildungsbedarf sehen. Die abschließende Fallbewertung in der eigenen Studie weist darauf hin, dass der eingesetzte Personal- und Zeitaufwand durchaus berechtigt war. In der Mehrzahl wurde der Anfangsverdacht bestätigt, während nur in etwa einem Zehntel der Fälle keine solche Bestätigung erfolgte. Kritisch ist jedoch einzuschätzen, dass in fast einem Drittel der Fälle keine hinreichend valide Einordnung erfolgen konnte. Solche Fälle werden auch immer wieder aus medizinischen Untersuchungsreihen berichtet (Bode-Jänisch et al., 2011; Richter, 2017). In diesen Studien liegt der Anteil der nicht hinreichend sicher einordbaren Fälle jedoch deutlich geringer. Diese Beobachtung könnte darauf hindeuten, dass eine häufigere medizinische Vorstellung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zukünftig zu einem geringeren Anteil solcher Fälle führen könnte. Bei der Betrachtung der Konsequenzen zeigte sich deutlich, dass in der Mehrzahl der Fälle weitere Maßnahmen erforderlich waren. In Abhängigkeit vom Schweregrad waren dabei nicht selten temporäre Inobhutnahmen erforderlich, um die Kinder aus dem wahrscheinlich verursachenden Milieu herauszubringen und damit weitere bzw. eventuell noch schwerere Schädigungen zu vermeiden. Dabei ist natürlich immer eine sorgfältige Abwägung zwischen der möglichen weiteren Gefährdung des Kindes und dem Erhalt der familiären Strukturen erforderlich. Häufiger konnte jedoch auf einen solchen schwerwiegenden Eingriff in die familiären Strukturen verzichtet werden und stattdessen eine engmaschige Betreuung etabliert werden, um das Gefährdungspotential weiter zu beurteilen und gegebenenfalls auf akute Situationen kurzfristig reagieren zu können. In über 90% der Fälle wurden auch Hilfen und Unterstützungen durch das Jugendamt gewährt. Dies ist insbesondere für die Fälle nachzuvollziehen, in denen sich der Anfangsverdacht bestätigt hat. Solche Hilfen und Unterstützungen kamen jedoch teilweise auch bei nicht oder nicht hinreichend bestätigten Fällen zum Tragen. Oftmals spielten dabei auch die Gesamt- und Begleitumstände eine wesentliche Rolle, wie z.B. potentielle Gefährdungslagen im Wohnbereich oder familiären Umfeld oder auch die Konstellation, das im Einzelfall zwar nicht eindeutige, aber in Anzahl und Wiederholung sich doch subsummierende Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen. Auch Kindler (2010) weist darauf hin, dass es „nicht so sehr auf den Beweis der Gefährdung ankommt“, sondern ein neuerliches Gefährdungsereignis in besonderem Maße von den einzelfallbezogenen Risikofaktoren und der angebotenen Hilfe abhängig sei. Bei den Hilfsmaßnahmen stand bei Verdachtsfällen auf körperliche Misshandlung und Vernachlässigung die sozialpädagogische Familienhilfe im Vordergrund. Dies ist bei leichteren Fällen durchaus nachvollziehbar, da die Grenzen vom groben und unachtsamen Umgang zur Misshandlung oftmals fließend und nicht immer klar zu trennen sind und dabei sozialpädagogische Methoden oftmals zielführend sind. Demgegenüber ist bei schwereren Fällen von körperlicher Misshandlung jedoch eine solche Maßnahme nicht ausreichend, sondern eine „interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen unerlässlich“ (Heide et al., 2015). Beim sexuellen Missbrauch dominierte unter den Hilfsmaßnahmen die Heimerziehung, insbesondere um weitere Übergriffe zu unterbinden. In der

Korrelation zum sozioökonomischen Status war zumindest die Tendenz ersichtlich, dass bei Hartz IV-Empfängern ein höherer Anteil und eine längere Dauer von sozialpädagogischen Familienhilfen zu beobachten war. Dies könnte bei Familien mit sonstigem Einkommen für etwas stabiler ausgeprägte Sozialstrukturen sprechen, die eine weniger intensive Betreuung erfordern.

In der eigenen Untersuchung richtete sich der Verdacht der Kindeswohlgefährdung in fast der Hälfte aller Fälle gegen die Kindesmutter. Deutlich seltener war der Kindesvater oder der neue Lebenspartner der Kindesmutter verdächtig. Ähnliche Beobachtungen wurden von Jacobi et al. (2010) gemacht. In dieser Studie wurden sogar in vier Fünftel aller Fälle die sorgeberechtigten Eltern als verdächtig eingestuft. Andere Studien weisen jedoch eher auf eine widersprüchliche Datenlage hin. So richtete sich in den Untersuchungen von Appel (1988) und Jayme (1996) der Tatverdacht zumeist gegen den Stiefvater oder neuen Lebenspartner. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass hinsichtlich des Tatverdachts diese Studien nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Teilweise wurde dabei z.B. nur der allgemeine Anfangsverdacht erfasst und teilweise aber auch auf konkretere Einordnungen aus polizeilichen Ermittlungsverfahren zurückgegriffen. Des Weiteren handelt es sich in einigen Untersuchungen auch um eine gewisse Selektion, z.B. hinsichtlich einer medizinischen Erfassung dieser Fälle. Nicht selten ist in solchen Untersuchungen, wie auch in der vorliegenden Studie, der anfängliche „Verdacht der Kindeswohlgefährdung gegen das familiäre Umfeld ohne konkrete Zuordnung“ gerichtet (Clauß et al., 2013). Bei der Korrelation zwischen der Art der Kindeswohlgefährdung und der verdächtigen Person waren Kindesmütter mit 83,9% in der eigenen Untersuchung vom Verdacht auf Kindesvernachlässigung deutlich häufiger betroffen, wie es auch aus anderen Studien berichtet wird (Bode-Jänisch et al., 2011; Clauß et al., 2013). Ursächlich dafür kann neben den gestiegenen Anteil von alleinerziehenden Müttern das noch immer relativ weit verbreitete klassische Rollenbild der Mutter als Hauptverantwortliche für die Kinder sein, so dass im Fall von Mangelsituationen die Kindesmutter eher als verantwortlich eingestuft wird. Ebenso wie bei den meisten anderen Studien (Appel, 1988; Jayme, 1996; Bode-Jänisch et al., 2011; Clauß et al., 2013; Engel und Mehlan, 2008) war in der aktuellen Untersuchung auch festzustellen, dass der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung häufiger gegen den Kindesvater (75,4%) oder neuen Lebenspartner (69%) gerichtet ist und beim sexuellen Missbrauch der neue Lebenspartner (20,7%) häufiger vertreten ist. Als ursächlich für die Verteilung bei der körperlichen Misshandlung wird relativ übereinstimmend postuliert, dass Männer eher zu Gewalt in der Familie neigen, während Frauen häufiger zu emotionaler Bestrafung durch Entzug von Zuneigung tendieren. Demgegenüber war in den Studien von Jacobi et al. (2010) ersichtlich, dass Misshandlungen eher vom weiblichen Geschlecht ausgeübt würde, da Frauen sowohl im häuslichen als auch institutionellen Bereich eher in der Versorgung von Kindern anzutreffen sei. Behl et al. (2003) weisen darauf hin, dass über vernachlässigende Eltern im Verhältnis zu misshandelnden oder

missbrauchenden Eltern zumeist nur wenig bekannt sei. Dieses Defizit ist auch im Hinblick auf die quantitative Verteilung der verschiedenen Arten der Kindeswohlgefährdung kritisch zu sehen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Erfassungen in Jugendämtern, wie es auch in der eigenen Untersuchung zu beobachten war, Vernachlässigungsfälle die zahlenmäßig größte Gruppe darstellen.

Eine *polizeiliche Meldung* erfolgte in der vorliegenden Studie immerhin in knapp einem Viertel aller Fälle. Zumeist wurde diese Meldung durch Nachbarn und Familienmitglieder erstattet, wie es auch aus anderen Untersuchungen berichtet wird (Bode-Jänisch et al., 2011; Clauß et al., 2013; Richter, 2017). Eher marginal war der Anteil solcher Meldungen durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser. Auch wenn die gesetzlichen Grundlagen für eine Meldung erst im letzten Abschnitt des Untersuchungszeitraumes erleichtert worden sind, wäre hier doch ein höherer Anteil an den polizeilichen Meldungen zu erwarten gewesen. Diese Beobachtung könnte auf die verstärkte Notwendigkeit ärztlicher Fortbildungen zur Kindeswohlgefährdung einschließlich der juristischen Hintergründe hindeuten. Bei der Korrelation zur Art der Kindeswohlgefährdung waren eindeutig häufiger Meldungen des Verdachtes auf sexuellen Missbrauch anzutreffen als beim Verdacht der Vernachlässigung. Auch Verdachtsfälle auf körperliche Misshandlung wurden der Polizei häufiger als Vernachlässigungsfälle gemeldet. Ursächlich dafür könnte einerseits die schwierige und mitunter subjektive Problematik der Definition und Einordnung einer Vernachlässigung sein. Andererseits wäre es möglich, dass körperliche Misshandlung und vor allem auch sexueller Missbrauch bei den meldenden Personengruppen eher als ein strafrechtlich relevantes Geschehen eingestuft werden als eine Kindesvernachlässigung. Auch Deegener und Körner (2005) weisen darauf hin, dass es beim „Verdacht auf Vernachlässigung wesentlich seltener zu einer Anzeige kommt“, da meist schwer zu definieren sei, ab wann eine Handlung oder Unterlassung schwerwiegend genug sei.

Der Anteil der *ärztlichen Konsultationen* lag gerade einmal bei einem Drittel der Fälle, während sich in den übrigen Fällen keinerlei Hinweise für eine medizinische Vorstellung ergaben. Diese Verteilung ist als problematisch einzuschätzen, da in den Akten in über der Hälfte der Fälle deutliche Anzeichen einer körperlichen Misshandlung (z.B. ersichtliche erhebliche Verletzungen) oder Vernachlässigung (z.B. Austrocknungszustand, Unterernährung, Unterkühlung) beschrieben wurden und trotzdem keine ärztliche Vorstellung erfolgte. Systematische und umfassende Untersuchungen zur exakten Häufigkeit von ärztlichen Vorstellungen bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung in Deutschland werden derzeit noch vermisst. Die wenigen, überwiegend rechtsmedizinisch orientierten Studien zu Teilaspekten dieser Problematik deuten jedoch darauf hin, dass in Deutschland immer wieder medizinische Konsultationen unterbleiben, selbst bei schweren Fällen von Kindesmisshandlung (vgl. Vock et al., 1999; Tsokos und Etzold, 2014).

Neben den medizinisch eigentlich indizierten, jedoch ausgebliebenen Arztkonsultationen waren aus retrospektiver Sicht noch weitere Defizite ersichtlich. In mehreren Fällen fanden sich in den Akten überhaupt keine konkreten ärztlichen Befunde, obwohl aus Textpassagen eine medizinische Vorstellung hervorging. Des Weiteren war auffällig, dass sich Befunde von Konsultationen bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie nahezu vollständig in den Akten befanden. Im Kontrast dazu waren nur in drei Fällen ausreichend exakte medizinische Dokumentationen von körperlichen Befunden feststellbar. Alle drei Fälle waren rechtsmedizinische Konsultationen bei Säuglingen und Kleinkindern, wo jeweils der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung bestand. In Bezug auf die 62 ärztlich vorgestellten Fälle mit Verdacht auf körperliche Misshandlung betrug der Anteil exakter medizinischer Dokumentationen somit lediglich 4,8%. In der statistischen Auswertung war dann auch ersichtlich, dass solche rechtsmedizinischen Konsultationen deutlich unterrepräsentiert waren. Auch Herrmann (2002), sowie Becker und Wecker (2013) verweisen darauf, dass die Erstellung exakter Befunddokumentationen sehr häufig auf forensisch erfahrene Ärzte aus den Fachrichtungen Rechtsmedizin oder Pädiatrie beschränkt sei. In der vorliegenden Untersuchung wurden Verdachtsfälle auf körperliche Misshandlung jedoch auch beim Hausarzt und Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt. Dabei stellt sich die Frage nach der forensischen Qualifikation dieser Ärzte und der damit verbundenen Fähigkeit, eine exakte Befunddokumentation zu erstellen. In einer Studie aus Leipzig (2010) konnte aufgezeigt werden, dass sogar bei Fällen mit der gesicherten Diagnose einer „körperlichen Misshandlung nur in 32% eine Fotodokumentation und in 26% eine rechtsmedizinische Konsultation erfolgte“ (Landgraf et al., 2010).

Bei der Verteilung der Altersgruppen war festzustellen, dass bei Säuglingen und Jugendlichen gegenüber den anderen Altersgruppen häufiger Arztvorstellungen erfolgten. Bei den Säuglingen ist dieser Umstand am ehesten darauf zurückzuführen, dass es sich dabei um eine ausgesprochen sensible Altersgruppe handelt, bei der die Aufmerksamkeit, Besorgnis und die Einsicht in die Schutzbedürftigkeit im unmittelbaren Umfeld am stärksten ausgeprägt ist. Kaum nachvollziehbar ist jedoch, warum Kleinkinder in nur in etwa einem Viertel aller Fälle ärztlich vorgestellt wurden. Auch hier handelt es sich um eine besonders schutzbedürftige Altersgruppe, die sich oft noch nicht hinreichend artikulieren können oder wo noch besondere Hemmfaktoren hinsichtlich des Vortragens von Misshandlungen oder ähnlich gelagerte Handlungen bestehen (vgl. Clauß et al., 2013; Heide et al., 2015; Reinhold und Kindler, 2006). Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter besteht aufgrund der Limitationen in der Artikulation und der familiären Hierarchie die dringende Notwendigkeit eines objektiven medizinischen Sachbeweises mit einer exakten Erfassung und Dokumentation der Befunde (vgl. Clauß et al., 2013; Heide et al., 2015; Becker und Wecker, 2013). Säuglinge und Kleinkinder wurden dabei signifikant häufiger bei

Fachärzten für Pädiatrie vorgestellt, zumeist unter dem Verdacht auf körperliche Misshandlung und gelegentlich auch beim Verdacht auf Vernachlässigung. Diese Beobachtung entspricht sicherlich der allgemeinen Erwartung für dieses Lebensalter. Thaiss et al. (2010) verweisen darauf, dass gerade für „Säuglinge und Kleinkinder im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen oftmals der Kinderarzt die einzige nichtfamiliäre Kontaktperson darstellt“ und somit die Möglichkeit des „Erkennens einer möglicherweise gestörten Eltern-Kind-Beziehung besteht“. Auch Reichert (2014) sieht den „Kinderarzt als Hauptansprechpartner für Familien“ und er geht davon aus, dass die meisten Fälle von (drohender) Vernachlässigung rechtzeitig erkannt und verhindert werden könnten. Dafür seien jedoch Kenntnisse zu Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen von Vernachlässigungen sowie Informationen über die regional vorhandenen Hilfsangebote erforderlich. Über die Bedeutung von Früherkennungsuntersuchungen und verpflichtenden Impfaufklärungen als Instrument des Kinderschutzes wird derzeit eine kontroverse Diskussion geführt. Thaiss et al. (2010) sehen darin eine „Chance für eine frühe Intervention und die Möglichkeit der Überleitung konkreter Verdachtsfälle in den stationären Bereich“. Demgegenüber verweist die Bundesärztekammer darauf, dass bei einer verpflichtenden Teilnahme die Gefahr des Charakters einer investigativen Untersuchung auf mögliches elterliches Fehlverhalten bestehen würde. In der vorliegenden Studie war zumindest die Tendenz ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche aus Risikofamilien trotz Betreuung durch die Jugendhilfe seltener ärztlich vorstellig wurden und dabei auch Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen nicht durchgeführt wurden. Ähnliche Erfahrungen wurden auch in der Untersuchung von Thaiss et al. (2010), sowie der Studie in Nordrhein-Westfalen (Engel und Mehlan, 2008) festgestellt. Dabei war auffällig, dass ein geringer Sozialstatus und ein junges Lebensalter der Kindesmütter zu einer deutlich selteneren Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und Impfdefiziten führten. Diese Parameter wurden von den Autoren dann auch als Indikator für eine Kindeswohlgefährdung angesehen.

Die häufigeren ärztlichen Konsultationen bei Jugendlichen könnten dadurch erklärt werden, dass diese Altersgruppe ihre Bedürfnisse selbst am konsequentesten und strukturiertesten vortragen und dabei mögliche Defizite aufzeigen kann. Dabei dominierten Vorstellungen beim Kinder- und Jugendpsychiater, was auf die besondere Bedeutung von Verhaltensauffälligkeiten in dieser Altersgruppe zurückgeführt werden kann. In diesem Zusammenhang verweisen Fegert et al. (2010), sowie Trocme et al. (2003) darauf, dass sich häufig Traumata in der Kindheit erst in älteren Altersgruppen in Form von „Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen“ bemerkbar machen und dann zu einer Vorstellung im Bereich der Sozialpädiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie führten. Teilweise erfolgte die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater jedoch auch bei Verdachtsfällen von Misshandlung oder Missbrauch zur Absicherung, da zumindest grobsichtig keine konkreten Befunde oder sonstige

Spuren ersichtlich gewesen seien. Dabei ist anzumerken, dass die Hinzuziehung eines erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters beim Verdacht einer Kindeswohlgefährdung zweifelsohne von erheblicher oder sogar entscheidender Bedeutung kann. Dennoch ist dabei zu bedenken, dass eine solche Konsultation nicht die qualifizierte Dokumentation von möglichen Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsbefunden ersetzt, welche mitunter erst bei rechtsmedizinischen Untersuchungen festgestellt werden.

Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch wurden erwartungsgemäß am häufigsten einem Facharzt für Gynäkologie vorgestellt. Dabei stellt sich jedoch auch die Frage, ob eine solche alleinige Vorstellung in allen Fällen tatsächlich ausreichend ist. Herrmann et al. (2010) stellen dazu fest, dass „typische Verletzungsmuster beim sexuellen Missbrauch im Kindes- und Jugendalter eher selten sind“. Deshalb kommt dabei u.a. der „exakten Erfassung und Dokumentation von extragenitalen Befunden, wie z.B. Abwehr- oder Begleitverletzungen und einer fachgerechten Spurensicherung oftmals die entscheidende Bedeutung zu“. Im Hinblick auf eine größtmögliche Sorgfalt ist in solchen Fällen auch eine interdisziplinäre Fachbearbeitung angezeigt, bei der verschiedene Fachrichtungen wie Pädiatrie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gynäkologie hinzugezogen werden sollten. Ein interdisziplinäres Vorgehen kann aber auch bei Verdachtsfällen auf körperliche Misshandlung oder Kindesvernachlässigung erforderlich sein (vgl. Clauß et al., 2013; Heide et al., 2015).

Somit war zumindest aus retrospektiver medizinischer Sicht festzustellen, dass die Häufigkeit von ärztlichen Konsultationen unzureichend gewesen ist. Dabei wäre insbesondere bei den Kleinkindern eine medizinische Vorstellung häufiger angezeigt gewesen. Während von den Konsultationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig ausführliche Berichte in den Akten vorhanden waren, stellten sich bei der exakten Dokumentation von körperlichen Befunden deutliche Defizite dar. In einzelnen Fällen fehlte trotz erfolgter Arztvorstellung die Befundübermittlung an das Jugendamt sogar vollständig. Im Hinblick auf ein eigentlich anzustrebendes interdisziplinäres Fallmanagement ist es auch als problematisch einzuschätzen, dass häufig nur eine einzelne ärztliche Fachrichtung einbezogen wurde. Der Mangel an der Einbeziehung von forensisch geschulten Ärzten und einer interdisziplinären Fallbearbeitung könnte auch einen Erklärungsansatz dafür bieten, dass in der vorliegenden Untersuchung der Anteil nicht hinreichend geklärten Fälle etwas höher als in medizinischen Untersuchungsreihen lag. Die Gründe für diese Situation sind wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Einerseits könnten dafür fehlende Kenntnisse der Erforderlichkeit solcher Untersuchungen bei einzelnen Sachbearbeitern oder auch die Existenz einer gewissen Hemmschwelle für rechtsmedizinische Konsultationen ursächlich gewesen sein. Andererseits kommen hierbei auch finanzielle (z.B. Fahrtkosten, ungeklärte Finanzierung einer rechtsmedizinischen Befunddokumentation) und

zeitliche Aspekte (Begleitung zur Untersuchungsstelle) in Betracht. Die seltene Einbindung einer rechtsmedizinischen Fachexpertise könnte möglicherweise auch durch die relativ weite Entfernung beider Jugendämter von den rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen in Halle und Magdeburg begünstigt worden sein.

Bei den *rechtlichen Konsequenzen* waren im Rahmen des angewendeten Untersuchungsdesigns lediglich zum Ausgang der Sorgerechtsverfahren Teilinformationen verfügbar, während eventuelle strafrechtliche Konsequenzen nicht die Auswertung einbezogen werden konnten.

Schlussfolgerungen und Lösungsansätze

In der Problematik des Kinderschutzes wurden in den letzten Jahren und Jahrzehnten in Sachsen-Anhalt, wie auch in den anderen deutschen Bundesländern, deutliche Fortschritte erzielt. Die in der Einleitung aufgezeigten Maßnahmen und Entwicklungen haben dazu zweifelsohne einen erheblichen Beitrag geleistet. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass sich durch eine verstärkte Zusammenarbeit der beteiligten Professionen in den verschiedenen Netzwerken und eine zunehmende Fortbildungstätigkeit auch die Sicherheit im Umgang mit der Problematik der Kindeswohlgefährdung erhöht hat.

Dieser Entwicklungsprozess ist jedoch noch keineswegs abgeschlossen. Die vorliegende Untersuchung zeigte ebenso wie andere aktuelle Studien, dass in der praktischen Umsetzung des Kinderschutzes noch erhebliches Optimierungspotential besteht. Im Untersuchungszeitraum waren in der vorliegenden Studie deutliche Probleme in der strukturellen, personellen und finanziellen Ausstattung der Jugendämter ersichtlich. In struktureller Hinsicht war festzustellen, dass durch Umstrukturierungsmaßnahmen, wie z.B. Zusammenlegung und Verlagerung von Zuständigkeitsbereichen, eine umfassende Fallerfassung und Fallnachverfolgung erheblich erschwert und teilweise auch behindert wurde. Personelle Defizite konnten dabei nur teilweise durch hohes persönliches Engagement der Jugendamtsmitarbeiter ausgeglichen werden. Diese Defizite spiegelten sich auch teilweise in den Fallbearbeitungen wieder. Der teilweise sehr hohe personelle und zeitliche Aufwand in der Bearbeitung komplexer Fälle war auch in der vorliegenden Studie deutlich ersichtlich. Bei der Diskussion über die erforderliche strukturelle Ausstattung besteht einerseits natürlich immer die Notwendigkeit der Schaffung von effektiven und kostengünstigen Strukturen, die auch die Entwicklungen in der Bevölkerungsstruktur des Landes berücksichtigen müssen. Andererseits geht eine solche Zentralisierung auch mit Nachteilen einher. Dazu gehören z.B. ein teilweise erhöhter Zeitaufwand (z.B. durch längere Fahrstrecken) und die Gefahr der mangelnden Berücksichtigung von Ortschaften im Randbereich des Einzugsgebietes. Auch Biesel et al. (2009) identifizierten eine „Lücke zwischen den

Ansprüchen an eine möglichst sichere Kinderschutzpraxis und den personellen, finanziellen und zeitlichen Mitteln die dafür zur Verfügung stehen“. Es bleibt zu hoffen, dass durch die am Ende des Untersuchungszeitraumes getroffenen Maßnahmen, wie z.B. eine stärkere finanzielle Unterstützung im Rahmen des Ausbaus der Netzwerke „Frühe Hilfen“ diese Situation verbessert werden kann. Des Weiteren war in den Falldokumentationen auch immer wieder ersichtlich, dass Kontaktaufnahmen zu Familien z.B. durch häufige Umzüge mit Zuständigkeitswechsel der Behörden erschwert oder verhindert wurden. Auch Kindler et al. (2006) weisen darauf hin, dass unter anderem durch Schwierigkeit bei der Kontaktaufnahme zu Familien und eine unzureichende Zusammenarbeit verschiedener Institutionen das Dunkelfeld der Kindeswohlgefährdung begünstigt wird. Eigentlich wäre zu erwarten, dass durch die in den letzten Jahren erfolgten gesetzlichen Erleichterungen und den Netzwerkausbau eine deutliche Verbesserung dieser Problematik erzielt werden kann. Demgegenüber ist Thyen (2010) der Ansicht, dass die gesetzlichen Änderungen bezüglich der strukturellen, also personellen, finanziellen und zeitlichen Voraussetzungen keine Verbesserung gebracht hätten, sondern eher einen appellativen Charakter zur Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendamt aufweisen würden. Hier sind weitere Untersuchungen und Analysen erforderlich, inwieweit sich diese Maßnahmen auf die Verbesserung der strukturellen Probleme ausgewirkt haben.

In der aktuellen Untersuchung waren auch kritische Parameter im Dokumentationssystem ersichtlich, die insbesondere die ärztlichen Konsultationen betrafen. Obwohl im Untersuchungszeitraum bereits eine Optimierung der systematischen Fallerfassung eingeführt wurde, zeigten sich immer noch erhebliche Problemfelder beim medizinischen Fallmanagement. So konnte in einem Teil der Fälle nicht nachvollzogen werden, warum trotz vorhandener Befunde auf eine Arztkonsultation verzichtet wurde. In den Fällen mit ärztlichen Vorstellungen war zwar teilweise eine symptomorientierte Arztauswahl ersichtlich, beim Verdacht auf körperliche Misshandlung war allerdings keine eindeutige Systematik in der Auswahl der Fachrichtung zu erkennen. In einzelnen Fällen fehlten die Dokumentationen über die ärztlichen Vorstellungen sogar vollständig. Im Hinblick auf eine Verbesserung des Dokumentationssystems wurden in den letzten Jahren auch sogenannte Gefährdungsbögen (z.B. „Dormagener Gefährdungsbogen“) eingeführt, die in den beiden untersuchten Jugendämtern jedoch nur vereinzelt zur Anwendung kamen. Die Wertigkeit und Bedeutung solcher Gefährdungsbögen wird jedoch teilweise auch kontrovers diskutiert. So sei nach der Einschätzung von Münder et al. (2000) die „schlichte Einordnung eines Falls in eine fallunabhängig gebildete Risikorangliste nicht möglich“. Hier wäre zu überprüfen ob ein verkürzter Gefährdungsbogen mit einem Punktesystem, ähnlich der Glasgow Coma Scale zur schnelleren Gefährdungsabschätzung hilfreich in der Erstbewertung wäre. Vor allem für noch unerfahrenere Ärzte könnte ein Ampelsystem in der Abwägung weiterer Schritte Sicherheit vermitteln. Des Weiteren wäre die Erfassung von Risikofaktoren mit einem

standardisierten Anamnesebogen, der auch das Umfeld des Kindes miterfasst, ein möglicher Schritt zu mehr Sicherheit im Kinderschutz. Münder et al. (2000) betonen daher die Wichtigkeit einer „einzel Fallbezogenen Einschätzung der Gefährdungslage“. In der Diskussion wird dabei auch oft die Bedeutung der Beurteilung der Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung hervorgehoben. In den verschiedenen Studien, die teilweise als Metaanalysen durchgeführt wurden, konnten folgende Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung erhoben werden:

- junges Alter der Kinder (Kavemann et al., 2001; Bender und Lösel, 2005; Mayer et al., 2007)
- Existenz mehrerer Geschwisterkinder (Bender und Lösel, 2005; Mayer et al., 2007; Kindler, 2009; Menzel et al., 2013)
- alleinerziehende Kindesmutter mit wechselnden Partnern (Mayer et al., 2007; Menzel et al., 2013)
- dem Jugendamt bereits bekannte Familien (Menzel et al., 2013)
- junge Kindesmutter (Kindler, 2009; Menzel et al., 2013)
- psychische Krankheiten der Kindeseltern (Kindler, 2009; Bender und Lösel, 2005; Münder et al., 2000)
- niedriger sozialer Status (Deegener et al., 2014; Mayer et al., 2007; Kindler, 2009)
- mangelnde soziale Unterstützung (Mayer et al., 2007)
- Arbeitslosigkeit der Kindeseltern (Deegener et al., 2014)
- niedriger Bildungsstand (Kindler, 2009; Münder et al., 2000)
- zahlreiche Umzüge (Deegener und Körner, 2005; Kindler, 2009)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch (Bender und Lösel, 2005; Mayer et al., 2007; Kindler, 2009)
- Partnerschaftskonflikte (Deegener und Körner, 2005; Kindler, 2009)
- vorangegangene Haftstrafen (Deegener und Körner, 2005)
- häufige Arztwechsel (Fegert et al., 2013a)
- verschleppte medizinische Vorstellung (Fegert et al., 2013a)

In der vorliegenden Untersuchung waren mehrere dieser Risikofaktoren ebenfalls feststellbar. Dazu zählten folgende Faktoren: alleinerziehende Kindesmutter mit wechselnden Partnern, junge Kindesmutter, niedriger sozialer Status, Arbeitslosigkeit der Kindeseltern, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Partnerschaftskonflikte und vorangegangene Haftstrafen. Hinsichtlich des Alters der betroffenen Kinder war jedoch auffällig, dass Säuglinge besonders oft vertreten waren. Zusätzlich konnte ein älteres Alter des Kindesvaters als weiterer Risikofaktor herausgearbeitet werden. Es wäre zu diskutieren, dass bei künftiger Verwendung eines Gefährdungsbogens oder ähnlichen Dokumentationssystemen neben den bekannten Risikofaktoren auch die in Sachsen-Anhalt nachgewiesenen Faktoren besonders berücksichtigt werden. Dabei sollten jedoch auch Kriterien für eine Arztkonsultation und die Auswahl der Fachrichtung eingebunden werden. Es

wäre sicherlich hilfreich, wenn dabei eine medizinische Fachberatung in Anspruch genommen würde.

Für die weitere Verbesserung des Kinderschutzes in Sachsen-Anhalt ist auch eine höhere Frequenz ärztlicher Konsultationen erforderlich, damit eine sicherere Einordnung der Verdachtskonstellation und gegebenenfalls auch eine forensische ausreichende Dokumentation vorhandener Befunde erfolgen kann. Natürlich stellt sich dabei die in der Einleitung bereits diskutierte Frage nach der Abrechenbarkeit solcher ärztlichen Konsultationen. Im Hinblick auf eine tatsächliche und nachhaltige Verbesserung, die nur mit einer Erstellung von aussagekräftigen Befunddokumentationen einhergehen kann, muss hier jedoch eine Lösungsmöglichkeit diskutiert und etabliert werden. Denkbar wäre dabei z.B. eine Etablierung niedrigschwelliger Untersuchungsangebote mit einer standardisierten Befunddokumentation durch forensische erfahrene Ärzte, insbesondere aus dem Bereich der Rechtsmedizin. Dabei wäre aber auch eine Einbeziehung bereits forensisch geschulter bzw. noch zu schulender engagierte Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Kinderärzte) vorstellbar. In Abhängigkeit von der Befundkonstellation könnte dabei ein stufenweises Vorgehen in Frage kommen. So könnten z.B. in der ersten Stufe ein Kurzbefund ausreichend und keine weiteren Maßnahmen erforderlich sein. In der zweiten Stufe sollte eine ausführliche Befunddokumentation mit einer Beratung bzw. Fallkonferenz über die weiteren Maßnahmen erfolgen. In der dritten Stufe könnte dann eine Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen wie Gynäkologie, Radiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Augenarzt erforderlich sein und nach der Fallkonferenz möglicherweise auch die Prüfung der Notwendigkeit einer polizeilichen Meldung. Für ein solches Modell müsste jedoch eine Basisfinanzierung sichergestellt werden, wie z.B. eine Fallpauschale für die Erstellung eines Kurzbefundes (z.B. 60 €). Möglicherweise könnte dabei eine Kooperation des Landes Sachsen-Anhalt mit den Krankenkassen geprüft werden. Eine weitere Option könnte ein vom Bundesland gefördertes Kompetenzzentrum darstellen, wie es z.B. bereits in Baden-Württemberg oder Hamburg etabliert worden ist (vgl. Ahne und Pollak, 2015; Seifert et al., 2015).

Schließlich war aus der vorliegenden Untersuchung noch ersichtlich, dass die Kooperation zwischen den einzelnen Partnern der Netzwerkstrukturen des Kinderschutzes weiter verbessert werden sollte. Thyen (2010) sieht derzeit noch erhebliche Defizite in der praktischen Umsetzung der Kooperationen im Kinderschutz, für die vor allem Vorbehalte gegenüber anderen Professionen sowie Zeit- und Personalmangel ursächlich seien. Nach der Einschätzung von Paul und Backes (2008) führen „Mängel in der Kooperation der Netzwerkstrukturen dann auch zu Informationsverlusten bei der Übermittlung erforderlicher Daten“. Möglicherweise könnten die oben genannten Lösungsansätze zu den medizinischen Aspekten des Kinderschutzes einen Beitrag zur Verbesserung dieser Kooperationsstrukturen leisten.

Letztlich verbleibt noch festzustellen, dass für eine nachhaltige Verbesserung des Kinderschutzes in Sachsen-Anhalt insbesondere im Hinblick auf die medizinischen Aspekte weitere systematische Studien erforderlich sind. Einerseits kann dabei geprüft werden, in welcher Form sich die in den letzten Jahren eingeführten Veränderungen (z.B. hinsichtlich der finanziellen Unterstützung oder der Erleichterung der Weitergabe von Daten) ausgewirkt haben. Andererseits könnte auch eruiert werden, ob die in der aktuellen Untersuchung aufgezeigten kritischen Faktoren in der medizinischen Beteiligung verbessert werden konnten.

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte in zwei ausgewählten Jugendamtsbezirken in Sachsen-Anhalt (Landkreises Wittenberg und Altmarkkreis Salzwedel) eine 10-Jahres-Analyse (2003-2012) von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung. Dabei wurden soziodemographische Faktoren, mögliche Risikofaktoren und die Art der Kindeswohlgefährdung erfasst. Des Weiteren wurden die Fallbearbeitung durch das Jugendamt sowie die Häufigkeit ärztlicher Konsultationen und polizeilicher Meldungen betrachtet. Diese aufwändigen Recherchen wurden im Rahmen eines Drittmittelprojektes durch das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt unterstützt. Durch die Jugendamtsmitarbeiter erfolgten dabei in Salzwedel und Wittenberg eine Vorauswahl und Bereitstellung von ca. 3500 Akten. Danach wurden diese Akten nach konkreten Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung gesichtet. Dazu gehörten aus medizinischer Sicht Hinweise für eine körperliche Misshandlung (z.B. Hämatome, unklare Verletzungen, Schilderungen von Gewalttätigkeiten), für einen sexuellen Missbrauch (z.B. auffällige Befunde und/oder entsprechende Angaben des Kindes bzw. anderer Personen) oder für eine Vernachlässigung (z.B. äußere Hinweiszeichen auf Nahrungs- oder Flüssigkeitsmangel, Anzeichen einer Verwahrlosung, entsprechende Zustands- bzw. Vorfallschilderungen). Schließlich wurden in die Untersuchung 452 Fälle eingeschlossen.

Bei den *soziodemographischen Faktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen* zeigte sich eine nahezu homogene Geschlechtsverteilung. Kleinkinder waren mit 27,7% zwar am häufigsten vertreten. Gegenüber dem Anteil an der Bevölkerung war das Säuglingsalter jedoch deutlich überrepräsentiert. Bei den *soziodemographischen Faktoren der betroffenen Familien* imponierte ein auffällig niedriger Anteil von verheirateten Kindeseltern. Die Kindesväter waren zumeist über 40 Jahre alt und die Kindesmütter häufig deutlich jünger, so dass sich hier eine gute Übereinstimmung mit den Erfahrungen aus anderen Studien zeigte. Bei den *weiteren Risikofaktoren* fanden sich in über der Hälfte der Fälle Hinweise für einen Alkoholabusus und häufig auch Anhaltspunkte für einen Nikotinabusus oder Drogenkonsum. Nicht selten waren auch vorausgegangene Haftstrafen zu verzeichnen. In fast drei Viertel aller Haushalte war eine Hartz-

IV Unterstützung erforderlich. Hinsichtlich der *Art der Kindeswohlgefährdung* dominierten in der eigenen Untersuchung Fälle von Kindesvernachlässigung, gefolgt von Verdachtsfällen auf körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch.

Bei der *Fallbearbeitung durch das Jugendamt* zeigte sich ähnlich wie in anderen Untersuchungen, dass die Kontaktaufnahme nur selten durch ein persönliches Hilfeersuchen der Kindeseltern, sondern durch Personen aus dem näheren sozialen Umfeld erfolgte. Ärztliche Meldungen waren dabei allerdings nur selten vertreten. Der Anfangsverdacht richtete sich zumeist gegen die Kindesmutter aufgrund eines Verdachtes auf Kindesvernachlässigung. Demgegenüber bestand bei den Kindesvätern oder neuen Lebenspartnern signifikant häufiger der Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung. Bei den Erstmaßnahmen des Jugendamtes wurde ein Hausbesuch signifikant häufiger bei Verdachtsfällen auf Kindesvernachlässigung durchgeführt, während beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung zumeist eine ambulante Beratung erfolgte. In etwa der Hälfte aller Fälle gab es bereits vor der eigentlichen Fallbearbeitung durch das Jugendamt schon mögliche Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung. Diese Bearbeitung war dann in den meisten Fällen mit einem erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. In der Mehrzahl der Fälle wurde der Anfangsverdacht bestätigt, während nur in etwa einem Zehntel der Fälle keine solche Bestätigung erfolgte. Kritisch ist jedoch einzuschätzen, dass in fast einem Drittel der Fälle keine hinreichend valide Einordnung erfolgen konnte. Bei den Fallkonsequenzen stand zumeist eine engmaschige Betreuung durch das Jugendamt im Vordergrund, gefolgt von vorläufigen Inobhutnahmen und Sorgerechtsverfahren.

Eine *polizeiliche Meldung* erfolgte in knapp einem Viertel aller Fälle, wobei die Meldung in Übereinstimmung mit anderen Studien zumeist durch Nachbarn und Familienmitglieder erstattet wurde. Selten waren demgegenüber Meldungen durch niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser anzutreffen. Bei der Korrelation zur Art der Kindeswohlgefährdung waren beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung häufiger Meldungen als beim Verdacht der Vernachlässigung zu verzeichnen. Der Anteil der *ärztlichen Konsultationen* lag gerade einmal bei einem Drittel der Fälle. Demgegenüber blieb in den anderen Fällen eine medizinische Vorstellung aus, obwohl in den Akten in über der Hälfte der Fälle deutliche Anzeichen einer körperlichen Misshandlung oder Vernachlässigung beschrieben wurden. Bei Säuglingen und Jugendlichen erfolgten gegenüber den anderen Altersgruppen häufiger Arztvorstellungen. Deutlich seltener wurden bei Kleinkindern Ärzte konsultiert, obwohl es sich auch dabei um eine besonders schutzbedürftige Altersgruppe handelt. Die Vorstellung bei einem Pädiater war bei Säuglingen und Kleinkindern signifikant häufiger anzutreffen, während bei Jugendlichen zumeist ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie konsultiert wurde. Rechtsmedizinische Vorstellungen und damit verbundene exakte medizinische Dokumentationen waren in der Untersuchung signifikant unterrepräsentiert.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen darauf hin, dass trotz der in den letzten Jahren und Jahrzehnten erzielten Fortschritte in der praktischen Umsetzung des Kinderschutzes noch Optimierungspotential in Sachsen-Anhalt besteht. So war z.B. im betrachteten Zehnjahreszeitraum die Fallerfassung und -nachverfolgung aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen erheblich erschwert. Dabei konnten strukturelle Defizite auch nur teilweise durch ein hohes persönliches Engagement der Jugendamtsmitarbeiter ausgeglichen werden. Es wäre zu erwarten, dass durch die am Ende des Untersuchungszeitraumes getroffenen Maßnahmen, wie z.B. eine stärkere finanzielle Unterstützung durch Initiativen des Landes Sachsen-Anhalt und einer Strukturierung der systematischen Fallerfassung, diese Situation zukünftig verbessert werden kann. Bei der kritischen Diskussion über die weitere Optimierung des Dokumentationssystems und der Gefährdungsbeurteilung sollten neben den allgemein bekannten Risikofaktoren auch die Faktoren berücksichtigt werden, die speziell in Sachsen-Anhalt nachweisbar (z.B. höheres Gefährdungspotential von Säuglingen und älteres Alter des Kindesvaters) waren. Dabei sollten auch Kriterien für eine Arztkonsultation und die Auswahl der Fachrichtung strukturiert und optimiert werden.

Für die weitere Verbesserung des Kinderschutzes in Sachsen-Anhalt ist eine höhere Frequenz von ärztlichen Konsultationen zu fordern, womit eine medizinische Befunddokumentation und damit eine sicherere Einordnung der Verdachtskonstellation ermöglicht werden kann. Bei der Frage nach der Abrechenbarkeit solcher ärztlichen Konsultationen müssen landesweit verbindliche Lösungsmöglichkeiten diskutiert und etabliert werden. Denkbar wäre dabei z.B. eine Einführung niedrigschwelliger Untersuchungsangebote mit einer standardisierten Befunddokumentation durch forensische bereits erfahrene oder noch zu schulende Ärzte. In Abhängigkeit von der Fallkonstellation könnte dabei ein stufenweises Vorgehen mit entsprechender Finanzierung hilfreich sein (z.B. 1. Stufe: Kurzbefund ohne weitere Maßnahmen; 2. Stufe: ausführliche Befunddokumentation mit Fallkonferenz; 3. Stufe: Hinzuziehung anderer medizinischer Fachdisziplinen und Prüfung einer polizeilichen Meldung). Zu diskutieren wären auch Modellprojekte aus anderen deutschen Bundesländern, wie z.B. die Etablierung eines geförderten Kompetenzzentrums. Für eine nachhaltige Verbesserung des Kinderschutzes in Sachsen-Anhalt sind insbesondere im Hinblick auf die in der aktuellen Untersuchung nachgewiesenen kritischen Aspekte weitere systematische Studien erforderlich.

7 LITERATUR

Ahne S, Pollak S (2015) Eine virtuelle Kinderschutzambulanz als Fortbildungsmethode für niedergelassene Haus- und Kinderärzte zum Thema Kindesmisshandlung und –missbrauch. Rechtsmedizin 4:417

Aktionkinderschutz: <http://www.aktionkinderschutz.de/statistiken>, aufgerufen am 26.11.2017

Appel T (1988) Kindesmisshandlung. Vergleichende Untersuchung zwischen Maßnahmen nach dem Strafrecht und dem holländischen Kinderschutzmodell. Medizinische Dissertation, München: Ludwig-Maximilians-Universität

Baier D, Pfeiffer C, Windzio M, Rabold S (2006) Schülerbefragung 2005: Gewalterfahrungen, Schulabsentismus und Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen. Abschlussbericht über eine repräsentative Befragung von Schülerinnen und Schülern der 4. und 9. Jahrgangsstufe. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen: <http://www.ksan.de/download/abschlussbericht.pdf>, aufgerufen am 12.10.2016

Bange D, Deegener G (1996) Sexueller Missbrauch an Kindern. 1. Auflage. Psychologie Verlags Union, Weinheim, S. 1-12

Becker R, Wecker N (2013) Die Rolle der Rechtsmedizin bei Hinweisen auf die Vernachlässigung, Misshandlung und den sexuellen Missbrauch von Kindern. Diplomarbeit, Güstrow: Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege

Behr K, Walter M (2012) Qualifikationen und Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte. Bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen und Fachkräften in Kindertageseinrichtungen: Zehn Fragen – Zehn Antworten Eine Studie der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. WiFF Studien, Band 15. München, S. 20-22

Behl LE, Conyngham HA, May PF (2003) Trends in Child Maltreatment Literature. Child Abuse and Neglect 27: 215-229

Bender D, Lösel F (2005) Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener G, Körner W (Hrsg): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Hogrefe, Göttingen, S. 317-346

Bericht des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur Umsetzung des Kinderschutzgesetzes vom 12.07.2012, Magdeburg 2012

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A111, Halle, 2010

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A113, Halle, 2013

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt 3A104, Halle, 2015

Biesel K, Flick U, Wolff R (2009) Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Ein Forschungsprojekt auf der Plattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Das Jugendamt 3: 115–117

Bode-Jänisch S, Meyer Y, Schroeder G, Günther D, Debertin AS (2011) Klinisch-forensische Untersuchungsergebnisse und rechtliche Folgen bei körperlicher Kindesmisshandlung. Arch Kriminol 228:73-81

Brazelton TB, Greenspan SI (2002) Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. 1.Auflage. Beltz, Weinheim, S.31-150

Bussmann KD (2003) Gewaltfreie Erziehung – eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung; Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Justiz:
<https://www.bmfsfj.de/blob/93974/ef6e631752edfc8afb21de69277a2733/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch-data.pdf> aufgerufen am 23.5.2015

Bussmann KD (2005) Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005 – Eltern-, Jugend- und Ex-

pertenbefragung:http://busmann2.jura.uni-halle.de/FamG/Busmann_FamilienGewaltReport.pdf aufgerufen am 6.11.2016

Clauß D, Richter C, Klohs G, Heide S (2013): Strafprozessuale Folgen von Kindesmisshandlung. *Klin Pädiatr* 225:1-5

Creighton SJ (1984) Trends in child abuse 1977-1982. The forth report on the child placed on the NSPCC special unit registers. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London, S. 1-57

Deegener G, Körner W (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. 1.Auflage. Hogrefe, Göttingen, S. 13-155

Deegener G, Spangler G, Körner W, Becker N (2014) Eltern-Belastungs-Screening bei Kindeswohlgefährdung (EBSK). In: Eichler AK, Glaubitz KA, Hartmann LC, Spangler G (Hrsg): Die Erfassung elterlicher Belastung mit dem Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42: 213-222

Dubowitz H, Bennett S (2007) Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 369:1891-1899

Engel H, Mehlan S (2008) In: Studie Kindeswohlgefährdung-Ursachen, Erscheinungsformen und neue Ansätze der Prävention: <http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de>, S.78-135, aufgerufen am 5.6.2016

Engfer A (2002) Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern. In: Oerter R, Montada L (Hrsg): *Entwicklungspsychologie*. 5.Auflage. Beltz, Weinheim, S. 800-817

Ernst C (1998) Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Mißbrauchs. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Ein Handbuch. 3. Auflage. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, S. 61-71

Esser G, Weinel H (1990) Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius J, Frank R (Hrsg): *Vernachlässigung. Missbrauch und Misshandlung von Kindern*. Huber, Bern, S. 22-30

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg (2008) Kinderschutz im Land Brandenburg. *Kooperation im Kinderschutz: Jugendamt und Justiz* 4: 67–123

Falkov A (1996) Fatal Child Abuse and Parental Psychiatric Disorder: An Analysis of 100 Area Child Protection Committee Case Reviews Conducted under the Terms of Part 8 of Working Together Under the Children Act 1989. London: Department of Health

Fegert JM, Ziegenhain U, Fangerau H (2010) Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. 1. Auflage. Juventa, Weinheim München, S. 18-83

Fegert JM, Hoffmann U, Spröber N, Liebhardt (2013a) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl 56: 199-207

Fegert JM, Ziegenhain U, Künster A (2013b) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Fegert JM, Kölch M (Hrsg): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2. Auflage. Springer, Heidelberg München, S. 379-398

Fendrich S, Pothmann J (2007) Kleine Kinder – große Sorgen. Zunehmende Sensibilisierung für Gefährdung von Kleinkindern in der Familie. KomDat Jugendhilfe 3: 2-3

Grellner W, Metzner G (1995) Kindesmisshandlung durch thermische Gewalt – Abgrenzung und Rekonstruktion. Arch Kriminol 195:38-46

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlung in Kindheit und Jugend- Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe in der deutschen Bevölkerung. Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 5:231-238

Heide S, Richter C, Diers V, Clauß D, Lessig R, Müller S (2015) Aktuelle Situation von strafrechtlichen Konsequenzen bei Kindesmisshandlung in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkunde 163: 911-917

Herber B (2003) Medizinische, kriminalistische und juristische Aspekte von begutachteten Kindesmisshandlungen am Zentrum der Rechtsmedizin Frankfurt (1994-1999). Medizinische Dissertation, Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe – Universität

Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. Monatsschr Kinderheilk 150: 1324-1338

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen. 2. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, S. 2-317

Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Hermann B (2010) Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern- Diagnose und Vorgehen. Dtsch. Ärzteblatt Int 107:231-240

Jayme K(1996) Aspekte der Kindesmisshandlung- eine Auswertung von 84 Fällen. Medizinische Dissertation, Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe-Universität

Kavemann, B, Leopold B, Schirmacher G, Hagemann-White C (2001) Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 193. Kohlhammer, Stuttgart, S. 5ff.

Kelly P, MacCormick J, Strange R (2009) Non-accidental head injury in New Zealand: the outcome of referral to statutory authorities. Child Abuse and Negl 33:393-401

Kindesmisshandlung–Eine Rechtsmedizinerin erzählt:

<http://www.taz.de/1/archiv/?dig=2006/04/24/a0124>, aufgerufen am 11.07.2016

Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 2.3.2015

Kindler H (2009) Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen T, Schönecker L, Kindler H (Hrsg) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Juventa, Weinheim, S. 170–261

Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen Ein gangbarer Weg? Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Bundesgesundheitsblatt 53:1073–1079

Kuntze C (2008) Elternrecht und Kindeswohl Diplomarbeit, Stuttgart: Fachhochschule Ludwigsburg

Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, Schwanitz N, Gausche R, Schmutzer G, Brähler E, Kiess W (2010) Kindesmisshandlung – Soziodemografie, Ausmaß und

medizinische Versorgung – Retrospektive Analyse von 59 Patienten/-innen. Monatsschr Kinderheilkd 158:149–156

Layzer JL, Goodson BD, Bernstein L, Price C (2001) National evaluation of family support programs. Final report, Vol. A: the metaanalysis, Abt. Associates, Cambridge, MA

Leitfaden Stoppt Gewalt gegen Kinder und Jugendliche Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt (Hrsg) Magdeburg, 2015

Luthar S, D’Avanzo K, Hites S (2003) Maternal Drug Abuse versus Other Psychological Disturbances: Risks and Resilience among Children. In: Luthar S. (Ed.): Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversity. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 104-129

Martrille L, Cattaneo C, Dorandeu A, Baccino E (2006) A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. Int J Leg Med 120:73-78

Maslow A (1943) <http://www.wikipedia.org/wiki/Maslowsche-Bedürfnishierarchie>, aufgerufen am 23.10.2016

Maybaum T (2017) Bundestag: Ärzte beim Kinderschutz in der Verantwortung. Dtsch Arztebl 114:27-28

Mayer M, Lavergne C, Tourigny M, Wright J (2007) Characteristics Differentiating Neglected Children from Other Reported Children. Journal of Family Violence 22: 721–732

Maywald J (2009) Kindeswohlgefährdung - erkennen, einschätzen, handeln. 1.Auflage. Herder, Freiburg, Basel, Wien, S.1 ff.

Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D (2013) Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin 23:29

Misshandlung Schutzbefohlener – “Quälen durch Unterlassen medizinischer Behandlung“: <http://www.rechtslupe.de/strafrecht>, aufgerufen am 12.07.2016

Münder J, Mutke B, Schone R (2000) Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. 1. Auflage. Votum, Münster, S. 10ff

Palusci V, Hicks R, Vandervort FE (2001) You are hereby commanded to appear: pediatrician subpoena and court appearance in child maltreatment. *Pediatrics* 107:1427–1430

Paul M, Backes J (2008) Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Monatsschr Kinderheilkd* 156:662–668

Pfeiffer C, Wetzels P (1997) Kinder als Täter und Opfer. Eine Analyse auf der Basis der PKS und einer repräsentativen Opferbefragung. KFN-Forschungsbericht Nr. 68:
<https://www.researchgate.net/publication/242766593KinderalsTaterundOpferEineAnalyseaufderBasisderPKSundeinerrepräsentativenOpferbefragung>, aufgerufen am 1.2.2015

Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, 2013

Poustka F, Lehmkuhl U (1993) In: Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A: *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, Kap. 5-3: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 2.3.2015

Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 01.03.2013

Reichert J (2014) Umgang mit vernachlässigten Kindern in pädiatrischer Praxis und Klinik
Monatsschrift Kinderheilkunde 12: 1097-1103

Reinhold C, Kindler H (2006) Was ist über Eltern, die ihre Kinder gefährden, bekannt? In: Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A (Hrsg): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, Kap. 18: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 2.3.2015

Richter C (2017) *Rechtliche Konsequenzen bei Kindesmisshandlung*. Medizinische Dissertation, Halle, Martin-Luther-Universität

Rosenberg DA, Krugman RD (1991) Epidemiology and outcome of child abuse. *Annu Rev Med* 42:217-224

Schimke HJ (1998) *Das neue Kindschaftsrecht*. 2.Auflage. Luchterhand, München, S.6

Schmid H, Meysen T (2006) In: Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A (Hrsg): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München, Kap.2: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 2.3.2015

Schneider E (1987) Analyse von 200 Anzeigen wegen Verdacht auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Bereich des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main aus den Jahren 1974-1976. Medizinische Dissertation, Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe-Universität

Schwarz B (2011) Die Verteilung der elterlichen Sorge aus erziehungswissenschaftlicher und juristischer Sicht. 1. Auflage. Springer, Wiesbaden, S. 97-123

Seifert D, Krohn J, Larson M, Lambe A, Püschel K, Kurth H (2010) Violence against children: further evidence suggesting a relationship between burns, scalds, and additional injuries. *Int J Legal Med* 124:49-54

Seifert D, Fiebiger A, Heinemann A, Püschel K (2015) Erweiterte Aufgabenstellung in einer forensischen Kinderambulanz. Wie wirkt sich eine erhebliche Intensivierung der Inanspruchnahme durch Jugendämter auf die Ergebnisqualität aus. *Rechtsmed* 4:367

Stroud J, Pritchard C (2001) Child Homicide, Psychiatric Disorder and Dangerousness: A Review and an Empirical Approach. *British Journal of Social Work* 31:249–269

Thaiss H, Klein R, Schumann EC, Ellsäßer G, Breikopf H, Reinecke H, Zimmermann E (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53:1029–1047

Thyen U (2008) Neglect of neglect. Umgang mit Vernachlässigung von Kindern in der ärztlichen Praxis. *Monatsschr Kinderheilkd* 156:654-661

Thyen U (2010) Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder-und Jugendmedizin. *Bundesgesundheitsbl* 2010 53:992-1001

Trocme N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R (2003) Nature and Severity of Physical Harm Caused by Child Abuse and Neglect. *Canadian Medical Association Journal* 169: 911-915

Tsokos M, Etzold S (2014) Online-Zitat <http://www.tagesspiegel.de/politik/rechtsmedizinerklagen-kindesmisshandlung-an-deutschland-verleugnet-im-kollektiv/9405294.html> aufgerufen am 08.08.2017

Unterstaller A (2006) Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen? In: Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A (Hrsg): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München, Kap.5: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 2.3.2015

Vock R, Trauth W, Althoff H, Betz P, Bonte W, Gerling I, Graw M., Hartge K, Higermann R, Höhmann E, Kampmann H, Kleemann WJ, Kleiber M, Krämer M, Lange E, Lasczkowski G, Leukel H, Lignitz E, Madea B, Metter D, Pedal I, Pollak S, Ramms M, Scheller M, Schellmann B, Schlang C, Schmidt V, Springer E, Varchim-Schultheiss K, Weiler G, Wilske J (1999) Tödliche Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Archiv der Kriminologie, 204: 75–87

Wahl N (2011) Phänomenologische, kriminologische und epidemiologische Aspekte der Kindesmisshandlung im Großraum Hamburg – Eine retrospektive Analyse der klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen 1988-2004. Medizinische Dissertation, Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Walter M (2008) In: Studie Kindeswohlgefährdung-Ursachen, Erscheinungsformen und neue Ansätze der Prävention: <http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de>, S. 23-44 aufgerufen am 3.6.2016

Website Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/bundeskinderschutzgesetz>
abgerufen am 12.11.2015

Website Landesportal Sachsen-Anhalt: <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=KiSchutzG+ST&psml=bssahprod.psml&max=true>
abgerufen am 03.05.2016

Website Landkreis Wittenberg: <http://www.landkreis-wittenberg.de> aufgerufen am 06.10.2016

Website Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009) Frühe Hilfen – Modellprojekte in den Ländern, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln. Deutsches Jugendinstitut, München.

Download oder Bestellung über <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehehilfen/> abgerufen am 08.06.2016

Weiß W (2006) Philip sucht sein Ich, zum pädagogischen Umgang mit Trauma in der Erziehungshilfe. 3. Auflage. Juventa, Weinheim, S. 3ff

Wiesner R (2006) Was sagt die Verfassung zum Kinderschutz? In: Kindler H, Lillig S, Blüml S, Meysen T, Werner A (Hrsg): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München, Kap.1: <http://db.dji.de/asd/ASDHandbuchGesamt.pdf>, aufgerufen am 02.03.2015

Wille P, Rönna HJ (1986) Kindesmisshandlung. In: Forster B (Hrsg): Praxis der Rechtsmedizin. Thieme, New York, S. 467

Ziegenhain U, Fegert JM, Ostler T, Buchheim A (2007) Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter – Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat. 56:410-428

8 Thesen

1. In der vorliegenden Untersuchung erfolgte in zwei ausgewählten Jugendamtsbezirken (Wittenberg und Salzwedel) eine 10-Jahres-Analyse (2003-2012) von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung. In die Untersuchung wurden letztendlich 452 Fälle eingeschlossen.
2. Bei der Altersverteilung der betroffenen Kinder und Jugendlichen waren mit 27,7% Kleinkinder am häufigsten vertreten. Gegenüber dem Anteil an der Bevölkerung war das Säuglingsalter jedoch deutlich überpräsentiert. Bei den betroffenen Familien imponierte ein auffällig niedriger Anteil an verheirateten Kindeseltern. Es zeigte sich einerseits ein deutlich höherer Anteil älterer Kindesväter und neuer Lebenspartner (über 40 Jahre) und andererseits ein Überwiegen jüngerer Kindesmütter.
3. Als mögliche Risikofaktoren fanden sich, in Übereinstimmung mit anderen Studien, in über der Hälfte aller Fälle Hinweise auf einen Alkoholabusus, sowie in 10% Hinweise für einen Drogenkonsum. In 68,4% ergaben sich Hinweise für Partnerschaftskonflikte. In 45 Fällen war ersichtlich, dass mindestens ein Familienmitglied eine Haftstrafe zu verbüßen hatte. In fast drei Viertel aller Fälle bestand in den Haushalten eine Hartz IV-Hilfe. 368 Kindesmütter waren zum Untersuchungszeitpunkt arbeitslos, ebenso 288 Kindesväter.
4. Bei der Art der Kindeswohlgefährdung dominierten Fälle von Vernachlässigung, gefolgt von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch.
5. In der Fallbearbeitung durch das Jugendamt wurde ersichtlich, dass nur in wenigen Fällen eine ärztliche Meldung erfolgt war. Weitaus häufiger wurden Meldungen durch Personen des näheren sozialen Umfeldes getätigt. Der Anfangsverdacht auf Vernachlässigung richtete sich deutlich häufiger gegen die Kindesmutter, demgegenüber bestand bei Kindesvätern bzw. neuen Lebenspartnern deutlich häufiger der Verdacht auf sexuellen Missbrauch bzw. körperliche Misshandlung. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch dominierten bei den neuen Lebenspartnern zwei Altersgruppen, die der über 40-Jährigen und die der 26-30-Jährigen. Bei älteren Kindesvätern bestand deutlich häufiger der Verdacht des sexuellen Missbrauchs als bei jüngeren Vätern.

6. Lediglich in etwa einem Drittel aller Fälle erfolgte eine ärztliche Konsultation und zwar überwiegend bei Säuglingen und Jugendlichen. Demgegenüber blieb in den anderen Fällen eine medizinische Vorstellung aus, obwohl in den Akten in über der Hälfte der Fälle deutliche Anzeichen einer körperlichen Misshandlung oder Vernachlässigung vermerkt waren. Kleinkinder wurden insgesamt deutlich seltener Ärzten vorgestellt. Erfolgte eine ärztliche Konsultation, wurden erwartungsgemäß Säuglinge und Kleinkinder häufiger einem Pädiater vorgestellt, während Jugendliche zumeist einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt wurden. Rechtsmedizinische Konsultationen und entsprechende Dokumentationen waren in der Untersuchung bei nur drei Säuglingen zu finden und damit eindeutig unterrepräsentiert.

7. Polizeiliche Meldungen erfolgten in knapp einem Viertel aller Fälle, wobei die Meldung in Übereinstimmung mit anderen Studien zumeist durch Nachbarn und Familienmitglieder erstattet wurde. 62,5% dieser Meldungen standen unter dem Verdacht des sexuellen Missbrauchs, demgegenüber lag der Anteil der Vernachlässigung oder körperlichen Misshandlung deutlich niedriger.

8. Bei der weiteren Diskussion über die Optimierung des Dokumentationssystems und der Gefährdungsbeurteilung sollten neben den bekannten Risikofaktoren auch die Faktoren berücksichtigt werden, die speziell in Sachsen-Anhalt nachweisbar waren.

9. Für die weitere Verbesserung des Kinderschutzes in Sachsen-Anhalt ist eine höhere Frequenz ärztlicher Konsultationen zu fordern. Des Weiteren sollte eine Einführung niedrigschwelliger Untersuchungsangebote mit einer standardisierten Befunddokumentation durch forensische bereits erfahrene oder noch zu schulende Ärzte diskutiert werden. In Abhängigkeit von der Fallkonstellation könnte dabei ein stufenweises Vorgehen mit entsprechender Finanzierung in Frage kommen.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel:

Zur Problematik der Kindeswohlgefährdung-Eine retrospektive Untersuchung am Beispiel der Jugendämter Wittenberg/Salzwedel

im Institut für Rechtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Lessig) unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Die Gelegenheit zum vorliegenden Promotionsverfahren ist mir nicht kommerziell vermittelt worden. Insbesondere habe ich keine Organisation eingeschaltete, die gegen Entgelt Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht oder die mir obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise erledigt. Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch nicht erworben habe.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum	05.04.1985
Geburtsort	Halle (Saale)
Familienstand	verheiratet

Schulbildung

1991-1995	Grundschule Fürstenhagen
1995-2000	Gymnasium Freiherr-von Stein Schule Hess.- Lichtenau
2000	Gymnasium Langenhagen
2001-2002	Freie Waldorfschule Bothfeld, Abgang 10. Klasse
2004-2009	Fernlehrgang Abitur beim ILS Hamburg
2009	Allgemeine Hochschulreife

Ausbildung

08/2009-07/2011	Chemisch technische Assistentin (Justus von Liebig Schule Hannover)
-----------------	--

Berufspraxis

04/2000-04/2005	Altenpflegehelferin (Medizin Mobil Hannover)
01/2006-01/2007	Altenpflegehelferin (Sophienresidenz Hannover)
09/2011-04/2012	Chemisch-technische Assistentin (Gewerbeaufsichtsamt Hildesheim)
05/2012-10/2012	Altenpflegehelferin (Seniorenwohngemeinschaft Deevese)

Studium

10/2012-10/2017	Studium der Humanmedizin (MLU Halle)
11/2017-11/2018	Studium der Humanmedizin (Universität Rostock)
11/2018	Approbation als Ärztin

Danksagung

Mein Dank für die stets hilfreiche Unterstützung, hervorragende Betreuung und unermüdliche Geduld bei der Erstellung meiner Doktorarbeit geht zunächst an meinen Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. habil. Steffen Heide, sowie an die Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Ein großer Dank für die unermüdliche Geduld und Aufmunterung gilt meinem Mann.

Diese Arbeit ist meiner lieben Omi Sybille Hänsel gewidmet. Ohne dich wäre ich nie so weit gekommen. In ewiger Erinnerung und Dankbarkeit.

