

1 Einleitung

1.1 Definition der verwendeten Begriffe

1.1.1 Definitionen zu Kindesmisshandlung

Um den Umgang von Kinder- und HausärztInnen mit minderjährigen Gewaltopfern zu untersuchen, muss zunächst der zu Grunde liegende Gewaltbegriff klar definiert werden. Die meisten AutorInnen rechnen vier verschiedene Ausprägungsformen zu dem Begriff Kindesmisshandlung. Diese werden in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie folgendermaßen beschrieben und voneinander abgegrenzt (Fegert et al. 2000):

- „Vernachlässigung“: Ungenügende körperliche Versorgung und Gesundheitsfürsorge oder emotionale Vernachlässigung (Deprivation), die durch ein unzureichendes oder ständig wechselndes emotionales Beziehungsangebot gekennzeichnet ist.
- „Körperliche Misshandlung“: Direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln oder Intoxikation des Kindes. Ein Sonderfall ist das „Münchhausen by proxy Syndrom“, bei dem die Bezugsperson falsche Krankheitssymptome des Kindes vorspiegelt und dadurch eine hohe iatrogene Belastung des Kindes verursacht.
- „Emotionale Misshandlung“: Drohung, Einschüchterung, unangemessene Anforderungen, Demütigung, Ablehnung oder Isolierung, die beim Opfer eine Zerstörung des Selbstwertgefühls erzeugen.
- „Sexueller Missbrauch“ (teilweise auch nur als „Missbrauch“ bezeichnet): Sexuelle Handlungen mit Körperkontakt (sog. hands-on-Taten) sowie das Vorzeigen bzw. Herstellen von pornographischem Material und Exhibitionismus (sog. hands-off-Taten) durch eine wesentlich ältere jugendliche oder erwachsene Person. Besonders zu berücksichtigen sind Handlungen unter Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen.

Diese Einteilung findet sich auch in der englischsprachigen Literatur wieder: In einem Übersichtsartikel von Alpert wird zwischen Kindesvernachlässigung („child neglect“),

Kindesmisshandlung („child abuse“) und sexuellem Missbrauch von Kindern („child sexual abuse“) unterteilt, wobei der Begriff Misshandlung („abuse“) körperliche und psychische Misshandlung einbezieht: „Misshandlung bezeichnet ein Muster von Verhaltensweisen, bei denen Macht bewusst durch eine Person gebraucht wird, um eine andere Person zu kontrollieren; dazu gehört körperliche Gewalt, ist aber nicht unbedingt erforderlich“ („Abuse refers to a pattern of behaviors organized around the intentional use of power, including but not requiring physical violence, by one person for the purpose of controlling another“;). Neben der Unterteilung in physische und nicht physische Gewalt betont dieses Zitat einen entscheidenden Aspekt der Kindesmisshandlung, der vor allem im Hinblick auf sexuellen Missbrauch immer wieder hervorgehoben wird: Kindesmisshandlung als bewusster Gebrauch von Macht und zwar als Missbrauch des Machtgefälles zwischen Kind und Erwachsenen.

Englischsprachige Studien untersuchten, was von der Bevölkerung bzw. von MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems als „Kindesmisshandlung“ beurteilt wird. Dabei ergaben sich viele Überschneidungen mit der oben aufgeführten Einteilung. Die größte Übereinstimmung innerhalb der Bevölkerung wurde bezüglich der Definition des sexuellen Missbrauchs gefunden, die geringste war zum Begriff der emotionalen Misshandlung festzustellen. Diese Kategorie wurde vor allem von MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems als ungenügend verstanden und identifiziert erlebt (,).

Einer strengen Unterscheidung der einzelnen Gewaltformen sind allerdings enge Grenzen gesetzt: Wiederholt wurde gezeigt, dass die verschiedenen Formen teilweise fließend ineinander übergehen und häufig gemeinsam auftreten ().

1.1.2 Gewaltdefinition im Kontext der Studie

In der vorliegenden Arbeit werden die Ausdrücke „Kindesmisshandlung“ und „Gewalt gegen Kinder“ synonym gebraucht. Entsprechend der oben genannten Einteilung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden dazu Vernachlässigung, körperliche und emotionale Misshandlung und sexueller Missbrauch gerechnet.

Der Schwerpunkt wird dabei auf jenen Gewaltformen liegen, die innerhalb der Familie stattfinden und von Eltern gegen Kinder gerichtet sind. Durch diese Fokussierung rücken Gewaltformen, die außerhalb der Familie auf Kinder einwirken, in den

Hintergrund. Dazu zählt zum Einen die klassische Gewaltkriminalität. Zum Anderen wird die so genannte „strukturelle Gewalt“, die eine Einschränkung der menschlichen Entfaltungsmöglichkeiten nicht durch handelnde Individuen, sondern durch die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse beschreibt, nur indirekt in ihrer Auswirkung auf die Familie berücksichtigt.

Weniger intensiv beleuchtet werden zudem weitere innerhalb der Familie auftretende Gewaltformen wie die Misshandlung älterer Familienmitglieder, Gewalt zwischen Geschwistern und Gewalt von Kindern gegen Eltern.

1.1.3 Abgrenzung zwischen Kindesmisshandlung und häuslicher Gewalt

„Häusliche Gewalt“ zwischen Partnern fällt nicht im eigentlichen Sinne unter „Gewalt gegen Kinder“, steht aber damit in engem Zusammenhang. Der Begriff „häusliche Gewalt“ ist eine wortgetreue Übersetzung des in der angloamerikanischen Literatur meist verwendeten Begriffs „domestic violence“. Dieser Begriff bezieht sich auf jegliche Form von Gewalt zwischen erwachsenen Menschen, die in naher Beziehung zueinander stehen oder gestanden haben.

Auch wenn Kinder nicht direkt von „häuslicher Gewalt“ betroffen sind, setzte sich in den letzten Jahren zunehmend die Ansicht durch, dass deren Folgen für Kinder stärker berücksichtigt werden müssten. Zum einen bedeutet die „nur“ beobachtete Gewalt eine erhebliche psychische Belastung für das Kind, zum anderen übt der Täter/ die Täterin häufig nicht nur Gewalt gegen seinen Partner/ seine Partnerin, sondern auch gegenüber Kindern aus. Bei der Befragung von 16.190 Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in neun deutschen Städten gaben 34% der Jugendlichen, die elterliche Gewalt beobachtet hatten, an, auch selbst misshandelt worden zu sein, während es unter den Jugendlichen, die keine elterliche Gewalt beobachtet hatten, nur 4,4% waren (). Die American Academy of Pediatrics (AAP) zitiert Studien, die bei 33% bis 77% der Familien, in denen Gewalt zwischen den Partnern auftrat, auch Gewalt gegen Kinder feststellten. Sie empfiehlt daher, dem Thema „häusliche Gewalt“ einen höheren Stellenwert in der pädiatrischen Aus- und Weiterbildung einzuräumen und verlangt von den PädiaterInnen eine gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber der Problematik sowie eine höhere Bereitschaft zur Intervention ().

In der folgenden Arbeit wird hauptsächlich auf Gewaltformen eingegangen, von denen

Kinder direkt betroffen sind. Allerdings werden dabei immer wieder auch die Parallelen zwischen Kindesmisshandlung und häuslicher Gewalt thematisiert.

1.2 Historische Entwicklung

Die öffentliche Diskussion um Rechte für Kinder ist geschichtlich ein relativ neues Phänomen: Jahrhunderte lang prägten alttestamentarische und antike Vorbilder die gesellschaftliche Vorstellung von Kindern als Besitz der Eltern bzw. des Vaters ohne Anspruch auf eigene Rechte. In den alttestamentarischen Sprüchen Salomons heißt es: „Wer seine Rute schont, der hasst seinen Sohn; wer ihn aber lieb hat, der züchtigt ihn beizeiten.“ (Spr 13,24). Und kurz darauf folgt der Rat: „Lass nicht ab, den Knaben zu züchtigen; denn wenn du ihn mit der Rute schlägst, so wird er sein Leben behalten; du schlägst ihn mit der Rute, aber du errettetst ihn vom Tode.“ (Spr 23,13.14). Im antiken Rom erklärte die so genannte „patria potestas“ Kinder zum Eigentum des Vaters, der selbst unabhängig vom Protest der Mutter berechtigt war, über deren Leben und Tod zu entscheiden ().

Erst zwischen dem 18. und 19. Jahrhundert setzte sich in Deutschland schrittweise die Vorstellung von der Kindheit als einer schutzbedürftigen Entwicklungsphase durch. In dieser Zeit tauchte erstmals der Begriff des „Kindeswohls“ auf, der Anfang des 20. Jahrhunderts auch ins Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen wurde. Seitdem haben gesellschaftliche Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse die Vorstellung vom „Kindeswohl“ verändert: Immer mehr wird das Kind als eigenständige, sich entwickelnde Persönlichkeit anerkannt, auf die Eltern und Staat kein Recht haben, sondern für die beide Verantwortung übernehmen müssen.

1.2.1 Kinderrechte

Dieses gewandelte Bild von Kindern bzw. von dem Verhältnis zwischen Erwachsenen und Kindern schlug sich allmählich in veränderten Begrifflichkeiten in Gesetzestexten und in einer Stärkung der Kinderrechte nieder: Noch Anfang des 20. Jahrhunderts war das Züchtigungsrecht des Vaters oder des Lehr- und Schulmeisters gegenüber Kindern gesetzlich festgeschrieben: Dem Vater war es erlaubt, „kraft des Erziehungsrechts angemessene Zuchtmittel gegen das Kind anzuwenden“ (§ 1631 Abs. 2 BGB, Fassung von 1896) (). Mit der Einführung des BGB am 01.01.1900 wurde lediglich das

Züchtigungsrecht des Mannes gegenüber seiner Frau aufgehoben, gegenüber Kindern blieb es weiter bestehen. Als 1958 im Rahmen der Gleichberechtigung von Mann und Frau die Alternativen bestanden, der Mutter das gleiche Recht einzuräumen oder den Artikel fallen zu lassen, wurde das Züchtigungsrecht zwar aus dem Gesetz gestrichen, allerdings bestand es gewohnheitsrechtlich weiter.

1968 interpretierte das Bundesverfassungsgericht den Begriff „Elternrecht“ als „Elternverantwortung“ gegenüber dem Kind und betonte ausdrücklich, dass das Kind als Träger einer eigenen Menschenwürde das Recht auf eine freie Entfaltung seiner Persönlichkeit habe (Fegert et al. 1996). Nach heftigen Diskussionen wurde in der Kindschaftsrechtsreform von 1980 der Begriff „elterliche Gewalt“ durch „elterliche Sorge“ ersetzt, und in Bezug auf den Einsatz von körperlicher Gewalt in der Erziehung einigte man sich anstelle eines ausdrücklichen Gewaltverbotes auf die Formulierung: „Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig“ ().

1989 verabschiedeten die Vereinten Nationen die UN-Kinderrechtskonvention, die 1992 auch von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde. In Artikel 19 (Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung) heißt es darin: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenzufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.“ (BMFSFJ 2001). Erst im Jahr 2000 wurde nach mehreren gescheiterten Gesetzentwürfen auch im deutschen Gesetz das Recht auf gewaltfreie Erziehung verankert: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“ (§ 1631 Abs. 2 BGB).

1.2.2 Gesellschaftliches Familienbild

Gleichzeitig änderte sich im Verlauf dieser Entwicklung auch die gesellschaftliche Vorstellung von der Familie. Das Jahrhunderte lang überlieferte Modell einer patriarchalisch geführten Familie wird zunehmend durch eine gleichberechtigte

Partnerschaft zwischen den Eltern abgelöst. Neben der klassischen Familie mit verheirateten Eltern und leiblichen Kindern existieren heute verschiedene alternative Lebensformen wie unverheiratet zusammen lebende Eltern, allein erziehende Elternteile und homosexuelle PartnerInnen mit adoptierten Kindern.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Veränderungen des Familienbildes mit der juristischen Gleichberechtigung von Vater und Mutter in Sorgerechtsfragen, der rechtlichen Gleichstellung von ehelichen und unehelichen Kindern und von biologischer und faktischer Elternschaft sowie mit der Einführung von eingetragenen Partnerschaften für homosexuelle Paare.

1.2.3 Verhältnis zwischen Staat und Familie

Zunehmend wird nicht mehr die Institution Familie als übergeordnet betrachtet, sondern die individuellen Rechte der einzelnen Mitglieder. Damit einhergehend setzte sich im 20. Jahrhundert auch immer mehr die Vorstellung durch, dass der Staat bzw. die Gesellschaft mitverantwortlich dafür sind, die Rechte der einzelnen Familienmitglieder und insbesondere der Kinder zu schützen und ihnen die Lebensbedingungen zu schaffen, die für die Entwicklung ihrer Persönlichkeit notwendig sind.

Diese zunehmende Verantwortung des Staates bzw. der Gesellschaft für das Kindeswohl wirft die Frage auf, an welcher Stelle die Grenze zwischen staatlichem Eingreifen und Freiheit der Familie verläuft: Nach der Erfahrung des dritten Reiches, dass der unbegrenzte staatliche Eingriff in alle privaten Räume und eben auch in die Familie zu verheerenden Folgen führen kann, hat die Familie in Deutschland einen Sonderstatus: „(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung. (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ (Art. 6, Absatz 2 Grundgesetz). In diesem Abschnitt des Grundgesetzes sind die beiden Forderungen formuliert, zwischen denen es in Einzelfällen zu Konflikten kommen kann: Auf der einen Seite der Freiheitsraum der Familie, der die elterliche Erziehungsverantwortung garantiert, und auf der anderen Seite die staatliche Schutzverpflichtung gegenüber dem Kind als Grundrechtsträger. Dieses Dilemma, die Gratwanderung zwischen zu früher und zu später, zu viel und zu wenig Einmischung zieht sich durch jeden Einzelfall und alle Institutionen, die mit dem

Thema „Gewalt an Kindern“ befasst sind (Fegert et al. 1996).

1.3 Juristische Regelungen in Deutschland

1.3.1 Zivilrechtliche Regelungen

Die öffentliche Jugendhilfe wird im Kinder- und Jugendhilfsgesetz (KJHG) im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) geregelt. In § 1 wird dort das Kindeswohl definiert als „der Zustand, bei dem die leibliche Existenz sowie eine angemessene geistige und seelische Entwicklung des Minderjährigen zu einer vollwertigen Persönlichkeit und zu einem lebensfähigen Glied der Gemeinschaft gewährleistet ist“ (,).

Um dieses Kindeswohl zu erreichen und das im BGB festgeschriebene Recht von Kindern auf gewaltfreie Erziehung sicherzustellen, sind zum einen zahlreiche Hilfeleistungen vorgesehen. § 16 des KJHG nennt als Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfe unter anderem Angebote zu Familienbildung, Familienerholung, Hilfe bei Wohnungsbeschaffung, Beratung in wirtschaftlichen Notlagen, Erziehungsberatung, Erziehungsbeistand, Vollzeitpflege und Heimerziehung.

Zum anderen berechtigt § 42/ 43 des KJHG das Jugendamt bei einer akuten Gefährdung des Kindeswohls, eine kurzfristige Inobhutnahme des Kindes durch Kliniken oder Schutzstellen sowie eine Herausnahme des Kindes aus der Familie zu veranlassen. Diese Maßnahmen können in Ausnahmefällen zeitlich begrenzt auch gegen den Widerspruch der Sorgeberechtigten und des Kindes und ohne gerichtlichen Beschluss erfolgen. Im Falle eines Widerspruchs durch die Sorgeberechtigten entscheiden die Familiengerichte über den weiteren Verlauf.

Diese können zum Schutz des Kindes durch vorläufige Anordnungen Umgangsverbote, Kontaktsperren und Einschränkungen des elterlichen Aufenthaltsbestimmungs- und Sorgerechtes erwirken. In besonderen Fällen kann das familiengerichtliche Verfahren auch zu einem dauerhaften Sorgerechtsentzug nach § 1666 BGB führen.

Einen weiteren Beitrag zur Sicherheit von Kindern leistet weiterhin das Gewaltschutzgesetz von 2002, das den zivilrechtlichen Schutz von Opfern häuslicher Gewalt regelt. Darin sind unter anderem kurzfristige Platzverweise gegen den Täter/ die Täterin durch die Polizei, weitergehende Schutzanordnungen und die Zuweisung der gemeinsamen Wohnung an das Opfer unabhängig von den Eigentumsverhältnissen vorgesehen ().

1.3.2 Strafrechtliche Regelungen

Das Strafgesetzbuch legt eine grobe Vernachlässigung der Fürsorgepflicht sowie Misshandlung und sexuellen Missbrauch Schutzbefohlener als strafbare Handlungen fest. Allerdings liegt dabei vor allem bei körperlicher Misshandlung ein enger Misshandlungsbegriff zu Grunde: Im Gesetzestext ist die Rede von „roher Misshandlung“, „zugefügten Qualen“ oder „böswilliger Vernachlässigung“ (). Diese starke begriffliche Einschränkung führt dazu, dass es nur selten zu Verurteilungen wegen Kindesmisshandlung kommt. Viele Beratungseinrichtungen stehen strafrechtlichen Maßnahmen zudem ablehnend gegenüber: Sie kritisieren den mangelnden Opferschutz, die kinderfeindliche Atmosphäre im Gerichtssaal, die lange Verfahrensdauer von durchschnittlich 1,5 Jahren und die enttäuschenden Ergebnisse vieler Verfahren (Berger et al. 1996).

1.4 Ausmaß und Umstände von Kindesmisshandlungen

1.4.1 Prävalenz von Kindesmisshandlungen in Deutschland und Berlin

Von den 3.388.000 Einwohnern Berlins waren Ende 2003 15,6% unter 18 Jahre alt. Diese Kinder wuchsen in 345.500 Familien auf, darunter in 151.000 Familien mit alleinstehenden Elternteilen¹ (Statistisches Landesamt Berlin 2003).

Wie viele dieser Kinder von Gewalt innerhalb der Familie betroffen sind, lässt sich schwer feststellen. Die „Gewaltkommission der Bundesregierung“ bezeichnete 1990 in ihrem abschließenden Bericht Gewalt innerhalb der Familie als die am weitesten verbreitete Form der Gewalt in Deutschland (Schwind et al. 1990). Die Berliner Kriminalstatistik 2003 erfasst 528 Fälle von Kindesmisshandlung (2002: 415), 974 Fälle

¹ Einschließlich der Alleinerziehenden, die Partner in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sind.

von sexuellem Missbrauch (2002:1041 Fälle) und 10371 Ermittlungsverfahren mit der Kennzeichnung „Häusliche Gewalt“ (2001: 7552)¹ (Berliner Senatsverwaltung für Inneres 2003).

In der wissenschaftlichen Literatur wird die Dunkelziffer allerdings 10 bis 60 mal höher eingeschätzt als die Zahl der in offiziellen Kriminalstatistiken aufgeführten Gewaltopfer. Diese hohe Dunkelziffer wird durch die Verborgenheit des Tatorts „Familie“, die Scham- und Schuldgefühle der Opfer und deren Angst vor den Tätern erklärt. Die stark abweichenden Angaben über die Höhe der Dunkelziffer in verschiedenen Studien erklären sich durch Unterschiede in der verwendeten Gewaltdefinition, in der Befragungsart sowie in der Auswahl und Ausschöpfung der Stichproben.

Um Erfahrungen ausschließlich mit körperlicher Misshandlung ging es in der in Kapitel 1.1.3 erwähnten Schülerbefragung von Pfeiffer et al.. 1999. Darin gaben 9,8% der Befragten an, in ihrer Kindheit von den Eltern misshandelt worden zu sein². Lediglich 43,3% der Befragten sagten aus, völlig ohne elterliche Gewalt aufgewachsen zu sein (). Ein Übersichtsartikel von 2002 zitiert Studien, in denen der Anteil der Befragten, die von körperlicher Misshandlung in ihrer Kindheit berichten, zwischen 5% und 50% schwankt ().

1.4.1.1 Prävalenz von sexuellem Missbrauch

Besonders unterschiedliche Zahlen finden sich bei Untersuchungen zum Ausmaß des sexuellen Missbrauchs. Finkelhor stellt in einem internationalen Literaturvergleich Prävalenzen zwischen 7% und 36% bei Mädchen sowie 3% und 29% bei Jungen fest (). In einer Metaanalyse findet Bange 1994 unter Weglassung von 4 Studien mit extrem hohen oder niedrigen Ergebnissen in 14 internationalen Studien Prävalenzangaben zwischen 15% und 33% bei Mädchen sowie zwischen 6% und 9% bei Jungen (). Finkelhor und Bange finden kaum Prävalenzunterschiede zwischen verschiedenen Ländern³, sondern vor allem abweichende Zahlen aufgrund unterschiedlicher

¹ Es handelt sich dabei um eine zusätzliche Kennzeichnung, die stark von der Sensibilisierung der MitarbeiterInnen abhängig ist. Der starke Anstieg der gekennzeichneten Straftaten ist daher nicht gleichbedeutend mit einer tatsächlichen Zunahme dieser Delikte.

² Nach „körperlicher Misshandlung“ wurde im Fragebogen mit folgendem Wortlaut gefragt: „mein Vater/ meine Mutter hat mich geprügelt, zusammengeschlagen/ mich mit der Faust geschlagen oder mich getreten“ ().

³ Allerdings berücksichtigen beide fast ausschließlich Studien aus westlichen Industrienationen.

Gewaltdefinitionen und Untersuchungsmethoden der einzelnen Studien.

Bei den vier in Deutschland durchgeführten Erhebungen liegen die Missbrauchsraten zwischen 16% und 31% bei Mädchen und zwischen 4% und 9% bei Jungen. Dabei verteilen sich die Fälle etwa gleichmäßig auf drei Schweregrade: auf anale, orale und genitale Vergewaltigungen (Kategorie 1), auf manuelle genitale Manipulationen (Kategorie 2) und auf erzwungene Zungenküsse, Anfassen der Brüste u. ä. (Kategorie 3) ().

Zur Prävalenz von Vernachlässigung und psychischer Misshandlung liegen bisher keine Dunkelfelduntersuchungen vor.

1.4.2 Sozialer Kontext von Gewaltopfern

Untersuchungen zu den sozialen Risikofaktoren für körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch fanden eine Verbindung zu der wirtschaftlichen und sozialen Situation der Familie sowie zu dem Bildungsniveau der Eltern und der Kinder. Außerdem zeigten sich selbst nach Bereinigung von wirtschaftlichen Faktoren erhöhte Misshandlungsraten bei ausländischen Kindern und innerhalb dieser Gruppe vor allem bei türkischen Kindern. Diese Risikofaktoren galten allerdings nur für körperliche Misshandlung. Zwischen isoliertem sexuellem Missbrauch und sozialer Schicht wurde kein Zusammenhang festgestellt (,).

Auf familiärer Ebene erwiesen sich Beeinträchtigung oder Überforderung der Eltern, etwa durch psychische Erkrankungen oder sehr junges Alter, eine schwierige Partnerschaft der Eltern, das Fehlen einer Vertrauensperson sowie eine längere Trennung des Kindes von der Familie als Risikofaktoren. Die These, dass die Berufstätigkeit der Mutter einen Risikofaktor für elterliche Gewaltanwendung darstelle, bestätigte sich nicht ().

Die Täter- und Opferprofile unterscheiden sich je nach Form der Gewalt erheblich. Während bei körperlicher Gewalt häufiger Frauen Täterinnen und Jungen Opfer sind (), sind bei sexuellem Missbrauch zu einem überwiegenden Teil Männer Täter: Unter den Opfern sexueller Gewalt werden Mädchen zu 94-100%, Jungen zu 83-93% von Männern missbraucht. Dabei stammen bei Mädchen die Täter zu 80% aus dem sozialen Nahfeld, bei Jungen zu 65% ().

1.5 Medizinische Versorgung von Gewaltopfern in Deutschland

Niedergelassene Kinder- und HausärztInnen könnten eine Schlüsselrolle bei der Früherkennung von Kindesmisshandlungen und bei der Intervention dagegen spielen. Vor allem KinderärztInnen sehen Minderjährige im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen oder bei Erkrankungen der Kinder regelmäßig und im Gegensatz zu anderen Kontaktpersonen des Kindes auch unbekleidet. Im Falle einer schweren körperlichen Misshandlung ist der Arztbesuch teilweise unvermeidbar und der Arzt/ die Ärztin unter Umständen die einzige außenstehende Person, die das Kind kurz nach der Misshandlung zu sehen bekommt.

Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, die regelmäßig Kontakt zu dem Kind haben, verfügen ÄrztInnen über das medizinische Fachwissen, um Verletzungen, Wachstumsverzögerungen oder psychische Auffälligkeiten des Kindes zu beurteilen. Dadurch kommt ihnen zum Einen in der Diagnostik von Misshandlungen eine besondere Rolle zu. Zum Anderen könnte ihre Aussage auch in Fällen, in denen es zu Gerichtsverhandlungen kommt, von Bedeutung sein: Insbesondere wegen des Scheiterns vieler Verfahren an unzureichender Beweislage ist zu vermuten, dass die ärztliche Begutachtung von Misshandlungen die Rechtsposition der Kinder verbessern würde.

Durch die Schweigepflicht und das gesellschaftliche Arztbild nehmen ÄrztInnen in vielen Fällen die Rolle einer Vertrauensperson ein. Niedergelassene Kinder- und vor allem auch HausärztInnen kennen darüber hinaus häufig das soziale Umfeld eines Kindes. Dadurch haben sie die Möglichkeit, Risikofaktoren für Kindesmisshandlung abzuschätzen und präventiv oder sehr frühzeitig tätig zu werden.

In unserer Studie soll nun untersucht werden, wie Haus- und KinderärztInnen selbst ihren Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern wahrnehmen, welche Rolle sie sich dabei zuschreiben und inwiefern sie sich in der Lage fühlen, diese Position zu erfüllen. Als Grundlage hierfür werden im Folgenden bisherige Forschungsergebnisse zum ärztlichen Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern dargestellt und im Anschluss die Fragestellungen der vorliegenden Studie vorgestellt.

1.5.1 Fallzahlen in ärztlichen Praxen

Noch schwieriger als die Prävalenz in der Bevölkerung lässt sich bestimmen, wie häufig niedergelassene ÄrztInnen bei ihrer Tätigkeit mit minderjährigen Gewaltopfern konfrontiert sind. Zu den von KinderärztInnen beobachteten Fallzahlen liefern in Deutschland zwei Untersuchungen Daten.

Während einer zweijährigen Studie notierten Hamburger PädiaterInnen im Durchschnitt alle 3 Wochen einen Fall von seelischer Beeinträchtigung durch Gewalterfahrung, alle 12 Wochen einen Fall von körperlicher Misshandlung und alle 16 Wochen einen Fall von sexuellem Missbrauch (). Bei Vollerhebung unter bayerischen PädiaterInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen gaben 70% der Teilnehmenden an, im Vorjahr mindestens ein von Gewalt betroffenes Kind in der Praxis gesehen zu haben. Mit durchschnittlich 11 vermuteten und 7 sicheren Fällen nahmen die Befragten am häufigsten emotionale Misshandlungen wahr, gefolgt von körperlicher Vernachlässigung mit 8 vermuteten und 5 sicheren Fällen, körperlicher Misshandlung mit 2 vermuteten Fällen bzw. einem sicheren Fall und sexuellem Missbrauch, wo je ein vermuteter und ein sicherer Fall genannt wurde ().

In den USA wurden 1998 und 2003 niedergelassene und in der Klinik tätige PädiaterInnen befragt, ob sie im Vorjahr durch Kindesmisshandlung verursachte Verletzungen behandelt hätten. Durch diese Formulierung wurde die Gewaltdefinition für diese Studie auf körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch beschränkt. Die schwerer messbaren Misshandlungsformen Vernachlässigung und emotionale Misshandlung wurden nicht berücksichtigt. 1998 sagten 54% der ÄrztInnen aus, mindestens eine durch Kindesmisshandlung hervorgerufene Verletzung behandelt zu haben, 2003 berichteten dies 66% der ÄrztInnen ().

Allerdings erfassen diese Untersuchungen lediglich die subjektive Wahrnehmung der ÄrztInnen – eine Aussage über die tatsächliche Prävalenz von Kindesmisshandlungen in ärztlichen Praxen ist anhand dieser Daten nicht möglich. Zu den Fallzahlen, mit denen HausärztInnen in ihren Praxen konfrontiert sind, liegen lediglich qualitative, breit streuende Daten aus einer englischen Studie vor (Lupton et al. 2000).

1.5.2 Ärztliches Erkennen von minderjährigen Gewaltopfern

1.5.2.1 Symptome von Kindesmisshandlung

Gewalt gegen Kinder kann ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher Schädigungen verursachen, die hier insbesondere im Hinblick auf das ärztliche Erkennen und Handeln thematisiert werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit wird ein Überblick körperlicher, psychischer und sozialer Auswirkungen von Kindesmisshandlung vorgestellt.

Körperlich fallen physisch vernachlässigte Kinder häufig durch einen reduzierten Allgemeinzustand und einen mangelhaften hygienischen Zustand auf. Hautverletzungen wie Schürfwunden oder Verbrennungen, Hämatome, Frakturen der Rippen oder der langen Röhrenknochen, stumpfe Bauchtraumata oder subdurale Hämatome und retinale Blutungen als Folge des sogenannten „Schütteltraumas“ können akute Symptome von körperlicher Misshandlung sein. Nach sexuellem Missbrauch können Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten, anogenitale Verletzungen oder Schwangerschaften in der Frühpubertät auftreten ().

Alle chronischen Formen der Gewalteinwirkung können Gedeihstörungen und psychosozialen Minderwuchs zur Folge haben. Neurologische Ausfälle und Sehbeeinträchtigungen können nach gewaltbedingten intraokulären Blutungen als langfristige Schäden bestehen bleiben ().

Im Bereich der kognitiven Fähigkeiten hinterlässt schwere Gewalteinwirkung über einen längeren Zeitraum besondere Defizite der Gedächtnisleistungen und der sprachgebundenen intellektuellen Fähigkeiten. Diese sind nach Wegfall der Gewalteinwirkung und unter Therapie teilweise reversibel ().

Überdurchschnittlich häufig fallen misshandelte und vernachlässigte Kinder durch Wachsamkeit, Ängstlichkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Distanzlosigkeit oder oppositionelles Verhalten auf (). Langfristig zeigen sie in interpersonellen Beziehungen oft niedrige soziale Anpassung, geringe Zufriedenheit in intimen Beziehungen, sexuelle Probleme und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, erneut Opfer von Gewalt zu werden ().

Zahlreiche Studien belegen, dass das Risiko für die Opfer, im Verlauf ihres Lebens psychiatrisch oder psychosomatisch zu erkranken, deutlich erhöht ist. Besonders häufige Diagnosen sind dabei Bindungsstörungen, die teilweise in

Persönlichkeitsstörungen übergehen, posttraumatische Belastungsstörungen, Alkoholismus und andere Formen des Substanzmissbrauchs, selbstdestruktives Verhalten, Depressionen und Suizidalität (Fegert et al. 2000).

Wie schwer die Folgen sind, die Gewalteinwirkung in der Kindheit auslöst, ist dabei von vielen Faktoren abhängig: Persönlichkeitsmerkmale des Kindes, wie Temperament oder Intelligenz, also seine „Vulnerabilität“, spielen eine Rolle. Das soziale Umfeld des Kindes kann, je nach Qualität der Beziehungen, einen protektiven oder einen zusätzlich belastenden Faktor darstellen. Was das Gewaltgeschehen selbst betrifft, geht man davon aus, dass die Folgen umso gravierender sind, je schwerer und länger die Gewalteinwirkung stattfindet, je mehr Misshandlungsformen kombiniert auftreten und je näher der Täter oder die Täterin dem Kind stehen. Schließlich spielt auch die Tatsache, ob und auf welche Weise eine Intervention stattfindet, eine entscheidende Rolle.

1.5.2.2 Sicherheit der ÄrztInnen beim Erkennen von Kindesmisshandlungen

In der englischsprachigen Literatur wird für KinderärztInnen immer wieder beschrieben, dass sie sich beim Erkennen von Kindesmisshandlungen sehr unsicher fühlen. Diese Unsicherheit nennen die ÄrztInnen als einen der Hauptgründe dafür, warum sie einen Misshandlungsverdacht Eltern oder Kindern gegenüber nicht ansprechen und keinen Kontakt mit Institutionen des Kinderschutzes aufnehmen (,).

Durch eine parallele Befragung von PädiaterInnen und Eltern der minderjährigen PatientInnen verglichen Kerker et al. 2000 die Zahl der von PädiaterInnen erkannten Fälle von körperlicher Kindesmisshandlung mit der Zahl der von Eltern berichteten körperlichen Gewaltanwendung. Während die ÄrztInnen bei 0,5% der Kinder körperliche Misshandlung wahrnahmen, gaben 21,6% der Eltern an, ihre Kinder so geschlagen zu haben, dass sie dabei Spuren hinterließen ().

1.5.3 Ärztliches Handeln bei festgestellter Gewalt gegen Kinder

1.5.3.1 Juristische Situation von ÄrztInnen

Im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA oder Australien gibt es in Deutschland keine ausdrückliche ärztliche Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung.¹

¹ In den USA entschied beispielsweise 1976 der oberste Gerichtshof von Kalifornien, dass ein Arzt, der

Allerdings kann auch nach deutschem Recht ein unterbliebenes Einschreiten des Arztes/ der Ärztin als strafbare „Unterlassungstat“ nach § 13 StGB interpretiert werden. ÄrztInnen, die die Behandlung eines misshandelten Kindes übernommen haben, werden dabei als Treuhänder des Kindesinteresses und damit als „Garanten“ für ein Ende der Misshandlungen aufgefasst, die sich durch das Unterlassen einer gebotenen Hilfeleistung strafbar machen.

Ganz im Gegensatz zu dieser „Garantenpflicht“ steht die in § 203 StGB festgelegte ärztliche Schweigepflicht, die als Grundlage der ärztlichen Behandlung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/ Ärztin und PatientIn schützen soll. Nur unter bestimmten Umständen hat der Arzt/ die Ärztin demzufolge das Recht, Dinge, die ihm/ ihr im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit bekannt geworden sind, zu offenbaren. Dazu muss die Schweigepflicht mit einem anderen, rechtlich anerkannten Interesse in Widerspruch geraten, das nur durch Offenbarung geschützt werden kann und über dem Geheimhaltungsinteresse steht.

Im Falle der Kindesmisshandlung entspricht das Interesse des Kindes an seiner körperlichen und seelischen Gesundheit jenem anderen Interesse, das mit dem Interesse der Erziehungsberechtigten an der Verschwiegenheit des Arztes/ der Ärztin in Konflikt gerät. Es liegt in diesem Fall an dem Arzt/ der Ärztin, das „überwiegende Interesse“ zu definieren. Falls er/ sie zu dem Schluss kommt, dass dieses „überwiegende Interesse“ nur durch eine Verletzung der Schweigepflicht zu wahren ist, gilt dies als „rechtfertigender Notstand“ nach § 34 StGB, der ihn/ sie von der Schweigepflicht entbindet ().

1.5.3.2 Mögliche Kooperationspartner von ÄrztInnen

Neben niedergelassenen ÄrztInnen und PsychologInnen sind im medizinischen Bereich vor allem Kinderkliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausabteilungen, sozialpädiatrische Zentren und rechtsmedizinische Institute an der Diagnose von Kindesmisshandlungen und an der weiteren Betreuung der Kinder beteiligt. Hinzu kommen zahlreiche nichtmedizinische Einrichtungen.

Die koordinierende Rolle zwischen den Beteiligten fällt offiziell dem Jugendamt bzw.

eine Meldung von Kindesmisshandlung unterlasse, wegen professioneller Vernachlässigung schuldig sei
()

dem allgemeinen sozialpädagogischen Dienst (ASPD) des Jugendamtes zu, dessen Aufgaben im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) festgelegt sind. Beim Jugendamt liegt die grundsätzliche Entscheidung, ob familienorientierte Hilfsmaßnahmen oder ein gerichtlicher Eingriff in das elterliche Sorgerecht als weiteres Vorgehen geeigneter sind. Außerdem ist es Aufgabe des Jugendamtes, in Absprache mit den Betroffenen und den anderen beteiligten Institutionen einen Hilfeplan zu erstellen und so deren Zusammenarbeit abzustimmen.

Einige Hilfsangebote, wie Erziehungsbeistand, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung oder Beratung in wirtschaftlichen Notlagen vermittelt das Jugendamt selbst. Daneben ist ihm seit einigen Jahren der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) unterstellt, der aus multidisziplinären, auch mit MedizinerInnen besetzten Teams besteht und traditionell eng mit niedergelassenen KinderärztInnen zusammenarbeitet. Der KJGD ist für die Gesundheitsförderung von Kindern bis 18 Jahre zuständig und stellt Risikofamilien unter anderem medizinische und soziale Beratungsangebote zur Verfügung. In Berlin sind sowohl die Jugendämter als auch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste auf Bezirksebene organisiert. Die Struktur ist dabei von Bezirk zu Bezirk sehr unterschiedlich: In einigen Bezirken gibt es zentrale Kinderschutzteams, in anderen Bezirken kleine regionale Untergruppen; teilweise kooperieren Jugendamt und KJGD sehr eng, anderenorts arbeiten sie nahezu unabhängig voneinander.

Parallel zu Jugendamt und KJGD operieren zahlreiche staatliche und private Hilfseinrichtungen: Verschiedene Kindernotdienste und Frauenhäuser nehmen Kinder bzw. Mütter und deren Kinder in akuten Krisensituationen stationär auf. Unterschiedliche Träger, die zum Teil auf bestimmte Gebiete wie sexuelle Gewalt gegen Mädchen oder Gewalt gegen MigrantInnen spezialisiert sind, bieten häufig auch anonym und kostenfrei Beratung, therapeutische Hilfen für Opfer und TäterInnen, Rechtsbeistand, Selbsthilfegruppen und Begegnungsstätten.

Falls Hilfsmaßnahmen nicht Erfolg versprechend sind und weiterhin eine Bedrohung des Kindeswohls besteht, ist es Aufgabe des Jugendamtes, das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Diesem fällt dann die Entscheidung über Umgangs- und Kontaktverbote sowie eine Einschränkung des Sorgerechts zu.

Weiterhin ist die Kriminalpolizei an der Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder beteiligt.

In Berlin befasst sich das Sonderreferat „Delikte am Menschen“ mit dem Thema, bei dem anonym Informationen erhältlich sind. Da es sich bei Kindesmisshandlung um ein Offizialdelikt handelt, sind sowohl die Kriminalpolizei als auch die Staatsanwaltschaft verpflichtet, ein Strafverfahren einzuleiten, sobald sie von einem Verdacht wissen. Diese Ermittlungsverfahren führen nur in seltenen Fällen tatsächlich zu Verurteilungen, da die Taten schwierig zu beweisen sind, Aussagen von Kindern nur begrenzt vor Gericht zu verwerten sind und die gesetzlichen Vertreter das Recht haben, eine Vernehmung der Kinder abzulehnen ().

Die vom Gesetzgeber geplante Aufgabenverteilung mit den Jugendämtern als zentraler Koordinationsstelle funktioniert in der Realität nicht immer reibungslos. So stellte eine Analyse des staatlichen Umgangs mit sexuellem Missbrauch von Oberloskamp 1996 auf allen Ebenen ein zentrales Problem fest, nämlich „dass vielfach sozusagen die Rechte nicht weiß, was die Linke tut.“ Ursachen hierfür seien das Fehlen klarer staatlicher Vorgaben und das Statusdenken der einzelnen Beteiligten, das einer funktionierenden Kooperation im Wege stehe ().

1.5.3.3 Ärztliche Kooperation mit Institutionen in Deutschland

In der oben genannten Befragung von bayerischen PädiaterInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen unterschieden sich die Aussagen der ÄrztInnen zu ihrer Kooperation mit Institutionen abhängig davon, wie viele Fälle von Kindesmisshandlung sie im vorhergehenden Jahr wahrgenommen hatten: Die ÄrztInnen, die wenige Misshandlungsfälle beobachtet hatten, gaben an, regelmäßig mit anderen Stellen zusammenzuarbeiten und zufrieden mit der Versorgungssituation vor Ort sowie der Qualität der Kooperation zu sein. Dagegen empfanden die KollegInnen, die im vorhergehenden Jahr häufig mit Fällen von Kindesmisshandlung konfrontiert waren und in diesem Zusammenhang regelmäßig mit anderen Stellen zusammengearbeitet hatten, die Versorgung vor Ort als unzureichend und die Kooperationsbeziehungen als unbefriedigend. Unabhängig von der Anzahl der wahrgenommenen Fälle wünschte sich die Mehrheit der Befragten zur Verbesserung ihrer Arbeit mit misshandelten Kindern eine jederzeit erreichbare Beratungsstelle für Einzelfälle ().

Hinweise auf die spezifischen Berliner Verhältnisse gibt eine Befragung von 26 im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg niedergelassenen PädiaterInnen durch Rückert im

Jahr 2002. Die ÄrztInnen gaben darin an, bei Misshandlungsfällen vor allem mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und verschiedenen Krisendiensten zusammengearbeitet zu haben. Dagegen war der allgemeine sozialpädagogische Dienst (ASPD) des Jugendamtes, der nach dem Gesetz alle Hilfsmaßnahmen koordinieren sollte, selten kontaktiert worden. Die Zusammenarbeit mit diesem wurde nur teilweise als befriedigend beschrieben. Mit den zuständigen Sonderdezernaten der Polizei hatte nahezu keine Kooperation stattgefunden ().

1.5.3.4 Internationale Literatur zur ärztlichen Kooperation

Zahlreiche internationale Studien untersuchten Gründe für mögliche Schwierigkeiten bei der Kooperation zwischen ÄrztInnen und Institutionen. Von ärztlicher Seite wurde häufig der Zeitmangel im Praxisalltag angeführt, mit dem sich aufwendige Fallkonferenzen und eventuell folgende Gerichtstermine kaum vereinbaren ließen. Darüber hinaus befürchteten ÄrztInnen, dass Kontakt zu Institutionen zu sozialen und finanziellen Nachteilen sowie zu Zerwürfnissen mit der Familie führen könnte (,).

Auf institutioneller Seite kritisierten die Befragten die schlechte Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten und das Fehlen einheitlicher, standardisierter Vorgehensweisen. Außerdem beklagten sie, kaum Rückmeldungen von den Institutionen über den weiteren Verlauf der Fälle zu bekommen (Flaherty et al. 2000, ,).

MitarbeiterInnen von Kinderschutzeinrichtungen vermuteten als Ursache für das Scheitern der Zusammenarbeit das mangelnde Wissen der ÄrztInnen über Ansprechpartner, Aufgaben und Arbeitsweisen der Einrichtungen. Grundsätzlich schätzten sie die Rolle der ÄrztInnen jedoch als wichtig und deren Beiträge als bedeutungsvoll ein. Sie empfanden die ÄrztInnen zwar als schwierige Kooperationspartner und beklagten deren geringe Kooperationsbereitschaft, zögerliche Informationsweitergabe und mangelnde Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen; dennoch änderte diese Unzufriedenheit nichts an ihrer grundlegenden Einschätzung hinsichtlich der Wichtigkeit der ärztlichen Rolle (Lupton et al. 2000,).

