

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Rechtsmedizin
-Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer-

**Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch – eine retrospektive Studie aus den
Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Bartholl, Tim
aus Neuenkirchen
2009

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer
2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Köhler

Tag der mündlichen Prüfung: 04.05.2009

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Rechtsmedizin
-Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer-
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Köhler

Zusammenfassung

Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch – eine retrospektive Studie aus den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005

Tim Bartholl

In dieser Arbeit wurden 234 Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster aus den Jahren 1996 bis 2005 ausgewertet, bei denen eine körperliche Untersuchung aufgrund eines Verdachts auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellen Missbrauchs an Personen bis 18 Jahren durchgeführt wurde. Die Ergebnisse decken sich in vielen Punkten mit denen anderer Studien zu diesem Thema. Durchschnittlich wurden pro Jahr 23,4 Gutachten erstellt. Die Anzahl der Gutachten bewegte sich zwischen 32 Gutachten im Jahr 2005 und elf Gutachten im Jahr 1996. Eine Häufung von Misshandlungen in den Herbst- und Wintermonaten, wie sie von einigen Autoren beschrieben wird, konnte durch diese Arbeit nicht bestätigt werden. Bei den Opfern besteht ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen. Das Geschlecht der Opfer spielte für die Auslösung einer Misshandlung offenbar eine untergeordnete Rolle. Der Großteil der Opfer ist in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf das Säuglings- und Kleinkindalter zu finden. Die Täter waren deutlich häufiger männlich. Die meisten Täter waren zwischen 18 und 25 Jahren alt. Wie in den meisten anderen Studien, so sind auch in der eigenen Untersuchung die leiblichen Eltern des Opfers in den meisten Fällen die Täter, wobei die leibliche Mutter häufiger als der leibliche Vater als Täter ermittelt wurde. Die Wohnung des Täters und/oder des Opfers war am häufigsten der Ort der Misshandlung. Bei der Art der Misshandlung wurde das Opfer am häufigsten ohne Hilfsmittel geschlagen. Stürze, Fallneigung der Kinder und Beibringung der Verletzungen durch die Geschwister zählten, analog zu anderen Studien, zu den häufigsten Schutzbehauptungen. Die häufigsten körperlichen Befunde stellten Hautverletzungen dar. Die Häufigkeit, in der die einzelnen Körperregionen durch die verschiedenen Verletzungsmuster betroffen waren, stimmt mit den meisten Ergebnissen, die in der Literatur beschrieben sind, überein. So findet sich in abfallender Häufigkeit die Reihenfolge: Kopf-Halsbereich, Rumpf einschließlich Gesäß, Arme und Beine. Es zeigte sich, dass in vielen Fällen eine körperliche Untersuchung durch einen Rechtsmediziner zur Aufdeckung von Misshandlungsdelikten entscheidend beitragen kann. Anhand der körperlichen Befunde ist es dem Rechtsmediziner möglich, misshandlungstypische Befunde zu erkennen und zu bewerten.

Tag der mündlichen Prüfung: 04.05.2009

Für meinen Vater

1. Einleitung

1.1 Einleitung und Problemstellung

1.2 Definition des Begriffs „Kindesmisshandlung“

1.3 Definition des Begriffs „Sexueller Missbrauch“

1.4 Epidemiologie

2. Material und Methoden

2.1 Untersuchungsgut

2.2 Datenerhebungsbogen

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeine Angaben

3.1.1 Ort der Untersuchung

3.1.2 Datum der Untersuchung

3.1.3 Uhrzeit der Untersuchung

3.1.4 Auftraggeber des Gutachtens

3.1.5 Tatvorwurf

3.2 Opferdaten

3.2.1 Geschlecht des Opfers

3.2.2 Alter des Opfers

3.2.3 Nationalität des Opfers

3.2.4 Stand in der Geschwisterreihe

3.2.5 Körperliche und/oder geistige Behinderung des Opfers

3.3 Täterdaten

3.3.1 Geschlecht des Täters

3.3.2 Alter des Täters

3.3.3 Nationalität des Täters

3.3.4 Verhältnis zum Opfer

3.3.5 Beruf des Täters

3.3.6 Vorstrafen des Täters

3.4 Tatumstände

3.4.1 Ort des Missbrauches

3.4.2 Alkohol- oder Drogenabusus des Täters

3.4.3 Alkohol- oder Drogenabusus des Opfers

3.4.4 Art des Missbrauches

3.5 Schutzbehauptungen

3.6 Körperliche Befunde

3.7 Fazit des Gutachters

4. Diskussion

4.1 Allgemeine Angaben

4.1.1 Ort der Untersuchung

4.1.2 Datum der Untersuchung

4.1.3 Uhrzeit der Untersuchung

4.1.4 Auftraggeber des Gutachtens

4.1.5 Tatvorwurf

4.2 Opferdaten

4.2.1 Geschlecht des Opfers

4.2.2 Alter des Opfers

4.2.3 Nationalität des Opfers

4.2.4 Stand in der Geschwisterreihe

4.2.5 Körperliche und/oder geistige Behinderung des Opfers

4.3 Täterdaten

4.3.1 Geschlecht des Täters

4.3.2 Alter des Täters

4.3.3 Nationalität des Täters

4.3.4 Verhältnis zum Opfer

4.3.5 Beruf des Täters

4.3.6 Vorstrafen des Täters

4.4 Tatumstände

4.4.1 Ort der Misshandlung

4.4.2 Alkohol- oder Drogenabusus des Täters/Opfers

4.4.3 Art der Misshandlung

4.5 Schutzbehauptungen

4.6 Körperliche Befunde

4.6.1 Hautverletzungen

4.6.2 Thermische Verletzungen

4.6.3 Verletzungen im Kopf-Halsbereich

4.6.4 Schütteltrauma als Sonderform

4.6.5 Skelettverletzungen

4.6.6 Mehrzeitigkeit der körperlichen Befunde

4.6.7 Sexueller Missbrauch als Sonderform

4.7 Fazit des Gutachters

5. Zusammenfassung

6. Abbildungsverzeichnis

7. Literaturverzeichnis

8. Lebenslauf

9. Danksagungen

1. Einleitung

1.1 Einleitung und Problemstellung

Die Geschichte der Gewalt gegen Kinder ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst. Im altrömischen Gesetz war die Verfügungsgewalt über das Schicksal des Kindes dem Vater zuerkannt (Wegner 1963). Erst im Jahre 374 v. u. Z. wurde die Tötung eines Kindes im römischen Gesetz als Mord bezeichnet (Thyen 1986). Das Töten von Kindern war zuvor eine übliche Form der „Familienplanung“ (Helfer und Kempe 1978). Mit dem Beginn der Industrialisierung Anfang des 19. Jahrhunderts wurden in der westlichen Welt die Kinder als Arbeitskräfte eingesetzt und ausgenutzt. Daraufhin bildete sich 1899 der „Verein zum Schutze der Kinder vor Ausnutzung und Misshandlung“ in Berlin. Caffey (1946) berichtete erstmalig in den USA über eine bislang ungeklärte, häufige Koinzidenz von subduralen Hämatomen und multiplen Frakturen der langen Röhrenknochen bei Säuglingen und Kleinkindern (Claus 1970). 1953 berichtete Silverman über ähnliche Beobachtungen und beschreibt die traumatische Natur der Schädigungen, ohne dass ein Unfall nachweisbar ist. Im Rahmen eines Symposiums der American Academy of Pediatrics prägte Kempe 1961 für alle klinischen Zustandsbilder der Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung den Begriff „battered child syndrome“ und leitete damit eine Epoche größeren Interesses an den Problemen der Kindesmisshandlung ein (Kempe 1962). In neuerer Zeit rückt das Thema Kindesmisshandlung immer wieder ins Interesse der Medien. Es werden meist besonderes spektakuläre Fälle behandelt, die in der Öffentlichkeit auf Abscheu und Fassungslosigkeit stoßen. Andererseits haben auch die wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema zugenommen. Nur durch sachliche und wissenschaftliche Arbeitsweise kann dem Problem der Kindesmisshandlung angemessen begegnet werden. Die vorliegende Arbeit soll dazu einen Beitrag leisten. Es wurden Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität aus einem Zeitraum von zehn Jahren ausgewertet und mit bisher erschienen Studien verglichen und diskutiert.

1.2 Definition des Begriffs „Kindesmisshandlung“

Der Begriff „Kindesmisshandlung“ stammt aus dem allgemein üblichen Sprachgebrauch. Eine allgemein gültige Definition gibt es nicht. 1962 wurde von Kempe der Begriff des „battered child syndrome“ geprägt. Kempes Definition berücksichtigte in erster Linie den klinischen Untersuchungsbefund: „Jedes Kind, dem eine nicht zufällige körperliche Verletzung (oder Verletzungen) als Resultat von Handlungen (oder Versäumnissen) seitens der Eltern oder Erziehungsberechtigten zugeführt wird, ist ein misshandeltes Kind“.

Die Definition von Gil (1971) bezieht sich ebenfalls auf die körperliche Misshandlung: „Physische Misshandlung von Kindern ist der beabsichtigte, nicht zufällige Gebrauch physischer Gewalt oder beabsichtigte, nicht zufällige Versäumnisse seitens der Eltern oder anderer Sorgeberechtigten in der Interaktion mit dem Kind, das ihrer Obhut anvertraut ist, die darauf abzielen, das Kind zu schädigen, zu verletzen oder zu töten“.

Zu der offensichtlichen Schwierigkeit einer genauen Definition schreibt Gil 1970: Die Schwierigkeit einer Definition der Kindesmisshandlung spiegelt die „zwiespältigen und widersprüchlichen Einstellungen der ...Gesellschaft gegenüber Kindererziehungstheorien und – praktiken wieder...“.

Wolf (1975) erweitert die oben genannten Definitionen. Er schreibt: „Kindesmisshandlung stellt eine nicht zufällige gewaltsame, physische und/oder psychische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch die Eltern oder Erziehungsberechtigten dar, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt und gegebenenfalls zu Tode bringt“.

Koers beschreibt 1980 ein sehr weit gefasstes Definitionsmodell, welches unter anderem auch die seelische Komponente erfasst. Er schreibt: „Kindesmisshandlung ist jede gewalttätige Interaktion in einem System des Zusammenlebens, durch welche ein Kind unterdrückt oder geschädigt wird“.

In Bezug auf die körperliche Bestrafung im Rahmen der Erziehung führt Petri (1992) aus: „Klapse, Schläge, Prügel bis hin zur körperlichen Misshandlung, ob mit oder ohne Gegenstände, bilden erfahrungsgemäß ein Kontinuum mit fließenden Grenzen, das die

körperliche Überlegenheit der Erwachsenen über die Kleinheit und Ohnmacht des Kindes besiegelt“.

Lempp (1992) hinterfragt, ob eine Erziehung ohne Strafe überhaupt möglich ist und führt dazu aus: „Es geht nur ohne Strafe (körperliche und andere), weil Strafe nie überzeugt, sondern nur dressiert. Man verhält sich angepasst, nur um Strafe zu vermeiden und nicht anderen Menschen zuliebe, nicht aus Mitmenschlichkeit, aus sozialer Verantwortung, aus Solidarität“.

1.3 Definition des Begriffs „Sexueller Missbrauch“

Der Begriff „sexueller Missbrauch“ wird in der Literatur uneinheitlich definiert. Bis heute gibt es keine allgemein anerkannte Definition (Amann und Wipplinger 1997). Der wissenschaftliche Rat der amerikanischen Ärztevereinigung versteht unter sexuellem Missbrauch „das Ausnützen eines Kindes zur (sexuellen) Befriedigung eines Erwachsenen“ (Council of Scientific Affairs of the American Medical Association, 1985). Eine knappe Definition, die nicht das ganze Phänomen „sexueller Missbrauch“ umfasst. Zum einen wird die Perspektive der Opfer ausgeklammert, zum anderen werden nur Erwachsene als potentielle Täter genannt.

Nach Enders (1990) ist sexueller Missbrauch immer dann gegeben, „wenn ein Mädchen oder Junge von einem Erwachsenen oder älteren Jugendlichen als Objekt der eigenen sexuellen Bedürfnisse benutzt wird. Kinder und Jugendliche sind aufgrund ihrer kognitiven und emotionalen Entwicklung nicht in der Lage, sexuellen Beziehungen zu Erwachsenen wissentlich zuzustimmen. Fast immer nützt der Täter ein Macht- oder Abhängigkeitsverhältnis aus“.

Frank fasst den Begriff weiter: „Sexueller Missbrauch heißt, ein Kind einer sexuellen Situation aussetzen, die nicht zu seinem Alter, seiner psychosexuellen Entwicklung und seiner Rolle innerhalb der Familie passt. Beispiele für sexuellen Missbrauch sind: sexuelle Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern oder zwischen Kindern und anderen Erziehern, Familienmitgliedern oder Bekannten. Sexueller Missbrauch kann von Berührung bis zur Vergewaltigung gehen und unter Zwang, Gewalt und Erpressung stattfinden (Frank 1989).

Steinhage (1992) beschreibt folgende Definition: „Sexueller Missbrauch liegt immer dann vor, wenn ein Erwachsener sich einem Kind in der Absicht nähert, sich sexuell zu erregen oder zu befriedigen“. Hier wird eine klare Abgrenzung zwischen dem oft als fließend beschriebenen Übergang zwischen Zärtlichkeit und Körperkontakt zum Kind und sexuellem Missbrauch herausgearbeitet.

Engfer (1986) gibt folgende umfassende Definition: „Unter sexuellem Missbrauch versteht man die Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte, zumeist männliche Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und missbrauchen das Macht- und Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes. Sexueller Missbrauch umfasst alle möglichen vaginalen, oralen oder analen Praktiken, anzügliche Bemerkungen, Berührungen, Exhibitionismus, Missbrauch von Kindern zur Herstellung pornographischer Materials, auch die Anleitung zur Prostitution“. Auch bei dieser Definition werden Gleichaltrige oder Kinder und Jugendliche fälschlicherweise als Täter ausgeschlossen.

Die Schwierigkeit, sexuellen Missbrauch einzugrenzen, wird auch in der Definition von Fegert (1993) deutlich: „Sexueller Missbrauch ist ein traumatisches Erlebnis (eine Noxe), das auch mit konkreten körperlichen Traumata verbunden sein kann und psychische Sofort-, Früh- oder Spätfolgen zeitigen kann. Zu diesen psychischen Folgen können eine große Zahl von Symptomen gehören, wobei eine lineare Kausalität (sexueller Missbrauch – Krankheitsbild), bei aller Evidenz, wissenschaftlich oft nicht aufzuzeigen sein wird.“

Das Spektrum der Symptome bei sexueller Misshandlung ist sehr variabel. Nur in wenigen Fällen findet die sexuelle Misshandlung eines Kindes in rein somatischen Symptomen seinen Ausdruck. Nach Fürniss (1983) gehören zum Symptomenspektrum bei sexuellem Missbrauch Verhaltenssymptome, psychosomatische, psychiatrische Symptome und Symptome gestörter Persönlichkeitsentwicklung.

1.4 Epidemiologie

Die Angaben zur Misshandlungshäufigkeit in der Bundesrepublik gehen weit auseinander. In einigen Analysen ist eine Tendenz der Zunahme bekannt gewordener Fälle beschrieben (Kullmer et al. 1982). Ob diese Zunahme durch eine reale Steigerung oder durch eine verbesserte Aufklärung oder anderer äußerer Umstände bedingt ist, bleibt offen. Lenard (1988) und Jacobi (1986) beschreiben eine Anzahl von sechs bis zehn Misshandlungen auf 1000 Lebendgeborene für die Großstadtbevölkerung. Mätzsch et al. (1980) geben eine Zahl von zehn Misshandlungen jährlich auf 100000 Einwohner an. Angaben über die Dunkelziffer der Kindesmisshandlung beruhen im Grunde auf Schätzungen und sind daher nicht unumstritten. Dennoch wird im Allgemeinen von einer Dunkelziffer von 90 bis 95 % ausgegangen. Friedrich (1990) schätzt, dass nur 5 % der bekannt gewordenen Gewalttaten gegen Kinder strafrechtlich verfolgt werden. Kullmer et al. (1982) ermitteln ein Verhältnis von eins zu sechs zwischen bestraften und ermittelten Misshandlungen. Einige Autoren sehen im Anstieg der Misshandlungsfälle die Senkung der Dunkelziffer (Frank 1987, Kreutz 1990, Trube-Becker 1989). Erklärungen für die hohen Dunkelzifferraten sind vielfältig beschrieben. Trube-Becker (1992) begründet die hohe Dunkelzifferrate bei Kindesmisshandlungen damit, dass die meisten Fälle sich im familiären Umfeld abspielen und diese Fälle somit der Öffentlichkeit verborgen bleiben. Ein weiterer Grund ist die Tatsache, dass es in Deutschland keine Meldepflicht für das Delikt der Kindesmisshandlung gibt. Alle bisher registrierten Daten stammen aus Fällen, in denen kriminalpolizeilich ermittelt wurde. Seit 1971 werden diese Daten für den §223b zentral registriert. Bis 1979 schlossen diese Angaben jedoch auch Fälle ein, die z.B. wegen Misshandlung angestellter Personen zur Anzeige kamen (Jayme 1996). Jährlich wurden in der Kriminalstatistik der BRD seit 1979 ca. 1450 Fälle pro Jahr registriert. Es ist anzunehmen, dass in diese Statistik nur schwere Fälle von Kindesmisshandlung eingehen, da die hier zugrunde gelegte Definition von Kindesmisshandlung sehr eng gefasst ist. Engfer (1986) bemerkt dazu, dass Säuglinge und Kleinkinder laut dieser Statistik nur selten vom Delikt der Kindesmisshandlung betroffen sind, im Gegensatz zu

den Zahlen der pädiatrischen Abteilung der Uniklinik Frankfurt. In den Niederlanden wurden 1972 Vertrauensbüros eingerichtet. In diesen Büros wurde jedem Melder Anonymität zugesichert. Seitdem stieg die Zahl der Meldungen von 400 Fällen im Jahr 1972 auf 5000 Fälle im Jahr 1986 (Koers 1989). In der polizeilichen Kriminalstatistik des Landes Nordrhein-Westfalen sind für das Jahr 2006 905 Fälle von Misshandlung von Schutzbefohlenen erfasst, davon sind 632 Fälle Misshandlung von Kindern. Bundesweit wurden 2006 4342 Fälle von Misshandlungen von Schutzbefohlenen erfasst, davon 3131 Fälle von Misshandlung von Kindern. Unter dem Delikt des sexuellen Missbrauchs von Kindern sind in der polizeilichen Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen insgesamt 2866 Fälle erfasst (Polizeiliche Kriminalstatistik, Nordrhein-Westfalen 2006). In diesem Zusammenhang berichtet das Bundesinnenministerium: „Für den sexuellen Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) sind langfristig Rückgänge zu konstatieren. So erfuhr auch im Jahr 2006 die Zahl solcher Straftaten um 8,6 Prozent auf 12.765 Fälle einen deutlichen Rückgang und erreichte den niedrigsten Wert seit 1993. Allerdings ist in diesem Deliktsbereich nach wie vor von einem hohen Dunkelfeld auszugehen“ (Polizeiliche Kriminalstatistik, BRD 2006).

2. Material und Methoden

2.1 Untersuchungsgut

Ausgewertet wurden alle Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, aufgrund eines Verdachts auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellen Missbrauchs an Personen bis 18 Jahren, aus den Jahren 1996 bis 2005. Hierzu wurde ein Datenerhebungsbogen entworfen, der allgemeine Daten, Opfer- und Täterdaten, Tatumstände sowie die abschließende Beurteilung des Gutachters erfasst. Nicht erfasst wurden Fälle, die einen tödlichen Ausgang nahmen bzw. entsprechende Sektionsprotokolle - Diese wurden bereits in einer Arbeit von Tenbrink 1999 bearbeitet. Es selektierten sich 234 Gutachten, die anhand des Datenerhebungsbogens analysiert wurden. Aufgrund des teils sehr unterschiedlichen Umfangs der Gutachten war nicht immer eine Bearbeitung nach dem gesamten Datenerhebungsbogen möglich bzw. waren einige Aspekte des Datenerhebungsbogens nur in wenigen Gutachten erfasst.

2.2 Datenerhebungsbogen

Allgemeine Angaben:

Ort der Untersuchung:

Institut für Rechtsmedizin
 Uniklinik Münster
 Auswärtiges Krankenhaus
 Arztpraxis
 Sonstige
 Keine Angaben

Datum der Untersuchung:

Uhrzeit der Untersuchung:

Auftraggeber des Gutachtens:

Polizei/Staatsanwaltschaft
 Jugendamt
 Ärzte des Krankenhauses
 Niedergelassener Arzt
 Sonstige
 Keine Angaben

Tatvorwurf:	Keine Angaben
Kindesmisshandlung	
Sexueller Missbrauch	Körperliche
Keine Angaben	oder
Sonstige	geistige
	Behinderung:
	Ja
	Nein
Opferdaten:	Keine Angaben
Geschlecht:	Täterdaten:
männlich	
weiblich	Geschlecht:
Keine Angaben	männlich
	weiblich
Alter:	Keine Angaben
Nationalität:	Alter:
Deutsch	
Englisch	Nationalität:
Jugoslawisch	Deutsch
Türkisch	Türkisch
Russisch	Englisch
Polnisch	Jugoslawisch
Libanesisch	Russisch
Sonstige	Libanesisch
Keine Angaben	Algerisch
	Serbisch
Stand in der Geschwisterreihe:	Sonstige
Einzelkind	Keine Angaben
Jüngstes Kind	
Mittleres Kind	
Ältestes Kind	
Sonstige	

Verhältnis zum Opfer:

Leibliche Mutter
 Leiblicher Vater
 Lebensgefährtin der Mutter bzw.
 Stiefvater
 Lebensgefährtin des Vaters bzw.
 Stiefmutter:
 Freund/Lebensgefährtin
 Ehemann
 Bekannter
 Verwandter
 Fremder
 Nachbar
 Sonstige
 Keine Angaben

Beruf:

Arbeiter
 Soldat
 Arbeitslos
 Sonstige
 Keine Angaben

Vorstrafen:

Ja
 Nein
 Keine Angaben

Tatumstände:**Ort der Misshandlung:**

Wohnung des Täters und oder des
 Opfers
 Sonstige
 Keine Angaben

**Alkohol oder Drogenabusus des
Täters:**

Ja
 Nein
 Keine Angaben

**Alkohol oder Drogenabusus des
Opfers:**

Ja
 Nein
 Keine Angaben

Misshandlung durch:

Schütteln
 Schläge mit der Faust
 Schläge mit flacher Hand
 Tritte

Schläge mit Hilfsmitteln:

Stöcke
 Gürtel
 Kabel
 Kette
 Sonstige

Sonstige

Schutzbehauptungen:

Stoß an verschiedenen Gegenständen

Sturz zu ebener Erde

Treppensturz

Fall aus dem Bett

Fall vom Wickeltisch

Beim Spielen allgemein

Von Geschwistern geschlagen

Keine Angaben

Sonstige

Würgemale:

Ja

Nein

Keine Angaben

Mehrzeitigkeit der Befunde:

Ja

Nein

Keine Angaben

Körperliche Befunde:

Verletzungsarten

Betroffene Körperteile

Fazit des Gutachters:

Befunde sind charakteristisch für eine Misshandlung:

Befunde sind **nicht** charakteristisch für eine Misshandlung:

Keine Stellungnahme, nur Dokumentation/Beschreibung der Befunde:

Sonstige:

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeine Angaben

3.1.1 Ort der Untersuchung

Es stellte sich dar, dass die Untersuchung bei 96 (41,0 %) der insgesamt 234 Gutachten in einem auswärtigen Krankenhaus stattfand. 66 (28,2 %) Untersuchungen fanden in der Uniklinik Münster, 47 (20,1 %) im Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster und vier (1,7 %) in einer Arztpraxis statt. In 21 Fällen (9,0%) fanden Untersuchungen an anderen Orten statt. Dabei war am häufigsten eine Einrichtung der Polizei (Polizeipräsidium, Kriminalkommissariat, Polizeiinspektion) genannt. Weitere Orte an denen eine Untersuchung stattfand waren: Ereignisort, Kinderheim, Wohnung des Opfers, Kinderwohngruppe, Caritasstation und Jugendamt (Abb. 1).

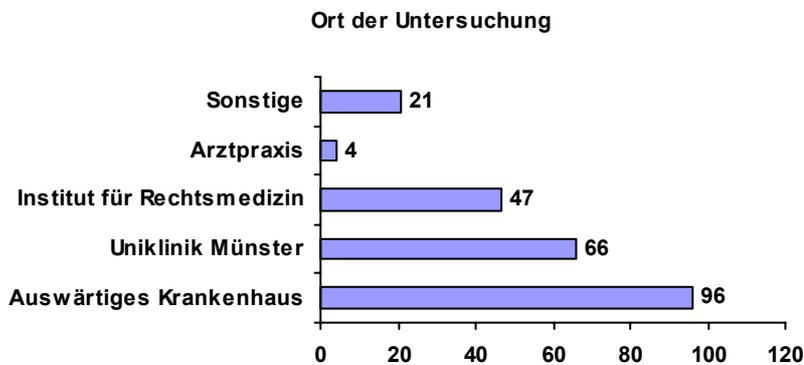


Abb. 1: Ort der Untersuchung

3.1.2 Datum der Untersuchung

Insgesamt wurden in den Jahren 1996 bis 2005 234 Gutachten angefertigt. Die Abbildungen 2 bis 11 zeigen die Verteilung der pro Jahr angefertigten Gutachten auf die jeweiligen Monate. Abbildung 12 gibt eine Übersicht über die pro Jahr angefertigten Gutachten von 1996 bis 2005. Durchschnittlich wurden pro Jahr 23,4 Gutachten erstellt. Die meisten Gutachten wurden im Jahr 2005 mit einer Anzahl von 32 Gutachten erstellt. Nur in den Jahren 2002 (15) und 1996 (11) blieb die Anzahl der erstellten Gutachten pro Jahr unter 20, ansonsten bewegte sie sich zwischen 20 und 32. Abbildung 13 zeigt die Verteilung aller Gutachten auf die einzelnen Monate. Durchschnittlich wurden 19,5 Gutachten pro Monat erstellt. Im Monat Oktober wurden mit 26 die meisten Gutachten erstellt, während im Februar mit zehn Gutachten am wenigsten erstellt wurden. In den restlichen Monaten bewegte sich die Anzahl der erstellten Gutachten zwischen 15 (Dezember) und 25 (November).

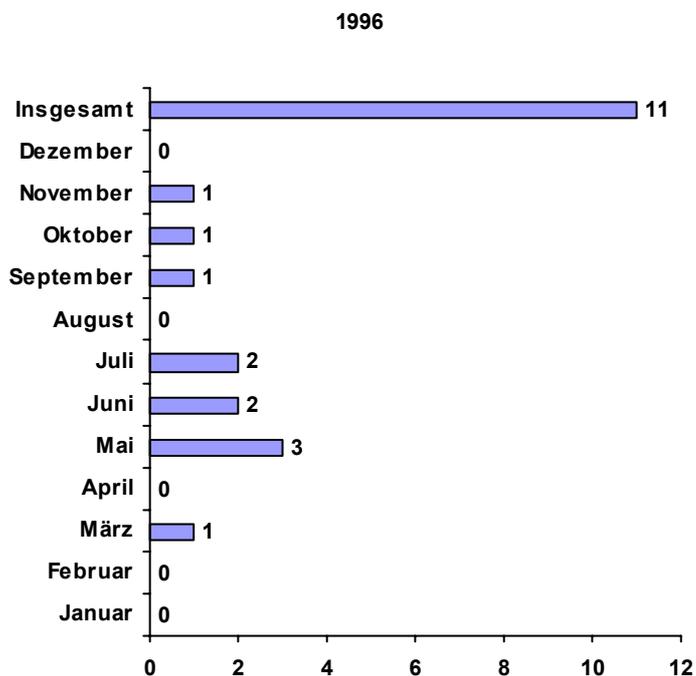


Abb. 2: Monatsverteilung der Gutachten 1996

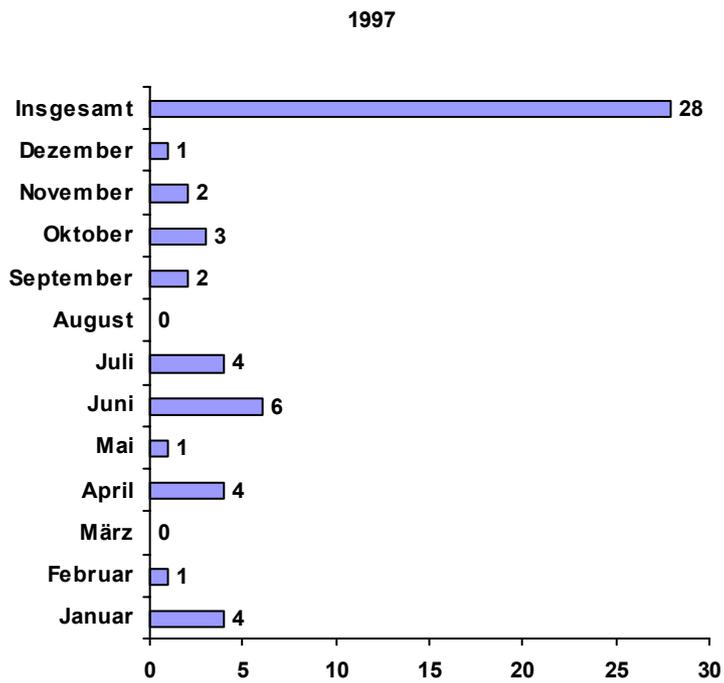


Abb. 3: Monatsverteilung der Gutachten 1997

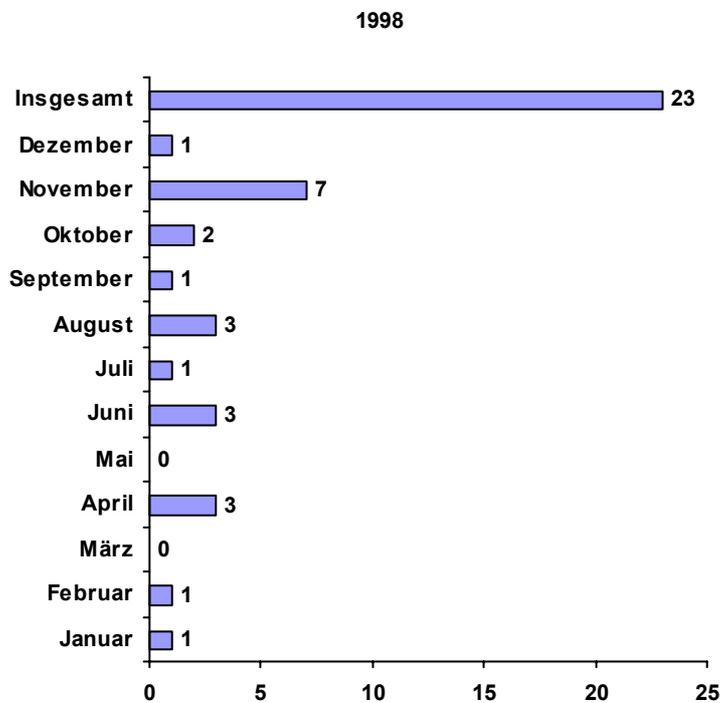


Abb. 4: Monatsverteilung der Gutachten 1998

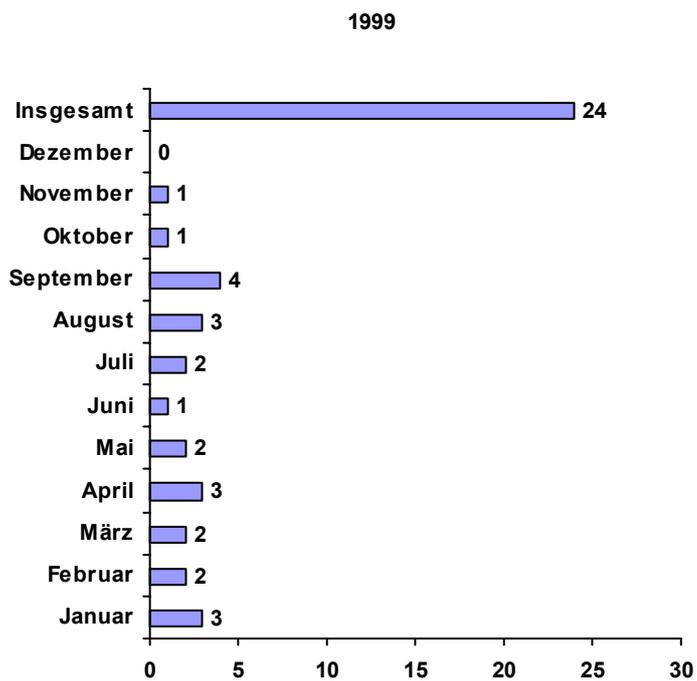


Abb. 5: Monatsverteilung der Gutachten 1999

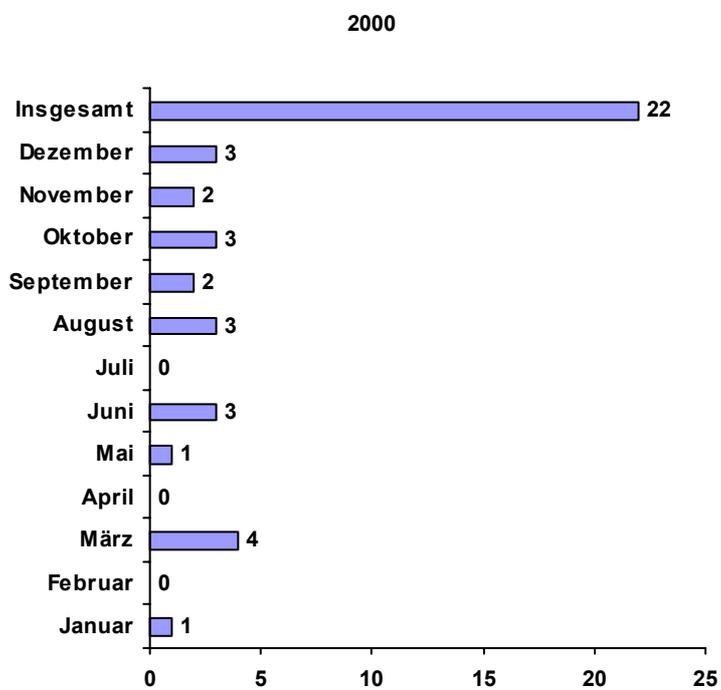


Abb. 6: Monatsverteilung der Gutachten 2000

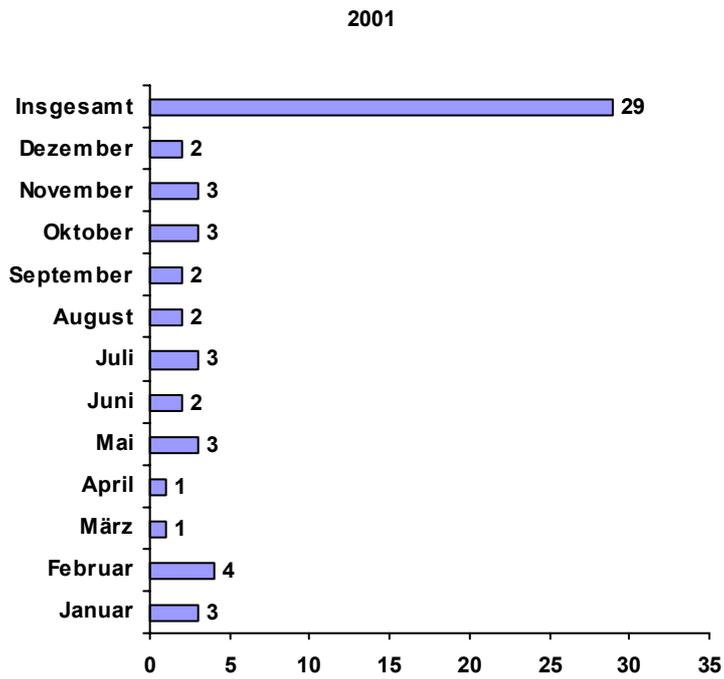


Abb. 7: Monatsverteilung der Gutachten 2001

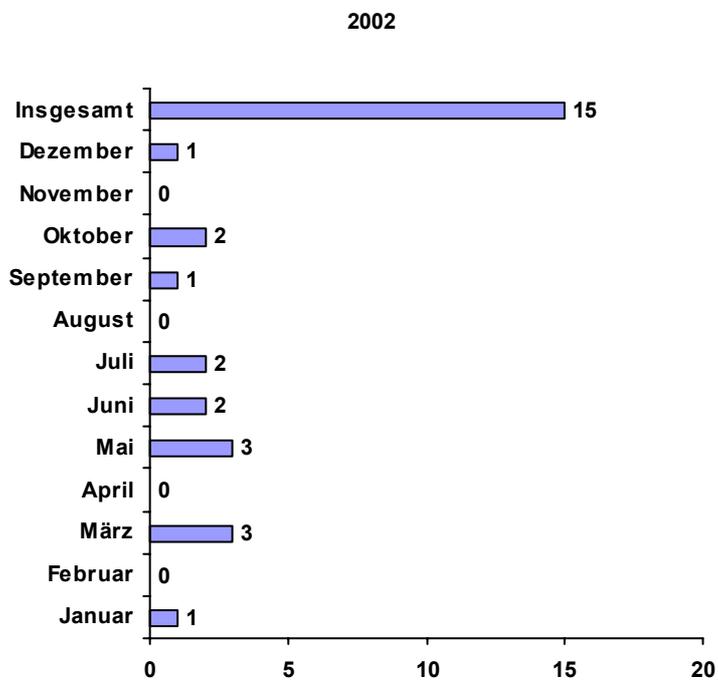


Abb. 8: Monatsverteilung der Gutachten 2002

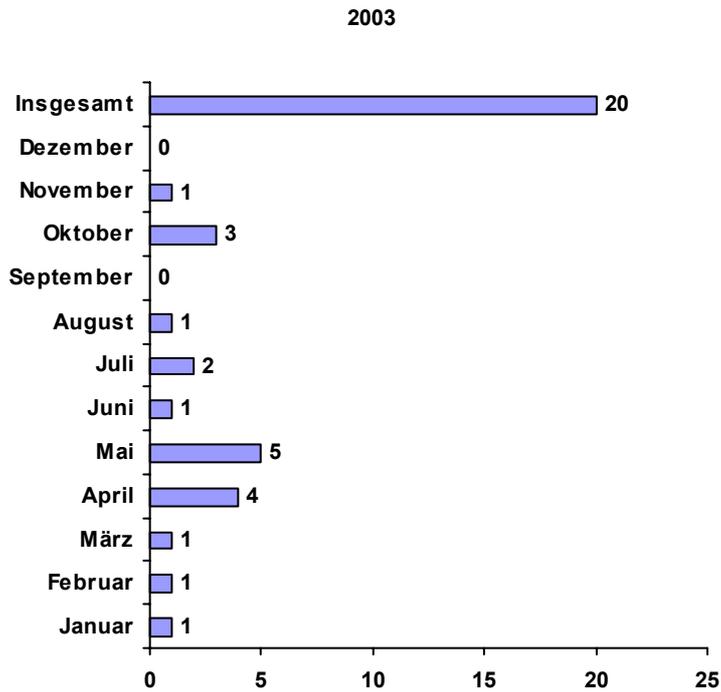


Abb. 9: Monatsverteilung der Gutachten 2003

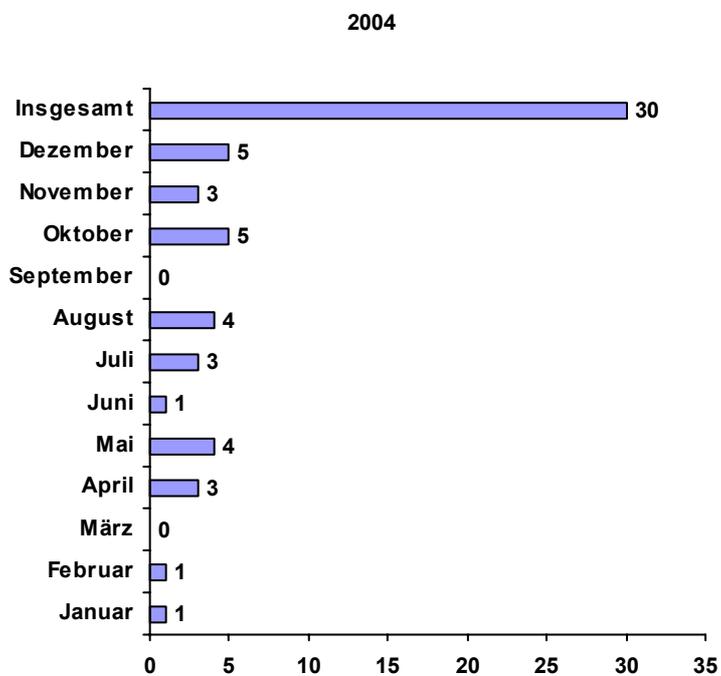


Abb. 10: Monatsverteilung der Gutachten 2004

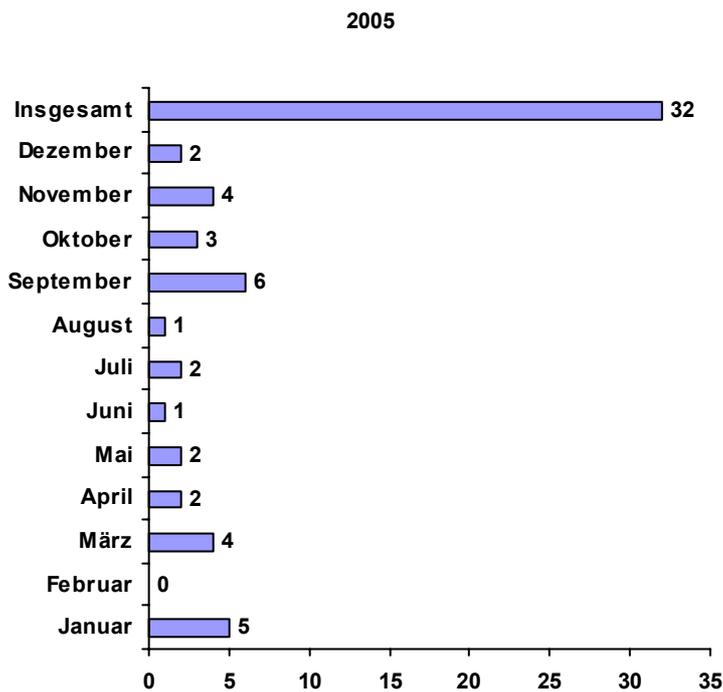


Abb. 11: Monatsverteilung der Gutachten 2005

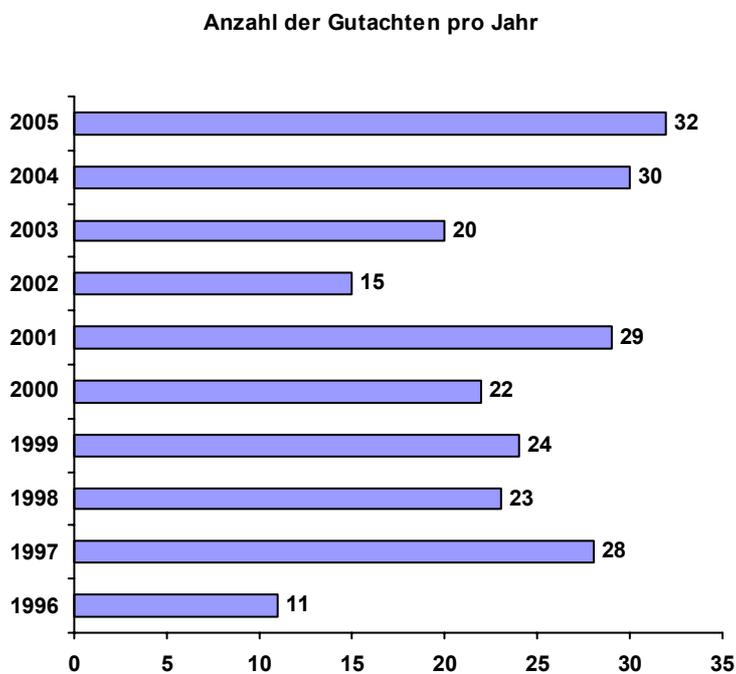


Abb. 12: Übersicht über die Anzahl der Gutachten pro Jahr

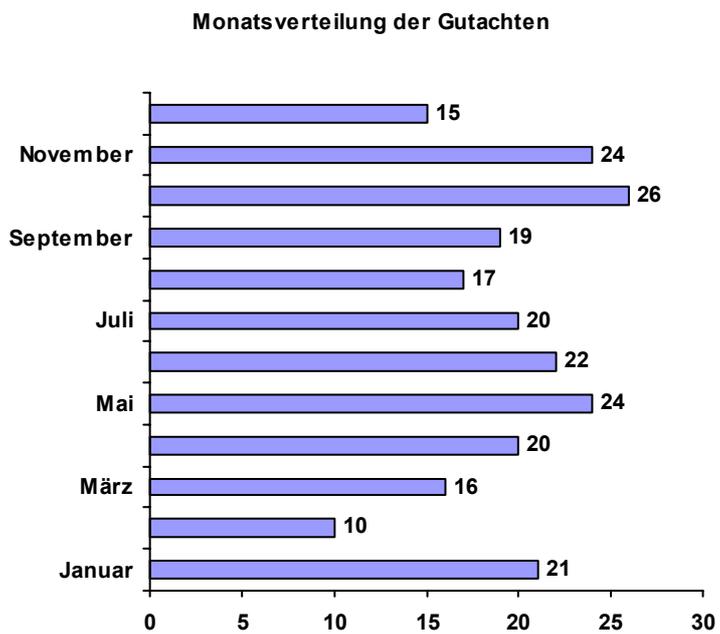


Abb. 13: Übersicht über die Monatsverteilung der Gutachten

3.1.3 Uhrzeit der Untersuchung

Die meisten Untersuchungen fanden in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr statt (55,6 %). Aber auch während der gesamten übrigen Tageszeiten fanden Untersuchungen statt. In 75 Gutachten (32,1 %) fanden sich keine Angaben (Abb. 14).

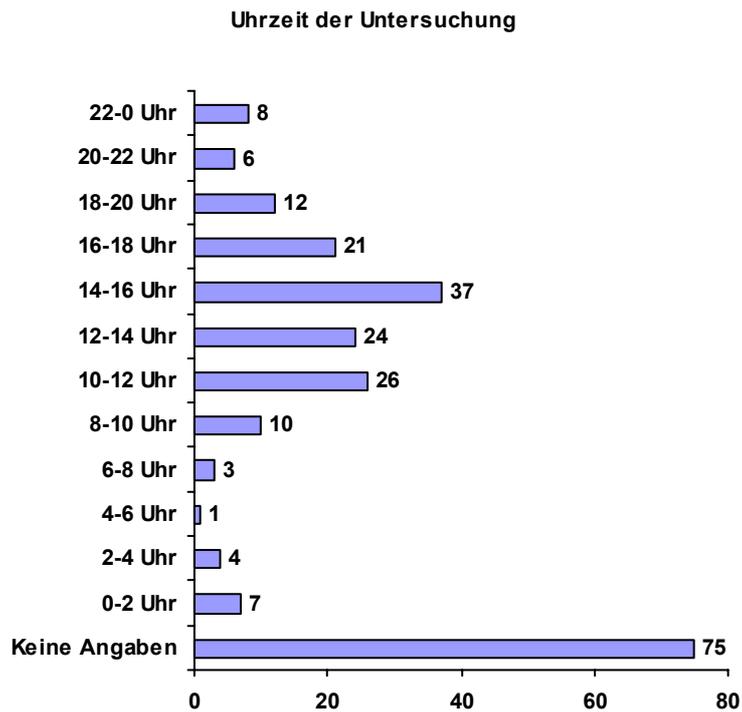


Abb. 14: Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeit

3.1.4 Auftraggeber des Gutachtens

Es stellte sich dar, dass 166 (70,9 %) und damit die meisten Gutachten von der Polizei oder der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben wurden. 27 (11,5 %) Gutachten wurden von Jugendämtern in Auftrag gegeben. Bei 23 (9,8 %) Gutachten waren Ärzte eines Krankenhauses und bei 2 (0,9 %) Gutachten war ein niedergelassener Arzt Auftraggeber des Gutachtens. Bei acht (3,4 %) Gutachten fanden sich keine Angaben. Bei acht (3,4 %) Gutachten waren die Auftraggeber nicht einer der oben genannten Institutionen bzw. Personengruppen zuzuordnen. Folgende Angaben zum Auftraggeber waren in diesen Gutachten zu finden: Kinder- und/oder Jugendheim 5 (2,1 %), Rechtsanwalt 1 (0,4 %), Hausbefund 1 (0,4%), Pflegefamilie 1 (0,4 %).

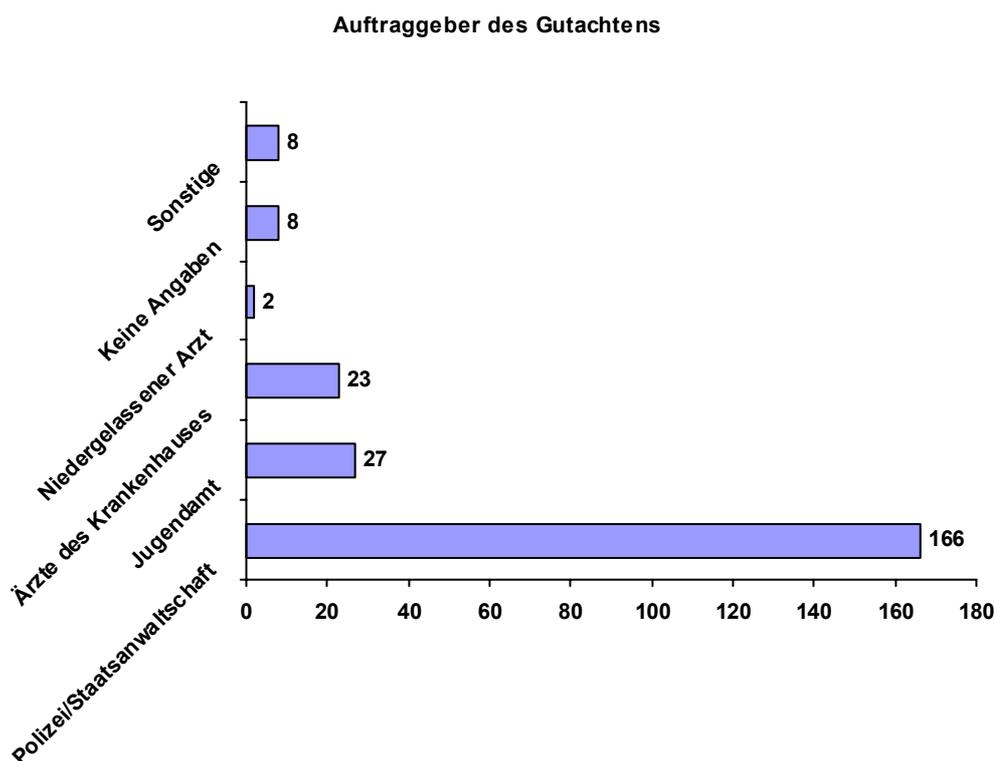


Abb. 15: Übersicht über die Auftraggeber der Gutachten

3.1.5 Tatvorwurf

Bei der Angabe des Tatvorwurfs waren Mehrfachnennungen möglich, da in einigen Fällen der Tatvorwurf Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch lautete. 165 Mal wurde der Tatvorwurf Kindesmisshandlung gestellt. In 58 Fällen lautete der Tatvorwurf sexueller Missbrauch. Nach Durchsicht der Gutachten anhand des Datenerhebungsbogens stellte sich heraus, dass unter der Kategorie „Sonstige“ nur der Tatvorwurf Vergewaltigung (20 Fälle) zu finden war. In drei Gutachten fanden sich keine Angaben zum Tatvorwurf.

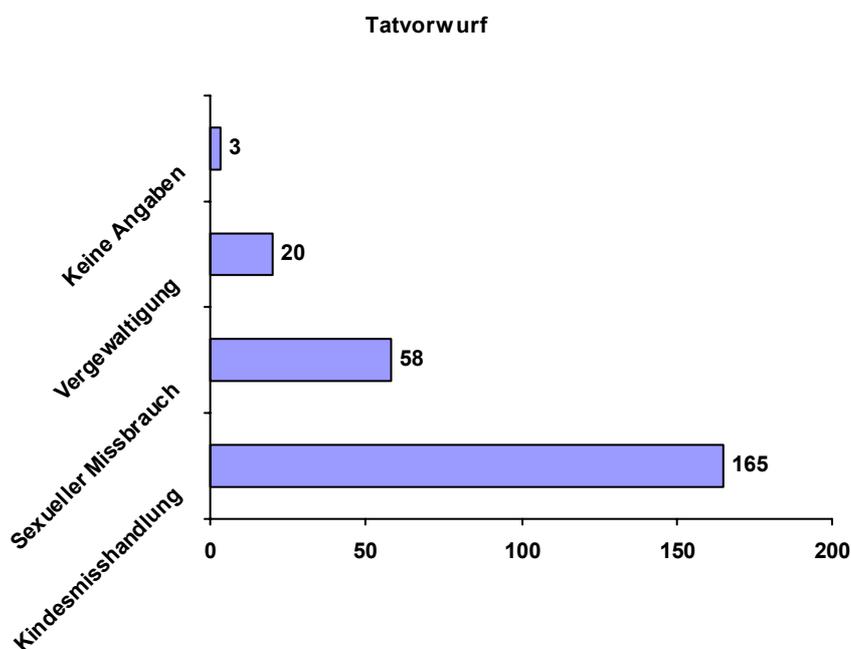


Abb. 16: Übersicht über die Anzahl der Tatvorwürfe

3.2 Opferdaten

3.2.1 Geschlecht des Opfers

Insgesamt waren zu 258 Opfern Daten erfasst. 136 (52,7 %) der Opfer waren männlich, 121 (46,9 %) waren weiblich. In einem Fall lag keine Angabe zum Geschlecht des Opfers vor.

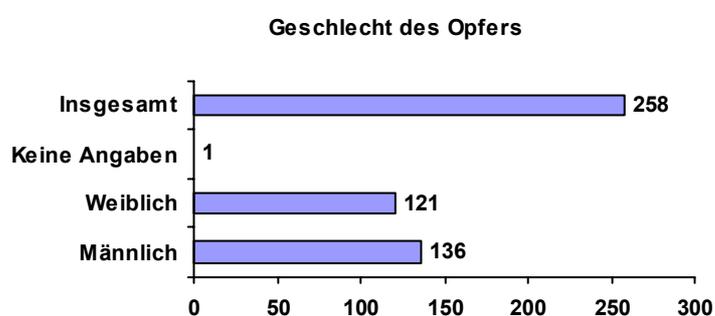


Abb. 17: Übersicht der Geschlechterverteilung der Opfer

3.2.2 Alter des Opfers

Die größte Gruppe (46 Fälle, 17,8 %) stellen die Kinder unter einem halben Lebensjahr dar. Nimmt man die 22 Fälle (8,5 %) der Einhalb bis Einjährigen dazu, so ergibt sich eine Gruppe von 68 Fällen mit unter 1-Jährigen, was einen Anteil von 26,4 % der gesamten Opfer darstellt. Betrachtet man die Gruppe der unter Sechsjährigen, so ergibt sich eine Gesamtzahl von 171 Fällen bzw. 66,3 %. Dementsprechend sind 32,9 % (85 Fälle) der Opfer zwischen sechs und 17 Jahren alt. In zwei Fällen (0,8 %) lagen keine Angaben zum Alter des Opfers vor.

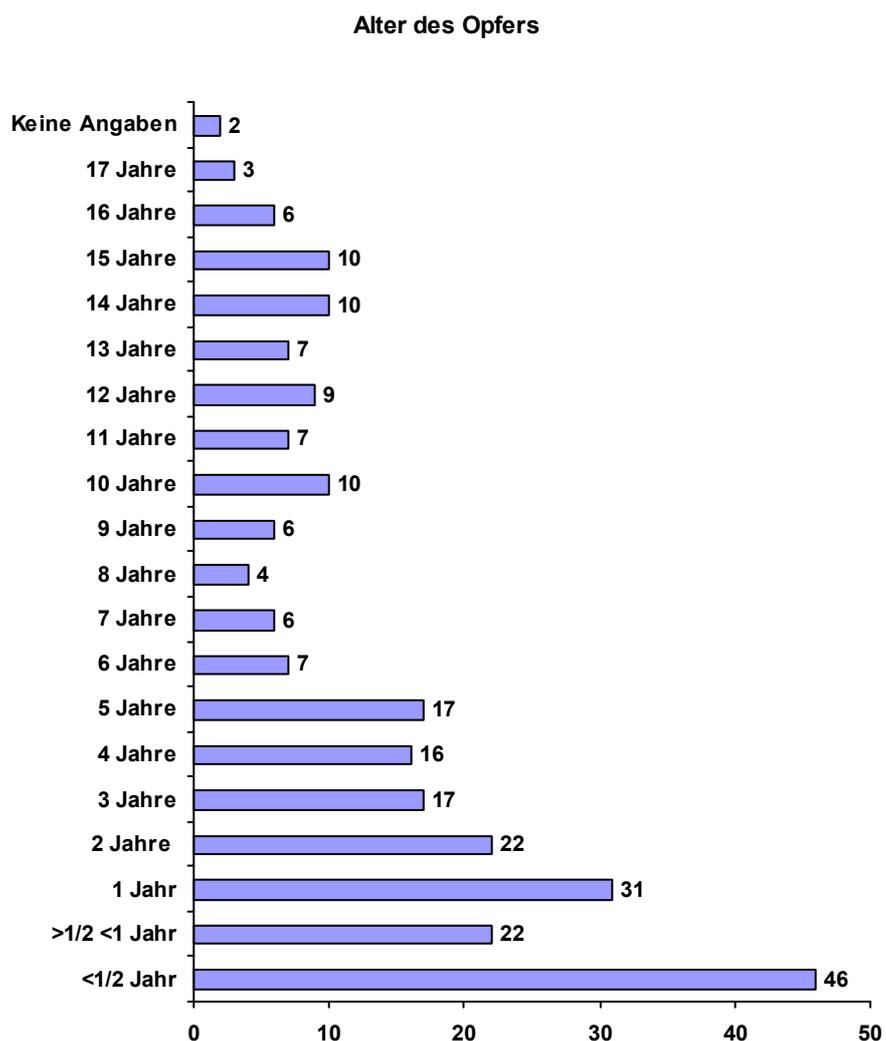


Abb.18: Altersverteilung der Opfer

3.2.3 Nationalität des Opfers

Angaben zur Nationalität des Opfers sind in 23 (8,9 %) der Fälle vorhanden. In 235 (91,1%) Fällen liegen keine Angaben vor. Die größte Gruppe stellen mit 2,3 % (sechs Fälle) Deutsche dar. 1,9 % (fünf Fälle) der Opfer sind russischer, 1,2 % (drei Fälle) jugoslawischer, 0,8 % (zwei Fälle) polnischer und jeweils 0,4 % (ein Fall) türkischer, englischer und libanesischer Nationalität.

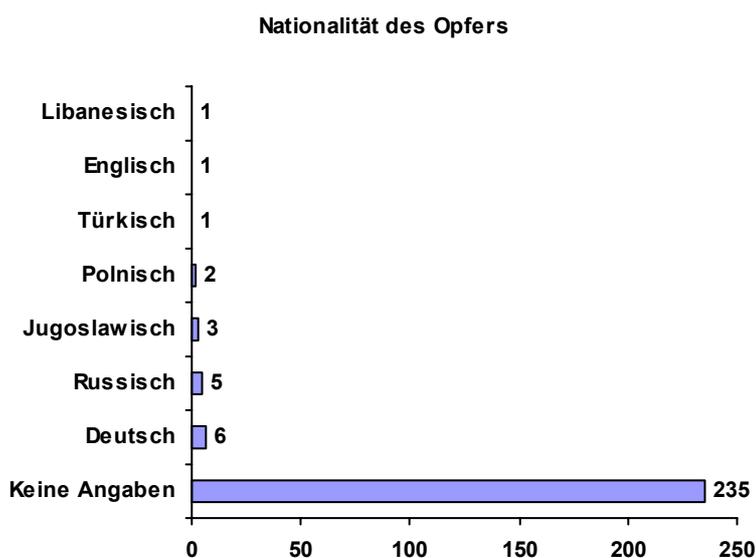


Abb. 19: Übersicht über die Nationalität der Opfer

3.2.4 Stand in der Geschwisterreihe

In 21,3 % (55 Fälle) wurde das jüngste Kind bzw. das einzige Kind (fünf Fälle, 1,9 %) misshandelt. In 10,5 % (27 Fälle) wurde das mittlere bzw. eines der mittleren Kinder misshandelt. In vier Fällen (1,6 %) wurde das älteste Kind misshandelt. In einem Fall wurden Zwillinge misshandelt. Bei 65,5 % (169 Fälle) waren keine Angaben zum Stand des Opfers in der Geschwisterreihe vorhanden.

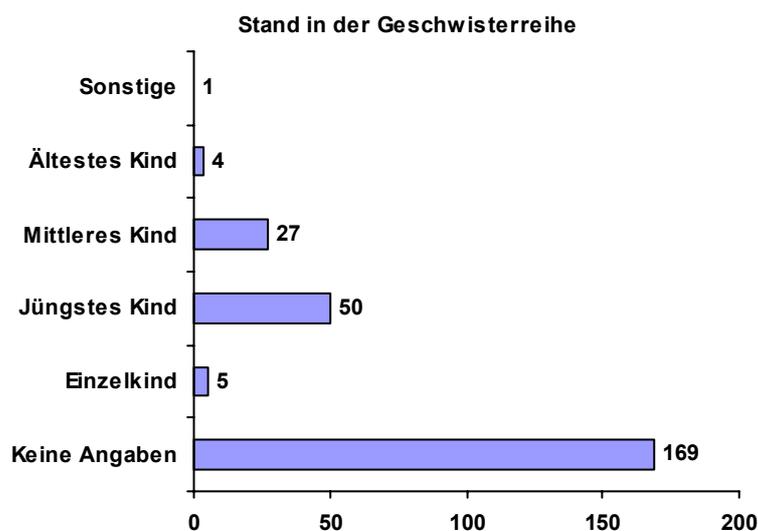


Abb. 20: Übersicht über den Stand des Opfers in der Geschwisterreihe

3.2.5 Körperliche und/oder geistige Behinderung des Opfers

In zehn Fällen (3,9 %) lag eine körperliche und/oder geistige Behinderung des Opfers vor. In einem Fall (0,4 %) lag ausdrücklich keine körperliche und/oder geistige Behinderung vor. Bei 247 Gutachten (95,7 %) lagen keine Angaben vor.

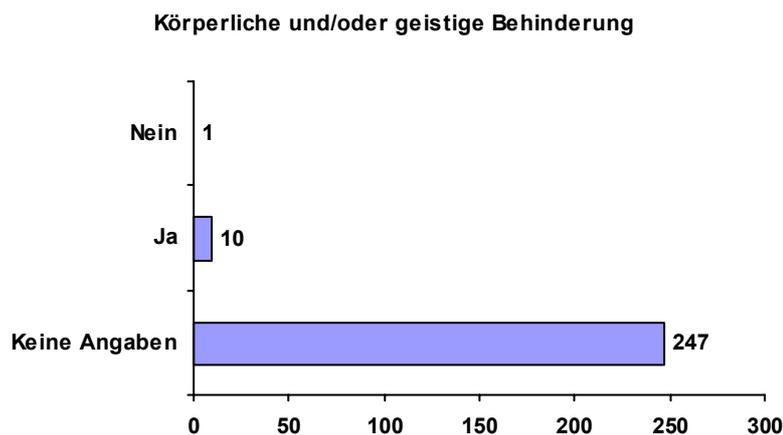


Abb. 21: Übersicht über die Anzahl körperlich und/oder geistig behinderter Opfer

3.3 Täterdaten

Täterdaten waren anhand des Datenerhebungsbogens nur sehr unvollständig vorhanden. In 38 (16,2 %) Gutachten lagen keine Daten über den Täter vor.

3.3.1 Geschlecht des Täters

In 171 Fällen (71,25 %) war der Täter männlich, in 69 Fällen (28,75 %) weiblich.

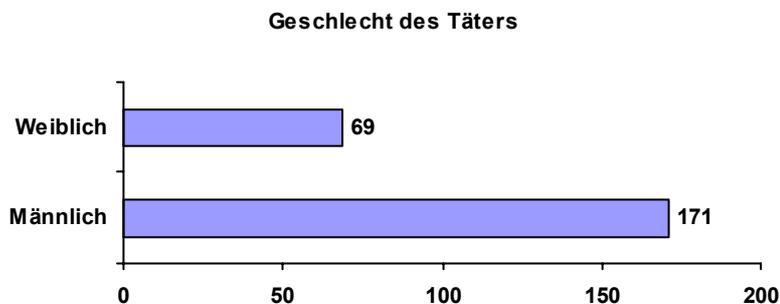


Abb. 22: Geschlecht des Täters

3.3.2 Alter des Täters

In 36 Fällen lagen Angaben zum Alter des Täters vor. In 25 % (neun Fälle) war der Täter jünger als 18 Jahre. In 38,9 % (14 Fälle) war der Täter zwischen 18 und 25 Jahren.

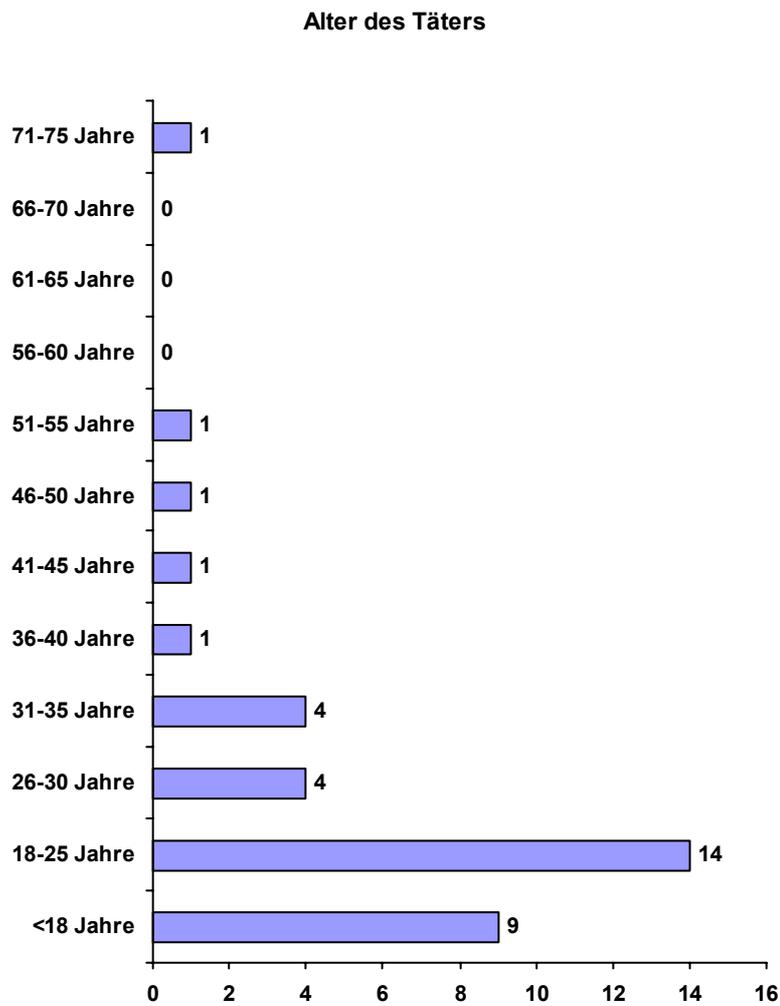


Abb. 23: Altersverteilung der Täter

3.3.3 Nationalität des Täters

Angaben zur Nationalität des Täters lagen in 15 Fällen vor. Fünf der Täter (33,3 %) und damit die größte Gruppe waren russischer Herkunft.

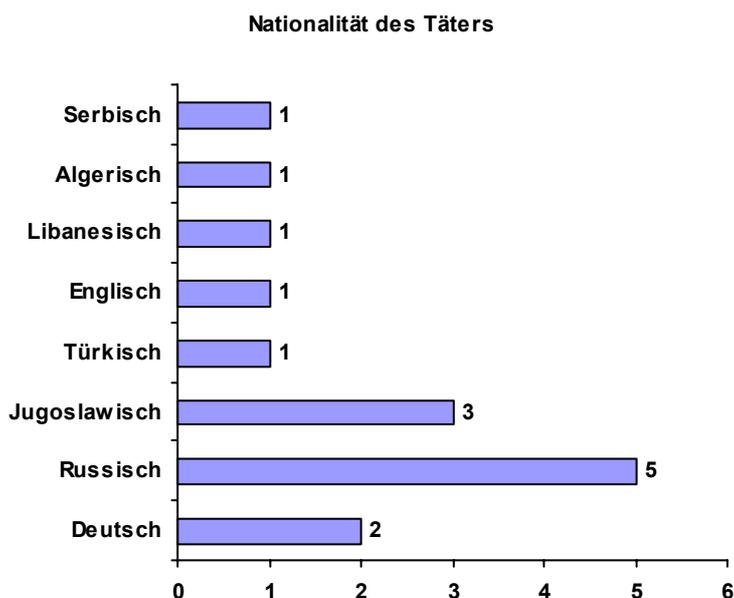


Abb. 24: Übersicht über die Nationalität des Täters

3.3.4 Verhältnis zum Opfer

Angaben zum Verhältnis des Täters zum Opfer lagen in 231 Fällen vor. Am häufigsten wurde die leibliche Mutter als Täterin ermittelt (78 Fälle, 33,8 %). Die zweitgrößte Gruppe stellen die leiblichen Väter mit 26 % (60 Fälle) dar. Die leiblichen Eltern waren also in 59,8 % (138 Fälle) alleine oder gemeinsam die Täter. In 29 Fällen (12,5 %) gab es kein vorheriges Verhältnis zwischen Opfer und Täter, der Täter war in diesen Fällen ein Fremder. Bei 12,1 % (28 Fälle) der Täter handelte es sich um den Lebensgefährten der Mutter bzw. des Stiefvaters. In 19 Fällen (8,2 %) ist der Täter ein Bekannter des Opfers, wobei in den in diesen Fällen die Bekanntschaft nicht näher beschrieben ist. In neun Fällen (3,9 %) liegt eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen Täter und Opfer vor. In drei Fällen handelt es sich dabei um Geschwister (zweimal Bruder, einmal keine

weiteren Angaben), in einem Fall um den Großvater, in einem Fall um den Stiefgroßvater und in vier Fällen ist die verwandtschaftliche Beziehung nicht näher erläutert. In vier Fällen (1,7 %) handelt es sich bei dem Täter um den Freund oder Lebensgefährten des Opfers. In jeweils einem Fall (0,4 %) ist der Täter der Nachbar, die Pflegeeltern, die Lebensgefährtin des Großvaters und das Opfer selbst.

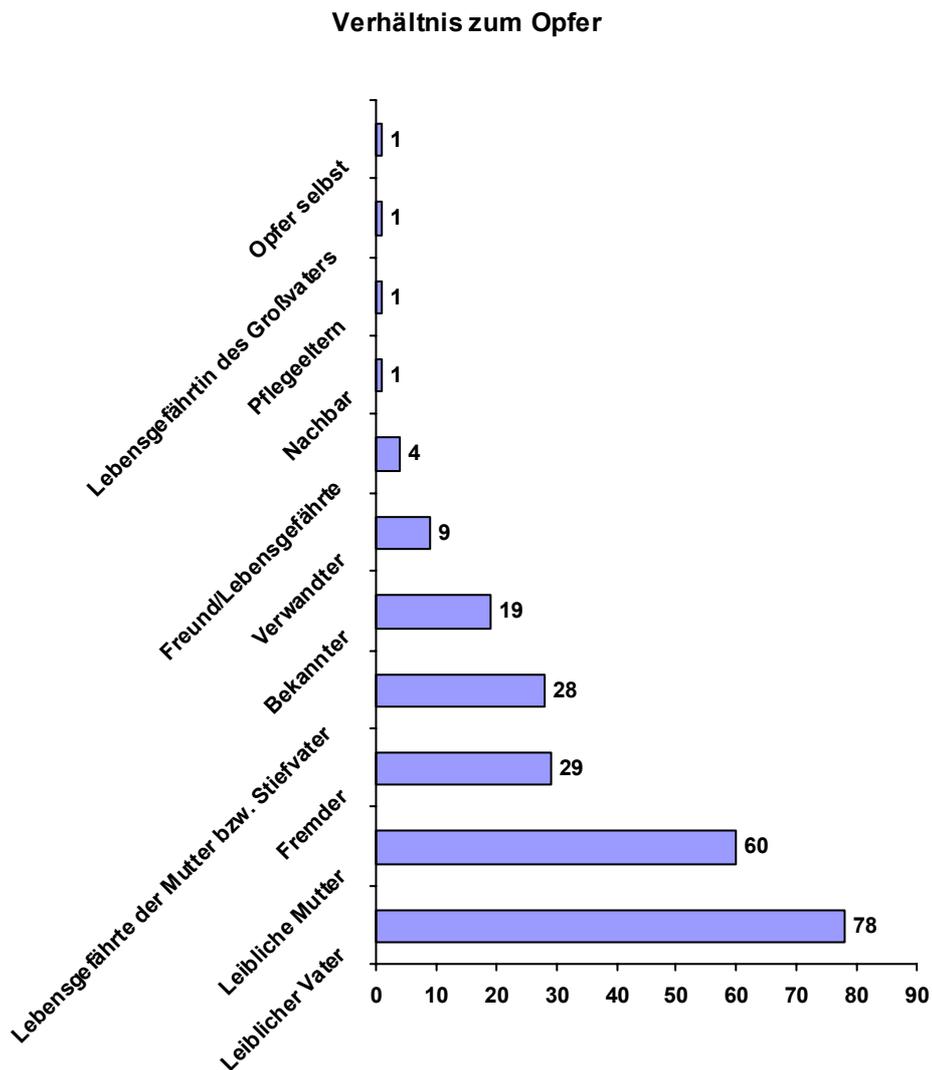


Abb. 25: Verhältnis des Täters zum Opfer

3.3.5 Beruf des Täters

Angaben zum Beruf des Täters lagen in sechs Fällen vor.

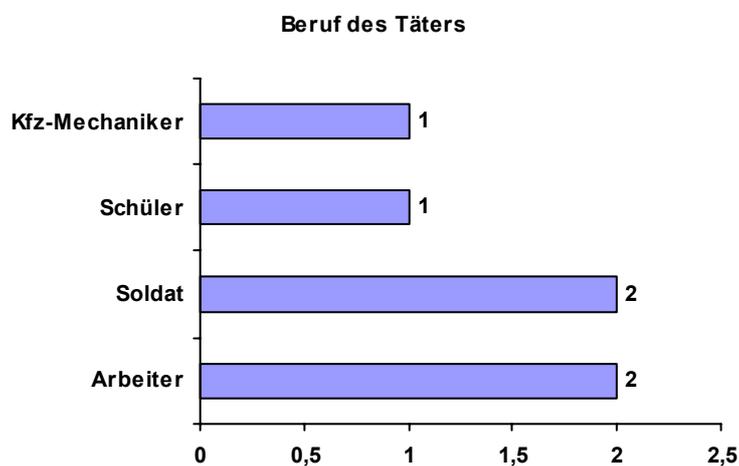


Abb. 26: Beruf des Täters

3.3.6 Vorstrafen des Täters

Angaben zu Vorstrafen des Täters waren in drei Fällen vorhanden. In zwei Fällen lagen keine Vorstrafen des Täters vor. In einem Fall war eine Vorstrafe des Täters dokumentiert.

3.4 Tatumstände

3.4.1 Ort des Missbrauches

In 161 Fällen (68,8 %) ist die Wohnung des Täters und/oder des Opfers der Ort der Misshandlung. In 32 Fällen (13,7 %) ist der Ort der Misshandlung außerhalb der Wohnung des Täters oder des Opfers. In 17,5 % (41 Fälle) liegen keine Angaben vor.

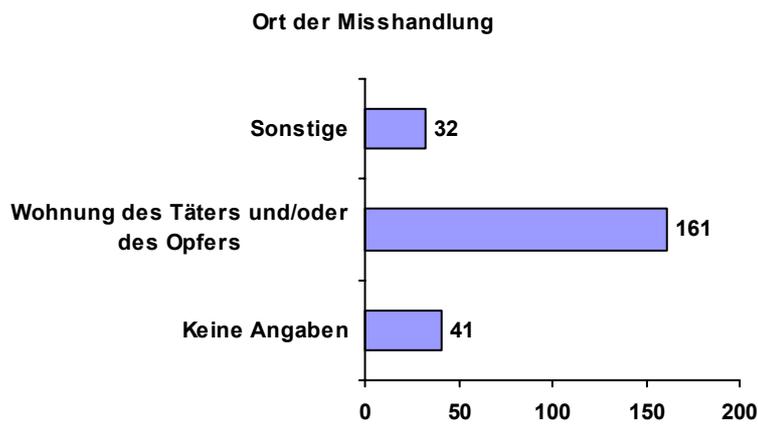


Abb. 27: Übersicht über den Ort der Misshandlung

3.4.2 Alkohol- oder Drogenabusus des Täters

Angaben zum Alkohol- oder Drogenabusus des Täters lagen in neun Fällen vor. In sieben Fällen war ein Alkohol- oder Drogenabusus des Täters dokumentiert, in zwei Fällen wurde die Angabe verneint.

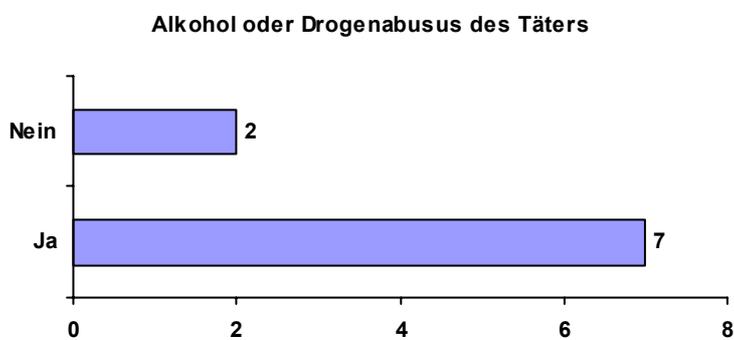


Abb. 28: Alkohol- oder Drogenabusus des Täters

3.4.3 Alkohol- oder Drogenabusus des Opfers

Angaben zum Alkohol- oder Drogenabusus des Opfers lagen in 13 Fällen vor. In neun Fällen war ein Alkohol- oder Drogenabusus dokumentiert, in vier Fällen lag kein Alkohol- oder Drogenabusus vor.

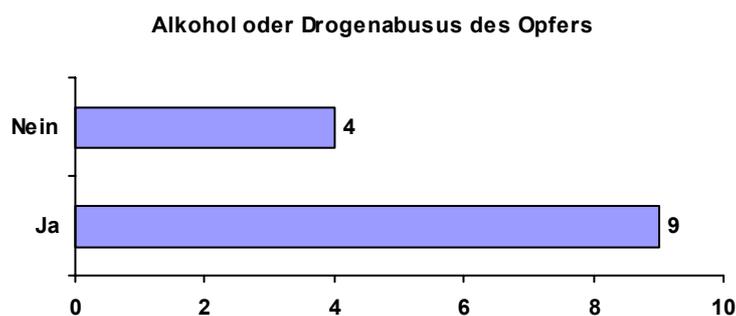


Abb. 29: Alkohol- oder Drogenabusus des Opfers

3.4.4 Art des Missbrauches

Die Art und Weise in der die Opfer misshandelt wurden, waren sehr vielfältig. Daher stellt in der statistischen Auswertung mit 29,7 % (79 Angaben) die Kategorie „Sonstige“ die größte Gruppe dar. Dennoch zeigte sich, dass einige Misshandlungsarten gehäuft auftraten. In 38 Fällen (14,3 %) wurde das Opfer mit der flachen Hand, in 20 Fällen (7,5 %) mit der Faust geschlagen. Insgesamt wurde das Opfer in 58 Fällen (21,8 %) ohne Hilfsmittel geschlagen. In 10,2 % (27 Fälle) wurde das Opfer mit Hilfsmitteln geschlagen. In 9,8 % (26 Fälle) erfolgte die Misshandlung durch Schütteln des Opfers. In neun Fällen (3,4 %) wurden Tritte gegen das Opfer als Misshandlungsart dokumentiert.

Bei den Misshandlungen durch Schläge mit Hilfsmitteln wurden am häufigsten Stöcke als Tatwerkzeug angegeben (neun Fälle; 33,3 %). In 14,8 % (vier Fälle) wurden Gürtel als Hilfsmittel dokumentiert. In jeweils drei Fällen (11,1 %) wurden Schuhe bzw. Kabel als Schlagwerkzeuge benutzt. Die anderen Hilfsmittel kamen nur jeweils einmal vor oder wurden nicht näher beschrieben (acht Fälle; 29,6 %).

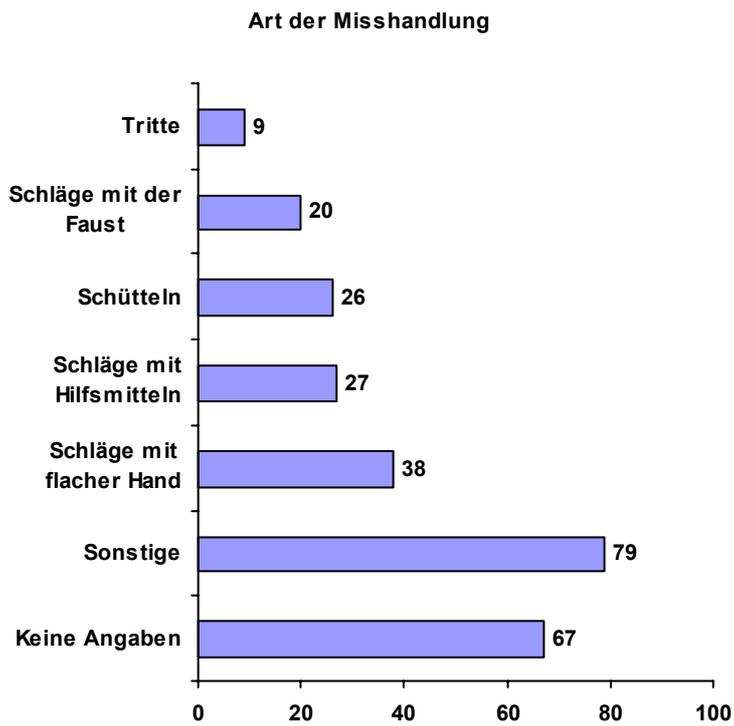


Abb. 30: Übersicht der Misshandlungsarten

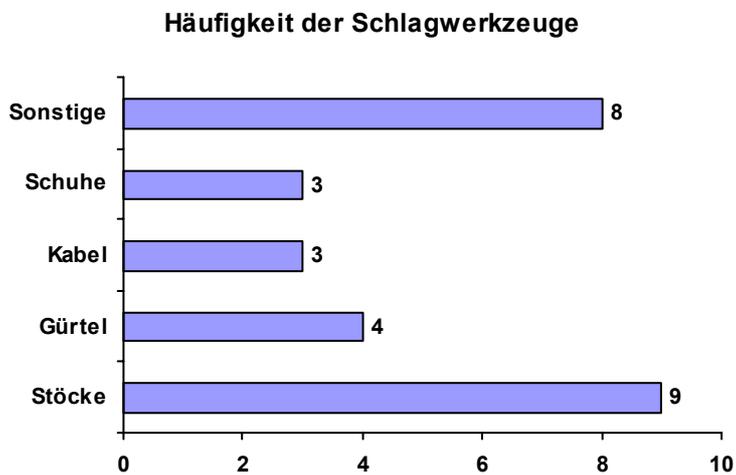


Abb. 31: Häufigkeit der Schlagwerkzeuge

3.5 Schutzbehauptungen

In 76 Fällen wurden eine oder mehrere Schutzbehauptungen vorgebracht. Die meisten Schutzbehauptungen (33 Fälle) wurden unter der Kategorie „Sonstige“ aufgeführt. Diese Schutzbehauptungen waren in ihrer Schilderung sehr detailreich dargestellt und wurden nicht weiter kategorisiert. Wiederkehrende Schutzbehauptungen waren: Stoß an verschiedenen Gegenständen (fünf Fälle), Sturz zu ebener Erde (sieben Fälle), Treppensturz (drei Fälle), Fall aus dem Bett (elf Fälle), Fall vom Wickeltisch (drei Fälle), beim Spielen allgemein (vier Fälle) und von Geschwistern geschlagen (zehn Fälle).



Abb. 32: Übersicht über häufig genannte Schutzbehauptungen

3.6 Körperliche Befunde

Die körperlichen Befunde waren insgesamt sehr zahlreich und vielfältig. In den meisten Fällen lagen mehrere Verletzungen vor. In den meisten Gutachten waren die

körperlichen Befunde sehr detailliert beschrieben. In einigen Fällen konnte eine ausführliche körperliche Untersuchung nicht stattfinden, da dies vom Opfer selber oder von Dritten gänzlich oder zum Teil abgelehnt wurde. Besonderes problematisch stellten sich in diesem Zusammenhang gynäkologische Untersuchungen dar.

Insgesamt wurden vier Verletzungsarten und acht Körperregionen unterschieden. Bei den Verletzungsarten wurden am häufigsten Hämatome beschrieben (405 Befunde; 60,6 %). Abschürfungen kamen 165 (24,7 %) Mal vor. 79 Befunde (11,8 %) waren Narben. In 19 (2,8 %) Fällen wurden Verbrennungen dokumentiert. Die Kopf/Hals Region war mit 25 % (167 Befunde) der Befunde am häufigsten betroffen. An Armen und Händen wurden 132 Befunde (19,8 %), an Beinen und Füßen 125 Befunde (18,7 %), am Thorax 94 (14,1 %), am Becken und Gesäß 56 Befunde (8,4 %), an den Genitalien 45 Befunde (6,7 %), am Abdomen 26 Befunde (3,9 %) und am Anus 23 Befunde (3,4 %) dokumentiert (Abb. 33).

Gesondert betrachtet wurden intracerebrale Blutungen und Frakturen am Schädel. Es traten insgesamt 73 intracerebrale Blutungen auf. 75,7 % (28 Befunde) waren subdurale Blutungen. In 16,2 % (sechs Befunde) lag eine subarachnoidale Blutung vor. Zwei Mal (5,4 %) wurde eine epidurale Blutung dokumentiert und in einem Fall wurde eine intracerebrale Blutung beschrieben, die nicht weiter klassifiziert war (Abb. 34).

Schädelfrakturen traten insgesamt zwölf Mal auf. In zehn Fällen (83,3 %) war die Schädelkalotte frakturiert. In zwei Fällen (16,7 %) lag ein Schädelbasisbruch vor (Abb. 35).

Skelettfrakturen wurden insgesamt 36 Mal dokumentiert. Am häufigsten lag eine Femurfraktur vor (33,3 %; 12 Frakturen). In 27,8 % (zehn Frakturen) lag eine Fraktur der Rippen vor. In sechs Fällen (16,7 %) war der Humerus frakturiert. 13,9 % (fünf Frakturen) entfielen auf die Tibia und jeweils einmal (2,8 %) lag eine Radius-, Olecranon- und Claviculafraktur vor (Abb. 36).

In zehn Fällen lagen Angaben über Würgemale vor. In vier Fällen lagen Befunde vor, die darauf zurückzuführen waren, dass das Opfer gewürgt worden war. In sechs Fällen wurden keine derartigen Befunde gefunden.

In 85 Fällen lagen anamnestisch Angaben zu der Mehrzeitigkeit der Befunde vor, davon wurde in 77 Fällen eine Mehrzeitigkeit festgestellt. In acht Fällen wurde explizit darauf hingewiesen, dass keine Mehrzeitigkeit der Befunde vorlag.

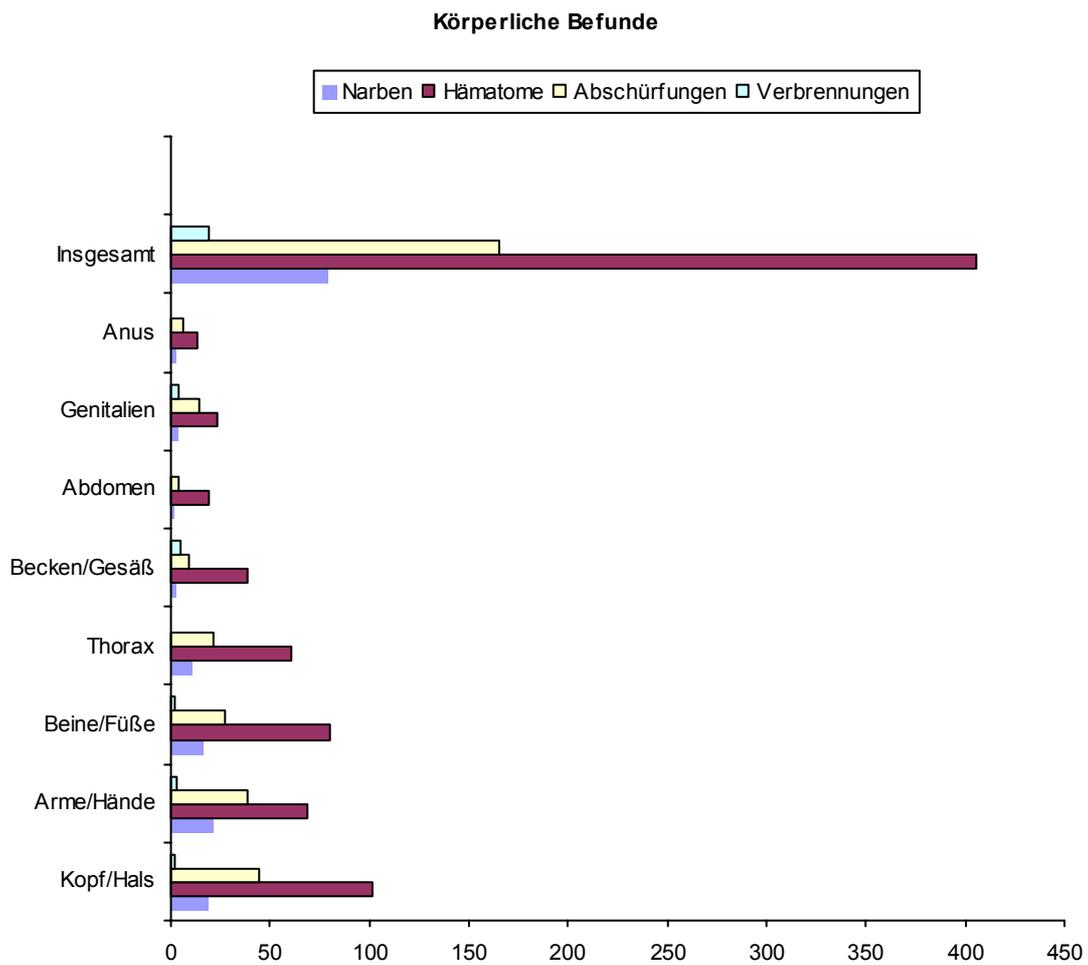


Abb. 33: Übersicht über die Verteilung der Befunde auf die Körperregionen.

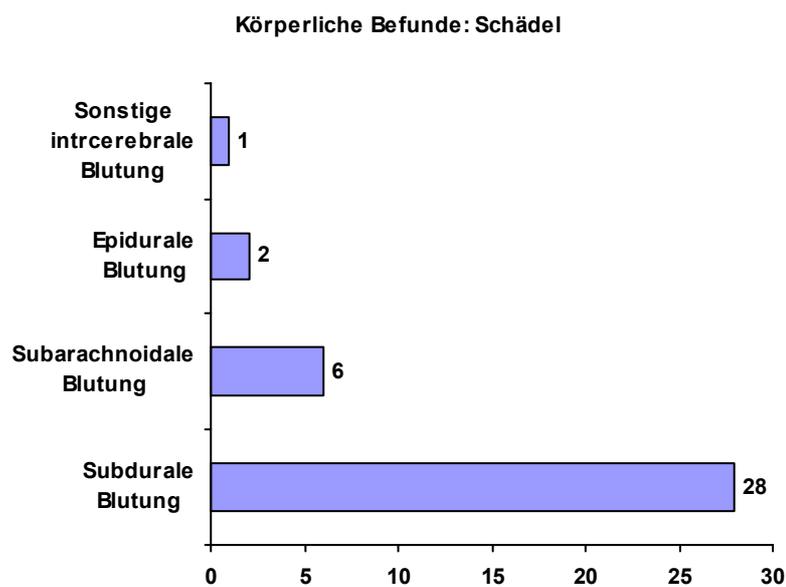


Abb. 34: Häufigkeitsverteilung der intracerebralen Blutungen

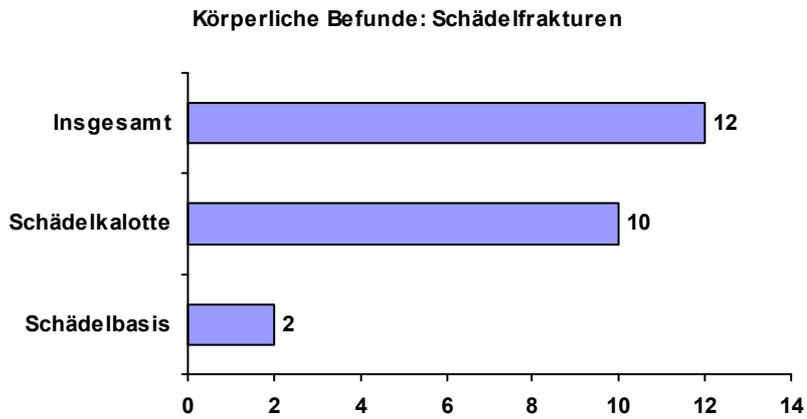


Abb. 35: Häufigkeitsverteilung der Schädelfrakturen

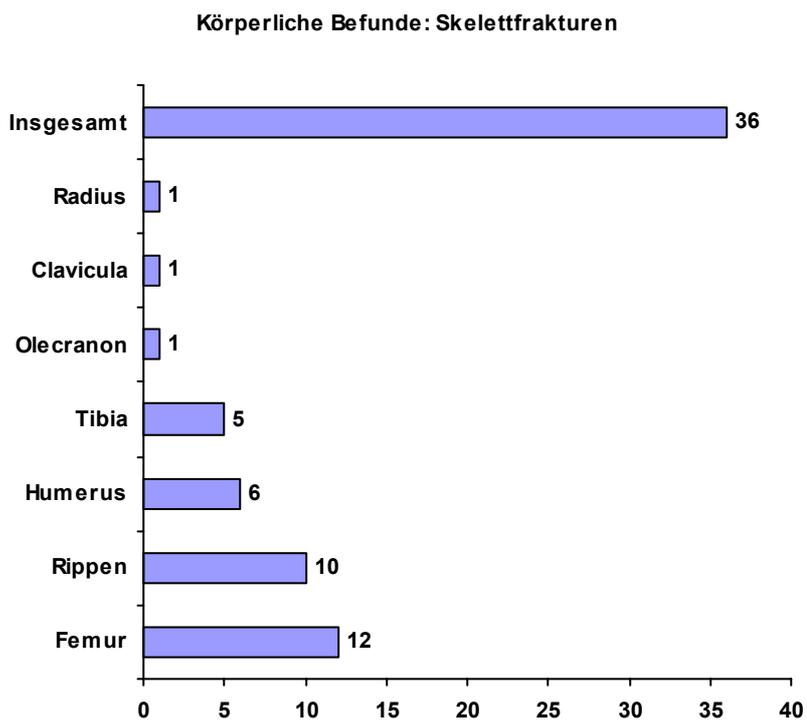


Abb. 36: Häufigkeitsverteilung der Skelettfrakturen

3.7 Fazit des Gutachters

In 36,8 % (86 Fälle) waren die Befunde charakteristisch für eine Misshandlung. In 57 Fällen (24,4 %) waren die Befunde nicht charakteristisch für eine Misshandlung. In 29,1 % (68 Fälle) nahm der Gutachter keine Stellungnahme vor, es erfolgte nur eine Dokumentation der Befunde. In 23 Fällen (9,8%) lagen abschließende Stellungnahmen des Gutachters vor, die nicht weiter klassifiziert wurden.

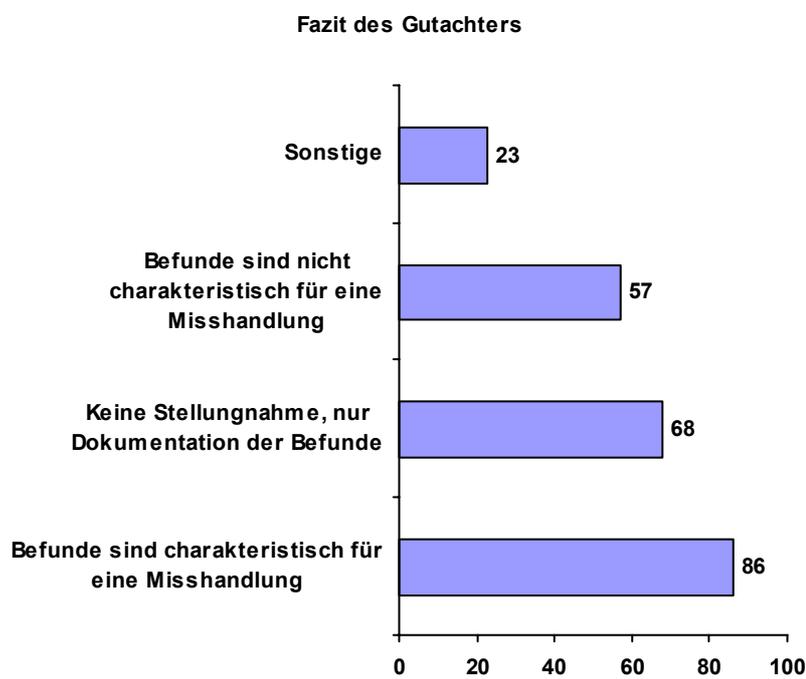


Abb. 37: Fazit des Gutachters

4. Diskussion

4.1 Allgemeine Angaben

4.1.1 Ort der Untersuchung

In 69,2 % (162) der Fälle fand die körperliche Untersuchung in einer Abteilung der Universitätsklinik Münster oder in einem anderen Krankenhaus statt. Nur in 47 Fällen (20,1 %) wurde die Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster vorgenommen. In zwei Fällen fand die Begutachtung anhand von ärztlichen Berichten und Fotodokumentationen statt, die andernorts angefertigt worden waren und dann durch einen Rechtsmediziner des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Münster ausgewertet wurden. In diesen Fällen wurde der Ort der Erstuntersuchung angegeben, was in beiden Fällen ein auswärtiges Krankenhaus war. Vergleichende Studien aus der Literatur liegen nicht vor.

4.1.2 Datum der Untersuchung

Insgesamt wurden in den Jahren 1996 bis 2005 234 Gutachten angefertigt, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde aufgrund eines Verdachts auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellen Missbrauchs an Personen bis zum 18. Lebensjahr. Durchschnittlich wurden pro Jahr 23,4 Gutachten erstellt. Lüdeking (1984) wertete in dem Zeitraum von 1969 bis 1981 insgesamt 38 Gutachten, die im Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster erstellt wurden, aus. In diese Untersuchung sind nur Gutachten eingeflossen, bei denen entweder eine Verurteilung wegen des ermittelten Deliktes stattgefunden hat, eine Kindesmisshandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit vorlag oder bei denen die Ermittlungen der Kriminalpolizei zu dem dringenden Verdacht der Kindesmisshandlung führten. Daher ist die Anzahl der Gutachten in dieser Untersuchung wesentlich geringer als in dem eigenen Untersuchungsgut. Die Anzahl der Gutachten bewegte sich zwischen 32 Gutachten im Jahr 2005 und elf Gutachten im Jahr 1996. Auch in anderen Arbeiten finden sich erhebliche Schwankungen der Misshandlungsprävalenzen zwischen den Kalenderjahren

(Kreutz 1990, Rosenstock und Köppel 1990). Smiszek (1994) stellt in seiner Arbeit eine Häufung von Misshandlungen für die Herbst- und Wintermonate fest, vor allem in den Monaten September, Oktober und Dezember. Als Ursache diskutiert Smiszek (1994) eine Erhöhung der Erkrankungen in den Winter- und Herbstmonaten (Meinhold und Kirsch 1990, Sehrt et al. 1991) und die damit verbundene erhöhte Pflegebedürftigkeit der Kinder (Engfer 1986, Giesen 1979, Kempe 1980 a, Thyen 1986, Trube-Becker 1987). Diese Ergebnisse lassen sich nur bedingt durch die eigene Arbeit bestätigen. So wurden zwar im Oktober (26) und November (24) die meisten Gutachten erstellt, aber eine signifikante Erhöhung der Anzahl der Misshandlungen in den Herbst- und Wintermonaten konnte nicht festgestellt werden.

4.1.3 Uhrzeit der Untersuchung

Prinz (1981) stellte fest, dass insbesondere schwere und schwerste Körperverletzungen an Freitag- und Samstagabenden in der Zeit von 21.00 bis 02.00 Uhr und Sonntagen zwischen 21.00 bis 24.00 Uhr liegen. Ursächlich wird vorrangig der aufgestaute Stress der Arbeitswoche in Verbindung mit Alkoholgenuss genannt. In der eigenen Untersuchung erfolgten die meisten Begutachtungen in der Zeit zwischen 08.00 Uhr und 20.00 Uhr angefertigt. Da die rechtsmedizinischen Gutachten in den meisten Fällen nicht direkt nach der Tat angefertigt werden, kann kein Zusammenhang zwischen der Uhrzeit der Erstellung des Gutachtens und der Tatzeit hergestellt werden. Vielmehr zeigt sich, dass die meisten Begutachtungen in der normalen Arbeitszeit erfolgten. Daraus kann man schlussfolgern, dass eine rechtsmedizinische Untersuchung nur in wenigen Fällen direkt nach dem Tathergang angefordert wird. Häufig werden die körperlichen Untersuchungen erst im weiteren Verlauf der Ermittlungen angefordert.

4.1.4 Auftraggeber des Gutachtens

Die meisten Gutachten wurden von der Polizei oder der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben (70,9 %). Dies ergibt sich daraus, dass die meisten Gutachten im Rahmen von Strafverfahren bzw. polizeilichen Ermittlungen angefordert werden. Bei Anzeigenerstattung ist die Polizei verpflichtet, Ermittlungen aufzunehmen. Daraus ergibt sich, dass die Polizei in den Ermittlungen zur Aufklärung des Sachverhaltes eine

körperliche Untersuchung durch einen Rechtsmediziner anordnet. Diesem Strafverfolgungszwang unterliegen die Jugendämter und andere kommunale Ämter und Hilfseinrichtungen nicht. In der eigenen Untersuchung waren die Jugendämter in 11,5 % der Fälle die Antragsteller des Gutachtens. Die Jugendämter können sich ein Bild von der Situation machen, ohne dass daraus zwangsweise strafrechtliche Konsequenzen für den Täter folgen müssen (Lenkisch 1989). Es bleibt den Ämtern überlassen, ein Strafverfahren einzuleiten oder nicht. Bestätigt sich der Verdacht der Kindesmisshandlung, muss sofort alles getan werden, um so einen Schutz des Opfers zu gewähren. Um dieses zu erreichen, muss das Jugendamt in einigen Fällen auch Strafanzeige erstatten. Daher kommt den Jugendämtern als Anzeigerstatter eine entscheidende Rolle zu, wie Eisenmenger et al. (1973) in ihrer Arbeit berichten. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass die Jugendämter oft nur die Mittlerrolle spielen und der erste Hinweis von anderen Stellen wie z.B. von der Schule oder dem Kindergarten ausgeht. In den Arbeiten von Schaible- Fink (1968): 13,8 % und Mätzsch et. al (1980): 12 % werden die Fürsorgestellen auch dann als Anzeigerstatter aufgeführt, wenn der erste Hinweis von Anderen z.B. Nachbarn gegeben wurde. In der Arbeit von Engels (1983) wird dagegen die Person als Anzeigerstatter geführt, von der der erste Hinweis an eine behördliche Stelle ausgegangen ist. Daraus ergibt sich, dass die Jugendämter in dieser Arbeit nur in 4 % der Fälle die Anzeigerstatter sind. Nach Smiszek (1994) obliegt den Ärzten die größte Verantwortung in der Erkennung der Kindesmisshandlung und der Einleitung der Folgemaßnahmen. Dabei bestehen deutliche Unterschiede in der Kenntnis, Meldebereitschaft und im Umgang mit der Kindesmisshandlung zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten (Landzettel 1990, Lüdeking 1984). Auch in der eigenen Arbeit wurden mehr Gutachten von Ärzten eines Krankenhauses (9,8 %) als von niedergelassenen Ärzten (0,9 %) in Auftrag gegeben. Diese Zahlen sind allerdings nur bedingt mit den oben genannten Arbeiten vergleichbar, da die Auftraggeber der Gutachten nicht mit den Anzeigestellern identisch sind. Bei einem typischen Verlauf bei Verdacht auf Kindesmisshandlung wird der niedergelassene Arzt einen stationär tätigen Kollegen zu Rate ziehen bzw. den Patienten in ein Krankenhaus überweisen. Die Ärzte im Krankenhaus wenden sich dann an Sozialarbeiter des Krankenhauses, die wiederum das zuständige Jugendamt informieren. Das Jugendamt wird daraufhin in einigen Fällen

die Polizei hinzuziehen, welche dann im Zuge der weiteren Ermittlungen ein rechtsmedizinisches Gutachten anfordert.

4.1.5 Tatvorwurf

Der Tatvorwurf lautet in den meisten Fällen Kindesmisshandlung (165 Fälle) und/oder sexueller Missbrauch (58 Fälle). Aus den rechtsmedizinischen Gutachten ist der Paragraf, nach welchem die Anzeige erstattet wurde, nicht ersichtlich. Da für die Begriffe „Kindesmisshandlung“ und „sexueller Missbrauch“ mehrere unterschiedliche Definitionen existieren und auch im allgemeinen Sprachgebrauch häufig parallel benutzt werden, lautet der Tatvorwurf in einigen Fällen sexueller Missbrauch und Kindesmisshandlung. 20 Gutachten wurden aufgrund eines Tatvorwurfs bzw. eines Verdachts auf Vergewaltigung erstellt. Auch in diesen Fällen ließ sich der Paragraf nicht ermitteln. Ziel der Arbeit war es auch nicht, die juristischen Aspekte zu behandeln, vielmehr wurden alle körperlichen Untersuchungen von Personen bis zum 18. Lebensjahr erfasst, bei denen der Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder Kindesmisshandlung bestand. Eine weitere Differenzierung der Gutachten nach den Tatvorwürfen erschien nicht sinnvoll, da zum einen die Arbeitsweise nach der das Gutachten erstellt wird, nicht beeinflusst wird, und zum anderen die Begriffe unterschiedlich aufgefasst und angewendet werden.

4.2 Opferdaten

4.2.1 Geschlecht des Opfers

Die Zahl der männlichen Opfer überwiegt in dieser Studie nur leicht (52,7 %). In den Arbeiten von Bonn 1963 (n= 30, Jungen : Mädchen = 70 % : 30 %), Kainz 1967 (n= 79, Jungen : Mädchen = 73 % : 27 %), Naeve und Becker 1972 (n= 53, Jungen : Mädchen = 59 % : 41 %), Wille et al. 1967 (n= 45, Jungen : Mädchen = 56 % : 44 %), Smiszek 1994 (n= 94, Jungen : Mädchen = 56 % : 44 %) und Engels 1983 (n= 63, Jungen : Mädchen = 57 % : 43 %) finden sich ebenfalls mehr männliche als weibliche Opfer. Ein eher ausgewogenes Geschlechterverhältnis im Bereich der Kindesmisshandlung

beschreiben: Mende und Kirsch 1968 (n= 200, Jungen : Mädchen = 51,5 % : 48,5 %), Naeve und Lohmann 1973 (n= 72, Jungen : Mädchen = 50 % : 50 %), Koers 1975 (n= 430, Jungen : Mädchen = 49 % : 51 %), Weston 1978 (n= 36, Jungen : Mädchen = 53 % : 47 %), Mätzsch et al. 1980 (n= 384, Jungen : Mädchen = 48 % : 52 %), Richter 1992 (n= 79, Jungen : Mädchen = 50 % : 50 %) und Jayme 1996 (n= 84, Jungen : Mädchen = 50 % : 50 %). In den meisten Querschnittsuntersuchungen, die territorial begrenzt sind und über eine relativ große Fallzahl verfügen, wird stets über ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen in der Misshandlungsprävalenz berichtet, so dass das Geschlecht der Opfer für die Auslösung einer Misshandlung eine untergeordnete Rolle spielt (Smiszek 1994). Diese Schlussfolgerung kann durch die eigene Untersuchung und durch Arbeiten von Nix (1958) und Wille und Rönnau (1986) bestätigt werden.

4.2.2 Alter des Opfers

In der eigenen Arbeit stellen die Kinder unter einem Lebensjahr die größte Gruppe (68 Fälle, 26,4 %) dar. Wobei die Kinder unter einem halben Lebensjahr den größten Teil dieser Gruppe ausmachen (46 Fälle, 17,8 %). Der Gesamtanteil der Opfer, die das sechste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, lag bei 66,3 % (171 Fälle). Der Großteil der Opfer ist also in den ersten Lebensjahren, mit einem Schwerpunkt auf das Säuglings- und Kleinkindalter zu finden. Diese Ergebnisse finden sich in vielen Studien wieder. Eine Häufung der Misshandlungsfälle bei Kleinkindern (unter einem Jahr) und Säuglingen zeigen Studien von Schaible-Fink (1968), Griffiths (1963), Weston (1978), Trube-Becker (1964; 1975; 1978; 1982). In dem Krankengut von Jacobi (1995) sind 80 % Säuglinge und Kleinkinder betroffen. Castle und Kerr (1972) sehen einen Altersgipfel der Kinder zwischen 14 und 19 Monaten. Nach Kempe (1962) und Wille (1967) werden am häufigsten die Null- bis Dreijährigen misshandelt. Dies bestätigen die Arbeiten von Hartung (1967), Steinhausen (1972), Knight (1977) und Hilgermann (1980), die ebenfalls einen Altersgipfel der unter Dreijährigen feststellten. Nach Schleyer (1958) waren 50 % der Kinder unter drei Jahre alt, wovon 30 % im Alter von 9 bis 19 Monaten waren. Auch Bonn (1963), Falk und Maersch (1967), Fink (1967), Naeve und Becker (1972), Naeve und Lohmann (1973), Rochel (1974), Trube-Becker (1977), Papousek (1985), Gelles (1979), Engfer (1986), Lemburg (1986), Lenard

(1988), Lüdeking (1984), Nau (1977), Weigel und Lignitz (1984) und Koers (1975) fanden in ihren Arbeiten einen Schwerpunkt bei misshandelten Kindern im Kleinkindalter.

Gelles (1973) begründet die Gefährdung besonders kleiner Kinder im Alter von drei Monaten bis drei Jahren damit, dass Kinder dieser Altersgruppe sich kaum gegen körperliche Gewaltanwendung von Seiten der Misshandler wehren können. Als weitere Gründe gibt er die fehlende Kommunikationsfähigkeit und damit eine mangelnde soziale Interaktion zwischen Eltern und Kind und die strukturelle Belastung, die durch die Geburt des Kindes für die Eltern entsteht, an. Umstritten ist, ob die hohe Zahl der Misshandlungen in diesen Altersgruppen durch häufigeren Arztbesuch bedingt ist oder ob es sich um eine tatsächliche Disproportion handelt (Mätzsch et al. 1980). Nach Kaiser (1970) werden Misshandlungen in allen Altersklassen gleichermaßen angetroffen. Nur Säuglinge und Kleinkinder reagieren auf physische Gewalt empfindlicher und werden eher auffällig.

Ein weiterer, oft zitierter Anstieg der Misshandlungsrate im Alter zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr konnte in der eigenen Studie nicht gefunden werden (Creighton 1984, Jacobi 1986, Pernhaupt und Cermak 1980, Harbauer und Kenter 1960, Mende und Kirsch 1968).

4.2.3 Nationalität des Opfers

Zur Nationalität des Opfers finden sich in den untersuchten Gutachten nur in wenigen Fällen Angaben. In der Studie von Jayme (1996) sind ausländische Opfer deutlich überrepräsentiert. Auch in anderen Studien sind ausländische Opfer überrepräsentiert. Mätzsch et al. (1980) geben folgende Erklärungsmöglichkeiten für einen erhöhten Ausländeranteil: kulturelle Unterschiede, andersartige Altersstrukturen und Schwierigkeiten bei dem Integrationsprozess. Vergleiche mit der eigenen Studie erscheinen aufgrund der geringen Fallzahl nicht sinnvoll.

4.2.4 Stand in der Geschwisterreihe

In der eigenen Untersuchung wurde das jüngste Kind am häufigsten misshandelt. Zu diesem Ergebnis kommen auch Geerds (1986), Nau (1977) und Weston (1978). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Wolff (1975), Fink (1967), Mende und Kirsch (1968), Engfer (1986), Barbey (1980), Kaiser (1970b), die das Erstgeborene am häufigsten als Opfer registrieren. Nach Rochel und Gostomzyk (1974a) ist sowohl das älteste (in 40 % der Fälle) als auch das letztgeborene (in 31 % der Fälle) Kind Opfer der Misshandlung. Einzelkinder machten in der eigenen Studie nur einen kleinen Teil der Opfer aus (fünf Fälle, 1,9 %). Auch Matthes (1967) fand in 150 Misshandlungsfällen in 95 % keine Einzelkinder. Von vielen Autoren wird darauf hingewiesen, dass nur ein Kind aus der Geschwisterreihe misshandelt wird, ohne jedoch die Stellung in der Geschwisterreihe zu präzisieren (Kainz 1967, Köttgen 1967, Trube-Becker 1973a und 1974, Knight 1977 und Hilgermann 1980). Schreiber (1971) bezeichnet dies als „Aschenputtelsyndrom“. Trube-Becker (1982) macht darauf aufmerksam, dass sich teilweise Geschwister an der Misshandlung beteiligen.

4.2.5 Körperliche und/oder geistige Behinderung des Opfers

Nach Martin et al. (1974) werden vor allem Kinder mit geringem Geburtsgewicht, kongenitalen Defekten oder geistiger Retardierung misshandelt. Wolff et al. (1975) finden bei 10 % der Fälle „konstitutionelle Schäden“. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Lynch (1975) und Smith (1975). Ryan (1977) fand in einer Studie unter 187 Kindern, die im Royal Alexander Hospital of Children wegen Folgen einer Misshandlung behandelt wurden, sieben Kinder (3,75 %) mit verschiedenen kongenitalen Behinderungen. Auch Klimmeck (1970) fand in seiner Arbeit einen relativ großen Anteil körperlich oder geistig zurückgebliebener Kinder unter den Opfern einer Kindesmisshandlung. In der eigenen Arbeit hatten zehn Opfer eine geistige und/oder körperliche Behinderung. In den meisten Fällen waren keine Angaben vorhanden, so dass aus dieser Studie über den Anteil der geistig und/oder körperlich Behinderten Opfer keine repräsentativen Aussagen gemacht werden können.

4.3 Täterdaten

4.3.1 Geschlecht des Täters

In der eigenen Untersuchung waren die Täter häufiger männlich (171 Fällen, 71,25 %). Das entspricht den Ergebnissen von Harbauer und Kenter (1960), Jayme (1996), Kainz (1967), Nau (1967), Matthes (1967), Mende und Kirsch (1968), Naeve und Lohmann (1973), Rochel (1974), Mätzsch et al. (1980) und Pernhaupt und Czermak (1980). In anderen Studien sind häufiger Frauen die Täter bzw. Tatverdächtigen: Bonn (1963), Trube-Becker (1964, 1977 und 1982), Geerds (1986), Weigel und Lignitz (1984), Fink (1967), Wille et al. (1967) und Steele und Pollock (1978). Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei den Tätern beschreiben Schleyer (1958) und Weston (1978).

4.3.2 Alter des Täters

In der eigenen Untersuchung waren die meisten Täter zwischen 18 und 25 Jahren alt (38,9 %). Ähnliche Ergebnisse finden sich in vielen Studien wieder. Knight (1977) beschreibt einen Altersschwerpunkt in den „frühen Zwanzigern“. Einen Altersschwerpunkt in der Gruppe der Zwanzigjährigen mit einem Schwerpunkt in der Altersklasse bis 25 Jahre findet sich in Untersuchungen von Fink (1967) und Rochel (1974). Trube-Becker (1982) ermittelte die meisten Täter in einem Alter von 25 bis 29 Jahren. Andere Autoren sehen einen Schwerpunkt der über 30-Jährigen bei den Tätern (Mätzsch et al. 1980, Koers 1975, Kainz 1967, Mende und Kirsch 1968, Bonn 1963). Einige Autoren stellen Unterschiede in der Altersstruktur zwischen männlichen und weiblichen Tätern fest (Creighton 1984, Engfer 1986, Fink 1967, Wille et al. 1967). Crighton (1984) fand bei der Geburt des ersten Kindes misshandelnde Mütter dreimal so häufig als in der übrigen Bevölkerung. Auch Smith (1978) beschreibt, dass das Durchschnittsalter misshandelnder Mütter bei der Geburt des ersten Kindes vier Jahre unter dem Durchschnitt in den USA lag. Bührdel (1970) stellte einen großen Anteil junger Mütter bei Kindesvernachlässigungen fest. Geerds (1986) sieht einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Täter und den Folgeschäden für das Opfer. Je jünger der Täter ist, desto schwerwiegender sind die Folgeschäden. Den meisten Studien ist gemeinsam, dass sich der Anteil der Täter unter 20 Jahren auf weniger als 10

% beläuft. Dieses Ergebnis konnte durch die eigene Studie nicht bestätigt werden, hier betrug der Anteil der unter 18-Jährigen 25 %. Zu den eigenen Ergebnissen muss einschränkend erwähnt werden, dass nur in 36 Fällen von 234 Gutachten Angaben zum Alter des Täters vorlagen.

4.3.3 Nationalität des Täters

Angaben zur Nationalität des Täters lagen nur in 15 Fällen vor. Fünf der Täter (33,3 %) und damit die größte Gruppe waren russischer Herkunft. Auch in der Literatur finden sich dazu nur wenige Hinweise. Gil (1969) weist in seiner Studie aus den USA darauf hin, dass ethnische Minderheiten überrepräsentiert sind. Mätzsch et al. (1980) finden in ihrem Untersuchungsgut aus der Bundesrepublik Deutschland für 1968 bis 1973 einen Ausländeranteil von 4 %, der dann für die Jahre 1975 bis 1978 auf 30 % ansteigt, wovon Türken und Jugoslawen den größten Anteil stellen. Engels (1983) beschreibt einen Ausländeranteil von 22 %. Auch in den Arbeiten von Prinz (1981) und Jayme (1996) findet sich ein überproportional hoher Anteil ausländischer Täter. Im Gegensatz dazu beschreibt Schuster (1979), dass die in Deutschland arbeitenden ausländischen Arbeitnehmer weniger zu Gewaltakten gegen ihre Kinder neigen als deutsche Eltern.

4.3.4 Verhältnis zum Opfer

Wie in den meisten anderen Studien, so sind auch in der eigenen Untersuchung die leiblichen Eltern (59,8 %, 138 Fälle) des Opfers in den meisten Fällen die Täter (Nau 1967 und 1973, Wille et al. 1967, Steinhausen 1972, Hilgermann 1980, Trube-Becker 1980). Unterschiede gibt es in den Studien in dem Anteil der Väter oder der Mütter als Täter. In der eigenen Arbeit war die leibliche Mutter (78 Fälle, 33,8 %) häufiger als der leibliche Vater (26 %, 60 Fälle) als Täter bzw. Tatverdächtiger zu erkennen. Dieses Ergebnis findet sich auch in den Arbeiten von Trube-Becker (1973, 1974, 1977 und 1982), Fink (1967), Rochel (1974), Koers (1975), Weston (1978), Eisenmenger et al. (1973) und Gil (1969). Ein Übergewicht bei den Vätern findet sich in den Studien von: Matthes (1967), Mende und Kirsch (1968), Naeve und Lohmann (1973), Mätzsch et al. (1980) und Müller (1976).

Bei 12,1 % (28 Fälle) der Täter handelte es sich um den Lebensgefährten der Mutter bzw. des Stiefvaters. Findet eine Misshandlung durch die nichtleiblichen Eltern statt, dann sind die Stiefväter als Gewalttäter häufig überrepräsentiert (Muuss 1989). Köttgen (1969) betont in diesem Zusammenhang, dass die Stiefeltern längst nicht die Rolle spielen, die ihnen die allgemeine Volksmeinung und die Mythologie zuschreiben. Püschel (1986) beschreibt, dass es sich insgesamt in ca. 80 % der Fälle um eine enge Täter-Opfer-Beziehung handelt. Dazu zählte er die Eltern des Opfers aber auch weitere Angehörige. Diese Aussage kann durch die eigene Untersuchung bestätigt werden. Eine Misshandlung des Opfers durch die Pflegeeltern kam im eigenen Untersuchungsgut nur in einem Fall vor. Auch in den Arbeiten von Engels (1983), Nau (1967) und Schaible-Fink (1968) stellen Misshandlungen durch die Adoptiv- oder Pflegeeltern eine Ausnahme dar.

4.3.5 Beruf des Täters

Angaben zum Beruf des Täters lagen nur in sechs Fällen vor. In der Literatur finden sich viele Arbeiten, die sich mit den Lebensumständen der Täter bzw. der Täterpersönlichkeit befassen. Einige Autoren konnten eine direkte Korrelation zwischen Kindesmisshandlungshäufigkeit und Arbeitslosigkeit herstellen (Caplan et al. 1984, Creighton 1984, Kempe 1980a, Thyen 1986, Mätzsch et al. 1980). In Studien von Mätzsch et al. (1980), Steinhausen (1972), Mende und Kirsch (1968), Schleyer (1958), Jayme (1996), Trube-Becker (1977) und Caplan et al. (1984) dominieren Täter mit einem niedrigen Ausbildungsstand. Von Jayme (1996) und Smiszek (1994) wird darauf hingewiesen, dass anhand dieser Ergebnisse ein direkter Zusammenhang zwischen niedrigem Ausbildungsstand und Häufigkeit von Misshandlungen nur bedingt zu schlussfolgern ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass es Tätern, die einer höheren Schicht angehören, leichter fällt, ihr Delikt zu verschleiern. Familien niedriger Schichtzugehörigkeit unterliegen häufiger der Kontrolle öffentlicher Behörden, wie z.B. Jugend- oder Sozialamt. Delikte, wie Kindesmisshandlung werden deshalb häufiger entdeckt und kommen zur Anzeige. Ob nun die absolute Zahl oder nur der Erfassungsgrad der Delikte dieser sozialen Schichten höher liegt, wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Kempe 1980 b, Smith und Hanson 1975, Trube-Becker 1987, Gil

1971, Strauss 1979). Vergleiche mit den eigenen Ergebnissen sind aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht sinnvoll.

4.3.6 Vorstrafen des Täters

Angaben zu Vorstrafen des Täters waren in nur drei Fällen vorhanden. In der Literatur finden sich viele Arbeiten, die einen hohen Anteil vorbestrafter Täter beschreiben (Nau 1967, Fink 1967, Gil 1969, Rochel 1974, Bonn 1963, Smith 1978, Mätzsch et al. 1980, Janzen 1973, Trube-Becker 1964, Mende und Kirsch 1968, Köttgen 1974, Wille et al. 1986, Ammon 1979, Förschler 1996, Schreiber 1971, Straßburg 1993, Staak 1974). Nau (1967) weist darauf hin, dass die Quote an vorbestraften Tätern bei den männlichen Tätern wesentlich höher liegt als bei den weiblichen Tätern (Männer 61,5 %, Frauen 24 %). Es wird häufig angegeben, dass nur ein geringer Teil der früheren Verurteilungen auf Kindesmisshandlung oder Körperverletzungen zurückzuführen ist (Lüdeking 1984). Zenz (1979) warnt dagegen vor einer Überbewertung des Anteils vorbestrafter Tatverdächtiger. Sie gibt zu bedenken, dass eine hohe Vorstrafenhäufigkeit nicht generell ein Charakteristikum misshandelnder Eltern sein könnte, sondern nur für Eltern, die wegen Misshandlungen behördenbekannt wurden (Lüdeking 1984). Engfer (1986) folgert aus der hohen Anzahl an vorbestraften Tätern, dass eine strafrechtliche Verfolgung alleine nicht das geeignete Mittel ist, um erneut Delikte zu verhindern. Vergleiche mit den eigenen Ergebnissen erscheinen aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht sinnvoll.

4.4 Tatumstände

4.4.1 Ort der Misshandlung

In der eigenen Untersuchung ist die Wohnung des Täters und/oder des Opfers am häufigsten der Ort der Misshandlung (161 Fällen, 68,8 %). Da die Misshandlung zum größten Teil durch die eigenen Eltern oder eng in der Familiengemeinschaft lebenden Angehörigen verübt wird, überrascht diese Tatsache nicht (Tenbrink 1999). Trube-Becker (1973) spricht in diesem Zusammenhang von der „Intimsphäre der Familie“. Kindesmisshandlungen finden außerhalb der familiären Abgeschlossenheit nur sehr

selten statt. Die Gefahr der Entdeckung des Deliktes ist in der Öffentlichkeit zu hoch (Jayme 1996). Mendes (1983) sieht hierin einen der Gründe für die hohe Dunkelziffer der Kindesmisshandlung. Tatzeugen können über den Tathergang meist keine Aussage machen. Der Ermittlungsbeamte ist bei der Klärung des Sachverhaltes vorrangig auf Tatspuren angewiesen. Auch Smiszek (1994) weist darauf hin, dass in vielen Fällen die „Tat hinter verschlossenen Türen“ stattfindet und darin einer der Gründe für die hohe Dunkelziffer liegt.

4.4.2 Alkohol- oder Drogenabusus des Täters/Opfers

Angaben zum Alkohol- oder Drogenabusus lagen in nur neun Fällen zu den Tätern und in 13 Fällen zu den Opfern vor. Vergleichbare Aussagen lassen sich aufgrund der geringen Fallzahl daher nicht ableiten. In der Literatur wird Alkoholeinfluss der Täter als ein wichtiger Begleitumstand bei Misshandlungen häufig beschrieben (Wille et al. 1967, Mende und Kirsch 1968, Nass 1968, Bier 1991, Hartung 1967, Nau 1964 und 1973, Gil 1975). Nass (1968) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass im Alkoholrausch auch bei sonst friedlichen und ruhigen Menschen latente Aggressionen manifest werden, deren Entladung in Richtung des geringsten Widerstandes, nämlich des wehrlosen Kindes, erfolge. Engfer (1986) beschreibt, dass Alkohol- und Drogenprobleme weniger bei körperlichen Misshandlungen, sondern mehr bei Vernachlässigungen eine Rolle spielen. Die Angaben über den Anteil alkoholisierter Täter schwanken erheblich. Trube-Becker (1982) fand bei 80 Tätern nichttödlicher Kindesmisshandlungen lediglich bei einer Mutter und sechs Vätern Alkoholeinfluss, während Nau (1967) einen Anteil der Alkoholiker bei den Männern von 84,6 % und bei den Frauen von 54,5 % beschreibt. Gründe für diese starken Schwankungen sind unter anderem, dass der Alkoholismus in der Regel verschwiegen wird (Trube-Becker 1982), dass die Misshandlungstat oft mit einer gewissen Latenzzeit angezeigt wird und so der Nachweis eines Alkohol- oder Drogenabusus nicht mehr erbracht werden kann (Jayme 1996) und die verschiedenen „subjektiven Maßstäbe des Untersuchers“ (Lüdeking 1984).

4.4.3 Art der Misshandlung

In der eigenen Arbeit stellte die Kategorie „Sonstige“ die größte Gruppe der Misshandlungsarten dar. Die Misshandlungsmethoden waren so vielfältig, dass häufig eine Kategorisierung nicht möglich war. Ähnliche Ergebnisse finden sich in anderen Arbeiten wieder. So schreibt Engels (1983) in diesem Zusammenhang: „Die Misshandlungsmethoden waren so vielgestaltig wie die Phantasie der Täter“. Einige Misshandlungsmethoden kamen jedoch besonders häufig vor. Bei der statistischen Auswertung waren Mehrfachantworten möglich, da in einer Vielzahl der Fälle mehrere Arten der Misshandlung angewandt wurden.

Am häufigsten wurde das Opfer ohne Hilfsmittel geschlagen (58 Fällen, 21,8 %). Es wurde entweder mit der flachen Hand (38 Fällen, 14,3 %), oder mit der Faust (20 Fällen, 7,5 %) geschlagen. Auch andere Autoren sehen in der körperlichen Gewalt mit den bloßen Händen die häufigste Misshandlungsart (Bonn 1963, Kainz 1967, Gelles 1978 und 1980, Weston 1978, Lüdeking 1984 und Mätzsch et al. 1980). Knight (1977) beschreibt, dass der direkte Angriff mit der Hand die verbreitetste Verletzungsursache darstellt und auch Rassmann (1978) stellt in ihrer Studie fest, dass die meisten Kinder mit der Hand, also ohne Hilfsmittel geschlagen werden.

In anderen Arbeiten stellt die Misshandlung durch Schläge mit Hilfsmitteln die häufigste Misshandlungsart dar (Schleyer 1958, Fink 1967, Naeve und Lohmann 1973 und Petri 1981). In der eigenen Untersuchung wurde das Opfer in 10,2 % der Fälle mit Hilfsmitteln geschlagen. Dabei wurden am häufigsten Stöcke und Gürtel als Hilfsmittel benutzt. Trotz der enormen Vielfalt der Gegenstände, die als Tatwerkzeuge eingesetzt werden können und in der Literatur beschrieben sind, finden sich auch in den Studien von Petri (1981) und Jayme (1996), Stöcke und Gürtel unter den häufigsten Hilfsmitteln. Ob ein Werkzeug zum Schlagen verwendet wird, hängt laut Hilgermann (1980) mehr von der Augenblicksituation als von der Persönlichkeit des Täters ab. Nau (1973) beschreibt, dass das Tatwerkzeug teils gezielt, teils aus der Augenblicksituation und im Affekt eingesetzt wird, wenn es gerade verfügbar ist.

In der eigenen Untersuchung erfolgte die Misshandlung in 9,8 % (26 Fälle) durch Schütteln des Opfers. Damit durch Schütteln des Opfers ein klinisch manifestes Schütteltrauma oder Shaken Baby Syndrom entstehen kann, ist nach Angaben der

American Academy of Pediatrics ein Schütteln von derartiger Schwere notwendig, dass auch medizinisch nicht gebildete Personen das Schädigende und potentiell Lebensgefährliche dieser Gewalthandlung offensichtlich ist (AAP 2001). Es ist ein massives, heftiges, gewaltsames Hin- und Herschütteln des an den Oberarmen (Folge: Hämatome, Frakturen) oder Thorax (Folge: Frakturen) gehaltenen Kindes (Herrmann 2005).

4.5 Schutzbehauptungen

Von mehreren Autoren werden Stürze und Fallneigung der Kinder als häufig von den Eltern vorgebrachte Schutzbehauptungen beschrieben (Trube-Becker 1973, 1973a, 1974, Bonn 1963, Schwerd 1979, Finger 1963, Köttgen 1966, Cameron 1976). Diese Erklärungsversuche finden sich auch in der eigenen Untersuchung gehäuft wieder. Eine weitere Schutzbehauptung, die sowohl in der eigenen Arbeit als auch von anderen Autoren häufig beschrieben wurde, ist, dass die Verletzungen des Opfers durch die Geschwister beigebracht wurden (Schmitt 1975, Jacobi 1986). Jacobi (1986) beschreibt als weitere Behauptung der Eltern für entstandene Hämatome, dass sich das Kind an verschiedenen Gegenständen ständig stoße. Auch diese Schutzbehauptung findet sich in den eigenen Unterlagen in fünf Fällen wieder. In diesem Zusammenhang erwähnt Jacobi (1986), dass sich diese Schutzbehauptung durch das Wegbleiben weiterer Prellungen während der Hospitalisierung, häufig widerlegen lässt. Auch Griffiths und Moynihan (1963) verweisen darauf, dass Eltern häufig Dritte (z.B. Geschwister, Babysitter etc.) beschuldigen.

Hartung (1967) sieht in der Diskrepanz zwischen klinischem Befund und anamnestischen Angaben der Eltern einen der wichtigsten Hinweise auf das Vorliegen einer Misshandlung. Kempe und Kempe (1980) verweisen darauf, dass Schutzbehauptungen mehr in Form vager Erklärungen gegeben würden, während die Eltern bei echten Unfällen sehr genau wüssten, was im Einzelnen geschehen sei und auch bereit seien, darüber zu sprechen. Holczabek et al. (1972) und Knight (1977) sehen die Schutzbehauptungen der Eltern über Stürze der Kinder durch dutzende blaue Flecken, beidseitige Kopfverletzungen, alte Rippenfrakturen und neuere Schädelfrakturen widerlegt. Trube-Becker (1980) erwähnt, dass striemenartige

Unterblutungen und Bissspuren gegen die Behauptungen der Eltern sprächen. Brinkmann et al. (1979) unterscheiden bei Gesicht-Kopf-Verletzungen streng nach Lokalisationstypen. Sturztypische Lokalisationen seien die prominenten Gesichtsteile, bei älteren Kindern die sogenannte „Hutkrempe“linie“, bei jüngeren Kindern und Stürzen aus der Höhe seien als einmalige Verletzungen auch die Parietalregionen betroffen. Misshandlungstypische Lokalisationen seien dagegen zurückliegende und seitliche Gesichtspartien wie Auge und Wange.

4.6 Körperliche Befunde

Die körperlich erkennbaren Spuren der Einwirkung äußerer Gewalt werden heute häufig unter dem Begriff des Battered-Child-Syndroms zusammengefasst, der 1961 von dem Pädiater Henry Kempe geprägt wurde. Nachdem er in den frühen sechziger Jahren viele Kinder in seiner pädiatrischen Praxis sah, die Verletzungen aufwiesen, welche nicht infolge eines Unfalls entstanden sein konnten (Kempe 1962). Mit seiner ersten Veröffentlichung im Jahre 1962 gab er den Anstoß für das wachsende wissenschaftliche und öffentliche Interesse an dieser Problematik.

4.6.1 Hautverletzungen

Die am häufigsten dokumentierten Verletzungsarten bei misshandelten Kindern sind Hautverletzungen. Hämatome sind mit dem Delikt der Kindesmisshandlung am häufigsten vergesellschaftet. In der eigenen Untersuchung waren in 60,6 % der Fälle Hämatome und in 24,7 % Abschürfungen zu finden. Bier (1991) fand in seiner Studie bei 90 % der Misshandlungsfälle Hämatome. Lüdeking (1984) fand bei 41 von 43 Opfern Blutergüsse. Fink (1967) fand Hämatome mit einer Häufigkeit von 42,2 % und Hautabschürfungen mit 5,2 % vor. Jayme (1996) konnte in ihrer Studie in 48,7 % der Fälle Hämatome diagnostizieren. Auch Rochel (1974) fand bei 52 von 54 Kindern Hautverletzungen, davon 90 % Blutergüsse. Jacobi (1986) berichtet über einen Anteil von 72,6 % der Opfer, die Hämatome aufweisen. Differentialdiagnostisch sollte zur Abklärung der Entstehungsursache der Hämatome eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen werden. Aus Form und Art der Verletzung kann man in einigen Fällen Rückschlüsse auf das Tatwerkzeug ziehen, z.B. hinterlassen Schlagwerkzeuge wie z.B.

Stöcke oder Kabel auf der Haut typische Doppelkonturen (Naewe und Lohmann 1973, Raimer 1981). Püschel (1994) beschreibt typische Prädilektionsstellen für Misshandlungsspuren. Danach finden sich Misshandlungsspuren in typischer Weise:

- In der Scheitelgegend (oberhalb der Hutkrempeinie)
- An den Augen, den Wangen und der Mundschleimhaut
- An den Streckseiten der Unterarme (durch Abwehrbewegungen des Kindes verursacht) und den Händen
- Am Rücken und am Gesäß
- Die Verletzungen sind oft doppelseitig und multipel

Im Gegensatz dazu finden sich Sturz- und Anstoßverletzungen:

- An Stirn, Nase, Kinn und Hinterkopf
- An den Ellenbogen
- Im Knie- und Schienbeinbereich

Auch Lemburg (1986) findet die „täglichen kleinen Blessuren“ eher am Knie, Ellenbogen, Kinn und Stirn. Sussmann (1968) beschreibt anhand von eigenen Beobachtungen an elf misshandelten Kindern folgende Kriterien für misshandlungstypische Hautverletzungen:

- Die Verletzungen finden sich konzentriert in Gruppierungen auf Rumpf und Gesäß und in geringerem Maß am Kopf und den proximalen Extremitäten.
- Eine morphologische Entsprechung der Tatwerkzeuge, die charakteristische runde, gerade, gekrümmte oder gezackte Blutungen produzieren.
- Niemals petechiale, sondern nur großflächige Blutungen, vermengt mit Schürfwunden und Kratzspuren.
- Ein unterschiedliches Alter der Hautverletzungen und somit einige Ähnlichkeiten mit den Knochenschäden.

Akzidentelle Hautschäden hingegen haben nach seinen Feststellungen ein gleiches Alter, sind ungeformt und normalerweise an den distalen Extremitäten lokalisiert.

Brinkmann et al. (1979) fanden in einer Analyse von 93 Misshandlungsfällen 88 % gruppierte Verletzungen, 40 % teilweise geformte und 42 % mehrzeitige Verletzungen, vorwiegend in der Gesichts- Kopfgregion und der rückwärtigen Rumpfgregion. Als zwei weitere misshandlungstypische Verletzungsformen beschrieben sie die „Anrainerverletzungen“ und die „Abwehrverletzungen“. Erstere finden sich bei

Verletzungen des rückwärtigen Rumpfes, fast ausnahmslos im benachbarten Extremitätenbereich, z.B. bei Verletzungen im Gesäßbereich an Rück- und Außenseiten der Oberschenkel. Abwehrverletzungen fanden sie an den Streck- und Beugeseiten der Unterarme, besonders häufig bei älteren Kindern.

4.6.2 Thermische Verletzungen

In der eigenen Studie wurden in 19 (2,8 %) Fällen Verbrennungen dokumentiert. Bonn (1963) findet in vier von 22 Fällen Brandverletzungen oder Verbrühungen. Jayme (1996) konnte in 3,6 % der Fälle thermische Verletzungen nachweisen. Creighton (1984) beschreibt den Anteil von Verbrennungen mit 6 %. In einer Studie von Purdue (1988), die sich nur mit thermischen Misshandlungsverletzungen beschäftigt, liegt das Durchschnittsalter der betroffenen Kinder bei 1,8 Jahren. Das Durchschnittsalter von Kindern, die unfallbedingte thermische Verletzungen hatten, lag deutlich höher. Verbrennungsverletzungen waren in dieser Studie nach den Verbrühungen, die zweithäufigste thermische Verletzungsart. Thermische Verletzungen wurden nach einer Studie von Showers (1988) häufiger durch weibliche als durch männliche Täter verursacht.

4.6.3 Verletzungen im Kopf-Halsbereich

Die Häufigkeit, in der die einzelnen Körperregionen durch die verschiedenen Verletzungsmuster betroffen waren, stimmt mit den meisten Ergebnissen, die in der Literatur beschrieben sind, überein. So findet sich in der eigenen Untersuchung und auch in denen von Schleyer (1958), Fink (1967), Rochel (1974) und Brinkmann et al. (1979) in abfallender Häufigkeit die Reihenfolge: Kopf-Halsbereich, Rumpf einschließlich Gesäß, Arme und Beine. Insgesamt ist der Kopf bei Misshandlungen der am häufigsten betroffene Körperteil. Dafür nennt Bonn (1963) vier Gründe:

- Die exponierte Lage bei ungezielten, wahllosen Angriffen.
- Leichte Verletzbarkeit beim wahllosen Schleudern.
- Ziel bei geplanten schweren oder tödlichen Verletzungen.
- Als schwere Verletzung eher Entdeckung und Ahndung.

Besonders gefährliche Kopfverletzungen stellen die Schädelfrakturen dar. Bei der eigenen Untersuchung war in zehn Fällen (83,3 %) die Schädelkalotte frakturiert. In zwei Fällen (16,7 %) lag ein Schädelbasisbruch vor. Bonn (1963) weist darauf hin, dass der knöcherne Schädel im Säuglingsalter zwar dünner, aber dafür elastischer sei. Im Gegensatz zu akzidentellen Schädelfrakturen sind die Frakturen bei Kindesmisshandlungen komplizierter und atypisch lokalisiert: multiple und komplexe Frakturen, Impressionsfrakturen, Frakturspalt größer als drei Millimeter, wachsende Frakturen, Beteiligung mehrerer Schädelknochen, Überwiegen der „non parietal fracture“ und Kombination mit intracranielem Trauma (Knight 1977, Bach 1977). Das Scheitelbein ist der bei Unfällen und Misshandlungen am häufigsten frakturierte Schädelknochen bei Kindern. Bei misshandlungsbedingten Frakturen ist allerdings häufiger das Mittelgesicht, im Sinne einer Kombinationsverletzung mit involviert (Hobbs 1984). Jacobi (1995) folgerte nach seiner Studie, dass Schädelfrakturen bei Kindern, besonders komplizierte, immer an eine Misshandlungsfolge denken lassen müssen. King et al. (1988) stellten ein gehäuftes Auftreten von Schädelfrakturen in der Altersgruppe bei Kindern von unter einem Jahr fest.

4.6.4 Schütteltrauma als Sonderform

Die gefährlichsten Kopfverletzungen sind intrakranielle Blutungen. Sie stehen als Todesursache tödlicher Misshandlungen an erster Stelle (Bonn 1963, Wille et al. 1967, Falk und Maersch 1967, Scott 1973, Knight 1977). In der eigenen Untersuchung traten insgesamt 73 intracerebrale Blutungen auf. 75,7 % (28 Befunde) waren subdurale Blutungen. In 16,2 % (6 Befunde) lag eine subarachnoidale Blutung vor. Zwei Mal (5,4 %) wurde eine epidurale Blutung dokumentiert. Auch in anderen Arbeiten zu intrakraniellen Blutungen infolge von Kindesmisshandlung, wurde das subdurale Hämatom besonders häufig dokumentiert (Kempe 1962, Tenbrink 1999, Gutkelch 1971). Caffey hat bereits 1946 auf die Zusammenhänge zwischen subduralen Hämatomen und meist verborgenen Läsionen der langen Röhrenknochen bei Säuglingen und Kleinkindern hingewiesen und beschrieb diese Konstellation von Befunden später als Charakteristikum für Misshandlungsfolgen. Daher schrieb er: „Bei allen Kindern, die dem Arzt wegen zerebralen Anfällen, Bewusstseinsstörungen oder Hinweisen auf intrakranielle oder intraokuläre Blutungen vorgestellt werden, besteht der

Verdacht auf eine Misshandlung, bis das Gegenteil bewiesen wird“. Die subdurale Blutung in Kombination mit anderen Befunden wurde auch in weiteren Studien als ein relativ sicheres Diagnosekriterium für die Kindesmisshandlung herausgestellt (Jacobi 1986, Kasim 1995, Lemburg 1986, Silva 1993). Subdurale Hämatome ohne adäquate Erklärung sind im Gegensatz zu epiduralen Hämatomen generell verdächtig auf eine nicht akzidentelle Genese (Lloyd 1998, Feldman 2001). Shugerman (1996) untersuchte Kinder unter drei Jahren mit computertomographisch gesicherter Diagnose einer subduralen bzw. epiduralen Blutung und fand bei 47 % der Kinder mit einer subduralen Hirnblutung eine Kindesmisshandlung als Ursache, aber nur bei 6 % der Kinder mit einem epiduralen Hämatom. Von den meisten Autoren wird die Symptomkonstellation subdurale Blutung, retinale Blutung, schweres therapierefraktäres Hirnödem und Schädelfraktur als unverkennbar und beweisend für eine Kindesmisshandlung angesehen (Jacobi 1986, Lynch 1987, Silva 1993, Wilske 1991). Ursächlich für eine subdurale Blutung ist eine Verletzung der Brückenvenen. Als Gewalteinwirkung ist von einem rotierenden Accelerations- Decelerationstrauma auszugehen, z.B. durch ein sogenanntes „Schütteltrauma“ (Shugerman 1996, Rabl et al. 1991, Schneider et al. 1979, Thyen und Tegetmeyer 1991). Im Säuglings- und Frühkindalter sind die Brückenvenen an der Schädelbasis gegenüber mechanischer Belastung besonders empfindlich (Maxeiner 1986). Später werden diese durch die Paccionischen Granulationen besser gegen Gewalteinwirkung geschützt (Schneider et al. 1979).

Das „Schütteltrauma“ oder „Shaken Baby Syndrome“ wurde von Caffey und Guthkelch Anfang der 1970er Jahre erstmals beschrieben. Sie verstanden darunter die Koinzidenz subduraler Hämatome, retinaler Blutungen, gelegentlich auch Humerus-, Rippen- oder metaphysärer Frakturen mit oft schweren und prognostisch ungünstigen, diffusen Hirnschäden durch schweres Schütteln eines Säuglings. Ein zusätzliches Hinschmeißen des Kindes und damit Aufprall des Schädels („Shake-Impact-Syndrom“) verschlimmert die Folgen des reinen Schüttelns (Duhaime 1987, Geddes 2001). Charakteristisch sind in der Regel fehlende äußere Verletzungen bei gleichzeitig schwer zerebral traumatisierten Kindern (Alexander 2001, Thyen 1991).

Epidurale Hämatome als Traumafolge bei Kindesmisshandlungen werden weitaus seltener angetroffen. Häufig handelt es sich um die Folge eines Sturzes (Rosenthal 1989). Schutzmann (1993) fand bei 24 von 53 kindlichen epiduralen Hämatomen als

Ursache einen Sturz aus weniger als 150 cm Höhe. Um intrakranielle Blutungen auszulösen, ist eine höhere Energie nötig (Alexander 2001). Helfer et al. (1977) fanden bei 255 Haushaltsstürzen von Kleinkindern nur drei Mal eine Schädelfraktur und keine ernsthafte intracerebrale Verletzung. Eine Metaanalyse von 25 Studien mit 4671 beobachteten „echten“ Unfallsstürzen wies nur in wenigen Prozent unkomplizierte Schädelfrakturen auf und in weit unter 1% leichtere intrakranielle Blutungen ohne Netzhautblutungen und ohne neurologische Folgeschäden (Alexander 2001). Subarachnoidale Blutungen werden ebenso wie die epiduralen Blutungen im Zusammenhang mit Misshandlungsfolgen in der Literatur im Vergleich zu den subduralen Blutungen nur selten beschrieben (Tenbrink 1999, Bonn 1963).

4.6.5 Skelettverletzungen

Nach Merten (1985) sind in 83 % einer Kindesmisshandlung traumatische Skelettveränderungen festzustellen, wobei das Auftreten von spezifischen metaphysären Fragmentierungen, Periostabhebungen und cortikalen Hyperostosen am häufigsten beobachtet wird. Nicht nur Frakturen, sondern auch Schläge, Stöße oder Verdrehungen kindlicher Gliedmaßen sind röntgenologisch durch Verkalkungsbezirke subperiostaler Blutungen nach zwei bis drei Wochen sichtbar (Baur 1986, Metz 1990). Deshalb werden Kontrolluntersuchungen nach Ablauf dieser Frist gefordert (Metz 1990, Stöver 1986). In einer Arbeit von Rupprecht und Berger (1976) werden von Metz (1990) die wesentlichen radiologisch diagnostizierten ossären Läsionen nach äußerer Gewalteinwirkung wie folgt beschrieben:

- Multiple verschieden alte Frakturen an sonst unauffälligen Knochen mit regelrechter Kallusbildung
- Differenten Stadien der Periostreaktion mit Manschettenbildung an den langen Röhrenknochen
- Epiphysenlösung mit nachfolgender Knochendeformierung und Wachstumsstörung
- cortikale Hyperostosen und eventuell Skoliosklerose der langen Röhrenknochen

- Subduralergüsse mit und ohne Schädelfraktur oder Nahtsprengung und komplikationslosem Ausheilen der Knochenläsionen im klinisch überwachten Zeitraum.

Rochel und Gostomzyk (1974) schreiben: „Je jünger das Opfer, desto wahrscheinlicher ist eine Fraktur der Extremitäten Folge einer Misshandlung“. Hull (1978) betont in diesem Zusammenhang, dass es bei immobilen Säuglingen keine Knochenbrüche gebe und auch Kleinkindern kaum mehr als eine Grünholzfraktur zustoße. Klinische Symptome der Frakturen sind bei Kleinkindern oft nur spärlich ausgebildet oder fehlen ganz. Epiphysenablösungen im Knie-, Ellenbogen- und Schultergelenksbereich sind im Kleinkindalter immer Folge einer Gewalteinwirkung (Silverman 1978, Thyen 1986). Grünholzfrakturen, die wegen des relativ stabil ausgeprägten Periostes im Kleinkindalter häufig nachweisbar sind, zeigen ein unklares Beschwerdebild mit geringer Deviation der Fragmente (Stöver 1986).

Creighton (1984), Metz (1990), Hartung (1977) und andere Autoren fordern Röntgenganzkörperuntersuchungen bei allen Verdachtsmomenten einer Misshandlung. Die Strahlenbelastung sei gegenüber der Gefahr, eine vorsätzliche Schädigung zu übersehen, zweitrangig (Hartung 1977). Dorst (1982) geht davon aus, dass in ca. 20 % der Fälle eine Misshandlung röntgenologisch nachgewiesen werden kann. Bei einem nicht eindeutigen Ergebnis der röntgenologischen Diagnostik ist bei sonst schwerwiegendem Verdacht auf eine Misshandlung eine Knochenszintigraphie hilfreich (Lemburg 1986, Metz 1990, Tröger 1979, Matin 1983, Pickett 1983, Sty 1983). Die Sensitivität dieser Methode ist bei der Diagnostik der Kindesmisshandlung zum Teil wesentlich größer, als bei der Röntgenganzkörperuntersuchung. In 25 % der Fälle wurden durch die Szintigraphie wertvolle Hinweise gefunden, die durch die konventionelle Röntgendiagnostik nicht erfasst wurden (Metz 1990, Stöver 1986, Tröger 1979). Ältere Schäden lassen sich durch die Knochenszintigraphie mit größerer Sicherheit diagnostizieren und die Strahlenbelastung ist geringer als bei der konventionellen Röntgendiagnostik (Stöver 1986). Metz (1990) fordert in der klinischen Diagnostik der Kindesmisshandlungen bei allen suspekten Anamnesen und unklaren Unfallmechanismen trotz negativen Röntgenergebnisses die Durchführung einer Skelettszintigraphie. Rippenfrakturen bei Kindern sind nach Jacobi (1995) immer verdächtig auf eine Misshandlung, da sie selbst bei schwersten Schleuderunfällen nur

selten entstehen und bei Misshandlungsfällen häufig vorkommen. Andere Autoren (Bonn 1963, Engfer 1986) sehen Rippenfrakturen besonders dann als charakteristisch für eine Misshandlung, wenn sie in Verbindung mit weiteren Befunden wie Hämatomen an den Armen oder Beinen, Schädelverletzungen und Blutungen am Augenhintergrund auftreten. King et al. (1988) vom Children`s Hospital in Los Angeles analysierten 429 Frakturen von 189 misshandelten Kindern und fanden bei den Skelettverletzungen am häufigsten Humerus-, Femur- und Tibiafrakturen. Dieses Ergebnis stimmt mit der Verteilung in der eigenen Untersuchung überein. Desweiteren beschrieben sie, dass die Querfraktur als Frakturtyp am häufigsten vorkommt. Zu diesem Ergebnis kommen auch Loder und Bookout (1991) in ihrer Untersuchung.

4.6.6 Mehrzeitigkeit der körperlichen Befunde

Auf die Mehrzeitigkeit der körperlichen Befunde bei Kindesmisshandlungen wird in vielen Studien hingewiesen (Kempe 1962, Jayme 1996, Körner 1995, Schleyer 1958, Bonn 1963, Fink 1967, Rosenstock und Köppel 1990). Auch in der eigenen Untersuchung wurde in 77 Fällen explizit auf die Mehrzeitigkeit der dokumentierten Befunde hingewiesen. Am häufigsten werden verschiedene Abheilungsstadien von Frakturen und Hämatomen beschrieben. Die Mehrzeitigkeit ist ein wichtiges Indiz der vorsätzlichen Gewalttätigkeit gegen Kinder und ist durch eine genaue Schilderung des Verletzungsherganges, klinische und röntgenologische Diagnostik festzuhalten, wobei der Rechtsmediziner die Befunde unter forensischen Aspekten besser einordnen kann, als ein klinisch tätiger Arzt (Körner 1995).

4.6.7 Sexueller Missbrauch als Sonderform

Die Mehrheit missbrauchter Kinder weist einen unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund auf (Bays 1993). Die Häufigkeit von Normalbefunden variiert von 23 bis 94 %, basierend auf Unterschieden der Definition von Missbrauch und der jeweiligen Befunde (Adams 1994, Bays 1993, Bowen 1999, De Jong 1989, Kellogg 1998). Adams fand bei 263 Opfern sexuellen Missbrauchs in 28 % Normalbefunde, in 49 % unspezifische, in 9 % verdächtige und nur in 14 % spezifische anogenitale Befunde (Adams 1994). Eine britische Studie zeigte, dass sich bei zwei Dritteln der

Kinder mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch keine körperlichen Verletzungen erheben lassen (Bange und Deegener 1996). In einer Arbeit von Berenson et al. (2000) wurden nur bei 2 % von 192 Mädchen zwischen drei und acht Jahren, die über digitale-vaginale oder penil-vaginale Penetration berichteten, hymenale Einrisse oder Kerben des Hymens gefunden. Auch in der eigenen Studie waren anogenitale Befunde nur in 10,1 % vorhanden (Genitale 6,7 %; Anus 3,4 %).

Der wichtigste Grund für die relative Seltenheit pathologischer Befunde ist die Art des Missbrauchs selbst. Häufig findet er ohne gewaltsamen körperlichen Kontakt statt, sodass er keine bleibenden physischen Folgen nach sich zieht (Berührungen, oraler Missbrauch, Masturbation, pornographische Aufnahmen und anderes). Das enorme Potenzial anogenitaler Gewebe zu rascher und oft vollständiger Heilung trägt ebenfalls dazu bei, dass Missbrauchsoffer in der Mehrzahl der Fälle keine signifikanten körperlichen Befunde aufweisen (Finkel 2002, Hermann 1999). Aus forensischen Gründen ist eine sofortige Untersuchung nur dann durchzuführen, wenn der letzte sexuelle Kontakt vor weniger als 72 Stunden stattgefunden hat oder es sich um akute, blutende anogenitale Verletzungen handelt. Da die meisten Untersuchungen jedoch mit einem längeren Intervall zum zurückliegenden Missbrauch stattfinden, stellen sie üblicherweise keinen Notfall dar. Sie können demnach den Bedürfnissen und dem Rhythmus des Kindes wie auch der untersuchenden Institution angepasst werden (Finkel 2001). Eine neuere Untersuchung an 273 sexuell missbrauchten Kindern konnte später als neun Stunden nach dem sexuellen Kontakt in keinem Fall Sperma nachweisen. Nach 24 Stunden wurde forensisch bedeutsames Material nur noch vereinzelt auf der Kleidung der Kinder gefunden. Die Autoren schlossen daraus, dass die Richtlinien für die forensische Untersuchung von erwachsenen Opfern für Kinder ungeeignet sind (Christian 2000). Forensische Befunde werden in Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs nur selten gefunden, in erster Linie aufgrund der meist verzögerten Vorstellung der Kinder. Dennoch können sie in Einzelfällen eine bedeutsame Rolle spielen. Hermann (2002) empfiehlt bei mangelnder Erfahrung des Untersuchers die Hinzuziehung eines Rechtsmediziners.

Um anogenitale Befunde zu kategorisieren, haben verschiedene Autoren Klassifizierungssysteme entwickelt, die sie in Bezug zu ihrer möglichen Verursachung durch einen sexuellen Missbrauch setzen. Insbesondere die neueste Revision einer von

Adams entwickelten Skala stellt ein aktuelles, sehr differenziertes und umfassendes Kategorisierungsschema dar. Es besteht aus der Klassifizierung von anogenitalen Untersuchungsbefunden und aus der zusammenfassenden Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines Missbrauchs (Adams 2001). Das Schema bietet eine praktikable Hilfe, um anogenitale Befunde im Zusammenhang mit der Anamnese zu beurteilen. Dennoch müssen stets die Gegebenheiten des Einzelfalles berücksichtigt werden (Ricci 2001).

Obwohl mittlerweile eine Fülle von wissenschaftlichen Daten über medizinische Befunde bei sexuell missbrauchten Kindern vorliegt und Hinweise zu ihrer Beurteilung und Klassifizierung und ihrer Differenzierung von Normvarianten und anderen Differenzialdiagnosen erarbeitet wurden, bleibt der forensische medizinische Beweis eines sexuellen Kindesmissbrauchs die Ausnahme. Die abschließende Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Missbrauchs muss gewissenhaft und unter Abwägung aller vorliegenden körperlichen Befunde, der Ergebnisse etwaiger Labordiagnostik und vor allem der Aussagen des Kindes und/oder möglicher Zeugen getroffen werden. Eine umfassende interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist in allen Verdachtsfällen eines sexuellen Missbrauchs von größter Bedeutung. Der medizinische Experte kann ein gut durchdachtes und qualifiziertes Teilstück zum multidisziplinären Puzzle der Diagnose eines möglichen sexuellen Kindesmissbrauchs beitragen (Hermann 2002).

4.7 Fazit des Gutachters

Die abschließende Beurteilung des Gutachters ist für jedes Gutachten sehr individuell und von vielen Faktoren beeinflusst. So ist in erster Linie die Fragestellung des Auftraggebers entscheidend, inwieweit der Gutachter eine Beurteilung formulieren soll. In einigen Fällen wird eine reine Dokumentation der Befunde verlangt, in anderen Fällen eine Beurteilung der gesamten Situation oder eine Stellungnahme zu Teilaspekten. Ein anderer Faktor, der die Beurteilung des Gutachters beeinflusst ist der Umfang der Informationen, die ihm zur Verfügung stehen. In einigen Fällen liegen umfangreiche Vorberichte und Befunde vor, in anderen Fällen ist selbst die eigene körperliche Untersuchung nicht oder nur eingeschränkt möglich. In 36,8 % der Fälle

waren die Befunde charakteristisch für eine Misshandlung. Es zeigt sich also, dass in vielen Fällen eine körperliche Untersuchung durch einen Rechtsmediziner zur Aufdeckung von Misshandlungsdelikten entscheidend beitragen kann. Anhand der körperlichen Befunde ist es dem Rechtsmediziner möglich, misshandlungstypische Befunde zu erkennen und zu bewerten. Die Themen Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch sind weiterhin sehr komplex und können nur durch interdisziplinäre Herangehensweise bearbeitet werden. Die körperliche Untersuchung und die daraus folgende Beurteilung ist nur ein Baustein, um diesem Thema zu begegnen und zur Aufklärung beizutragen. Dennoch kann gerade eine Beurteilung durch einen Rechtsmediziner entscheidend zur Aufklärung beitragen.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden 234 Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster aus den Jahren 1996 bis 2005 ausgewertet, bei denen eine körperliche Untersuchung aufgrund eines Verdachts auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellen Missbrauch an Personen bis 18 Jahren durchgeführt wurde. Die Ergebnisse decken sich in vielen Punkten mit denen anderer Studien zu diesem Thema. Durchschnittlich wurden pro Jahr 23,4 Gutachten erstellt. Die Anzahl der Gutachten bewegte sich zwischen 32 Gutachten im Jahr 2005 und elf Gutachten im Jahr 1996. Eine Häufung von Misshandlungen in den Herbst- und Wintermonaten, wie sie von einigen Autoren beschrieben wird, konnte durch diese Arbeit nicht bestätigt werden. Die meisten Gutachten wurden von der Polizei oder der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben (70,9 %). Dies ergibt sich daraus, dass die meisten Gutachten im Rahmen von Strafverfahren bzw. polizeilichen Ermittlungen angefordert wurden. Bei den Opfern besteht ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis zwischen Jungen (52,7 %) und Mädchen (46,9 %); in einem Fall lagen zum Geschlecht keine Angaben vor (0,4 %). Das Geschlecht der Opfer spielte für die Auslösung einer Misshandlung offenbar eine untergeordnete Rolle. Der Großteil der Opfer ist in den ersten Lebensjahren, mit einem Schwerpunkt auf das Säuglings- und Kleinkindalter zu finden. Kinder unter einem Lebensjahr stellten die größte Gruppe (26,4 %) dar, wobei die Kinder unter einem halben Lebensjahr den größten Teil dieser Gruppe ausmachten (17,8 %). Der Gesamtanteil der Opfer, die das sechste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, lag bei 66,3 %. Ein weiterer oft zitierter Anstieg der Misshandlungsrate im Alter zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr konnte in der eigenen Studie nicht gefunden werden. Das jüngste Kind aus der Geschwisterreihe wurde am häufigsten misshandelt. Die Täter waren deutlich häufiger männlich (71,25 %). Die meisten Täter waren zwischen 18 und 25 Jahren alt (38,9 %). Wie in den meisten anderen Studien, so sind auch in der eigenen Untersuchung die leiblichen Eltern des Opfers in den meisten Fällen die Täter (59,8 %), wobei die leibliche Mutter (33,8 %) häufiger als der leibliche Vater (26 %) als Täter ermittelt wurde. Die Wohnung des Täters und/oder des Opfers war am häufigsten der Ort der Misshandlung (68,8 %). Bei der Art der Misshandlung

wurde das Opfer am häufigsten ohne Hilfsmittel geschlagen (21,8 %). In 10,2 % der Fälle wurde das Opfer mit Hilfsmitteln geschlagen. Dabei wurden am häufigsten Stöcke und Gürtel als Hilfsmittel benutzt. In 9,8 % der Fälle erfolgte eine Misshandlung durch Schütteln des Opfers. Stürze, Fallneigung der Kinder und Beibringung der Verletzungen durch die Geschwister zählten, analog zu anderen Studien, zu den häufigsten Schutzbehauptungen. Die häufigsten körperlichen Befunde stellten Hautverletzungen dar. Hämatome waren in 60,6 %, Abschürfungen in 24,7 % und Verbrennungen in 2,8 % der Fälle dokumentiert. Die Häufigkeit, in der die einzelnen Körperregionen durch die verschiedenen Verletzungsmuster betroffen waren, stimmt mit den meisten Ergebnissen, die in der Literatur beschrieben sind, überein. So findet sich in abfallender Häufigkeit die Reihenfolge: Kopf-Halsbereich, Rumpf einschließlich Gesäß, Arme und Beine. Insgesamt ist der Kopf der am häufigsten betroffene Körperteil. In zwölf Fällen wurden Schädelfrakturen dokumentiert. Es traten insgesamt 73 intracerebrale Blutungen auf, wobei 75,7 % subdurale Blutungen darstellten. Bei den Skelettverletzungen fanden sich am häufigsten Humerus-, Femur- und Tibiafrakturen. In 77 Fällen wies der Gutachter explizit auf die Mehrzeitigkeit der dokumentierten Befunde hin. Bei der abschließenden Beurteilung des Gutachters befand er in 36,8 % der Fälle die Befunde als charakteristisch für eine Misshandlung. Es zeigte sich, dass in vielen Fällen eine körperliche Untersuchung durch einen Rechtsmediziner zur Aufdeckung von Misshandlungsdelikten entscheidend beitragen kann. Anhand der körperlichen Befunde ist es dem Rechtsmediziner möglich, misshandlungstypische Befunde zu erkennen und zu bewerten.

6. **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Ort der Untersuchung

Abb. 2: Monatsverteilung der Gutachten 1996

Abb. 3: Monatsverteilung der Gutachten 1997

Abb. 4: Monatsverteilung der Gutachten 1998

Abb. 5: Monatsverteilung der Gutachten 1999

Abb. 6: Monatsverteilung der Gutachten 2000

Abb. 7: Monatsverteilung der Gutachten 2001

Abb. 8: Monatsverteilung der Gutachten 2002

Abb. 9: Monatsverteilung der Gutachten 2003

Abb. 10: Monatsverteilung der Gutachten 2004

Abb. 11: Monatsverteilung der Gutachten 2005

Abb. 12: Übersicht über die Anzahl der Gutachten pro Jahr

Abb. 13: Übersicht über die Monatsverteilung der Gutachten

Abb. 14: Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeit

Abb. 15: Übersicht über die Auftraggeber der Gutachten

Abb. 16: Übersicht über die Anzahl der Tatvorwürfe

Abb. 17: Übersicht der Geschlechterverteilung der Opfer

Abb. 18: Altersverteilung der Opfer

Abb. 19: Übersicht über die Nationalität der Opfer

Abb. 20: Übersicht über den Stand des Opfers in der Geschwisterreihe

Abb. 21: Übersicht über die Anzahl körperlich und/oder geistig behinderter Opfer

Abb. 22: Geschlecht des Täters

Abb. 23: Altersverteilung der Täter

Abb. 24: Übersicht über die Nationalität des Täters

Abb. 25: Verhältnis des Täters zum Opfer

Abb. 26: Beruf des Täters

Abb. 27: Übersicht über den Ort der Misshandlung

Abb. 28: Alkohol- und/oder Drogenabusus des Täters

Abb. 29: Alkohol- und/oder Drogenabusus des Opfers

Abb. 30: Übersicht der Misshandlungsarten

Abb. 31: Häufigkeit der Schlagwerkzeuge

Abb. 32: Übersicht über häufig genannte Schutzbehauptungen

Abb. 33: Übersicht über die Verteilung der Befunde auf die Körperregionen

Abb. 34: Häufigkeitsverteilung der intracerebralen Blutungen

Abb. 35: Häufigkeitsverteilung der Schädelfrakturen

Abb. 36: Häufigkeitsverteilung der Skelettfrakturen

Abb. 37: Fazit des Gutachters

7. Literaturverzeichnis

Adams J.A., Harper K., Knudson S., Revilla J.: Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 94, S. 310–317, 1994

Adams J.A.: Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 6, S. 31–36, 2001

Alexander R.C., Levitt C.J., Smith, W.L.: Abusive head trauma. In: Reece, R.M., Ludwig, S. (Hrsg.). *Child abuse – Medical diagnosis and management*. 2. Aufl. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York, London, S. 47-80, 2001

Amann, G., Wipplinger R. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch - Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt Verlag, 1997

American Academy of Pediatrics (AAP): *Comitee on Child abuse and Neglect Shaken Baby Syndrome. Rotation Cranial Injuries- Technical Report*. *Paediatrics* 198, S. 206-210, 2001

Ammon G.: *Kindesmisshandlung*. München, 1979

Bach H.J.: *Monatsschr. des Sta. Landesamtes Hamburg*, S. 5-10, 1977

Bange D. und Deegener G.: *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1996

Barbey J.: *Kindesmisshandlung*. *Bundesgesundhbl.* 23, S. 249-260, 1980

Baur C.: Kindesmisshandlung- körperliche Untersuchung. Med. Welt 37, S. 227-229, 1986

Bays J, Chadwick D.: Medical diagnosis of the sexually abused child. Child Abuse Negl. 17, S. 91–110, 1993

Berenson A., Chacko M., Wiemann C. et al.: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 182, S. 820-824, 2000

Bernd R.: Kindesmisshandlung : eine systematische und statistische Untersuchung von 79 Fällen / Hamburg, Univ., Diss., 2002

Bier A., Kraus K.: Zur Problematik der Kindesmisshandlung- und vernachlässigung aus sozialer, klinischer und rechtlicher Sicht. Eine 5 Jahres Studie gemeldeter Fälle im Bezirk Rostock 1983-1987, Diss. Rostock 1991

Bonn R.: Gerichtsmedizinische Beobachtungen bei Kindesmisshandlungen. Diss. Münster 1963

Bowen K., Aldous M.B.: Medical evaluation of sexual abuse in children without disclosed or witnessed abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 153, S. 1160–1164, 1999

Brinkmann B., Püschel K., Mätzsch T.: Forensisch-dermatologische Aspekte des „battered child „ Syndroms. Aktuelle Dermatologie, Heft 6 Band 5, S. 217-231, Stuttgart, 1979

Bührdel P.: Das Vernachlässigungssyndrom beim Kind. Dtsch. Gesundh. We. 25, S.1352-1354, 1970

Caffey J.: Multiple fractures in the long bones of infant suffering from chronic sudural haematoma. *American J. of Rontgenology and Radium Therapie* 56, S. 163, 1946

Cameron J.M.: The Fetus, Neonate, Infants and Children. Daraus: The "battered baby". In: Cams F.E., Robinson A.E., Lucas B.G.: *Gradwohl's Legal Medicine*. Third Edition. S. 411-414 Bristol, 1976

Caplan P.J., Watters J., White G., Parry R., Bates R.: Toronto multiagency child abuse research project: The abused and the abuser. *Child Abuse and Neglect* 8, S. 343-351, 1984

Castle R.L. and Kerr A.H.: A study of suspected child abuse, National Society for the Prevention of cruelty to children, London, 1972

Claus H.G.: Knochenveränderungen nach Kindesmisshandlung. *Der Radiologe* 10-2, S. 41-48, 1970

Council of Scientific Affairs of the American Medical Association, S. 789, 1985

Creighton S.J.: Trends in child abuse 1977-1982. The forth report on the children placed on the NSPCC special units register. National Society for the Prevention of Cruelty to children. London, 1984

Christian C., Lavelle J., Dejong A., Loiselle J., Brenner L., Joffe M.: Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 106, S. 100–104, 2000

De Jong A.R., Rose M.: Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 84, S. 1022–1026, 1989

Dorst J.P.: Child abuse. Radiologe 22, S. 335-341, 1982

Duhaime, A.C., Gennarelli, T.A., Thibault, L.E., Bruce, D.A., Margulies, S.S., Wiser, R.: The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. J Neurosurg 66, S. 409-415, 1987

Eisenmenger W., Janzen J., Tschomakov: Kindesmisshandlungen in München in den Jahren 1961 bis 1971. Beitr. Gerichtl. Med. 31, S. 92-96, 1973

Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Köln: Volksblatt Verlag, 1990

Engels C.: Rechtsmedizinische Erfahrungen mit "Kindesmisshandlungen" in Aachen / Med. Dissertation Techn. Hochsch Aachen, 1983

Engfer A.: Kindesmisshandlung, Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Enke, Stuttgart 1986

Falk W., Maersch W.: Klinisch-pädiatrische und forensische Aspekte der Kindesmisshandlungen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 115, Heft 4, S. 196-197, 1967

Fegert, J. M.: Sexuell Missbrauchte Kinder und das Recht. Band 2. Ein Handbuch zu Fragen der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychologischen Untersuchung und Begutachtung. Köln: Volksblatt Verlag, 1993

Feldman, K.W., Bethel, R., Shugerman, R.P. et al.: The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: A prospective study. Pediatrics; 108, S. 636-646, 2001

Finger E.: Kindesmisshandlung mit Todesfolge. Kriminalstatistik S. 444, September 1963

Fink B.: Das Delikt der körperlichen Misshandlung. Literatur, Statistik, Kasuistik. Diss., Marburg 1967

Finkel M.A., DeJong A.R.: Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S (eds) Child abuse: medical diagnosis and management, 2nd edn. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, S. 207–286, 2001

Finkel M.A., Giardino A.P. (eds): Medical evaluation of child sexual abuse, 2nd edn. Sage Publications, Thousand Oaks London New Delhi, 2002

Förschler C.G.: Kindesmisshandlung: Eine deskriptiv- kasuistische Studie. Med. Diss., Tübingen 1996

Frank R.: Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. Dtsch. Ärztebl. 84, S. 829- 833, 1987

Frank R.: Definitionen und Epidemiologie. In: Olbing H., Bachmann K.D., Gross R. (Hrsg.): Kindesmisshandlung. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1989

Friedrich Ch.: Kindesmisshandlung, rechtliche und tatsächliche Grenzen der Strafverfolgung. Kriminalistik 6, S. 319-322, 1990

Fürniss T.: Physische und sozialpsychologische Diagnostik bei physischer Kindesmisshandlung. Pädiatrische Praxis 28, S. 599-610, 1983

Geerds F.: Kriminologische Erkenntnisse über Formen, Opfer und Täter bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Mschr. Kinderheilkunde 134, S. 327-332, 1986

Geddes, J.F., Hackshaw, A.K., Vowles, G.H., Nichols, C.D., Whitwell, H.L.:
Neuropathology of inflicted head injury in children I. Patterns of brain
damage. *Brain* 2001; 124, S. 1290-1298, 2001

Gelles R.J.: Child abuse as psychopathology: a sociological critique and
reformulation. *Amer. J. Orthopsych.* 43, S. 611-621, 1973

Gelles R.J. : Neuere Forschungen über Ausmaß und Ursachen familiärer
Gewalt. In: Kinderschutz-Zentrum Berlin e. V. (Hrsg.), *Forum
Kindesmisshandlung*, S. 5-10, Berlin 1978

Gelles R.: *Family violence*. Sage, Beverly Hills 1979

Gelles R.J.: Violence in the family: a review of research in the seventies. *J.
Marriage and the family* 40, S. 873-885, 1980

Giesen D.: *Kindesmisshandlung- zur Kinder- und Familienfeindlichkeit in
der Bundesrepublik Deutschland*. Schöningh, Paderborn 1979

Gil D.G.: Physical abuse of children. Findings and Implications of a
Nationwide Survey. *Pediatrics* 44, S. 857-864, 1969

Gil D.G.: A sociocultural perspective on physical child abuse. *Child Welfare*
50, 389-395, 1971

Gil D.G.: Gewalt gegen Kinder. In: Bast H., Bernecker A., Kastien I.,
Schmitt G., Wolff R. (Hrsg.). *Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen
und ihre Ursachen*, S. 241-263, Reinbeck 1975

Gostomzyk J.G.: Kindesmisshandlung. *Öff. Gesundheitswesen* 39, S. 279-
288, 1977

Griffiths D.L., Moynihan F.J.: Multipel epiphysal injuries in babies. British Medical Journal, Dec. 21, S. 1558-1561, 1963

Gutkelch A.N.: Infantile subdural hematoma and its relationship to whiplash injuries, S. 430-432, BMJ 22 .May 1971

Harbauer H., Kenter M.: Zur Problematik der Prügelstrafe. Praxis Kinderpsychologie 9, S. 168-171, 1960

Hartung K.: Kindesmisshandlung. Fortschritte der Medizin. 85. Jg, S. 753-754, 1967

Hartung K.: Kindesmisshandlung- ein vernachlässigtes ärztliches Problem. Diagnostik 10, S. 390-393, 1977

Helfer R.E., Slovis T. C., Black M.: Injuries resulting when small children fall out of bed. Pediatrics 60, S. 533-535, 1977

Helfer R.E., Kempe H.C.: Das geschlagene Kind. Frankfurt am Main, 1978

Herrmann B: Sexueller Kindesmißbrauch: Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. Korasion 14, S. 25–30, 1999

Herrmann B, Navratil F.: Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. In: Sultan C (ed) Pediatric and adolescent gynecology, 2002

Herrmann B.: ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen - das Shaken Baby Syndrom. Kinder- und Jugendarzt 36, S. 256-265. 2005

Hilgermann R.: Das Delikt der Kindesmisshandlung. Der Kriminalist 5/80, S. 202-213, 1980

Hobbs C.J.: Skull fracture and the diagnosis of abuse. Arch. Of Diseases of childhood 59, S. 246-252, 1984

Holzabek W., Lachmann D., Zweymüller E.: Sturz im Säuglingsalter. Deutsche medizinische Wochenschrift 97, S. 1640-1646, 1972

Hull D.: Clinical fractures of child abuse. In: Lee C.M., Child abuse - a reader and sourcebook, S. 62-67, New York 1978

Jacobi G.: Schadensmuster schwerer Misshandlungen mit und ohne Todesfolge. Mschr. Kinderheilk. 134, S. 307-315 1986

Jacobi G.: Kindesmisshandlung aus der Sicht der Neuropädiatrie. Vortrag vor der Sektion Kinderheilkunde/Jugendmedizin, Abt. Kinder/Jugendpsychiatrie, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Bad Nauheim 1995

Janzen: Zit. N. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, Bericht über die 51 Jahrestagung 1972 vom 26. – 30.9.1972 in Wien. Kriminalstatistik, Heft 2, S. 66-69, 1973

Jayme K.: Aspekte der Kindesmißhandlung : Eine Auswertung von 84 Fällen Univ. Frankfurt (Main), Diss., 1996

Kainz A.: Kindesmisshandlung. Kriminalstatistik, S. 664-666, Dezember 1967

Kaiser G.: Das Kind als Opfer. Kriminalstatistik 24, 122-126, 1970a

Kaiser G.: Zur Kriminologie der Kindesmisshandlung. Kriminalstatistik 24, S. 63-66, 1970b

Kasim M.S., Cheak I.: Childhood death from physical abuse. Child abuses and neglect, Vol. 19 No 7, S. 847-854, 1995

Kellogg N.D., Parra J.M., Menard S.: Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. Arch Pediatr Adolesc Med 152, S. 614-641, 1998

Kempe C.H.: The battered child syndrome. In JAMA, 181, S. 17-24, 1962

Kempe C. H.: Incest and other forms of sexual abuse. In: H. Kempe, R. E. Helfer (Hrsg.), The battered child. University of Chicago Press, Chicago-London, S. 198-214, 1980a

Kempe R.S., Kempe C.H.: Kindesmisshandlung, Stuttgart 1980b

King J., Diefendorf D., Apthorp J., Negrete V.F., Carlson M.: Analysis of 429 fractures in 189 battered children. J Pediatr Orthop 8, S. 585-589, 1988

Klimmeck U.: Verletzung der Sorgfaltspflicht gegenüber Kindern und Jugendlichen. Diss., Frankfurt (Main) 1970

Knight B.: The battered child. In: Tedeschi C.G., Tedeschi L.G., Eckert W.G., Forensic Medicine Volume 1, Medical Trauma, S. 500-509, Philadelphia, London, Toronto 1977

Koers A.J.: Kindesmisshandlung und Kinderschutz in den Niederlanden. In: Bast H., Bernecker A., Kastien I., Schmitt G., Wolff R.: Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. S. 298-313, Reinbeck 1975

Koers A.J.: Kindesmisshandlung und Kinderschutz. Ein Überblick. Informationsbroschüre des Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Bonn 1980

Koers A.J.: Erfahrungen aus den Niederlanden. In: Kindesmisshandlung; Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erziehungsberufe. Deutscher-Ärzte Verlag, S. 101-108, Köln 1989

Körner M.: Kindesmißhandlung und Kindesvernachlässigung im Dresdener Raum in der Zeit von 1971 bis 1990- eine retrospektive Studie aus dem Patientengut der Kliniken für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Med. Diss., Dresden 1995

Köttgen U.: Kindesmisshandlung („battered child syndrome“). Medizinische Klinik, S. 2025-2028, 1966

Köttgen U.: Kindesmisshandlung. Monatsschr. Für Kinderheilkunde 115. Band, Heft 4, S. 186-192, 1967

Köttgen U.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Opitz H., Schmid F.: Handbuch der Kinderheilkunde : Band 8 Teil 1, S. 992-1002, Berlin, Heidelberg, New York 1969

Köttgen U.: Kindesmisshandlung. Ein Notruf an den Arzt. Deutsches Ärzteblatt, Heft 10, S. 683-688, 1974

Kreutz W.: Misshandlungen im Kindesalter. Universität Düsseldorf, Med. Diss., 1990

Kullmer Th., Höves O., Jacobi G.: Kindesmisshandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Mschr. Kinderheilk. 130, S. 710-713, 1982

Landzettel H.J.: Zum Thema Kindesmisshandlung- erste Ergebnisse einer Fragebogenaktion der hessischen Kinderärzte. Der Kinderarzt 21, S. 1301-1305, 1990

Lemburg P.: Diagnostik und Klinik der Kindesmisshandlung. Monatsschr. Kinderheilkunde 134, S. 319-321, 1986

Lempp R.: Gewaltfreie Erziehungs- Alternative zur körperlichen Züchtigung. Erschienen in der Broschüre des DKSB: Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Hannover 1992

Lenard H.G.: Nur Familientherapie hat Chancen. Münch. Med. Wschr. 120, S. 155-157, 1978

Lenard H.G.: Kindesmisshandlung und –Vernachlässigung. In: F.J. Schulte, J. Spranger (Hrsg.), Lehrbuch der Kinderheilkunde.2. Auflage, Gustav-Fischer, S. 909-912, Stuttgart 1988

Lenkisch in: H. Olbing, K.D. Bachmann, R. Gross : Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe, Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1989

Lloyd, B.: Subdural Haemorrhages in infants: Almost all are due to abuse but abuse is often not recognised. BMJ 317, S. 1533-1538. 1998

Loder R.T., Bookout C.: Fracture patterns in battered children. J Orthop Trauma 5, S. 428-433, 1991

Lüdeking W.: Sozial- und rechtsmedizinische Aspekte der Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung, Diss. Univ. Münster 1984

Lynch M.A.: Health and child abuse. The Lancet, S. 317-324, 1975

Lynch M., Roberts J.: Consequences of child abuse. Academ. Press, London 1982

Lynch M.A.: Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. Indirekte Hinweise ebenso wichtig wie sichtbare körperliche Symptome. Dt. Ärzteblatt 84, Heft 20, S. 977-981, Mai 1987

Martin H.P. et al.: The development of abused children. Adv. Pediatr. 21, S. 25-73, 1974

Matin P.: Bone scintigraphy in the diagnosis and management of traumatic injuries. Semin Nucl Med S. 104-122, 13, 1983

Mätzsch T., Brinkmann B., Püschel K.: Zur Epidemiologie und Kriminologie der Kindesmisshandlung in Hamburg 1968-1978. Med. Welt 31, S. 1342-1347, 1980

Matthes I.: Erfahrungen in Fällen, in denen Kinder die Opfer waren. In: Polizeiinstitut Hilstrup, Kinder also Opfer von Verbrechen, 18. Jahrestagung für Kriminalistik und Kriminologie vom 1. bis 2. Juni 1967 am Polizeiinstitut Hilstrup, S. 154-183, 1967

Maxeiner H.: Subduralblutungen nach „Schütteltrauma“. In: W. Holczabek (Hrsg.), Aus Beiträgen zur Gerichtlichen Medizin. Bd. XLIV, F. Deuticke, Wien, S. 452-457, 1986

Meinhold A., Kirsch H.: Pneumonie- Erkrankungen im Kindesalter- Vierjahresstudie. Z. Klein. Med. 45, S. 973-975, 1990

Mende, U, Kirsch H.: Beobachtungen zum Problem der Kindesmisshandlung. Forschungsbericht 01- 1968, Deutsches Jugendinstitut, München 1968

Mendes E.: Die Bearbeitung von Kindesmisshandlung unter Berücksichtigung des Personal-Sachbeweises. Kriminalist 5, S. 231-237, 1983

Merten D.F.: Die Rolle der Röntgenaufnahme bei der Diagnose geschlagener Kinder. J. Radiol. Paris 66, S. 486-495, 1985

Metz O.: Diagnostische Aspekte bei Kindesmisshandlung. Kinderärztl. Praxis 58, S. 621-633, 1990

Müller G.: Zur Problematik der Kindesmisshandlung aus pädiatrischer Sicht. Kinderärztl. Praxis 44, S. 124-130, 1976

Muuss R. E.: Kindesmisshandlungen. Der Kinderarzt 20, S. 840-850, 1989

Naewe W., Becker B.: Gerichtsärztliche körperliche Untersuchungen im Rahmen kriminalpolizeilicher Ermittlungen. Kriminalistik, S. 470-472, 1972

Naewe W., Lohmann E.: Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten. Zeitschrift für Rechtsmedizin 72, S. 79-99, 1973

Nass G.: Forschungsberichte zur forensischen Psychologie, Heft 6, Kinder als Täter, Opfer und Zeugen. Spätbetrüger, Resozialisierungsprobleme. Vorträge gehalten anlässlich der Tagung der Sektion forensische Psychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychologen am 13. und 14.

September 1968 in Wiesbaden. Daraus: Nass G.: Kinder als Opfer, S. 47-56, Berlin 1969

Nau E.: Das Delikt der Kindesmisshandlung in forensisch- psychiatrischer Sicht. Münchener Medizinische Wochenschrift 196, 21, S. 972-974, 1964

Nau E.: Kindesmisshandlung. Monatsschrift für Kinderheilkunde Band 115, Heft 4, S. 192-194, 1967

Nau E.: Kindesmisshandlung. In: G. Eisen (Hrsg.), Handwörterbuch der Rechtsmedizin. Band 1, S. 368-375, Stuttgart 1973

Nau E.: Kindesmisshandlung. In: G. Eisen (Hrsg.), Handwörterbuch der Rechtsmedizin für Sachverständige und Juristen. Bd. 3, Enke, S. 368-375, Stuttgart 1977

Nix W.: Die Mißhandlungen Abhängiger: Eine kriminol. Darst. d. Vergehen nach § 223b StGB an Hand v. Fällen aus d. Jahren 1949 bis 1955 Bonn, Rechts- u. staatswiss. F., Diss. v. 18. Dez. 1958

Papousek M.: Umgang mit dem schreienden Säugling und sozialpädiatrische Beratung. Sozialpädiat. Prax. Klin., S. 353-357, 1985

Pernhaupt G., Czermak H.: Die gesunde Ohrfeige macht krank. Über alltägliche Gewalt im Umgang mit Kindern. Wien 1980

Petri H.: Aspekte familiärer Gewalt. Eine Empirische Untersuchung. Psyche, S. 927-962, 1981

Petri H.: Warum ein Klaps schadet. Erschienen in der Broschüre des DKSB Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Hannover 1992

Petri H.: Aspekte familiärer Gewalt. Eine empirische Untersuchung. Psyche, S. 927-962, 1981

Pickett W.J., Faleski E.J., Chacko A., Jarrett R.V.: Comparison of radiographic and radionuclide skeletal surveys in battered children. South Med J 76, S. 207-212, 1983

Polizeiliche Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen 2006

Polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland 2006

Prinz H.: Die vorsätzliche Körperverletzung als präventables Delikt. Teil 1 Der Kriminalist 7/8, S. 334- 337, 1981

Püschel K.: Formen der Kindesmisshandlung unter forensischen Aspekten. Mschr. Kinderheilk. 134 S. 30-306, 1986

Püschel K.: Entschlüsseln Sie das Verletzungsmuster. Med. Tribune, Kongressbericht 41, 1994

Purdue G., Hunt J., Prescott P.: Child Abuse by Burning- An Index of Suspicion. J. Trauma 28, S. 221-224, 1988

Rabl W., Ambach E., Tributsch W.: Protrahierte Asphyxie nach "Schütteltrauma". Arch-Kriminol. 187, S. 137-145, 1991

Raimer B.G.: Cutaneous signs of child abuse. Journal of the American Academy of Dermatology 5, S. 203-214, 1981

Rassmann St.: Das Delikt der Kindesmisshandlung in Südbaden, Entstehung, Ablauf und Folgen unter besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Diss. Freiburg 1978

Ricci L.R.: Reviewers note on: Adams JA (2001) Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 6, S. 31–36. Reviewed in: *Child Abuse Q Med Update* 8: 7, 2001

Richter J.: Zum Problem der Gewalt gegen Kinder in der ehemaligen „DDR“. Vortrag, 44. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Hamburg, 1992

Rochel M.: Kindesmisshandlung- gerichtsmedizinische und psychologische Aspekte, Diss., Mainz 1974

Rochel M., Gostomzyk J.G.: Effektivität der Maßnahmen bei Kindesmisshandlungen. *Beitr. Gerichtl. Med.* 31, S. 102-104, 1974a

Rosenthal B.W., Bergmann I.: Intracranial injury after moderate head trauma in children. *J. Pediatr.* 115, S. 346-350, 1989

Rosenstock H., Köppel S.: Kindesmisshandlung in Ostberlin- erste orientierende Analyse. Akademie für Ärztliche Fortbildung. Med. Diss. Berlin 1990

Rupprecht E., Berger G.: Die klinische und röntgenologische Symptomatik der Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung. *Kinderärztl. Praxis* 44, S. 113-123, 1976

Ryan M.G., Davis A.A., Oates R.K.: One hundred and eighty cases of child abuse and neglect. *The Medical Journal of Australia*, November 5, S. 623-628, 1977

Schaible-Fink B.: Das Delikt der körperlichen Kindesmisshandlung.
Kriminologische Schriftenreihe 34, 1968

Schleyer F.: Studien über das Delikt der gewalttätigen Kindesmisshandlung.
Mschr. F. Kriminologie und Strafrechtsreform 41, S. 65-76, 1958

Schmitt B.D., Kempe C.H.: Kindesmisshandlungen-Erkennung, Behandlung,
Vorbeugung. Folia traumatologica Geigy Basel 1975

Schneider V., Woweris J., Grumme Th.: Das Schütteltrauma des Säuglings.
Münch. Med. Wschr. 121, S. 171-176, 1979

Schreiber L.H.: Die Misshandlung von Kindern und alten Menschen. Zur
Kriminologie der Tatvorgänge. Kriminalistik Hamburg 1971

Schuster : Fakten zur Kindesmisshandlung. In: Kinderschutz aktuell (KSA)
Seite 10, 1979

Schutzmann S.A., Barnes P.D., Mantello M. et al.: Epidural hematomas in
children. Ann. Emerg. Med. 22, S. 535-540, 1993

Schwerd W.: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und
Juristen. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Daraus: Schwerd W.:
Kindesmisshandlung, S. 111-112, Würzburg 1979

Scott P.D.: Tatal battered baby cases. Medicine Sci. Law, Vol 13, No. 3, S.
197-206, 1973

Sehrt P., Zielen S., Rabenau H., Bauer G., Ahrens P., Hofmann D., Ball F.,
Doerr H.-W.: Atypisches Erregerspektrum bei ausserhalb der Klinik
erworbenen Infektionen der tiefen Atemwege im Kindesalter. Mschr.
Kinderheilkunde 139, S. 602-606, 1991

Showers J., Garrison K.: Burn Abuse: A Four- Year Study. *J. Trauma* 28, 11, S. 1581-1583, 1988

Shugerman R.P., Paez A., Grossmann D.C., Feldmann K.W., Grady M.S.: Epidural hemorrhage: Is it abuse? *Pediatrics*, Vol. 97 No. 5, S. 664-668, May 1996

Silva de S., Oates R.K.: Child homicide- the extreme of Child abuse. *The Med. J. of Australia* Vol. 158, S. 300-301, March 1993

Silverman F.N.: The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol* 69, S.413-427, 1953

Silverman F.N.: Röntgenologische Aspekte. In: R.E. Helfer, C.H. Kempe (Hrsg.), *Das geschlagene Kind*, S. 73-84, Suhrkamp, Frankfurt (Main) 1978

Smiszek F.-G.: Eine Analyse der Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung im Einzugsgebiet des Institutes für Gerichtliche Medizin Leipzig in den Jahren 1980 bis 1990, Diss., Leipzig 1994

Smith S.M.: *The battered child syndrome*. Butterworth, London 1975

Smith S.M., Hanson R.: Interpersonal relationships and child-rearing practices in 214 parents of battered children. *Brit. J. Psychiat.* 127, S. 513-525, 1975

Smith S.M.: Psychiatric characteristics of abusing parents. In: Lee C.M. (Hrsg.) *Child abuse-a reader and sourcebook*, S. 126-135, New York, 1978

Staak M.: *Med. Sach.*, 70, S. 50-55, 1974

Steele B.F., Pollock C.B.: Eine psychiatrische Untersuchung von Eltern, die ihre Kinder misshandelt haben. In: Helfer R.E., Kempe C.H.: Das geschlagene Kind, S. 161-242, Frankfurt (Main), 1978

Steinhage, R.: Sexuelle Gewalt - Kinderzeichnungen als Signal. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1992

Stöver W.: Radiologische Diagnostik des Battered child Syndroms. Mschr. Kinderheilk. 134, S. 322-327, 1986

Strauss M.A.: Family patterns and child abuse in a nationally representative American sample. Child abuse and neglect 3, S. 213-225, 1979

Straßburg H.M.: Die Bedeutung der Kindesmisshandlung für den Kinderarzt im Krankenhaus. Rechtsmedizin 9, S. 7-23, 1993

Steinhausen H.C.: Sozialmedizinische Aspekte der körperlichen Kindesmisshandlung. Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 120., S. 314-318, 1972

Sty J.R., Starshak R.J., Hubbard A.M.: Radionuclide evaluation in childhood injuries. Semin Nucl Med 13, S. 258-281, 1983

Sussmann S.J.: Skin manifestations of the battered-child syndrome. The Journal of Pediatrics, Volume 72, Nr. 1., S. 99-101, 1968

Tenbrink U.: Rechtsmedizinische und kriminologische Aspekte nichtnatürlicher Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern, unter besonderer Berücksichtigung der Kindesmißhandlungen, aus dem Sektionsgut des Instituts für Rechtsmedizin Münster für den Zeitraum 1982 bis 1992, Diss., Münster 1999

Thyen U.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Prävention und therapeutische Intervention. Univ. Lübeck, Hansisches Verlagskontor, Med. Dissertation 1986

Thyen U., Tegetmeyer F.K.: Das Schütteltrauma des Säuglings- eine besondere Form der Kindesmisshandlung. Mschr. Kinderheilk. 139, S. 292-296, 1991

Tröger J.: Skelettszintigraphie bei Kindesmisshandlung. In: I. Hahn (Hrsg.), Pädiatrische Nuklearmedizin. Band 1, S. 141-147, Kirchheim, Mainz 1979

Trube-Becker E.: Die Kindesmisshandlung in gerichtlich-medizinischer Sicht. Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtsmedizin S.173-183, 1964

Trube-Becker E.: Die Kindesmisshandlung und ihre Folgen. Pädiatr. Praxis 12, S. 389-399, 1973

Trube-Becker E.: Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes bei Delikten gegen das Kind. Chirurgische Praxis 17, S. 509-514, 1973a

Trube-Becker E.: Die Kindesmisshandlung und ihre Folgen. Tägliche Praxis 15, S. 449-459, 1974

Trube-Becker E.: Körperliche Vernachlässigung des Kindes mit Todesfolge. Medizinische Klinik 70, S. 417-426, 1975

Trube-Becker E.: Bite-Marks on Battered Children. Zeitschrift für Rechtsmedizin, S. 73-78, 1977

Trube-Becker E.: Vernachlässigung von Säuglingen und Kleinkindern- Soziologische Aspekte, Deutsches Ärzteblatt Heft 17, S. 1023-1029, 1978

Trube-Becker E.: Körperliche Misshandlung von Kindern. Kriminalstatistik 3/80, S. 111-115, 1980

Trube-Becker E.: Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. Heidelberg 1982

Trube-Becker E.: Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. 2. Aufl., Kriminalstatistik, Heidelberg 1987

Trube-Becker E.: Kindesmisshandlungen- Erfahrungen aus der Sicht einer Gerichtsmedizinerin. In: H. Olbing, K.D. Bachmann, R. Gross (Hrsg.), Kindesmisshandlung. Dtsch. Ärzte-Verlag, S. 207-220, Köln 1989

Trube-Becker E.: Missbrauchte Kinder: Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung. Kriminalstatistik Verlag, Heidelberg 1992

Wegner H.J.: Die Körperverletzung. Jur. Diss., Kiel 1963

Weston J.T.: Die Pathologie von Kindesmisshandlungen. In: Helfer R.E., Kempe H.C.: Das geschlagene Kind. S.118-158 und 349-357 Frankfurt (Main) 1978

Weigel B., Lignitz E.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Krim forens. Wiss. 55,56, S. 193-197, 1984

Weston J. T.: Die Pathologie von Kindesmisshandlungen. In: R.E. Helfer, C.H. Kempe (Hrsg.), Das geschlagene Kind Suhrkamp, S. 118-158 und S. 349-357, 1978

Wilske J., Eisenmenger W.: Unnatürliche Todesursachen bei Kindern. Öff. Gesundheitswesen 53, S. 490-497, 1991

Wille R., Staak M., Wagner T.: Kindesmisshandlung. Psychosoziale Konstellation und Katamnesen. Münchener Medizinische Wochenzeitschrift, 109. Jahrgang, Heft 18, S. 989-997, 1967

Wille R., Rönnau H.J.: Kindesmisshandlung. In: Forster B. Praxis der Rechtsmedizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1986

Wolff R.: Gewalt gegen Kinder, Rowohlt 1975

Zenz G.: Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Frankfurt (Main), 1979

8. Lebenslauf

Geburtsdatum	24.07.1977
Geburtsort	Neuenkirchen
Eltern	Maria Bartholl, geb. Böhle Heilpädagogin Erhard Bartholl, Diplom Sozialarbeiter
1984 - 1988	Grundschule Graf-Ludwig, Burgsteinfurt
1988 – 1997	Gymnasium Arnoldinum, Burgsteinfurt, Abschluss mit der allgemeinen Hochschulreife
Wintersemester 1997	Aufnahme des Studiums der Zahnmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster
17.12.2002	Staatsexamen Zahnmedizin
23.12.2002	Approbation als Zahnarzt
18.06.2004	Promotion im Fach Zahnmedizin
Sommersemester 2003	Aufnahme des Studiums der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster
21.11.2008	Staatsexamen Medizin
08.12.2008	Approbation als Arzt
Münster, 09.12.2008	

9. Danksagungen

Frau Prof. Dr. med. H. Pfeiffer gilt mein besonderer Dank für die Überlassung des Dissertationsthemas und die mir zur Verfügung gestellten Arbeitsmöglichkeiten im Institut für Rechtsmedizin. Ebenso danke ich Frau Prof. Dr. med. H. Pfeiffer besonders für die hilfreiche Einführung in das Thema sowie für die engagierte Unterstützung bei der Niederschrift der Dissertation.

Herrn Prof. Dr. med. A. DuChesne danke ich für die zahlreichen Ratschläge zu wissenschaftlicher Arbeitsweise.

Meinem Vater danke ich für die Unterstützung bei der gesamten Fertigstellung der Dissertation.