Susanne Jordan

Familiäre Gewalt gegen Kinder – ein vernachlässigtes Gesundheitsproblem

»Warum nicht früher? Da hätte doch mal jemand etwas sehen können, da hätte doch mal früher jemand schalten können?«
(Schmetz 1999: 29)

1 Einleitung

Gewalt gegen Kinder führt zu psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen, unter denen viele Opfer bis ins Erwachsenenalter leiden. Infolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden kommen die Gewaltopfer mit verschiedenen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens in Kontakt. Dessen ungeachtet findet die Versorgung von Gewaltopfern in der gesundheitspolitischen Diskussion keine Beachtung. Aus diesem Grund stellt der folgende Beitrag die gesundheitliche Versorgungssituation von Kindern dar, die Opfer familiärer Gewalt geworden sind, weist auf Probleme und Defizite in ihrer gesundheitlichen Versorgung hin und stellt Ansätze zur Verbesserung vor. Vorab wird in die Problematik der familiären Gewalt gegen Kinder und ihre gesundheitlichen Auswirkungen eingeführt.

2 Erscheinungsformen familiärer Gewalt gegen Kinder

Bei der systematischen Beschreibung des Phänomens Gewalt gegen Kinder in der Familie lassen sich verschiedene Arten interpersonaler *Gewalt gegen Kinder* unterscheiden, die unter dem Oberbegriff »Kindesmisshandlung« zusammengefasst werden:

»Kindesmißhandlung ist eine gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Mißhandlung oder sexuellem Mißbrauch) oder Unterlassungen (wie bei emotionaler oder physischer Vernachlässigung) zustande kommen« (Engfer 2000: 23).

Körperliche Misshandlung oder *physische Gewalt* liegt bei direkten körperlichen Verletzungen vor, die zumeist relativ leicht zu erkennen sind. Körperliche Gewalt reicht von einer Ohrfeige, Tritten, Schlägen mit oder

ohne Gegenstände, Würgen, Schütteln, Stoßen bis zu Totschlag oder Mord. Die Öffentlichkeit nimmt körperliche Gewalttaten am leichtesten als Gewalt wahr, wobei es unterschiedliche Meinungen gibt, wo körperliche Gewalt beginnt, ob beispielsweise Schläge als Gewalt zu bezeichnen sind oder ein legitimes Mittel der Erziehung darstellen (vgl. Maywald 1999; Leach 2000).

Deutlich unterschieden von körperlicher Gewalt ist *sexuelle Gewalt (sexueller Missbrauch)*, auch wenn sie oft mit körperlicher und/oder psychischer Gewalt einhergeht. Sexuelle Gewalt gegen Kinder bedeutet eine Beteiligung von Kindern an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungs- und Wissensstands nicht verstehen und denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, da sie deren Bedeutung nicht begreifen. Die Handlungen verletzen sexual-moralische Grenzen und dienen zur Befriedigung eines Erwachsenen oder älteren Jugendlichen, die ihre Macht und Autorität ausnutzen. Zu diesen Handlungen gehören sexuelle Belästigung durch Anfassen des Kindes an den Genitalien oder Exhibitionismus, wie auch oraler, genitaler und analer Geschlechtsverkehr sowie Vergewaltigung (Engfer 2000: 30; Kinderschutz-Zentrum Berlin 2000: 29; Freitag/Frey 1995: 304).

Unter *psychische Gewalt (emotionale Misshandlung, seelische Misshandlung)* fallen verbale Androhungen, Beleidigungen, Beschimpfungen, Demütigungen, Verängstigungen und andere Handlungen, die dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermitteln und es nur schwerlich ermöglichen, ein stabiles Selbstbewusstsein aufzubauen (BAGS 2000: 3f.). Psychische Gewalt fängt bei scheinbar harmlosen Varianten elterlichen Verhaltens wie Liebesentzug oder der auffälligen Begünstigung eines Geschwisterkindes an und reicht bis zu quälerischen Formen »seelischer Grausamkeit« und völliger Isolation (Engfer 2000: 26).

Vernachlässigung stellt eine Besonderheit der physischen wie psychischen Gewalt dar. Eltern oder Betreuungspersonen vernachlässigen ihre Kinder, wenn sie ihnen nicht ausreichend Zuwendung und Akzeptanz, Schutz, Betreuung und Förderung zukommen lassen. Dies reicht von Essens- und Schlafentzug, Einsperren, unzureichender Pflege bis zu völliger Verwahrlosung (BAGS 2000: 3f.). In der Folge entwickeln Kinder ein geringes Selbstwertgefühl und werden in ihrer Entwicklung beeinträchtigt (Engfer 2000).

3 *Ausmaß der familiären Gewalt gegen Kinder*

Um einen Überblick über die Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder zu erhalten, geben die als Hellfeld bezeichneten offiziellen Statistiken erste

Anhaltspunkte. So weist für das Jahr 2000 die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2 401 Kinder als *Misshandlungsopfer* nach § 223b Strafgesetzbuch (StGB) aus; davon waren 56,7 % Jungen und 43,3 % Mädchen. Knapp zwei von fünf Tatverdächtigen waren bei körperlicher Misshandlung weiblich. Außerdem registrierte die PKS 18 178 Kinder als Opfer von vollendetem *sexuellen Kindesmissbrauch* (§§ 176-178 StGB), wovon 76,5 % Mädchen waren. In 38,0 % der Fälle waren Tatverdächtige und Opfer verwandt bzw. bekannt. Die bei sexuellem Missbrauch Tatverdächtigen waren zu 96,8 % Männer. Darüber hinaus wurden drei vollendete Kindsmorde im Zusammenhang mit Sexualdelikten erfasst (BKA 2001). Bei Misshandlung und Missbrauch sind seit 1985 die Opferraten der PKS relativ konstant (Wetzels 1997: 31). Sie betragen 16,01 bei Misshandlung und 167,44 bei Missbrauch, jeweils bezogen auf 100 000 Kinder unter 14 Jahren.

Jedoch ist bei den Inzidenzen der PKS zu bedenken, dass diese nur schwere und strafrechtlich relevante Gewalttaten erfassen, die Gesundheit der Kinder aber bereits durch Gewalt beeinträchtigt ist, die nicht strafrechtlich verfolgt wird. Außerdem existiert ein großes Dunkelfeld, d.h. eine große Anzahl von Gewalttaten, die nicht in der PKS registriert ist. Erstens werden viele Gewalthandlungen bei der Polizei nicht angezeigt, da familiäre Gewalt tabuisiert ist. Zweitens erkennen Polizei und Ärzte/-innen viele Gewalttaten in der Familie oft nicht (Rückert 2000; Vock/Trauth 1999). Schätzungen nehmen deshalb an, dass die Anzahl der tatsächlichen Gewalt in der Familie um das 10- bis 60-fache höher ist, als es die offiziellen Statistiken widerspiegeln (StBA 1998: 123). Einen Einblick in das Dunkelfeld der Gewalt gegen Kinder geben Opfer- und Bevölkerungsbefragungen.

In der ersten bundesweiten repräsentativen Erhebung zur Gewalt gegen Kinder (Wetzels 1997) wurden 3 289 Männer und Frauen im Alter von 16 bis 59 Jahren interviewt. Die Befragten sollten Auskunft darüber geben, ob sie selbst Gewalt in der Erziehung anwenden und ob sie in der eigenen Kindheit Gewalt erfahren haben. In der Untersuchung zeigte sich, dass die Erfahrung von Gewalt eine weit verbreitete Kindheitserfahrung ist: 74,9 % der Befragten haben in ihrer Kindheit von ihren Eltern *körperliche Gewalt* erfahren (Jungen: 77,9 %, Mädchen: 71,9 %). Davon gab etwas mehr als die Hälfte (38,4 %) an, »manchmal«, »häufig« oder »sehr häufig« von den Eltern gestoßen, mit Gegenständen beworfen, geohrfeigt oder geschlagen worden zu sein. Von den Befragten mit Gewalterfahrung erlebten 5,9 % »selten« und 4,7 % »häufiger als selten« in der Kindheit folgenschwerere körperliche Misshandlung, wie Schläge mit der Faust, Tritte, Prügel, absichtliche Verbrennungen, Drohungen mit

oder Gebrauch von einer Waffe (Wetzels 1997: 144ff; vgl. auch Bussmann 1996; Wahl 1990). In einer Nachfolgestudie von Pfeiffer/Wetzels/Enzmann (1999) und in einer Umfrage von UNICEF (2001) wurden diese Prävalenzen bestätigt.

Über *sexuelle Missbrauchserfahrungen* in der Kindheit berichteten der Studie von Wetzels (1997) zufolge zwischen 6,2 % und 18,1 % der Frauen, davon 2,6 % in der Familie. Bei Männern sind es zwischen 2,0 % und 7,3 %, davon 0,9 % in der Familie. Je weiter der Begriff sexuelle Gewalt und je größer die Altersspanne zwischen Opfer und Täter/-in war, desto höher war die Prävalenz sexuellen Missbrauchs. Opfer sexueller Gewalt im sozialen Nahraum waren häufiger Mädchen, besonders dann, wenn ein Altersunterschied von mindestens 5 Jahren zugrunde gelegt wurde. Täter/-in bei sexueller Gewalt waren zu 90 % Männer, davon waren 41,9 % dem Opfer bekannt und stammten 27,1 % aus der Familie. 42,5 % der Opfer sexueller Gewalt hatten vor der Studie niemals darüber gesprochen, diejenigen, die darüber gesprochen hatten, erlebten die Gewalt durch einen fremden Täter/-in (Wetzels 1997: 147, 154ff., 171; vgl. auch Bange/Deegener 1996).

Bei Bevölkerungs- und Opferbefragungen zu familiärer Gewalt bleibt das Problem bestehen, dass sie nur ein Teil des Dunkelfeldes aufdecken. Da zumeist retrospektiv nach stigmatisierten Erlebnissen gefragt wird, die teilweise verdrängt sind – was ethisch und gesundheitlich problematisch ist –, gibt ein unbestimmter Anteil der Befragten erlebte Gewalt nicht an. Zudem erheben die meisten Studien nur die körperlichen oder sexuellen Elemente der Gewalt gegen Kinder, aber nicht Vernachlässigung und psychische Gewalt. Über deren Ausmaß existieren keine Statistiken, sie sind aber von erheblicher gesundheitlicher Relevanz (Bundesärztekammer 1999: 127f.). Infolgedessen unterschätzen alle Studien das Ausmaß und die Folgen von Gewalt gegen Kinder enorm. Trotzdem herrscht Einigkeit darüber, dass Gewalt in der Familie die verbreitetste Form von Gewalt in Deutschland ist (Schwind et al. 1990; StBA 1998).

4 *Risiko- und Schutzfaktoren für Gewalt gegen Kinder*

Lange Zeit ging man davon aus, dass der körperlichen und seelischen Gewalt bzw. Vernachlässigung andere Ursachen zugrunde liegen als der sexuellen Gewalt. Jüngere Forschung konnte aber zeigen, dass innerhalb einer Familie, in der es zu Gewalt gegen Kinder kommt, oft mehrere Formen der Kindesmisshandlung vorzufinden sind. Beispielsweise geht in einer Studie mit 263 Kindern aus Kinderschutzzentren Vernachlässigung in der Hälfte der Fälle mit körperlicher und emotionaler Misshandlung

einher (Thyen/Kirchhofer/Wattam 2000). In Familien, in denen körperliche Gewalt gegen Kinder vorkommt, wird mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ebenso sexuelle Gewalt gegen Kinder ausgeübt. Bei Wetzels war etwa ein Drittel der Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs zugleich Opfer körperlicher Misshandlung. Wird der körperliche Gewaltbegriff auf mildere Formen ausgedehnt, so waren es zwei Drittel (Wetzels 1997: 187ff). Die gemeinsamen Risiko- und Schutzfaktoren von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung werden nachfolgend vorgestellt.

Gewalt gegen Kinder wird heute überwiegend als ein multifaktoriell bedingtes Ergebnis gesehen (vgl.: für Misshandlung Belsky 1993 und Cicchetti/Rizley 1981; für Missbrauch Finkelhor 1984), das durch das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren entsteht. Zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren und den Gewalthandlungen bestehen zumeist keine linearen Zusammenhänge, sondern eher komplexe Kumulations-, Moderator- und Interaktionseffekte. Gewalt gegen Kinder tritt nach diesem Ansatz auf, wenn bestimmte Risiken, z.B. psychische und ökonomische Stressoren, die protektiven Faktoren wie Bewältigungsfähigkeiten, psychische Widerstandskraft (Risilienz), soziale Ressourcen etc. übersteigen. Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich unterschiedlichen Ebenen zuordnen: der gesamtgesellschaftlichen Ebene, dem unmittelbaren Umfeld der Familie, der Familie selbst und der individuellen Ebene (Bender/Lösel 2000; vgl. WHO 1999: 19ff.; Wetzels 1997: 74ff.).

Auf der *gesamtgesellschaftlichen* Ebene begünstigen bestimmte soziokulturelle Rahmenbedingungen Gewaltentstehung, beispielsweise die rechtliche und informale Duldung von Gewalt in der Erziehung. Dieser Ebene sind soziologische Erklärungsansätze zuzuordnen, die eine wichtige Ursache für Gewalt gegen Kinder in dem Machtungleichgewicht zwischen Männern und Frauen (feministische Gewaltforschung) sowie zwischen Kindern und Eltern sehen (Kinderschutz).

In der direkten *familiären Umgebung* sind die soziale Isolation von Familien und das Fehlen sozialer Netzwerke der Familienmitglieder Risikofaktoren für Misshandlung. Dazu gehören die schwierige ökonomische Situation der Familie (Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnsituation) und fehlende familiäre Hilfsangebote vor Ort.

In der *Familie* richtet sich das Interesse auf sozial-situative Erklärungsfaktoren, die Misshandlung als Endpunkte eskalierender Konfliktsituationen der Eltern-Kind-Interaktion sehen. Untersuchungen haben Zusammenhänge zwischen körperlicher Misshandlung, Züchtigung befürwortenden Erziehungsstilen und bestimmten Verhalten der Kinder (z.B. Bindungsunsicherheit, Unruhe und Abhängigkeitsverhalten) gezeigt.

Weitere Risikofaktoren sind Gewalt zwischen den Eltern sowie Krisen und kritische Lebensereignisse in der Familie.

Die *individuelle* Ebene der Risiko- und Schutzfaktoren bezieht sich auf die komplexen biopsychosozialen Faktoren, die die Persönlichkeiten der Familienmitglieder bedingen. Die Forschung untersucht psychopathologische Persönlichkeitsmerkmale, die zu Gewalthandlungen beitragen. Ein Risikofaktor ist die Weitergabe von Gewalt von einer Generation an die nächste (»Kreislauf der Gewalt«). Zwischen 30 % und 55 % misshandelnder Eltern waren selbst Opfer (Engfer 2001: 28f.; Wetzels 1997: 246). Ebenso ist das Risiko für misshandelte und missbrauchte Kinder erhöht, insbesondere für Mädchen, als Erwachsene wieder Gewalt zu erfahren (Reviktimisierung) (Wetzel 1997: 194ff.).

5 *Gesundheitliche Folgen von Gewalt*

Kinder als Opfer von Gewalt erfahren unterschiedliche Einschränkungen ihrer Gesundheit. Am Auffälligsten sind die kurzfristigen gesundheitlichen Folgen von schweren körperlichen Gewalttaten, die zu Hämatomen, Frakturen sowie inneren und äußeren Blutungen führen. Aber nicht immer sind die gesundheitlichen Schäden nach der Gewaltanwendung direkt sichtbar, manche psychischen und psychosomatischen Krankheiten treten erst Jahre später auf. Die Auswirkungen von sexueller Gewalt sind überdies davon abhängig, ob die Missbraucherfahrungen dem Opfer bewusst sind. Ist dem Opfer der sexuelle Missbrauch nicht bewusst oder wird er verdrängt, dann sind stärkere gesundheitlichen Schäden zu erwarten als bei einer bewussten Verarbeitung der Gewalterfahrung (Schröder 1992: 8).

Eine Aufzählung der gesundheitlichen Folgen zeigt die Übersicht, ohne zwischen akuten und chronischen Problemen sowie zwischen den jeweiligen Folgen der verschiedenen Gewalttaten zu unterscheiden. Besonders ist zu berücksichtigen, dass die hier aufgeführten gesundheitlichen Beschwerden einzeln oder gleichzeitig auftreten können und dass jedes Kind anders auf Gewalt reagiert; dies gilt gerade bei nicht direkt sichtbarer und sexueller Gewalt. Ob gesundheitliche Beeinträchtigungen bei einem Kind (oder später bei Heranwachsenden oder Erwachsenen) auftreten, um welche es sich dabei handelt und wie stark sie sind, hängt ab: von der Art der Gewalt (mit oder ohne Körperkontakt), vom Zeitpunkt (in welchem Lebensalter), von der Häufigkeit der Gewalt und vom Geschlecht des Opfers sowie von der Beziehung zwischen Opfer und Täter/-in (Vater/Mutter, Geschwister, Onkel/Tante etc.) (Thyen/Kirchhofer/Wattam 2000: 312; Motzkau 2000: 62).

Übersicht:
Gesundheitliche Folgen von Gewalterfahrungen in der Kindheit

Körperliche Symptome
Hämatome, Stichverletzungen, Hautwunden, Augenverletzungen, Vergiftungen, (schlecht verheilte) Frakturen, vaginale/anale Verletzungen und Blutungen, verminderte Seh- und Hörfähigkeit, Hirnschäden, Einschränkung der Gehbeweglichkeit, Narben, fehlende Zähne, Blasenentzündungen, Asthma, Gedeihstörungen, Lähmungen, Migräne, Haltungsschäden, Hormonstörungen, Verletzungen der inneren Organe (Milz-, Leber-, Nieren- und Bauchspeicheleinrisse), Störungen der Regelblutung, Früh- und Fehlgeburten, sexuell übertragbare Krankheiten;

Psychosomatische Beschwerden
Kopf-, Glieder-, Rückenschmerzen, Schmerzen im Brustkorb, chronische Schmerzen, uncharakteristische Schmerzsyndrome, chronische Schmerzen im Unterleib, Reizdarmsyndrom;

Psychische Verletzungen
Trauma (Posttraumatische Belastungsstörung), Angsterkrankungen, Schlafstörungen, Alpträume, Depression, Schuldgefühle, Sprachstörungen, Konzentrationsstörungen, Störungen der Sexualität, Autismus, Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung, Suizid(versuche), Selbstschädigungen, Alkohol-, Tabletten- und Drogenabhängigkeit, emotionale Störungen, Zwangserkrankungen, Konversionsstörungen, Essstörungen;

Tod

(Quellen: Egle/Hoffmann/Joraschky 2000; Thyen/Kirchhofer/Wattam 2000; Bundesärztekammer 1999; WHO 1999; Finkelhor 1998; Newberger 1998)

6 *Gesundheitliche Versorgung der Gewaltopfer*

Infolge der Prävalenz von familiärer Gewalt gegen Kinder stellt die Krankenversorgung der Opfer eine wichtige Aufgabe des Gesundheitswesens dar. Dennoch ist es für die jungen Gewaltopfer schwierig, angemessene medizinische und/oder psychische Hilfe zu erhalten. Bei Säuglingen und Kleinkindern geben die Eltern beim ärztlichen Kontakt in der Regel einen Unfall als Grund der Verletzung aus und gestehen oft nur auf Nachfragen Gewalt als Ursache ein. Viele Eltern suchen erst einige Tage nach der Entstehung der Verletzung eine Praxis auf (Bundesärztekammer 1999: 133f.; Motzkau 2000: 61). Von denjenigen Kindern, die alt genug sind, selbstständig Unterstützung bei Professionellen im

Gesundheitssystem zu holen, verschweigen viele aus Schamgefühl die Ursache ihrer Verletzungen, oder sie werden von den Eltern daran gehindert, sich mitzuteilen (Bundesärztekammer 1999: 129).

Ärzte/-innen nehmen Hinweise auf Gewalt oftmals nicht wahr. Das Medizinstudium thematisiert zwar kurz Gewalt gegen Kinder, aber die für dieses Problem notwendige Gesprächsführung wird nicht eingeübt. Ärzte/-innen lernen nicht ausreichend adäquate Reaktionsmöglichkeiten. Hinzu kommt, dass bei der Anamnese oft der Zusammenhang zwischen Körper und Gewalt nicht ausreichend berücksichtigt wird. Trotz ernster Beschwerden werden bei Patienten/-innen oft keine Lebenszusammenhänge erfragt. Da Opfer von Gewalt, insbesondere von Missbrauch, ein zum Teil erhöhtes Schmerzempfinden haben sowie eine Tendenz zur Vermeidung von Situationen mit potentiellen Ohnmachtgefühlen (z.B. Zahnarztstuhl), reagieren sie bei Untersuchungen stark emotional. Sie werden von den Ärzten/-innen vielmehr als unkooperativ und überängstlich empfunden (Schröder 1992).

Bei einem Verdacht auf Gewalt fragen Ärzte/-innen und Therapeuten/-innen aufgrund eigener Berührungsängste und von Zeitmangel oft nicht direkt nach, ob Gewalt als Ursache einer Verletzung vorliegt. Nicht immer wird dann zumindest auf die speziellen Sozialen Hilfe- und Betreuungseinrichtungen hingewiesen, die es für junge Gewaltopfer gibt, wie Jugendhilfe und Kinderschutz sowie Polizei und Justiz. In anderen Fällen, in denen die Kinder und Eltern wegen ihrer auf Gewalt beruhenden sozialen Probleme schon Kontakt zu sozialen Hilfseinrichtungen haben und eine medizinische Behandlung begonnen wird, werden die Betroffenen zu »Pendlern« zwischen den Institutionen. Häufig stimmen die Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens ihre Beratungs- und Behandlungsschritte nicht aufeinander ab (vgl. Stucke 1999).

Auch wenn einem Verdacht auf Gewalt als Ursache einer Verletzung oder einer Störung nachgegangen wird, gestaltet sich die Anamnese und Diagnose schwierig. Häufig führt nicht ein einzelnes Anzeichen, sondern eine Anzahl von Symptomen und Verhaltensweisen zur Diagnose (Bundesärztekammer 1999: 136). Gerade die nicht direkt sichtbaren oder erst später auftretenden Gesundheitsschäden deuten nicht eindeutig auf ein Gewalterlebnis hin, denn viele Symptome treten ebenso als Anzeichen anderer Krankheiten auf. Deutlich ist das bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die PTBS zeigt kein einheitliches Bild, zu ihr gehören unterschiedliche Symptome, die einzeln oder zusammen auftreten, z.B. Angst, Schweißausbrüche oder unklare, therapieresistente Schmerzen, die ebenfalls als Diagnosekriterium für andere verbreitete psychische und neurologische Erkrankungen gelten.

Schließlich erkennen die Ärzte/-innen oder Therapeuten/-innen (manchmal auch die Opfer, z.B. bei verdrängter sexueller Gewalt) erst spät oder zu spät den Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Problemen und den Gewalttaten. Manchen Diagnosen gehen viele Misshandlungen oder Missbrauchserlebnisse voraus, bevor Gewalt als Ursache erkannt wird (vgl. Schröder 1992; Beckermann 1998). In einer Untersuchung zur Häufigkeit von Gewalt in 26 Hamburger pädiatrischen Praxen zeigte sich, dass ein Verdachtsfall auf psychische Beeinträchtigung durchschnittlich alle drei Wochen, auf körperliche Misshandlung alle 12 Wochen und auf Missbrauch alle 16 Wochen in der kinderärztlichen Praxis wahrgenommen wurde. Die Studie legt jedoch nahe, dass einige Fälle nicht entdeckt wurden (BAGS 2000: 9). Ähnliches gilt für die hausärztliche Praxis (Mark 2000: 341) und die gynäkologische Praxis (Beckermann 1998: 16).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass medizinische und psychologische Leistungen, die für viele Kinder als Gewaltopfer notwendig wären und die vom medizinischen und psychologischen Wissensstand zur Verfügung stehen, nicht erbracht werden. Auf diese Weise entstehen vermeidbare kurz-, mittel- und insbesondere langfristige gesundheitliche Folgen von Gewalthandlungen. Bei derartigen Versorgungsdefiziten im Gesundheitswesen spricht der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem jüngsten Gutachten von *Unterversorgung* (SVR 2001: 16f.). Zusätzlich ist anzunehmen, dass Ärzte/-innen Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung nicht ausreichend als mögliche Ursache von Krankheit beachten und sie unnötige und ineffektive Behandlungen wegen Fehldiagnosen und fehlenden Diagnosen durchführen, z.B. unnötige Blinddarmoperationen oder Gebärmutterentfernungen bei erwachsenen Frauen (Schröder 1992). Da hier vermeidbarer Schaden entsteht, der die gesundheitliche Situation nicht verbessert, spricht der SVR hier von *Fehlversorgung* (SVR 2001: 16f.).

Die Unter- und Fehlversorgung von Gewaltopfern verursacht nicht nur vermeidbares Leid, sondern auch vermeidbare Kosten in der ambulanten und stationären Versorgung. Leidet ein Kind in seiner Gesundheit durch Gewalt, dann entstehen Kosten für die Behandlung bei medizinischen Notdiensten, in den kinder- und hausärztlichen Praxen, in der Psychiatrie und den psychologischen Praxen. Weitere Kosten fallen gegebenenfalls bei den Sozialen Diensten (Jugendämter, Jugendpsychiatrischer Dienst) sowie bei Polizei und Justiz an (z.B. Suchterkrankungen) (vgl. Kavemann 2000; WHO 1999).

7 *Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation*

Die Professionen im Gesundheitswesen können dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgungssituation der Opfer zu verbessern und weitere Gewalt gegenüber Kindern zu verhindern. Pädiater/-innen und Allgemeinärzte/-innen sollten in schweren Fällen eingreifen und in Kooperation mit spezialisierten Beratungsstellen und Sozialen Diensten weitere Schritte einleiten, um Kinder zu schützen (bis zum Einschalten der Polizei bei schwerer Kindesmisshandlung durch die Entbindung von der Schweigepflicht) (BAGS 2000: 13; Bundesärztekammer 1999: 139). Eine Schlüsselrolle kommt den kinderärztlichen Praxen zu, denn hier sollten die Kinder und ihre Eltern im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig erscheinen. Ärzte/-innen als potentielle Vertrauenspersonen – gerade bei jungen Eltern – könnten grundsätzlich eine Anlaufstelle sein, die dazu beiträgt, den Gewaltkreislauf in Familien zu unterbrechen.

Um die Aufmerksamkeit der Mediziner/-innen für die Gewaltproblematik zu erhöhen, benötigen die Ärzte/-innen mehr Informationen zum Thema, z.B. Informationen schon während des Studiums, weitere Schulungen und Informationsmaterialien von den auf Gewalt spezialisierten Sozialen Einrichtungen und ärztliche Fortbildungsveranstaltungen. Dafür hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine Leitlinie über »Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch« entwickelt, die auch im Internet zur Verfügung steht (AWMF 2001). Die Bundesärztekammer hat ein Konzept für Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten bei Misshandlung und Missbrauch entworfen (Bundesärztekammer 1999). Die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Hamburg (BAGS) gibt einen Leitfaden für Arztpraxen heraus, der Informationen über die Diagnose, Dokumentation und Therapie bei Verdachtsfällen von Gewalt gegen Kinder bietet und inzwischen fast bundesweit zum Einsatz kommt. Ein je nach Bundesland unterschiedlicher Serviceteil ergänzt den inhaltlichen Teil des Leitfadens und enthält Informationen und Adressen kooperierender Einrichtungen (z.B. Kinderschutz-Einrichtungen, Jugendämter, Frauenhäuser etc.) (BAGS 2000).

Leitlinien und Leitfäden sind erste Maßnahmen, den Wissensstand und damit verbunden die notwendige Sensibilität beim Umgang mit Kindern, die Gewaltopfer sein könnten, zu verbessern. Bei einer Befragung von hessischen Ärzten/-innen über den Leitfaden der BAGS, gaben 76,6% an, mit dem Umgang zu diesem Thema sicherer geworden zu sein, nahezu 34% knüpften mit Hilfe des Leitfadens neue Kooperationskontakte. Außerdem wurden verstärkt regionale Fortbildungsveranstaltungen

durchgeführt (Wöllenstein/Stier 2001: 271). Solche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind erste Schritte für die Vermeidung von Unter- und Fehlversorgung gerade im Hinblick auf langfristige Schäden für die Entwicklung von Kindern. Da die Ärzte/-innen ein Problem mit dem Datenschutz bei Gewaltopfern in ihrer Praxis sehen (Wöllenstein/Stier 2001: 271), sollten die bestehende Möglichkeit der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, wenn Gefahren für das Leben des Kindes bestehen, noch weiter bekannt gemacht werden (BAGS 2000).

Ein Ziel der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sollte es sein, dass die Ärzte/-innen jedes Kind als potentielles Gewaltopfer in einer respektvollen Weise ohne Entmündigung untersuchen und behandeln, damit sich die Entmündigungserfahrungen und Grenzverletzungen der Gewalterfahrung nicht in der Praxis wiederholen. Ärzte/-innen sollten in ihrer alltäglichen Arbeit verstärkt in Betracht ziehen, dass ihre Patienten/-innen Opfer von Gewalt sein könnten. Die Anwendung der dafür notwendigen Kompetenzen im Umgang mit Patienten/-innen könnten als Beispiel für die Umsetzung des theoretisch bekannten Wissens eines ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses dienen. Hilfreich wäre es in diesem Zusammenhang, wenn entsprechende Gesprächsleistungen in der ärztlichen Gebührenordnung besser vergütet würden.

Ein weiteres wichtiges Element der Weiterbildung ist das Fallmanagement. Bei Gesundheitsproblemen als Folge von Gewalttaten ist neben dem medizinischen System auch das Soziale Hilfesystem gefordert. Deshalb wird bei Kindern, die Gewaltopfer sind oder bei denen zumindest ein entsprechender Verdacht besteht, ein Fallmanagement benötigt, das die Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Gesundheits- und Sozialinstitutionen sowie Polizei und Justiz regelt. Dafür sollten zum einen Kooperationstreffen (Runde Tische) vor Ort einberufen werden, die Formen der Zusammenarbeit diskutieren und allgemeine Richtlinien für die Kooperation entwickeln. Zum anderen sollen die jeweils für den Einzelfall einberufenen Helferkonferenzen die Zusammenarbeit im konkreten Fall regeln.

Da es keine Studien über die gesundheitliche Versorgungssituation von Gewaltopfern in Deutschland gibt, sollten eine genaue epidemiologische Bestandsaufnahme durchgeführt und Untersuchungen zur ambulanten und stationären Versorgung gefördert werden. Aufgrund der Beobachtung, dass die Unfall- und Notfallabteilung der Krankenhäuser und ambulanten Dienste mehr Gewaltopfer sehen und behandeln, als von der Polizei gemeldet werden, sollte dort eine Erhebung von Gewaltdaten eingeführt werden (Gewaltsurveillance). Dafür könnte es sinnvoll sein, wie in den USA eine bundesweite Meldepflicht für Gewaltfälle (unter Einwilligung)

einzuführen. Zur Erforschung und Verbesserung der Versorgungssituation von Gewaltopfern eignet sich besonders der Public-Health-Ansatz. Er bündelt vorhandene Ansätze der Gewaltprävention verschiedener Disziplinen von der Sozialarbeit über die Medizin bis zur Kriminalprävention und verknüpft sie mit Maßnahmen zur primären, sekundären und tertiären Prävention.

8 Ausblick

Familiäre Gewalt gegen Kinder führt zu erheblichen Beeinträchtigungen des Lebens der Opfer und stellt eine erhebliche, unterschätzte Belastung des Gesundheitswesens dar. Trotz der teils erheblichen gesundheitlichen Schädigungen der Opfer ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der Betroffenen angemessene Versorgung und Unterstützung erhält. Die Medizin, die Gesundheitspolitik und die Gesundheitswissenschaften (Public Health) in Deutschland vernachlässigen die gesundheitlichen Folgen von Gewalt. Die Diskussion über eine bedarfsgerechte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen sollte die gesundheitlichen Folgen von Gewalt stärker beachten, um die gesundheitliche Situation der Opfer zu verbessern und der Verschwendung finanzieller Ressourcen entgegenzuwirken. Es ist aber nicht zu vergessen, dass die Verringerung von familiärer Gewalt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dass Sozial-, Arbeitsmarkt-, Kommunal- und Gesundheitspolitik wichtige Rollen zufallen. Dabei können die Ärzte/-innen nicht umhin, stärker als bisher Gewalt gegen Kinder zu berücksichtigen und ihren Beitrag in Kooperation mit den anderen Professionen in Erziehung, Bildung und Fürsorge zu leisten, um langfristigen Gesundheitsschäden besser als bisher vorzubeugen. Damit es nicht wieder heißt: Wieso hat da keiner etwas gemerkt?

Korrespondenzadresse:
Susanne Jordan
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Arbeitsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
e-mail: jordan@medea.wz-berlin.de

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. (http//:www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/11/kjpp-034.htm; 15.06.01)

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) (Hg.) (2000): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Hamburger Leitfaden für Arztpraxen. BAGS, Amt für Gesundheit, Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg

Bange, D.; Deegener, G. (1996): Sexueller Mißbrauch an Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Beckermann, M.J. (1998): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.): Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen. Bremen: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, 9-20

Belsky, J. (1993): Etiology of Child Maltreatment. A Developmental-ecological Analysis. Psychological Bulletin, 114: 413-433

Bender, D.; Lösel, F. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Mißhandlung und Vernachlässigung. In: U.T. Egle; S.O. Hoffmann; P. Joraschky (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 40-58

Bundesärztekammer (1999): Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht – Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten – Konzept der Bundesärztekammer. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 2: 123-149

Bundeskriminalamt (BKA) (2001): Polizeiliche Kriminalstatistik 2000. Bundesrepublik Deutschland. (http://www.bka.de/; 01.11.2001)

Bussmann, K.-D. (1996): Changes in Family Sanctioning Styles and the Impact of Abolishing Corporal Punishment. In: D. Frehsee; W. Horn; K.-D. Bussmann (Eds.): Family Violence Against Children a Challenge for Society. Berlin: De Gruyter, 39-61

Cicchetti, D.A.; Rizley, R. (1981): New Perspektives on the Etiology, Intergenrational Transmission, and Sequelae of Child Maltreatment. New Directions for Child Maltreatment, 11: 31-55

Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.) (2000): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer

Engfer, A. (2000): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: U.T. Egle; S.O. Hoffmann; P. Joraschky (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 23-39

Finkelhor, D. (1984): Child Sexual Abuse. New Theory and Research. New York: Free Press

Finkelhor, D. (1998): Child Sexual Abuse. In: R.B. Wallace (Ed.): Maxcy – Rosenau – Last. Public Health and Preventive Medicine. (14th ed.). Stamford: Appleton and Lange, 1243-1246

Freitag, M.; Fey, E. (1995): Prävention von sexuellem Missbrauch und Kindesmisshandlung. In: P. Kolip; K. Hurrelmann; P.-E. Schnabel (Hg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München: Juventa, 297-319

Herrmann, B.; Neises, M. (1999): Der Stellenwert medizinischer Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch: Schädlich, überflüssig oder sinnvoll? Eine Bestandsaufnahme für Deutschland. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 2: 112-122

Kavemann, B. (2000): Was läßt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? In: Wildwasser Berlin (Hg.): Input 2. Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt, Ruhnmark: Mebes und Noack, 27-45

Kinderschutz-Zentrum Berlin (Hg.) (2000): Kindesmißhandlung. Erkennen und Helfen. Berlin: Kinderschutz-Zentrum Berlin

Leach, P. (2000): Was ist falsch daran, Kinder zu schlagen? In: Deutscher Kinderschutzbund, Bundesverband (Hg.): Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Hannover: Deutscher Kinderschutzbund, 11-15

Motzkau, E. (2000): Hinweise auf und diagnostisches Vorgehen bei Mißhandlung und Mißbrauch. In: U.T. Egle; S.O. Hoffmann; P. Joraschky (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 59-69

Mark, H. (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Zeitschrift für das Gesundheitswissenschaften, 8: 332-346

Maywald, J. (1999): Gewalt erzeugt wieder Gewalt – wir müssen raus aus diesem Teufelskreis. Gespräch mit der Bundesjustizministerin, Prof. Dr. Herta Däubler-Gmelin, zur geplanten Einführung eines Rechts von Kindern auf gewaltfreie Erziehung. Frühe Kindheit, 2, 2: 7

Newberger, E.H. (1998): Child Abuse. In: R.B. Wallace (Ed.): Maxcy – Rosenau – Last. Public Health and Preventive Medicine. (14th ed.). Stamford: Appleton and Lange, 1241-1243

Pfeiffer, C.; Wetzels, P.; Enzmann, D. (1999): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Forschungsberichte Nr. 80. Hannover: Kriminologisches Institut Niedersachsen

Rückert, S. (2000): Tote haben keine Lobby. Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Hamburg: Hoffmann und Campe

Schröder, M. (1992): Gesundheitliche Folgen sexuellen Mißbrauchs dürfen kein Tabuthema im Gesundheitsbereich mehr sein! CLIO, 17, 34: 7-9

Schmetz, J. (1999): Möglichkeiten der Prävention ab Nabelschnur. In: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Wege zu einer verbesserten Prävention und Kooperation in Hamburg. Dokumentation der Fachtagung am 14. November 1998. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales – Amt für Gesundheit, Hamburg, 28-37

Schwind, H.-D.; u. a. (Hg.) (1990): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission) Bd. I-IV. Berlin: Dunker und Humblot

Statistisches Bundesamt (StBA) (Hg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 3. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn: SVR

Stucke, C. (1999): Netzwerk statt Flickwerk. Gewalt gegen Kinder und die Zusammenarbeit im Hilfesystem. In: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Wege zu einer verbesserten Prävention und

Kooperation in Hamburg. Dokumentation der Fachtagung am 14. November 1998. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales – Amt für Gesundheit, Hamburg, 38-45

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

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2001): Young Voices. Opinion Survey of Children and Youth. Germany, Köln: UNICEF

Vock, R.; Trauth, W. (1999): Tödliche Kindesmißhandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Archiv für Kriminologie, 203: 73-85

Wahl, K. (1990): Studien über Gewalt in Familien. München: Deutsches Jugendinstitut

Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1999): Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. (Unpublished document, WHO/HSC/PVI/99.1). Geneva: WHO

Wöllenstein, H.; Stier, B. (2001): Mitarbeit in Netzwerken gegen Gewalt ist hilfreich. Hessisches Ärzteblatt, 6: 270-271