

An die Hamburger
Ärztinnen und Ärzten

Hamburg, im Juli 2010

Aktualisierung des Leitfadens „Häusliche Gewalt“

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Ihnen liegt nun der aktualisierte Leitfaden „Häusliche Gewalt“ vor. Er wurde 2006 vom Arbeitskreis Häusliche Gewalt der Ärztekammer Hamburg erstellt und in Zusammenarbeit mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung herausgegeben.

Sie finden im Anhang Beiträge zum Thema Häusliche Gewalt, Beratungsstellen und Formulare, die Sie im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt unterstützen und Ihnen helfen können, Ansprechpartner oder Beratungsstellen zu finden. Aktualisiert wurde der Leitfaden um Beiträge, die im Hamburger Ärzteblatt 02/2009 veröffentlicht wurden. Hier stand das Thema „Wenn Kinder häusliche Gewalt am eigenen Leib erfahren oder Zeugen werden, sind schwere psychische Verletzungen die Folge, im Zentrum.

Ferner möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Sie die stets aktuellen Telefonnummern der Beratungseinrichtungen unter www.hamburg.de/opferschutz finden.

Der Vorstand der Ärztekammer dankt an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich all denen, die sich für diesen Leitfaden in der Vergangenheit engagiert haben, insbesondere den Mitgliedern des Arbeitskreises Häusliche Gewalt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr.med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident

Hamburg, im September 2006



An alle niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzte

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

alle Formen von Gewalt werden in der niedergelassenen Praxis oft vorgestellt, aber selten erkannt. Die Opfer trauen sich oft jahrelang nicht, ihr Leid öffentlich zu machen, die Täter kommen meist ungeschoren davon. In einer aktuellen Umfrage aus dem Jahr 2004 unter 10000 Frauen haben in Deutschland 42 Prozent der Frauen seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal psychische Gewalt, 37 Prozent körperliche Gewalt und 13 Prozent sexuelle Gewalt erfahren. Die geschätzte Anzahl der Gewalt bei Kindern ist deutlich höher. Auch bei Gewalt an alten Menschen besteht eine hohe Dunkelziffer.

Die Ärztekammer Hamburg hat eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ eingerichtet. Ein erstes Ergebnis ist der vorliegende Leitfaden, der das gesamte Spektrum der Gewalt für alle Altersstufen erfasst und Ihnen Hilfestellung bei der Erkennung von Gewalt geben soll. Der Leitfaden enthält Dokumentationsbögen, die im Zusammenhang mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entwickelt wurden. Mit dieser Dokumentation wird sichergestellt, dass die Spuren der Gewalt festgehalten werden und bei einer eventuellen Anklage vor Gericht verwendet werden können. Die Bögen können Ihnen als Kopiervorlage dienen. Der Leitfaden liegt als Ringordner vor, damit Sie jederzeit aktuelle Nachträge und Ergänzungen beifügen können.

In der zweiten Jahreshälfte werden Sie auch eine Box mit Informationen für Ihre Patienten zum Aufstellen in Ihrer Praxis erhalten. Ebenso einen Miniflyer zum Auslegen im Wartezimmer, wo sich die Patienten unauffällig bedienen können. Darin sind Informationen enthalten, wo der Patient auch ohne Anzeige Hilfe erfahren kann. Sie können wählen, für welche der beiden Möglichkeiten der Information Sie sich für Ihre Praxis entscheiden, am besten jedoch für beide. Damit zeigen Sie Ihren Patienten, dass Sie für das Thema „Häusliche Gewalt“ aufgeschlossen sind. Wir würden uns freuen, wenn Sie betroffene Eltern und Patienten ermutigen, über die erlebte Gewalt und die damit einhergehende gesundheitliche Beeinträchtigung zu sprechen. Damit unterstützen Sie die Bekämpfung häuslicher Gewalt nachhaltig.

Wir danken der Techniker Krankenkasse, die sich auch für diesen Leitfaden zur Prävention von Gewalt wieder engagiert hat. Ebenso Dank der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Möglichkeit, dass der Leitfaden ohne großen finanziellen Aufwand an jeden Hamburger Arzt gelangt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Michael Reusch
Präsident der Ärztekammer Hamburg

Leitfaden „Häusliche Gewalt“

Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement

Herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg
in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

September 2006
(aktualisiert: Juli 2010)

Dieser Leitfaden kann auch auf den Seiten der Ärztekammer Hamburg unter www.aerztekammer-hamburg.de oder auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung unter www.kvhh.de als pdf (kostenlos) heruntergeladen werden.

Vorwort

Hamburg, im September 2006

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

häusliche Gewalt ist bis heute ein Tabuthema. Die Opfer werden mit ihrem Leid häufig allein gelassen. Betroffen sind in über 90 Prozent der Fälle Frauen und Kinder. Eine erste repräsentative Studie aus 2004 zeigt, dass von 10 000 Frauen jede Vierte im Alter von 16 bis 85 Jahren bereits ein- oder mehrmals körperliche oder zusätzlich sexuelle Übergriffe eines Beziehungspartners erlitten hat. In 99 Prozent der Fälle handelt es sich um männliche Täter. Doch die Opfer trauen sich oft jahrelang nicht, ihr Leid öffentlich zu machen, Täter kommen oft ungeschoren davon.

Um diese bedrückende Situation im Sinne der Opfer zu verändern, bitten wir dringend um Ihre Mithilfe. Es ist unerlässlich, dass die Ursachen typischer Verletzungsbefunde von Seiten des Arztes in Klinik oder Praxis offen angesprochen und im Interesse des Opfers standardisiert dokumentiert werden müssen. Für diese Aufgabe von Ärzten und Pflegepersonal jedweder Fachrichtung ist der vorliegende Leitfaden vom Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ der Ärztekammer Hamburg entwickelt worden. So wurde eine einheitliche Grundlage geschaffen, die es dem Opfer ermöglicht, straf- oder familienrechtliche Ansprüche auch zu einem späteren Zeitpunkt geltend zu machen.

Opfer suchen in den meisten Fällen einen Arzt ihres Vertrauens auf. Daher tragen wir eine große Verantwortung für den weiteren Verlauf des Geschehens im Leben der gewaltbelasteten Frau. Als Präsident der Ärztekammer bitte ich Sie daher, Ihre Aufmerksamkeit auf Spuren häuslicher Gewalt zu lenken und den Opfern mit Verständnis und Beratung zur Seite zu stehen. Auf diese Weise können wir unseren Beitrag zur Eingrenzung und Linderung dieses drängenden gesellschaftlichen Problems leisten.



Dr. Michael Reusch

Präsident der Ärztekammer Hamburg

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 4 |
| Mitglieder des Arbeitskreises „Häusliche Gewalt“ | 6 |
| Leitfaden „Häusliche Gewalt“, ein Überblick | 7 |
| Opfer häuslicher Gewalt – die Rolle der Ärzte | 9 |
| Gewalt gegen Kinder und Jugendliche | 16 |
| Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Überblick | 23 |
| Häusliche Gewalt an Kindern aus armen und randständigen Familien | 38 |
| Ältere Menschen als Opfer von Gewalt im häuslichen Umfeld | 41 |
| Zur rechtlichen Situation von Opfern häuslicher Gewalt | 44 |
| Hilfe und Beratung bei Gewaltbetroffenheit von Erwachsenen | 50 |
| Hilfe und Beratung bei Gewaltbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen | 52 |
| Häusliche Gewalt – Dokumentationsbogen | 55 |
| Ergänzender Dokumentationsbogen bei Verdacht auf sexuelle Gewalt | 59 |
| Hamburger Psychotrauma-Fragebogen „Häusliche Gewalt“ (HPHG) | 63 |
| Postexpositionsprophylaxe nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr | 66 |
| Auszug aus dem Hamburger Ärzteblatt 02/2009 - Schwerpunktthema „Häusliche Gewalt“ | 69 |

Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“

Mitglieder 2010

Priv.-Doz. Dr.med. Dragana **Seifert** (Vorsitzende)
Fachärztin für Rechtsmedizin

Leiterin des Arbeitsbereichs
„Klinische Rechtsmedizin“
Institut für Rechtsmedizin am UKE
Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Dr. Sven **Anders**
Facharzt für Rechtsmedizin

Institut für Rechtsmedizin am UKE
Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Dr. Brigitte **Eschler**
Fachärztin für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe

Erdkampsweg 43, 22335 Hamburg

Dr. Axel **Heinemann**
Facharzt für Rechtsmedizin

Leitender Oberarzt
Institut für Rechtsmedizin am UKE
Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Dr. Charlotte **Köttgen**
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

im Ruhestand

Dr. Andreas **Krüger**
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Mittelweg 162, 20148 Hamburg

Dr. Hans-Ulrich **Neumann**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Hoheluftchaussee 36
20253 Hamburg

Isabel **Said**
Referatsleitung Opferschutz – LIZ 3 -

Leitstelle Integration u. Zivilges. (LIZ)
Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit u. Verbraucherschutz
Adolph-Schönfelder-Str.5
22083 Hamburg

Klaus **Schäfer**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Fibigerstraße 259
22419 Hamburg

Dr. Kerstin **Stellermann**
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Oberärztin / Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik des
Kindes- und Jugendalters, Bereich:
Gewalt und Trauma / Flüchtlingskinder
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Ständige Gäste

Iris **Hannig-Pasewald**
Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapeutin

Beratungsstelle Opferhilfe
Paul-Neveermann-Platz 2-4
22765 Hamburg

Sigurd **Sedelies**
Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut

Beratungsstelle Opferhilfe

Leitfaden „Häusliche Gewalt“, ein Überblick

Rechtsmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater aus Klinik und Jugendhilfe, eine niedergelassene Gynäkologin, ein niedergelassener Chirurg, ein niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Juristen: Sie alle haben mit dem Thema häusliche Gewalt zu tun. Die einen täglich, die anderen nur ausnahmsweise. In einem Arbeitskreis der Ärztekammer Hamburg haben sie ihre vielfältigen Erfahrungen und ihr Wissen zum Thema zusammengetragen und gemeinsam den vorliegenden Ordner erarbeitet. Im ersten Teil sollen verschiedene Aufsätze für das Thema sensibilisieren und einen Überblick über relevante Aspekte geben. Im zweiten Teil findet sich der Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, die unter ihren Patientinnen und Patienten Opfer von Gewalt haben oder aber vermuten. Dieser beschreibt konkrete Handlungsmöglichkeiten und enthält Adressen von Fachleuten und Institutionen, die weitere Hilfe anbieten.

Das erste Kapitel gibt zunächst einen Überblick über das Thema häusliche Gewalt, bietet Definitionen und Angaben zur Epidemiologie, schildert Risikofaktoren und gesundheitliche Folgen der chronischen Krankheit Gewalt. Im Mittelpunkt der Ausführungen stehen dabei die Frauen, denn sie stellen über 90 Prozent der Opfer dar. Im zweiten Teil des Kapitels geht es ausführlich um die Rolle des Arztes und wie er von Gewalt betroffenen Patienten helfen kann. Hierbei geht es um das konkrete Vorgehen bis hin zur Dokumentation von Verletzungen.

Das zweite Kapitel befasst sich mit Kindern und Jugendlichen als Opfer häuslicher Misshandlungen und deren spezifische Behandlungsbedürftigkeit. Wann immer Arzt oder Ärztinnen Opfer von Gewalt behandeln, sollten sie danach fragen, ob auch Kinder betroffen sind – entweder als weitere Opfer oder als Zeugen. In beiden Fällen kann das Kind behandlungsbedürftige Traumatisierungen erlitten haben. Der Fragebogen im Materialienanhang hilft dem Mediziner, dies herauszufinden. Im dritten Kapitel geht es dann ausführlich um psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter und deren Diagnostik sowie Therapie. Außerdem erfährt der behandelnde Arzt konkret, welche Handlungsmöglichkeiten er hat, wenn er glaubt, ein durch Gewalt in der Familie traumatisiertes Kind vor sich zu haben.

Um das Thema auch aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu beleuchten, widmet sich der Beitrag im vierten Kapitel insbesondere der Gewaltsituation in armen und gesellschaftlich randständigen Familien. Er erläutert darüber hinaus, inwieweit Kinderarmut ein Risikofaktor für Gewalt ist und wie das staatliche Hilfesystem betroffenen Familien helfen kann, welche Institutionen also ein behandelnder Arzt zu Hilfe ziehen kann.

Im fünften Kapitel stehen die älteren Menschen im Mittelpunkt. Sie sind ebenfalls eine häufig von Gewalt betroffene Gruppe und haben ganz spezifische Bedürfnisse in der Versorgung.

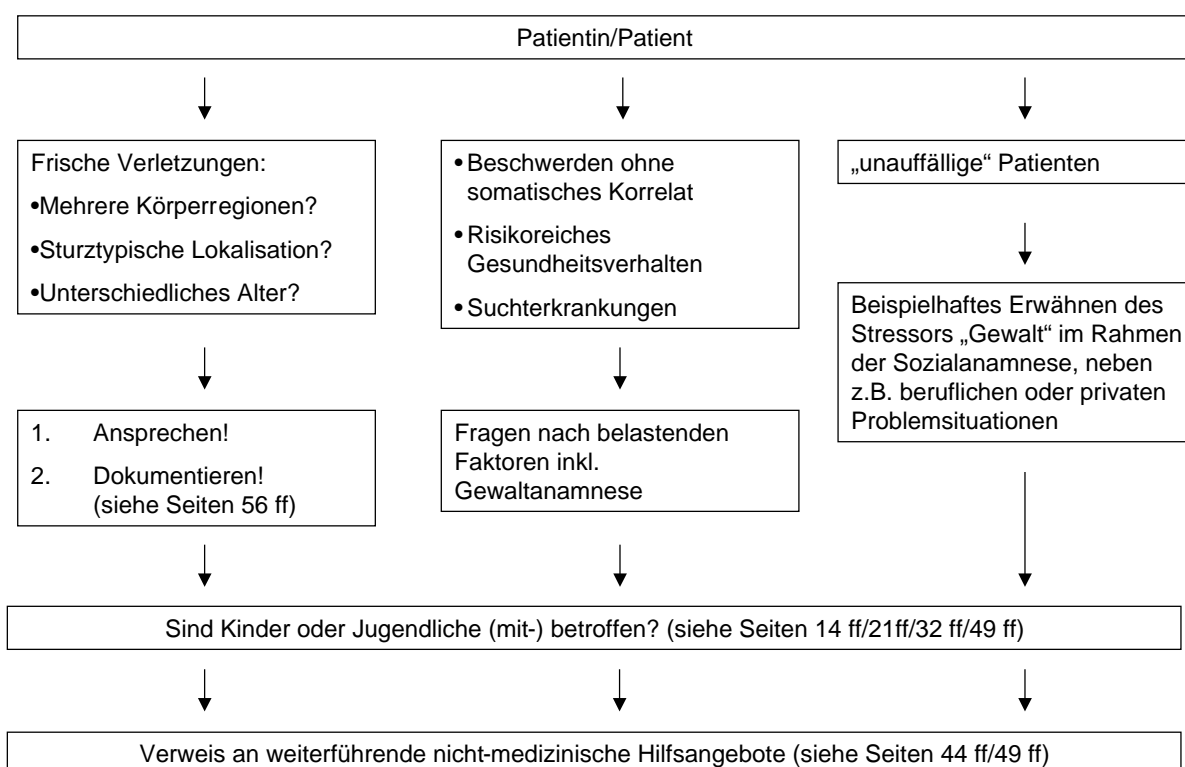
Doch der behandelnde Arzt ist auch mit einer Reihe juristischer Fragen konfrontiert. Wie steht es beispielsweise um die Schweigepflicht, wenn der Mediziner bei einem entsprechenden Verdacht andere Institutionen einschaltet, die sich um die betroffene Person kümmern. Diese und andere rechtliche Fragen werden im 6. Kapitel beantwortet.

Im letzten Teil des Ordners schließlich findet der Arzt konkrete Hilfe für seine Arbeit mit Opfern von Gewalt. Dokumentationsbögen, die als Kopiervorlage dienen, erleichtern die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen. Spezielles Augenmerk lenken die

Autoren auf Opfer sexueller Gewalt sowie auch auf mögliche sekundäre Folgen wie Infektionen mit Hepatitis B, Hepatitis C und HIV.

Im umfangreichen Adressenteil findet der behandelnde Mediziner Anlaufstellen, auf die er verweisen und die er kontaktieren kann.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick, bei welchen Patientengruppen und wie der behandelnde Arzt das Thema Gewalt ansprechen sollte und an welchen Stellen im Ordner er die entsprechenden Informationen findet.



Opfer häuslicher Gewalt – die Rolle der Ärzte

Seifert, D.* , Heinemann, A.* , Anders, S.* , Püschel, K.**

* Fachärzte für Rechtsmedizin, ** Direktor des Instituts für Rechtsmedizin

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Butenfeld 34,
22529 Hamburg

1. Definition

Unter häuslicher Gewalt wird Gewalt zwischen zwei Personen definiert, die aktuell oder in der Vergangenheit eine partnerschaftliche Beziehung eingegangen sind. Obwohl außer Zweifel steht, dass auch Männer Opfer häuslicher Gewalt werden können, widmet sich der vorliegende Beitrag in erster Linie betroffenen Frauen. Denn über 90 Prozent der Opfer von häuslicher Gewalt sind weiblich (7). Männer stellen sich in dieser Konstellation weit überwiegend als Täter dar.

Hinsichtlich der Ausprägungsformen von Gewalt kann zwischen körperlicher, sexualisierter, psychischer, ökonomischer und sozialer Gewalt differenziert werden (17).

1. *Körperliche Gewalt* – Tätliche Angriffe, im Extremfall mit tödlichen Folgen (Ohrfeigen, Faustschläge, Tritte, Umstoßen, Misshandlungen mit Gegenständen, Würgen, Fesseln u. a.);
2. *Sexualisierte Gewalt* – Sexuelle Nötigung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, sadistische sexuelle Handlungen oder Zwang zur Prostitution;
3. *Psychische Gewalt* – Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug, Einschüchterungen;
4. *Ökonomische Gewalt* – Arbeitsverbot oder Zwang zur Arbeit, alleinige finanzielle Verfügungsmacht durch den Mann;
5. *Soziale Gewalt* – zumeist als Bestreben eines Mannes beschrieben, die Frau sozial zu isolieren (Kontaktverbot oder Kontrolle), Einsperren.

Abb. 1: Gewaltdefinition

Es ist wichtig, dass sich im Gesundheitswesen Beschäftigte *aller* Formen der Gewalt bewusst sind, denn selten kommt eine Form der Gewalt isoliert vor. So lässt sich besser verstehen, warum Frauen mitunter nicht in der Lage sind, zeitnah Hilfe für sich und ihre Kinder zu organisieren oder sich konsequent von einem gewalttätigen Partner zu trennen.

2. Epidemiologie der häuslichen Gewalt

Die erste repräsentative Prävalenzstudie in Deutschland, in der 10 000 Frauen zu ihren Gewalterfahrungen in verschiedenen Lebensphasen befragt wurden, zeigt folgendes Bild (9):

42 Prozent aller befragten Frauen haben seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal psychische Gewalt, 37 Prozent körperliche Gewalt und 13 Prozent sexuelle Gewalt erfahren. Jede 4. Frau im Alter zwischen 16 und 85 Jahren, die in einer Partnerschaft lebt oder gelebt hat, erfährt ein- oder mehrmals körperliche oder zusätzlich sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner (99 Prozent männliche Täter). Knapp ein Drittel gewalterfahrener Frauen gab an, im bisherigen Leben eine singuläre Gewaltsituation durch den Partner erlebt zu haben, 33 Prozent dagegen gaben mehr als 10 (bis zu maximal 40) erinnerliche Situationen an, 65 Prozent aller gewalterfahrener Frauen hatten dabei körperliche Verletzungen erlitten.

Die deutschen Prävalenzdaten befinden sich – bei allen Einschränkungen hinsichtlich Vergleichbarkeit – im internationalen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich. Unter Erste-Hilfe-/Notaufnahme-Patientinnen variiert die Lebenszeitprävalenz für mindestens eine Form der häuslichen Gewalterfahrung in Deutschland zwischen 22,1 Prozent und 37 Prozent, für die USA liegt sie bei über 50 Prozent (1). In rechtsmedizinischen Untersuchungen vorsätzlicher Tötungsdelikte in der Schweiz stellen Lebenspartner des Opfers den größten Anteil bei den Tätern (3).

3. Risikofaktoren

Wie bei anderen Krankheiten stellen Risikofaktoren auch bei der Krankheit Gewalt nur einen Aspekt im Ursachenspektrum dar, zu dem andere Faktoren hinzukommen.

Als wichtigster Risikofaktor sowohl bei den Opfern als auch bei den Tätern ist ein frühes Erleben von sexueller oder körperlicher Gewalt in der Herkunftsfamilie sowie Gewalt in der Kindheit und Jugend anzusehen (9, 12, 15). Die betroffenen Frauen waren zum Teil Zeugen elterlicher Gewalt, zum Teil selbst betroffen (9). Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit des Täters spielen eine Rolle, sollten aber nicht überschätzt werden. Intensität und Frequenz der ausgeübten Gewalt steigt bei akuter Alkoholisierung oder Drogeneinnahme des Täters. Ein Zusammenhang konnte in verschiedenen Studien zwischen Gewalterfahrungen und geringer Bildung festgestellt werden. Einzelne Untersuchungen benennen jüngeres Lebensalter und geringeres Familieneinkommen als risikoerhöhend. Ein schlechter gesundheitlicher Zustand ist ebenso wie die Anwesenheit von Kindern im Haushalt mit einer Verdoppelung des Risikos assoziiert.

Ausländische Familien (insbesondere z.B. Osteuropäer sowie türkische Mitbürger) sind auffällig häufiger von gewaltsamen Abläufen betroffen.

4. Gesundheitliche Folgen

Gewalt ist als chronische Krankheit anzusehen. Häusliche Gewalt führt zu einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und 1,6- bis 2,3fach höheren Kosten im Vergleich zu Patienten mit gleicher Komorbiditätsstruktur (13). Abgesehen vom akuten Risiko, lebensgefährliche Verletzungen, z.B. durch Schädel-Hirn-Traumen, Strangulation und stumpfe abdominale Gewalteinwirkung zu erleiden, präsentieren sich Patientinnen mit einer Vorgeschichte häuslicher Gewalterfahrung häufiger als nicht-betroffene mit psychosomatischen Beschwerden, Essstörungen oder funktionellen Störungen im Unterbauch (Schmerz, Darmprobleme, Dysmenorrhoe) oder in der Brust-Hals-Region. Neben Depression und

Angststörungen sowie Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch ist bei einem Viertel der Opfer von Gewaltverbrechen mit dem Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ohne Selbsterholung zu rechnen, bei Kombination mit sexualisierter Gewalt entwickelt sogar die Hälfte der Opfer eine PTBS. Opfer chronischer häuslicher Gewalt dürften eine ähnliche Prävalenz aufweisen. Häusliche Gewalt gegen Schwangere ist mit verzögerter Pränatalbetreuung sowie möglicherweise geringerem Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit (8) assoziiert. Unter jungen Prostituierten (insbesondere solchen mit Drogenkonsum) finden sich in einem hohen Prozentsatz Frauen, die früher selbst sexuell missbraucht wurden.

5. Die Rolle des Arztes

Ärzte haben in ihrer besonderen Vertrauensposition gegenüber dem Patienten die Möglichkeit, neben dem vordergründigen Behandlungsauftrag Opfer von Gewalt zu erkennen und geeignet zu beraten. Zumeist haben sie Distanz zur sozialen Umgebung des Patienten. Deswegen suchen weibliche Opfer von Gewalt in vielen Fällen nicht eine Hilfsorganisation, sondern einen Arzt auf, oft, ohne sich dabei zunächst hinsichtlich der Ursachen ihrer Beschwerden zu offenbaren (5). Ärztinnen und Ärzte nehmen insofern eine Schlüsselrolle für den weiteren Verlauf der Biografie einer gewaltbelasteten Frau ein. Anlass für einen Arztbesuch können neben akuten Verletzungen auch psychosomatische Krankheiten als Folge chronischer Gewalterfahrungen sein. Frauen können Kontakte zum Gesundheitswesen nutzen – beim Routinecheck – z. B. in der Schwangerschaft oder Geburtshilfe oder als Begleitung ihrer Kinder beim Kinderarzt – auch, wenn Kontakte zur Außenwelt durch Partner massiv reglementiert werden. Viele Frauen suchen trotz chronischer Gewalterfahrung aufgrund befürchteter Gewalteskalation, Zerstörung der Familie oder Wegnahme der Kinder zunächst keinen Kontakt mit der Polizei oder Justiz. Es drohen soziale Isolation, finanzielle Abhängigkeit, aber auch das Gefühl, dem Druck eines Ermittlungs- oder Gerichtsprozesses nicht standhalten zu können.

Frühzeitige Diagnostik und Intervention stellen gesundheitserhaltende Präventionsmaßnahmen dar. Eine reine symptomatische Behandlung einer Gewalterfahrung reicht hier nicht aus. Verabreichung von Schmerzmitteln und Tranquilizern zur vordergründigen Behebung der Symptome kann angesichts erhöhten Suchtrisikos sowie latenter Suizidalität sogar kontraindiziert sein. Des Weiteren bedeutet die sedierende und vigilanzeinschränkende Wirkung von psychotropen Substanzen ein zusätzliches Vulnerabilitätsrisiko (9).

6. Vorgehensweise in der Praxis

Ärzte fast aller Fachrichtungen können mit Opfern von Gewalt als Patienten konfrontiert werden. Die Beschränkung darauf, nur Frauen mit akuten Verletzungen nach Gewalterfahrungen zu fragen, verringert allerdings die diagnostische Sensitivität erheblich. Für ein Routinescreening existieren Kurzfragebögen mit drei Fragen (4):

1. Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig verletzt worden?
2. Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Beziehung sicher?
3. Bedroht ein Ex-Partner von Ihnen aktuell Ihre Sicherheit?

Entscheidet der Arzt sich im Patientengespräch, nach Gewalterfahrung zu fragen, ist eine von Empathie geprägte, geschützte Atmosphäre von Bedeutung. Die Ansprache der Thematik sollte in Anwesenheit von Begleitpersonen eher vermieden werden. Bei Patientinnen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, ist der Einsatz von Familienangehörigen oder Bekannten als Übersetzer problematisch (welche Rolle spielen diese Personen in dem potenziell gewaltbesetzten Nahraum der Patientin?). Die Grundstruktur im Arzt-Patienten-Verhältnis mit einer entscheidungsvorbereitenden Rolle des Arztes und der häufig vertrauensbasierten Annahme von Ratschlägen und Therapieanweisungen auf Seiten der Patientin ist im Falle der Beratung zum Umgang mit häuslicher Gewalterfahrung ungeeignet. Die Patientin allein trifft die Entscheidung, wie es weitergehen soll. Die Akzeptanz einer nur beratenden Funktion ist in Einzelfällen durchaus eine Herausforderung für den Arzt. Auch in einer bereits zugespitzten Situation ist Zeit für eine möglichst autonome Entscheidung notwendig. Für die misshandelte Frau und ihre Kinder besteht das höchste Risiko, letale Verletzungen zu erleiden, wenn die Trennung vom Partner vollzogen wird. Im Sinne eines eigenen Risikomanagements sollten sie deshalb den Zeitpunkt der Trennung selbst steuern können. Der Arzt kann mit Verständnis und Beratung das fast immer verlorene Selbstwertgefühl stabilisieren. Er sollte seine Überzeugung deutlich machen, dass die Ausübung von Gewalt in der persönlichen Beziehung niemals ein legitimes Mittel ist.

Die konsiliarische Einbeziehung von psychologischem und psychiatrischem Sachverstand sowie Kontakte zu Beratungsstellen kann Frauen, die aus eigener Kraft unter ihrem aktuellen Selbst-/Rollenbild gegenwärtig den Absprung nicht schaffen, zusätzliche Behandlungs-/Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten eröffnen.

Zum Verletzungsmuster: Wiederholt wurden Körperregionen definiert, an denen sich typischerweise durch häusliche Gewalt verursachte Verletzungen finden. Über die Region hinaus ist auf die exakte Lokalisation (z. B. Innenseite Oberarme), Form, Intensität und Farbe von Hämatomen zu achten. Auf das Nebeneinander unterschiedlich gefärbter, verschorfter, vernarbter Läsionen und damit möglicherweise unterschiedlich alte Verletzungen ist zu achten.

7. Standardisierte Dokumentation

Im Fall körperlicher Verletzungen ist eine gewaltbezogene Anamnese und exakte Dokumentation als Grundlage straf- oder familienrechtlicher Ansprüche unerlässlich, auch wenn deren Geltendmachung zum Zeitpunkt einer ärztlichen Untersuchung meist nicht absehbar ist. Dokumentation muss eine Rekonstruktion gewalttätigen Handelns mit größtmöglicher Detailtreue und forensischer Sicherheit auch nach längerer Zeit möglich machen.

Der rechtsmedizinisch ausgebildete Arzt sollte deskriptiv dokumentieren, auf unmittelbare Schlussfolgerungen und Bewertungen jedoch verzichten. Gerade die Beurteilung auch anscheinend einfacher Verletzungen kann im Gesamtkontext aller Verletzungen schwierig sein und sich mit nachträglichen Informationen verändern. Eine Vorabfestlegung könnte den rechtlichen Interessen des Gewaltopfers entgegenstehen, umgekehrt könnte eine Instrumentalisierung des Arztes bei eigentlich zugrundeliegendem selbstverletzendem Verhalten im Einzelfall problematisch sein (wobei selbstverletzendes Verhalten und häusliche Gewalt statistisch wiederum miteinander assoziiert sind) (2).

- **Wer** war der Angreifer?
- **Wo** fand das Ereignis statt?
- **Wann** war es geschehen?
- **Was** war geschehen?
- **Womit** wurde angegriffen?
- **Wiederholter** Angriff/erstes Ereignis?
- **Waren** Kinder anwesend? Lebensalter?
- **Wörtliche** Zitate (mit denen Anamnese Authentizität gewinnt (Kennzeichen)).

Abb. 2 – Gewaltbezogene Anamnese, sog. „W-Fragen“

Der psychische Befund sollte deskriptiv, nicht wertend, vermerkt werden.

Bei Angabe oder Verdacht (zusätzlicher) sexualisierter Gewalt ist neben der extragenitalen Untersuchung zeitnah eine ggf. genitale/ anale/orale Spurensicherung, eventuell auch mikrobiologische Untersuchung, vorzunehmen (11), in der Regel in Kooperation mit der Gynäkologie. Von besonderer Bedeutung ist ggf. der Zeitpunkt des letzten einverständlichen Sexualkontaktes mit dem misshandelnden Partner. Die Frage einer eventuellen möglichen Schwangerschaft ist zu klären.

8. Rechtsmediziner als Kompetenzpartner

Die Untersuchungen körperlich verletzter Opfer von Gewalt, die Dokumentation der Verletzungen, die Sicherung biologischer Spuren und die gutachterliche Bewertung der erhobenen Befunde für die Justiz sind elementare Aufgaben der Rechtsmedizin. Unter Aspekten der Primär- und Sekundärprävention geht es aber gerade darum, Frühintervention zu leisten und „potenziell“ gewaltbetroffene Patienten, wenn sie irgendwo im Gesundheitswesen in Erscheinung treten, kompetent und unabhängig von ihrem aktuellen Wunsch nach rechtlicher Verfolgung zu beraten. Hier ist die Vernetzung verschiedener Disziplinen und weitere Qualifikation von Ärzteschaft und Pflege auf breiter Basis gefordert. Wenn sinnvoll und pragmatisch machbar, ist eine klinisch-rechtsmedizinische Kooperation wünschenswert und wird beispielsweise für die Untersuchung von Sexualopfern durch die WHO ausdrücklich empfohlen.

Um möglichst niederschwellig und unabhängig von einem Ermittlungsverfahren Opfer von körperlicher / sexueller Gewalt zu erreichen, wurde in Hamburg im Institut für Rechtsmedizin im Herbst 1998 eine Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt eingerichtet. Untersuchung und Begutachtung von Verletzungen sowie Fotodokumentation und Sicherung von biologischen Spuren sind für die Patienten, die sich an die Untersuchungsstelle wenden, kostenlos.

Die Rechtsmedizin kann hier im Sinne eines professionellen Multiplikators im Gesundheitswesen wirken, um für die Symptome und Auswirkungen der chronischen „Krankheit Gewalt“ zu sensibilisieren.

Literatur

1. Abbott J, Johnson R, Koziol-Mc Lain J: Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763–1767.
2. Boyle A, Todd C: Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2004; 20: 438–442.
3. Curchod-Fernandez C, La Harpe R: Täterbezogene Analyse vorsätzlicher Tötungsdelikte im Kanton Genf (1971–1990). *Arch Kriminol* 2001; 207: 12–18.
4. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT: Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277 (17): 1357–1361.
5. Gloor D, Meier H: Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Zürich: Edition Soziothek 2004.
6. Grass H, Rothschild MA: Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin* 2004; 14: 188–192.
7. Hagemann-White C, Bohne S: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen, Expertise für die Enquete-kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück 2003.
8. Jasinski JL: Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5 (1): 47–64.
9. Müller O, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse). Eigendruck Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004.
10. Pollak S: Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. *Forensic Sci Int* 2004; 144: 269–283.
11. Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U: Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: B 2257–2263 [Heft 40].
12. Roberts, G, Hegarty, K, Feder, G: *Intimate Partner Abuse and Health Professionals* Churchill Livingstone Elsevier 2006, 24–25
13. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS: Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003; 24: 9–15.
14. Walby S, Allen J: Domestic Violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. Home Office Research Study 2004; 276: 73–88.
15. Wetzels, P: *Gewalterfahrungen in der Kindheit*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, 1997; 23: 237

16. WHO: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, WHO 2004.
17. Wieners K, Hellbernd H: »Gewalt macht krank«. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit, in: Länderbericht der Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWHNET 2000.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Dr. Michael Zinke, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Tangstedter Landstraße 77,
22415 Hamburg

Bereits im Jahr 1996 wurde von der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärzten sowie Fachleuten aus vielen Bereichen und mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse ein Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ erstellt. Dieser Leitfaden wurde allen Hamburger Kinder- und Jugendärzten in Praxis, Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst übergeben. Er enthält wichtige Hinweise zur Definition, zur Epidemiologie, zu den Rahmenbedingungen in der Praxis, zur Diagnostik und Befunderhebung, zum Fallmanagement sowie zur Literatur. Ebenso ist ein Serviceteil aufgeführt, in welchem alle 30 Hamburger Hilfeeinrichtungen enthalten sind, die bei Verdacht auf Gewaltanwendungen Hilfe geben können. Es war das Anliegen, die Ärzte für das Problem der Gewalt gegen Kinder zu sensibilisieren, den Blick zu schärfen, kritisch die Art der Verletzung und den Verletzungshergang zu überprüfen, Hilfe zu holen und die Folgen der Gewalteinwirkung sauber zu dokumentieren. Zur Sensibilisierung für die Gewaltproblematik wurden in den folgenden Jahren regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen sowie jährliche Treffen mit allen Kooperationspartnern mit großem Zuspruch durchgeführt. Der Hamburger Leitfaden fand großes Interesse in fast allen anderen Bundesländern und wurde innerhalb von 2 Jahren mehrfach übernommen bzw. den regionalen Gegebenheiten angeglichen. Eine aktualisierte Neuauflage wurde im Jahr 2000 herausgegeben, der Titel wurde auf Jugendliche erweitert und die Verbreitung wurde auf alle hausärztlich tätigen Ärzte ausgeweitet. Im Folgenden soll eine Zusammenfassung des Inhaltes sowie eigene Erfahrungen aus der Praxis gegeben werden.

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

Der Deutsche Bundestag verwendet folgende Definition: *„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“*

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche kann folgende Formen annehmen:

1. Körperliche Gewalt
2. Seelische Gewalt
3. Vernachlässigung/Verwahrlosung
4. Sexuelle Gewalt

Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen der Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Ca. 30 Prozent der Täter waren in ihrer Kindheit selbst Opfer von Gewalt innerhalb ihrer eigenen Familie bzw. Einrichtungen des Zusammenlebens. Die Häufung von Einschränkung und Belastung, von sozialen Benachteiligungen, von sozialer Armut und psychischem Elend ist eine häufig übersehene Ursache für Gewalt.

Bei der **körperlichen Gewalt** kommt es zu Prügel, Schlägen mit Gegenständen, Kneifen, Treten, Schütteln des Kindes, Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen, Ersticken und thermischem Schaden (Verbrennung, Verbrühen, Unterkühlen). Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der allgemeinen Billigung der körperlichen Züchtigung Minderjähriger und der Kindesmisshandlung. Erziehungswissenschaft und Psychologie können den Nutzen von Gewalt in der Erziehung nicht belegen. Der Schutz von Kindern vor jeder Form von Gewalt (auch als erzieherische Mittel) ist vom Bundestag per Gesetz aufgenommen worden und wird bei Nichtbefolgen unter Strafe gestellt.

Seelische und psychische Gewalt wird definiert als: „*Haltung, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugspersonen und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern.*“ Dem Kind wird ein Gefühl der Ablehnung vermittelt. Dieses wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch angemessene Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird. Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Drohungen, Anbinden. Kindern werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht, indem sie gezwungen werden, sich elterliche Streitereien anzuhören oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Auch überbehütendes oder überfürsorgliches Verhalten kann zur seelischen Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt.

Die **Vernachlässigung** stellt eine Besonderheit sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe, Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physische Mängel erleiden müssen. Dazu gehört mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann auch unbewusst aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichendem Wissen erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Diese Kinder werden in ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung behindert oder geschädigt. Die Vernachlässigung kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tod des Kindes führen.

Im Unterschied zu körperlicher und seelischer Gewalt, die häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt werden, ist die **sexuelle Gewalt** an Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, geht die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern bzw. männlichen Jugendlichen aus. Die Betroffenen nutzen ihre Macht als Eltern oder Vertrauensperson aus (Vater, Lehrer, Fußballtrainer oder ähnliches), indem sie emotionalen Druck ausüben. Durch Bestechung mit Geschenken, Versprechungen oder Erpressungen, aber auch mit dem Einsatz körperlicher Gewalt machen sie ihr Opfer gefügig. Formen der sexuellen Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtssteilen, die Aufforderung, den Täter anzufassen, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Finger oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornografie, sexualisierte Sprache und Herstellung von Kinderpornografie sind sexuelle Gewaltakte. Kinderpornografie im Internet hat in den letzten Jahren in großen Dimensionen zugenommen. Bei Mädchen wird bei sexueller Gewalt der Anteil von völlig fremden Tätern auf 25 Prozent geschätzt, der

Anteil von bekannten außerfamiliären Tätern auf 45 Prozent und der Anteil von missbrauchenden Familienangehörigen auf 30 Prozent. Jungen werden häufiger durch völlig Fremde (35 Prozent) und seltener durch Familienangehörige (15 Prozent) missbraucht.

2. Epidemiologie

Nach neuesten Erkenntnissen des Bundeskriminalamtes ist die Zahl der Kindesmisshandlungen in den letzten 8 Jahren um 50 Prozent angestiegen. Im Jahr 1996 wurden 1971 Fälle bei Kindern bis 14 Jahre zur Anzeige gebracht, im Jahr 2004 waren es 2916 Fälle. Dabei wird von einer hohen Dunkelziffer von bis zu 1:50 ausgegangen. Das heißt, dass auf einen bekannten Fall bis zu 50 Fälle von Kindesmisshandlungen kommen, die nicht zur Anzeige gelangt sind. UNICEF schätzt für Deutschland ca. 200 000 Kindesmisshandlungen pro Jahr.

Neue Studien zu sexueller Gewalt ergaben eine Prävalenzrate zwischen 6 Prozent und 8 Prozent bei Mädchen und zwischen 2 Prozent und 7 Prozent für Jungen. Etwa die Hälfte der Betroffenen hat mehrfach sexuelle Gewalt erlebt. Es besteht kein Zusammenhang zum sozioökonomischen Status. Aus Studien zur körperlichen Gewalt geht hervor, dass in der Bundesrepublik 75 bis 80 Prozent aller Kinder schon mindestens einmal Ohrfeigen oder kleine Klapspe bekommen haben. 20 bis 30 Prozent erlebten Prügel oder andere Gewaltformen, die eindeutig als Misshandlung klassifiziert werden können. In einer anderen Studie aus dem Jahr 1997 gaben insgesamt 75 Prozent der Befragten psychische Gewalthandlungen seitens ihrer Eltern an. Körperliche Gewalt wird eher von Eltern in Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status ausgeübt.

3. Belastungsfaktoren

Es existieren bestimmte Belastungsfaktoren in Zusammenhang mit körperlicher Gewalt und Vernachlässigung. Diese bedeuten, dass die *Wahrscheinlichkeit* für Kindesmisshandlung größer ist, wenn mehrere Faktoren zusammen vorliegen. Diese sollten vorsichtig betrachtet werden, da sie auch die Gefahr bergen können, dass Vorurteile geschürt werden und der Blick der helfenden Person eingeengt wird.

3.1 Faktoren beim Kind

Unerwünschtheit, abweichendes und unerwartetes Verhalten, Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen, niedriges Geburtsgewicht, Stiefkinder, Schreibabys.

3.2 Faktoren in der Familie

Misshandlungen in der eigenen Vorgeschichte, Akzeptanz körperlicher Züchtigung, unrealistische Erwartungen an das Kind, Kinderreichtum, Mangel an erzieherischer Kompetenz, Unkenntnisse über Pflege, Erziehung und Entwicklung von Kindern, aggressives Verhalten, niedriger Bildungsstand, Suchtkrankheiten, abnorme Persönlichkeitszüge, psychische Erkrankungen, alleinerziehende oder minderjährige Eltern, elterliche Auseinandersetzungen,

Gewalt in der Partnerschaft, kritische Lebensereignisse (Tod in der Familie, Erkrankung, Trennung, Scheidung).

3.3 Soziale Rahmenbedingungen/Umfeld

Arbeitslosigkeit, Fehlen sozialer Unterstützung, Kinderfeindlichkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Isolation, unzureichende familienbezogene Hilfsangebote vor Ort, Konflikte mit Institutionen / Behörde / Schule / Kindergarten, wirtschaftliche Notlage, Existenzunsicherheit, Ausgrenzung als ethnische Minderheit.

4. Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung

In der ärztlichen Versorgung steht das Kind im Vordergrund, nicht das Gewaltproblem. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch die medizinische Hilfe motiviert, die dem Kind gegeben wird. Der Gedanke, ein allgemeines Gewaltproblem aufzudecken, sollte nicht die Arbeit in der ärztlichen Praxis bestimmen. Hier sollte professionelle Hilfe geholt werden.

Die Aufdeckung eines Gewaltproblems ist in der Praxis sehr schwierig, da die Eltern in der Regel keinerlei Kooperation zeigen. Obwohl das Problem in der Familie bekannt ist, wird der Täter nicht genannt. Es besteht die Furcht, dass bei Aufdeckung eine Anzeige erfolgt und die Familie bei Ausfall des Ernährers auseinander bricht, außerdem leiden die übrigen Familienmitglieder oft ebenfalls unter Gewalt und werden bedroht.

Einen vorzeitigen Verdacht gegenüber den Eltern zu äußern bedeutet meist einen sofortigen Arztwechsel. Wichtiger ist zuerst das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wieder einbestellt werden, damit sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufgebaut werden kann. Der Verdacht auf Gewalt ist am ehesten bei der körperlichen Misshandlung in der Art der Verletzung begründet, die nicht mit dem geschilderten, angeblichen Unfallereignis zu erklären ist. Bei konkretem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht die Möglichkeit einer Klinikeinweisung zum Ausschluss einer möglichen Fraktur. Dabei sollte mit der Klinik Kontakt aufgenommen werden, um dem Verdacht nachzugehen und um das Kind aus der potenziell gewalttätigen Umgebung herauszunehmen. Hingegen ist eine Vernachlässigung und Verwahrlosung anhand der Symptome wie Unterernährung, Entwicklungsstörung und mangelnder Pflege recht gut einzuschätzen. Probleme bieten eher die seelischen und sexuellen Misshandlungen. Alle Formen einer regelmäßigen Traumatisierung zeigen jedoch bei den Kindern deutliche Verhaltensauffälligkeiten, wie sie im nachfolgenden Kapitel über psychische Traumatisierung beschrieben sind. Diese Verhaltensauffälligkeiten sollten gegenüber den Eltern immer angesprochen werden. Das Angebot eines gesonderten Gesprächstermins außerhalb der Sprechstunde werden die Eltern in der Regel nicht ablehnen. In diesem Gespräch sollten die Lebensumstände des Kindes sowie die psychosoziale Situation der Familie erfragt werden. Ein Blick in das Vorsorgeheft und den Impfpass zeigt, ob für die Gesundheit des Kindes Sorge getragen wird. Auch die Art der familiären Interaktion (mangelnde Zuwendung der Mutter bzw. feindseliges Verhalten gegenüber dem Kind) kann den Verdacht auf Gewalt bestärken. Eine Nachfrage beim Jugendamt oder den sozialen Diensten kann Hinweise geben, wenn dort bereits Beeinträchtigungen des Kindes festgestellt wurden. Auch kann eine Nachfrage in den umliegenden Praxen unter Umständen den Verdacht auf Misshand-

lung bestärken. Bei einem Hausbesuch kann der Lebensraum des Kindes und die soziale Situation der Familie beurteilt werden. Beim konkreten Verdacht sollte eine Verbindung mit einer der professionellen Institutionen aufgenommen werden, die im Anhang des Leitfadens aufgeführt sind. Diese Anfrage ohne Einwilligung der Eltern bedeutet keine Anzeige im strafrechtlichen Sinne und ist ein „rechtfertigender Notstand“ nach § 34 StGB. Der Schutz des Kindes ist hier höher zu bewerten als die Schweigepflicht und der Datenschutz gegenüber den betreuenden Personen. Sämtliche Schritte und deren Gründe sind umfangreich zu dokumentieren, um die Entscheidung belegen zu können. Für das Kind ist es meist besser, wenn dieser Weg eingeschlagen wird, um den betreuenden Personen Hilfe anzubieten und die Misshandlung oder den Missbrauch zu stoppen. Sollten allerdings eindeutige Symptome einer Misshandlung vorliegen, sollte unbedingt in Absprache mit anderen Institutionen (z. B. Rechtsmedizin) auch eine Strafanzeige erfolgen. Wenn eine Anzeige erstattet wird, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, in das laufende Verfahren einzugreifen. Dies kann dann nur noch durch die Staatsanwaltschaft oder das Gericht erfolgen.

Die Abwägung der ärztlichen Handlung und Entscheidung ist sicher oft nicht einfach. Es sollte jedoch immer bedacht werden, dass dem Verdacht unbedingt nachgegangen werden muss. Ein Wegschauen bedeutet für das Kind eine weiterbestehende Tortur mit lebenslanger seelischer Traumatisierung.

5. Diagnostik und Befunderhebung

Besonders bei Verdacht auf **körperliche Misshandlung** sollte eine Ganzkörperuntersuchung beim unbedeckten Kind durchgeführt werden, um auch eventuelle alte Verletzungen zu erkennen. Dabei sollte überängstliches Verhalten oder eine stark angespannte Bauchdecke in der Untersuchungssituation an die Möglichkeit von Stress und Anspannung und eine belastende Lebenssituation denken lassen. Bei Verletzungen ist auf *Lokalisation, Gruppierung, Form* und *Mehrzeitigkeit* zu achten. Bei 90 Prozent der Misshandlungsoffer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbung und Verschorfung) beobachtet. Dabei deuten Lokalisation im Gesicht, am Gesäß, am Rücken, an den Oberarmmenseiten, im Brustbereich und auf dem Bauch eher auf Misshandlung hin. Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen an Handballen, Ellenbogen, Knie und Schienbein sowie am Kopf im Bereich der „Hutkrempeleinie“ oder darunter. Gelegentlich sind diese Hämatome geformt und lassen auf einen Schlag mit einem Gegenstand schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen. Bissverletzungen mit einem Abstand von mehr als 3 cm zwischen den abgezeichneten Eckzähnen deuten auf einen erwachsenen Täter hin.

Besonders schwerwiegende Folgen hat das „Schütteltrauma“ der Säuglinge. Diese Art der Misshandlung geschieht meist bei Säuglingen, die anhaltend schreien. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intracraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu Krämpfen beginnt. Oftmals fehlen die dabei äußerlich erkennbaren Verletzungen. Bei dieser Art der Misshandlung gibt es fließende Übergänge mit Bewusstseinsbeschränkung, die ein Stopp des Schreiens bewirkt und den Eltern „Erfolg“ zu vermitteln scheint. Eine bleibende Hirnschädigung kann die Folge sein. Die Hamburger

Behörde hat zusammen mit Experten im Jahr 2005 ein Faltblatt entwickelt, die den Eltern Hilfe bei Schreibabys anbietet und auf die Gefahren des Schütteltraumas hinweist.

Unerklärliches plötzliches Schielen kann auf Misshandlung hinweisen. Flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zugeedrückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgt.

Verletzungsmuster durch Verbrühung an Gesäß und Händen oder Händen und Füßen gleichzeitig entstehen nicht durch unfallmäßiges Verbrühen, sondern durch absichtliches Eintauchen in ein heißes Bad. Große, runde Verbrennungen am Gesäß entstehen auch, wenn Kinder auf die heiße Herdplatte gesetzt werden.

Bei Skelettverletzungen sind Markersymptome nicht immer vorhanden. Wenn ein sonst ruhiges Kind immer wieder schreit, wenn es hochgenommen oder gefüttert wird, kann unter Umständen ein Rippenbruch vorliegen, der von außen nicht erkennbar ist. Schädelfrakturen, die über mehrere Nähte verlaufen, und Frakturen in Wachstumszonen müssen immer den Verdacht auf eine Misshandlung aussprechen lassen. Knochenbrüche bei Kindern von einem Lebensalter von unter 3 Jahren sind ebenfalls hoch verdächtig. Bei geringstem Verdacht auf Knochenschädigung sollte immer eine Röntgendiagnostik erfolgen.

Innere Verletzungen durch Misshandlungen entstehen durch stumpfe Schläge auf den Leib. Sie sind zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Misshandlung. Im Einzelnen sind dies Magen- oder Dünndarmperforationen, Risse der Gekrösewurzel, Leber-, Milz-, Nieren- und Bauchspeicheldrüseneinrisse sowie Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämatooperikard.

Eine Sonderform sind Vergiftungen von Säuglingen und Kleinkindern durch Überdosierung eines Schlaf- oder Beruhigungsmittels, um das Kind ruhig zu stellen, damit die Betreuungsperson nicht gestört wird. Die Symptome sind Müdigkeit, Apathie, „Abwesenheit“, Gangunsicherheit und Bewusstlosigkeit.

Beim **sexuellen Missbrauch** gibt es kaum eindeutige Befunde. Als Symptome gelten alle Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese. Dazu gehören Hämatome, Quetschungen, Striemen, Einrisse und Bisswunden. Es können Verletzungen des Hymens oder venöse Stauungen im Analbereich entstehen. Die Intaktheit des Hymens schließt jedoch die Möglichkeit eines sexuellen Missbrauchs nicht aus. Bei der Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt muss die Untersuchung besonders behutsam vorgenommen werden. Im Rahmen des Allgemeinzustand und des Genitalstatus müssen dem Kind die Untersuchungsschritte erklärt werden. Wichtig sind die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind: Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite und Genitale. Bei Verdacht auf Beteiligung des Genitales sollte ein Kindergynäkologe oder ein Rechtsmediziner einbezogen werden. Sexuell übertragbare Krankheiten vor der Geschlechtsreife eines Kindes können ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch sein. Bei einzelnen Erkrankungen, wie z. B. Syphilis, HIV, u. a., bekommt dieser Hinweis deutlichen Indizcharakter, wenn eine perinatale Infektion ausgeschlossen ist. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät muss man immer an die Folgen eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es noch unspezifische Symptome, die ebenfalls bei Missbrauch entstehen können. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte ohne anatomische Ursachen, vaginale Infektionen, Pyodermien, sekundäre Enuresis und Encopresis.

Es muss dringend darum gebeten werden, alle anamnestischen Angaben, Symptome und Befunde im Dokumentationsbogen im Anhang einzutragen. Dieser Bogen ist für eine spätere Beweisführung sehr wichtig. Sollte es zu einer Anklage kommen und die Beweisführung lückenhaft sein, wird der Täter freigesprochen. Die Verhandlung ist meist 6 bis 8 Monate später und die Einzelheiten können dann nicht mehr sicher aus dem Gedächtnis abgerufen werden. Daher ist die Einbeziehung des rechtsmedizinischen Instituts oft sehr sinnvoll.

Literaturangaben im Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ (2000)

Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Überblick

Bei der Behandlung von Opfern häuslicher Gewalt gilt es immer auch das Augenmerk auf die Frage zu richten, inwieweit Kinder oder Jugendliche betroffen sind. Dabei gilt es zu ergründen, ob sie selbst Opfer wurden, oder aber als Zeugen einer für sie extrem belastenden Situation ausgesetzt waren oder sind. Beides kann zu unbedingt behandlungsbedürftigen Traumatisierungen führen.

Im Folgenden geht es zunächst um einen Überblick über psychische Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen. Im Abschnitt 6 sowie in der Tabelle 2, Abschnitt 7 finden sich dann konkrete Handlungsvorschläge für den behandelnden Arzt.

Dr. Andreas Krüger, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, traumatherapeutische Schwerpunktpraxis / Ärztlicher Leiter von Ankerland e.V. – Hilfe für traumatisierte Kinder

(modifiziert nach: Krüger, A. (2006). Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter. In: Luise Reddemann (Hrsg.): „*Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten*“. Köln, Deutscher Ärzteverlag).

1. Einleitung: Allgemeine Aspekte seelischer Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine seelische Traumatisierung wird von Fischer und Riedesser (2003) in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie wie folgt definiert: „Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Die subjektive Seite von Traumatisierung muss bei Kindern aufgrund unterschiedlicher psychobiologischer Entwicklungsstufen eine besondere Berücksichtigung finden. Die klinische Erfahrung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigt, dass sie auf potenziell traumatogene Lebensereignisse mit anderen Symptommustern reagieren, als dies für Erwachsene zu erwarten wäre (Krüger et al., 2004). Die potenziell traumatisierende Situation trifft das Kind immer auf einer Altersstufe, auf der spezielle Entwicklungsaufgaben gelöst werden müssen. Ein traumatisches Erlebnis kann die Lösung dieser Aufgaben verhindern oder erschweren. Bereits bestehende Entwicklungsschwierigkeiten können zudem im Brennglas des traumatischen Prozesses vergrößert werden. Der emotionale und kognitive Rückgriff auf eine längere, prätraumatische Wegstrecke guter Lebenserfahrungen bei der Integration von traumatischen Lebenserfahrungen ist bei Kindern nicht möglich, weil diese Strecke noch sehr kurz ist. Das könnte einer der Gründe dafür sein, dass traumatische Lebenserfahrungen in der Kindheit besonders tief

greifend die gesamte Entwicklung stören sowie in besonderem Maße veränderte Einstellungen zu sich selbst und zur Umwelt zur Folge haben können.

Dem sozialen Umfeld inklusive der Familie kommt bei einer Traumatisierung aufgrund der vielfältigen Abhängigkeiten des Kindes eine besondere Bedeutung hinsichtlich Diagnostik und Behandlung zu.

2. Die Bedeutung von Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Für ein Traumaopfer ist die erste Voraussetzung für den Heilungsprozess die Herstellung einer sicheren Umgebung. Begegnet uns ein Kind, welches durch die realen Lebensumstände weiterhin bedroht ist, so müssen wir zunächst Sicherheit in der Realität herstellen. Daneben ist es wichtig, die möglicherweise irrational wahrgenommene Bedrohung des Kindes zu ermitteln und ihm die Sicherheit in der Realität zu erläutern. Entscheidend für das psychische Befinden des Kindes ist die persönliche Einschätzung der Gesamtsituation. Fühlt sich das Kind beispielsweise nach einem Raubüberfall im Elternhaus durch die Sicherungsmaßnahmen nicht ausreichend geschützt, so bedarf das Sicherheitsempfinden des Kindes sowohl immer der konkreten Nachfrage als auch einer für das Kind nachvollziehbaren Erklärung effizienter Sicherungsmaßnahmen. Es sollte dem Kind zum Beispiel erklärt werden, dass die Eltern eine Alarmanlage installiert haben und ein Einbrecher nicht, wie vom Kind unausgesprochen befürchtet, durch den Schornsteinschacht klettern kann.

3. Allgemeine Aspekte von Beziehung, Trauma und die Rolle des Arztes

Eine traumatische Situation kann beim Kind oder Jugendlichen das Urvertrauen in die eigene Unversehrtheit sowie in die Sicherheit bietende Welt und in die Beziehung zu den Elternpersonen zerstören. Bildnerisches Material von Kindern zeigt immer wieder ein Erleben schutzloser Preisgabe an eine bedrohliche Welt. Bedeutsam ist hier, dass auch technologische oder Naturkatastrophen Implikationen für das Beziehungserleben haben. Im Empfinden des Kindes konnten Mutter und Vater es nicht aus der bedrohlichen Situation heraus retten, so dass Misstrauen vor allem gegenüber der fantasierten Allmacht der Elternpersonen entsteht.

Ärzte oder Personen aus dem Rettungswesen und der Notfallseelsorge strahlen in der Regel eine Sicherheit bietende Autorität aus. Dies kann bei einer Trauma bedingt ge-

schwächten Position der Eltern genutzt werden, um zwischen dem Traumaopfer und der „neuen Welt“ nach dem traumatischen Ereignis ein Vertrauen schaffendes menschliches Bindeglied darzustellen. Durch diese „Vermittlung“ kann das gestörte Verhältnis zwischen Kind und Eltern und auch Geschwistern wieder hergestellt werden. Unsere Erfahrung zeigt, dass professionellen Helfern der Rettungsmedizin in der akuten Notsituation in der Regel eine quasi-therapeutische Bedeutung zukommt, die im Sinne eines initialen Trauma-Copings genutzt werden sollte. Wird ein 6-jähriges Kind nach der Bezeugung eines tödlichen Verkehrsunfalls beispielsweise nicht allein gelassen, sondern erhält menschlichen Zuspruch, tröstende Worte und geduldigen Beistand durch den Einsatzarzt oder den Rettungsassistenten, wird diese Erfahrung die Intensität und die „Wirkdauer“ der traumatischen Bilder begrenzen helfen.

Bei einem Kind kann auch eine schwere körperliche Erkrankung und die notwendige, schmerzliche ärztliche Behandlung traumatisierend wirken.

Schwierig ist die Situation, wenn z.B. ein Kleinkind den Arzt mit einem traumatisch wirkenden medizinischen Eingriff in Verbindung gebracht hat. Der Arzt muss diese Situation erkennen und dem Kind die Möglichkeit bieten, im Beisein der Eltern wieder einen positiven Kontakt zu ihm herzustellen. Gelegentlich ist ein Zugang, insbesondere zu einem kleinen Kind, aber nach einer akuten iatrogenen Traumatisierung schwer, die „Trigger-Wirkung“ des Arztes zu groß.

4. Diagnostik im Kindes- und Jugendalter und die Bedeutung einer entwicklungspsychologischen Dimension

Entsprechend einer entwicklungspsychologisch fundierten Betrachtung seelischer Traumatisierung im sozialen Kontext von Familie, Schule usw. ergeben sich für die Einschätzung der psychischen Beeinträchtigung eines Kindes Besonderheiten. Grundsätzlich gilt für Kinder aller Altersstufen die Grundregel: Ist ein Lebensereignis derart bedrohlich, dass sich das Kind existenziell ausgeliefert und ohnmächtig fühlt oder die primäre Bezugsperson als ernsthaft bedroht erlebt und ermöglichen die persönlichen Bewältigungsmechanismen des Kindes keine Lösung der Situation, so ist von einer traumatischen Situation auszugehen. Symptome sind zunächst als sinnvolle Reaktionen des Organismus auf die überwältigend erlebten Ereignisse zu verstehen. Übererregtheit und überhöhte Wachsamkeit dienen der Vermeidung einer Wiederholung der bedrohlichen Ereignisse. Vermeidungsverhalten hat den gleichen Zweck; dissoziative Sympto-

me erlauben dem „gestressten“ Organismus Momente der Entspannung um den Preis einer Reduktion der allgemeinen emotionalen Wahrnehmungsfähigkeit. Eine Art „emotionale Hauptsicherung“ im Gehirn glüht für Momente durch. Intrusive Erlebnisse wie Flashbacks erinnern das Individuum an die bedrohliche Situation und führen so zu zunächst sinn- vollem Vermeidungsverhalten. Gleichzeitig dienen sie als Aufforderung an den Patienten, das Erlebte in einem Verarbeitungsprozess in die Lebensgeschichte zu integrieren.

Mit der nosologischen Einheit „Posttraumatische Belastungsstörung“ hat die seelische Traumatisierung Eingang in die gängigen medizinischen Diagnosesysteme gefunden. Die Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen zeigt jedoch, dass traumatische Lebensereignisse bei jungen Patienten nicht typischerweise zu den weiter oben beschriebenen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass ähnliche psychobiologische Reaktionskreisläufe durch traumatische Lebensereignisse initiiert werden wie bei Erwachsenen. Psychobiologische Reaktionsmuster wie Übererregung, vegetative Symptome, Vermeidungsverhalten sowie wiederkehrende intrusive Erlebensweisen finden sich auch bei Kindern und Jugendlichen. Daneben lassen sich aber häufig kindstypische Reaktionsweisen finden, die sich je nach Entwicklungsstand unterschiedlich darstellen.

4.1 Diagnostische Besonderheiten verschiedener Entwicklungsstufen

Schon Säuglinge können traumatisiert werden. Sie reagieren äußerlich sichtbar z.B. mit Fütterstörungen und Schreien. Bereits erlernte Selbstberuhigungsmechanismen (Autostimulationen wie Selbstberührungen, Daumenlutschen, etc.) oder Trost von emotional relevanten Bezugspersonen reichen nicht mehr aus, um die psychobiologischen Spannungszustände in der traumatischen Situation zu kompensieren. Die primäre Bezugsperson ist insbesondere für den Säugling ein „emotionales Sprachrohr“ für äußere Bedrohung. Die zunächst von der Elternperson erlebte Angst überträgt sich auf das Baby. Es erlebt die Welt noch wie im Spiegel des elterlichen Antlitzes, die primäre Bezugsperson baut sozusagen eine Affektbrücke zum Säugling, sie ist Teil dessen Affektregulationssystems. Entsprechend traumatisch-überflutend können bedrohliche emotionale wie physische Einschläge auf dieses labile dyadische System einwirken.

Es kann zu Bindungsstörungen und späteren, erheblichen Beeinträchtigungen im Beziehungsverhalten kommen (Brisch und Hellbrügge, 2005).

Auch bei Kindern vom Kleinkind- bis zum Grundschulalter finden wir intrusive Erlebensweisen, die sich aber oftmals eher in traumatischen Reinszenierungen des Erlebten wieder finden: Zum Beispiel verdeutlicht ein sexuell missbrauchtes Kind in Verhaltenssequenzen oder durch bildnerisches Material wiederholt die Missbrauchssituationen. Das Beziehungsverhalten des Kindes kann nach einer traumatischen Lebenserfahrung dramatisch verändert sein. Das Kind zeigt sich scheu, ängstlich und sozial zurückgezogen. Der Kontakt zu Gleichaltrigen ist im zeitlichen Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis verändert oder gestört. Sozialen Situationen wird ängstlich begegnet. Der natürliche Drang des Kindes zur Exploration seiner Umwelt erscheint aufgehoben zu sein. Gefühle sind durch das Kind weniger zu kontrollieren, es kommt zu Gefühlsausbrüchen von Wut, Trauer oder Verzweiflung. Andere Kinder reagieren mit einer „frozen watchfulness“, wirken in Panik erstarrt, ängstlich und leer. Viele Kinder reagieren mit motorischer Unruhe, ziellosem Verhalten und Konzentrationsstörungen. Akut einsetzende Appetitstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen entstehen nicht selten im Zusammenhang mit belastenden bis traumatischen Lebenserfahrungen. Daneben finden sich bei jüngeren Kindern kindstypische Reaktionsmechanismen, die aus der psychobiologischen Abhängigkeit des Kindes von der primären Bezugsperson ableitbar sind. Regressive kindliche Symptome sind nicht selten auf Fürsorgereaktionen der Eltern ausgerichtet. Beispielsweise ist ein schulreifes Kind nach einer traumatischen Lebenserfahrung plötzlich wieder anhänglich und zeigt altersuntypische Ängste (vor Trennung, Pavor nocturnus, Angst vor fremden Personen, etc.). Ein Kindergartenkind beginnt wieder chronisch nächtlich einzunässen, ein sozial kompetenter Grundschüler zeigt dissoziale Tendenzen mit aggressiven Impulsdurchbrüchen sowie „Hyperaktivität“. Eine Erklärung für diese gegenüber den erwachsenen Patienten unterschiedliche Form der kindlichen Symptomausprägung im oben genannten Sinne konnte bisher wissenschaftlich nicht erbracht werden. Neben entwicklungspsychologischen und sozialpsychologischen Faktoren des Kindesalters sind auch Hirnreifungsprozesse, eine gegenüber Erwachsenen differierende Neuroplastizität sowie endokrinologische Besonderheiten möglicherweise von Bedeutung und bedürfen der weiteren Erforschung. Selbst verletzende Verhaltensweisen (z.B. Trichotillomanie, parasuizidales Risikoverhalten oder selbst beigefügte Verletzungen) im Zusammenhang mit Schuldgefühlen ob einer vermeintlichen Vermeidbarkeit der traumatischen Situation finden sich bei Kindern aller Altersstufen. Jugendliche Patienten versuchen nicht selten, innerpsychische Span-

nungszustände nach traumatischen Lebenserfahrungen mittels Drogenkonsum selbst zu „behandeln“. Bei so genannten komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die oftmals (durch Vernachlässigung, tätliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch) früh beziehungs-traumatisiert wurden, finden wir besonders häufig selbst verletzendes Verhalten oder einen Rauschmittelkonsum, mit dem Ziel, unerträgliche innere Spannungszustände zu regulieren.

Tabelle 1 zeigt typische Symptome, die verschiedenen Altersstufen als Folge seelischer Traumatisierung zugeordnet werden können. Dabei gilt es zu beachten, dass nahezu alle Symptome der frühen Lebensphasen auch bei allen späteren Alterstufen auftreten können. Es entspricht der klinischen Erfahrung, dass jüngere Kinder auf schwere Belastungen eher mit regressiven Symptomen reagieren, ältere eher im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei komplex, mehrfach oder chronisch traumatisierten Patienten (vgl. 5.2) finden sich Persönlichkeitsfehlentwicklungen mit dissoziativen Symptomen, die mit fortschreitendem Alter oft mit selbst verletzendem Verhalten und Drogenkonsum verbunden auftreten.

| ALTERS-GRUPPE | | TYPISCHE SYMPTOME |
|---------------|-------|--|
| I | 0-1 | Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen |
| II | 1-3 | s. I +: Affektlabilität, Hyperaktivität, Unruhezustände, Hyperreagibilität, Hypervigilanz oder Apathie, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit (frozen watchfulness), Jactatio capitis, Mutismus regressive/dissoziative Symptome: Anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung (Kommunikative, soziale Fertigkeiten, Sprache, Motorik, Körperwachstum) |
| III | 3-6 | s. II +: traumatische Reinszenierungen des Erlebten, evtl. Äußerungen über intrusives Erleben bei gezielter Exploration, dissoziative Symptome, Tic-Störungen, Somatisierungen (Bauch-, Kopfschmerzen etc.) regressiv/dissoziative Symptome: sekundäre Enuresis, Enkopresis, sozialer Rückzug (Eltern, Peers, Geschwister), rückläufige Sprachentwicklung, Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen, autistoide Symptome, dissoziales Verhalten |
| IV | 6-10 | s. III +: zunehmend Symptome einer PTBS nach ICD 10, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen (z.B. in Zusammenhang mit dissoziativen oder intrusiven Symptomen), veränderte, pessimistische Sicht auf die Welt, quälende Schuldgefühle, depressive Symptome, vermehrt Affektregulationsstörungen, Verleugnung, Risikoverhalten, selbst verletzendes Verhalten (SVV), Suizidalität, konversive Symptome (psychogene Anfälle, motorische Ausfälle etc.), Zwangssymptome |
| V | 10-14 | s. IV +: zunehmend Symptome im Sinne der klassischen Symptomtrias der PTBS, bei Beziehungstraumatisierungen sog. „Enactment“ (ein „Wieder herstellen“) traumatischer Situationen in sozialen Situationen, konversive Symptome, Essstörungen, SVV, vermehrt Suizidalität, gel. früher Drogenkonsum (z.B. Cannabinoide), psychotische Symptome |
| VI | 14-18 | s. V +: Circulus vitiosus des Scheiterns: emotional defizitäre Selbstwahrnehmung, soziales, schulisches Scheitern, (Symptom bedingte) misslungene erste intime heterosexuelle Beziehungen, Drogenkonsum, Perversionen, weit reichende existentielle Zukunftsängste |

Tabelle 1: Entwicklung und kindliche Traumatisierung

4.2 Komplexe, mehrfache Traumatisierungen

Zum Verständnis seelischer Traumatisierungen im Kindesalter bedarf es weiterhin einer Betrachtung der Möglichkeit, dass ein akut traumatisiertes Kind bereits vor dem aktuellen Lebensereignis seelisch traumatisiert wurde. Man spricht dann auch von einer komplexen Traumatisierung. Ein Kind, welches beispielsweise der Ermordung seines Vaters beiwohnte, wurde vor dem Ereignis von diesem Vater wiederholt geschlagen und bereits zu einem früheren Zeitpunkt mehrfach traumatisiert. Kahn (1963) konzeptualisierte den Begriff der kumulativen Traumatisierung. Er versuchte hierbei, die additive Wirkung mehrerer traumatisierender Lebensereignisse auf die Psyche hervorzuheben. Keilsson (1998) führte den Begriff der sequentiellen Traumatisierung ein und meint hiermit eine auf verschiedene Lebensphasen bezogene Traumatisierung. Van der Kolk führte 2005

den Begriff der „Developmental Trauma Disorder“ (Entwicklungs-Traumastörung) ein und wird so dem Entwicklungsaspekt sowie einer differenzierten Symptombetrachtung im Krankheitsverlauf gerecht.

4.3 Weitere traumapsychologisch relevante Einflussfaktoren

Die Nähe eines potentiell traumatogenen Lebensereignisses trägt entscheidend zu dessen schädigender Wirkung bei. Yule (1994) postuliert, dass ein Ereignis umso traumatischer für das subjektive Erleben ist, je persönlicher das Kind dadurch betroffen ist. Für das Kind kann es bedrohlicher sein, wenn der Vater durch ein Fahrzeug leicht angefahren wird, als wenn vor ihm eine Brücke zusammenstürzt und niemand verletzt wird. Naturkatastrophen und technologische Katastrophen sind in der Regel weniger traumatogen als Traumatisierungen innerhalb von Beziehungen.

Zusätzlich zur Diagnostik der kindlichen Symptomatik ist eine Einschätzung der innerfamiliären Beziehungsmuster, vorbestehender Konflikte und Traumatisierungen anderer Familienmitglieder von großer Bedeutung (vgl. 7.).

5. Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Mittlerweile liegen mehrere, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit validierte traumatherapeutische Verfahren für Kinder und Jugendliche vor (Übersicht: Landolt & Hensel, 2007), die insbesondere beim V. a. eine Psychotrauma-Folgestörung zum Einsatz kommen sollten.

Zunächst einmal müssen wir zwischen akuten, quasi physiologischen „Verletzungszeichen“ und komplexen, anhaltend chronischen Psychotrauma-Störungen, die insbesondere auf die Bindungsentwicklung bei kleineren Kindern sowie das Beziehungsverhalten bei den jungen Menschen allgemein Auswirkungen haben. Akute Symptome können bei ausbleibender Behandlung zu chronischen Störungsbildern führen. Eine Versorgung sollte daher zeitnah, sekundär präventiv zu belastenden Ereignissen stattfinden (Krüger et al., 2004, Krüger, 2008). Weiterhin ist die Differenzierung von inner- und außerfamiliärer Traumatisierung von Bedeutung. Die Behandlung bezieht sich zum einen auf das Kind, zum anderen auf die Familie und das weitere soziale Umfeld. Hier sollen nun die Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit dem Kind cursorisch erörtert werden.

Eine zentrale Bedeutung jeder therapeutischen Maßnahme kommt der Erfahrung eines hilfreichen Beziehungsangebotes in der akuten Krise zu. Hier muss der Therapeut dem

Kind einfühlsam und mit dem grundsätzlichen Verständnis um seelische Psychotraumafolgen begegnen. Oftmals ist die Erklärung der kindlichen Symptomatik in einer kindgerechten Sprache ein erster Angelpunkt für eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten.

Nach einer Traumatisierung sollte dem Kind in altersangemessener Art und Weise die „Normalität“ der seelischen Reaktionen vermittelt werden. Dies hilft, die Beschämung hinsichtlich der eigenen psychischen Symptome aufzugeben und ein Verständnis für die Symptomatik bei Kind und Eltern zu schaffen.

Ein bedeutendes Ziel jeder Traumatherapie ist die Distanzierung von intrusiven, traumaassoziierten, zum Teil fragmentiert abgespeicherten Gedächtnisinhalten. Hier hat sich gezeigt, dass insbesondere modifizierte technische Verfahren der Psycho-dynamischen imaginativen Traumatherapie nach Reddemann (2001) den kindlichen psychischen Verhältnissen gerecht werden. Das Konzept wurde an die besonderen Verhältnisse von Kindern und jungen Menschen in Entwicklung und im Kontext von Familie, Schule etc. angepasst (Krüger & Reddemann, 2007) So arbeiten wir beispielsweise bei kleineren Kindern bei der Erarbeitung des so genannten „Sicheren Ortes“, der „Helferwesen“ und der „Tresorübung“ mit kreativen Mitteln. Das Kind malt z.B. gemeinsam mit dem Therapeuten oder stellt Spielszenen mit Puppen und anderen Materialien her, die beim Jugendlichen oder Erwachsenen in der Regel imaginiert werden. Bei Säuglingen und Kleinkindern beziehen wir die Eltern jeweils als „Co-Therapeuten“ mit ein, wenn die Verhältnisse dies zulassen. Die Eltern erhalten dann in Abhängigkeit von den geschilderten Symptomen Handlungsanweisungen, die immer wieder im Dialog mit ihnen anhand der Reflektion der Behandlungsergebnisse evaluiert und ggf. modifiziert werden. Schließlich müssen die therapeutischen Interventionen an die jeweiligen Besonderheiten der traumatischen Situation angepasst werden. Auch beim Kind ist eine Integration traumatischer Lebenserfahrungen Ziel der therapeutischen Bemühungen.

6. Besondere Aspekte von häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt ist weit verbreitet und tritt in allen sozialen Schichten auf. Es muss zwischen körperlicher Misshandlung, sexualisierter Gewalt und emotionalem Missbrauch unterschieden werden. Die Stigmata der tätlichen Gewalt gegenüber dem Kind sind allseits bekannt. Seelische Beeinträchtigungen bis hin zu Traumatisierungen werden hingegen selten erkannt. Bereits die Bezeugung väterlicher Gewalt gegenüber der

Mutter kann ein Kind schwer seelisch schädigen oder sogar traumatisieren. Die Folgen einer derartigen Traumatisierung sind von besonderer Bedeutung für die Gesundheit des Kindes. Die persönliche Nähe zum Täter stellt einen Risikofaktor für die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten sowie schweren seelischen Störungen bis hin zu Persönlichkeitsfehlentwicklungen dar. Bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung ist neben der sorgfältigen Dokumentation von möglichen körperlichen Befunden beim Kind das Erkennen seelischer Beeinträchtigungen bedeutsam.

6.1 Der Verdacht

Diesen anzusprechen ist in der Regel heikel, da es einen Abbruch der Beziehung zum Arzt zur Folge haben und somit eine weitere Begleitung des Kindes zur Sicherung des Kindeswohles unmöglich werden kann. Ein Kontakt mit Kindergarten oder Schule kann den eigenen Verdacht möglicherweise erhärten. Sind beide Eltern nicht zu einer Kooperation in der Lage, empfiehlt es sich, das zuständige Jugendamt (schriftlich) über die mutmaßlichen Vorkommnisse in Kenntnis zu setzen und die Gefährdung des Kindeswohles anzuzeigen. Aufgabe des Jugendamtes ist es, gegebenenfalls das Familiengericht hinzu zu ziehen und Sorgerechts- sowie Strafrechtsfragen klären zu lassen.

Zeigt sich einer der Elternteile kooperativ oder äußert sich sogar spontan zu Gewalttätigkeiten, sollte die Schwere der möglichen Beeinträchtigung des Kindes kursorisch eingeschätzt werden.

Bei dringendem Verdacht auf eine Schädigung des Kindes sollte an ein Kinderschutzzentrum weitergeleitet oder an einen Kinder- und Jugendpsychiater zur weiteren diagnostischen Einschätzung und Behandlung überwiesen werden. In einigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sind mittlerweile Trauma-Ambulanzen und darüber hinaus andere Versorgungsstellen wie kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische Praxen etc.) eingerichtet worden, die bei besonders schweren Gewalterfahrungen oder entsprechenden Symptomen zur differenzierten Diagnostik bezogen auf Trauma-Folgestörungen und deren Behandlung in Anspruch genommen werden sollten (s. Adressenteil).

6.2 Der Umgang mit mutmaßlichen Tätern

Ein gewaltsamer Elternteil wird sein Verhalten in der Regel aus Angst vor Bestrafung oder Stigmatisierung verleugnen. Ist es dem Arzt möglich, einen Zugang zum gewaltsamen Verhalten der Eltern zu erlangen, kann den Eltern eine Beratungsstelle, z.B. eine „Elternschule“ empfohlen werden, mit deren Hilfe die elterliche Destruktivität dem Kind gegenüber eingestellt werden kann. Die guten Vorsätze der Eltern sind allerdings im Sinne der Sicherung des Kindeswohles zu überprüfen, z.B. indem man von den Eltern einfordert, dass eine persönliche Rückmeldung von Seiten der Beratungsstelle an die Praxis erfolgt. Sind derart schwere Fehlhandlungen der Eltern zu verzeichnen, dass die Möglichkeit der Eltern zu einer Verhaltensänderung angezweifelt werden muss oder das Kind durch das Verhalten potentiell bereits seelisch traumatisiert worden ist, muss das Jugendamt hinzu gezogen werden.

6.3 Juristische Aspekte

Eine vielfach geäußerte Befürchtung ist, dass der Hausarzt zeitaufwendig in ein juristisches Verfahren eingebunden wird. Delegiert dieser die Sorge um das Kindeswohl jedoch an das Jugendamt oder Familiengericht, ist er allerhöchstens gehalten, seine medizinischen Befunde an das Gericht weiter zu leiten. Sowohl eine sorgfältige Dokumentation körperlicher Befunde nach bekannten Richtlinien als auch die Beschreibung möglicher psychischer Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen sind möglicherweise von juristischer Bedeutung. Durch seine Intervention kann der Hausarzt dem Kind möglicherweise als einziger viel körperliches und seelisches Leid für die Zukunft ersparen.

7. Besondere Aspekte bei der Betreuung traumatisierter Kinder und Jugendlicher in der hausärztlichen Praxis

Im Folgenden werden wichtige Aspekte zusammengefasst, die zu beachten sind, wenn wir als somatisch tätige Ärzte auf ein potenziell traumatisiertes Kind treffen. Tabelle 2 stellt dar, welche Handlungen sinnvoll erscheinen und welche besser vermieden werden sollten. Auch kann den Eltern Literatur zum Thema Traumatisierung und Umgang damit empfohlen werden, insbesondere wenn keine zeitnahe, umfängliche therapeutische Hilfe möglich ist (Krüger, 2010).

| <u>Was kann ich tun?</u> | <u>Aspekte bei der Betreuung</u> | <u>Was sollte ich vermeiden?</u> |
|---|--|---|
| <p>Fragen/sich fragen: „Was fühlt und denkt das Kind?“ →Zeit für die Untersuchung und Intervention einplanen →ggf. eingewiesene Praxishelfer mit einbeziehen →„gefühlte“ Sicherheit des Kindes bezogen auf eine Wiederholung der Ereignisse ermitteln</p> <p>Bei erzieherischen Fragen: →Empfehlungen mit der Prämisse: „Das Kind hat jetzt ein angemessenes Bedürfnis nach Rückversicherung und Nähe“, angemessen auf regressive Tendenzen des Kindes reagieren (Nähe suchen, nicht allein schlafen wollen etc.)</p> <p>Psychoedukation der Eltern: →Distanzierung von traumatischer Erfahrung als Ziel aller primären Maßnahmen →Ressourcenanalyse</p> | <p>Sicherheit und Stabilisierung</p> | <p>→sich bei Einschätzung der gegebenen Sicherheit für das Kind auf die Äußerungen der Erwachsenen verlassen →Lapidarisieren oder Verleugnen der traumatischen Situation und Symptomatik →Dramatisieren der Situation</p> |
| <p>Bei Verdacht auf Trauma: →Ermittlung einer aus Kinderperspektive traumatisch erlebten Situation →behutsame Exploration des Kindes, dabei Angstaffekt beim Kind beachten →Überforderung des Kindes vermeiden, dem Kind von sich aus „Redestopp“ ermöglichen</p> | <p>Exploration und Diagnostik</p> | <p>→durch forciertes Fragen Kind in intrusive Erinnerungen treiben →Kind der (leidvollen) Zeugenschaft während der elterlichen Anamnese in der Praxis aussetzen</p> |
| <p>Prätraumatisch oder posttraumatisch gestörte Beziehungen? →Eltern-Kind-Geschwister-Peers (Kindergarten/Schule) gestört? →Reaktion des Kindes auf den Untersucher</p> | <p>Interaktion des Kindes mit dem sozialen Umfeld</p> | <p>→als Arzt die Rolle des „besseren Elternteils“ einnehmen →die konstruktive oder destruktive Rolle von Peers unterschätzen</p> |
| <p>Äußere Sicherheit herstellen: →Eltern instruieren →Behörden einschalten →juristische Empfehlungen (Möglichkeit der richterlichen Wegweisung bei väterlicher Gewalt etc.) →Kind ansprechen, Sicherheitsmaßnahmen kindgerecht erläutern →Vermittlung an geeignete Einrichtungen (Kinderpsychiater, Trauma-Ambulanz, Jugendamt, Kinderschutzzentrum etc.)</p> | <p>Intervention</p> | <p>→Überschätzung der eigenen therapeutischen Möglichkeiten →resignativen Nihilismus entwickeln: wenige sinnvolle Maßnahmen können jetzt langfristig helfen! →Unterschätzung der Symptomatik sowie Bagatellisierung, so dass Weiterbehandlung ausbleibt</p> |

Tabelle 2: Handlungsmöglichkeiten des primär versorgenden Arztes bei Verdacht auf kindliche Traumatisierung

8. Die gesellschaftliche Bedeutung einer frühzeitigen Fürsorge oder einer Vernachlässigung des traumatisierten Kindes

Für das Kind bedeutet eine traumatische Situation einen Angriff auf seine somatische und psychosoziale Existenz. Gerade seelische Traumatisierungen im frühen Lebensalter können nicht nur die psychische Entwicklung, sondern auch das Beziehungserleben sowie die körperliche Gesundheit beeinträchtigen (Egle, 2000; Schore, 2001). Das Erkennen einer Traumatisierung im frühen Lebensalter hat somit sowohl für das betroffene Kind, die Familie, aber auch für die gesamte Gesellschaft eine große Bedeutung. Durch die Folgen einer Traumatisierung entstehen Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen. Kinder werden Eltern, deren seelisches Leid wiederum die Fähigkeit zur entwicklungsfördernden Elternschaft nachhaltig beeinträchtigen kann. Die kollektive Glücksfähigkeit einer ganzen Gesellschaft kann durch unverarbeitete gemeinsame Traumatisierungen z.B. durch kriegerische Handlungen gestört sein. Die gelegentlich drückende Atmosphäre in einer Nachkriegsgesellschaft, wie aktuell z.B. im ehemaligen Jugoslawien, ist spürbares Zeugnis einer solchen Entwicklung.

Eine gelungene Verarbeitung und Integration traumatischer Lebenserfahrungen kann aber auch eine Ressource für die Gestaltung des weiteren Lebens bedeuten. Viele Patienten finden in ihrem späteren Leben in der Ausübung sozialer oder kreativer Berufe eine „Los-Lösung“ aus ihrem traumatischen Erleben. Sie selbst und die Gesellschaft haben so einen Nutzen von einer dieserart gelungenen Transformation traumatischer Lebenserfahrungen.

Gerade junge Menschen können von einer frühzeitigen Behandlung profitieren und aus der Bewältigung der Lebenskrise auch Kraft für das weitere Leben schöpfen.

9. Zusammenfassung

Eine seelische Traumatisierung in frühen Lebensjahren unterliegt den Besonderheiten der seelischen, sozialen und körperlichen, einschließlich neurophysiologischen Entwicklung.

Die Rolle von Bezugspersonen im sozialen Umfeld ist bei Kindern größer einzuschätzen als beim Erwachsenen. Das Kind ist natürlicherweise von Erwachsenen abhängig, woraus die Notwendigkeit einer intensiven Auseinandersetzung mit den Bezugspersonen folgt. Dramatische Lebensereignisse erzeugen bei Kindern überdies in der Regel psychische Symptome von besonderer Schwere, ohne dass sie angemessen in der Lage

wären, ihre innere Not wie Erwachsene zu artikulieren. Der Diagnose, Behandlung und weiteren Erforschung von Traumatisierungen im frühen Lebensalter sollte aus den genannten Gründen in Zukunft daher noch mehr Interesse gewidmet werden. Die seelische und körperliche Gesundheit der Kinder ist das kreative Potential unserer Gesellschaft von morgen. Wir sollten ihnen, auch hinsichtlich möglicher seelischer Schwerverletzungen unsere besondere Aufmerksamkeit schenken.

Literatur

Brisch, K.H., Hellbrügge, T. (2005). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta: Stuttgart.

Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in der Kindheit und Jugend. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Juraschki (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Miss-handlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen (S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie (3. Aufl.). München: Reinhardt.

Kahn, M. (1963). The concept of cumulative trauma. Psychoanal. Child Study; 18: 286 – 306.

Keilson, H. (1998). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made desaster. In: M. Endriss & G. Biermann (Hrsg.). Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München, Basel: Reinhardt; 44 – 58.

Kogan, I. (1987). Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Holocaust- Überlebenden. Psyche, 6, 533-545.

Kolk, B. A. van der (2005). Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 5; 401-408

Krüger, A., Brüggemann, A., Riedesser, P.(2004). Die Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Erfahrungsbericht der ersten beiden Behandlungsjahre in einem Frühinterventionszentrum für psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. ZPPM, 2.Jg., 4:19-44.

Krüger, A. (2006). Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter. In: L. Reddemann (Hrsg.). Psychotraumata. Der seelisch erschütterte Patient in der primärärztlichen Versorgung. Köln: Dt. Ärzteverlag; 39-54.

Krüger, A., Reddemann, L. (2007). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.

Krüger, A. (2008). Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Krüger, A. (2008). Psychotraumata bei Kinder und Jugendlichen: Diagnose und Therapie. Kindesmiss-handlung und –vernachlässigung, 10(2), 42-64.

Krüger, A. (2010, 2. Aufl.). Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Mannheim: Walter-Patmos.

Landolt, T. & Hensel (Hrsg.) (2007). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Schore, A.N. (2001). The effects of the security attachments of relationship on right brain development, effect regulation, an instant mental health. Infant Mental Health Journal, 22, 7-66.

Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.). Child and Adolescent psychiatry. Modern projects. 3. Ideation (pp. 392-406). Oxford: Blackwells.

Häusliche Gewalt an Kindern aus armen und randständigen Familien

Dr. Charlotte Köttgen, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, jetzt im Ruhestand

In unserer Gesellschaft nimmt die Armut zu¹. Betroffen sind besonders kinderreiche Familien. Immer wieder machen Experten auf den Zusammenhang zwischen Kinderarmut und Gewalt aufmerksam. So fordert der Deutsche Kinderschutzbund Bildung gegen Armut, Gewalt und Verwahrlosung². Der Arzt und Sozialmediziner Prof. Dr. Gerhard Trabert verlangt aufgrund zunehmender Gewalt gegen Kinder in unterprivilegierten Familien eine Verankerung in Forschung und Lehre sowie eine Verbesserung der interdisziplinären Ausbildung von Sozialpädagogen und Medizinern. Er fordert außerdem die Anpassung der Gesundheitsförderung an die Bedürfnisse sozial benachteiligter Menschen. Die so genannten „Komm-Strukturen“ der meisten Angebote stellten eine Zugangsbarriere dar, die vorhandenen Angebote müssten seiner Ansicht nach besser vernetzt werden.³

Sozialwissenschaftliche und kriminologische Erkenntnisse zu Armut und Gewalt bei Kindern

- „Nachgewiesen sind Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Mängellagen und Schulverweigerung bzw. Schulversagen, Bildungserfolg (OECD, Pisa 2005), Arbeitslosigkeit, physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen, erfasster Delinquenz, Freizeitverhalten.“⁴
- Armut⁵ nimmt zu: Waren 2002 noch 3,3 Prozent der unter 18-Jährigen Sozialhilfeempfänger, so waren es 2004 bereits 6,7 Prozent – also mehr als doppelt so viele. Bei den unter 3-Jährigen war dieser Wert mit 10,4 Prozent am höchsten⁶. Kinder aus armen und eben dadurch benachteiligten Familien sind mehr von Gewalt betroffen als Kinder aus dem mittelständischen Milieu⁷.
- Laut Bericht der Psychotherapeutenkammer Hamburg ist gerade dort, wo kinderreiche sowie arme und sozial benachteiligte Familien wohnen, die Dichte von Kinderärzten und Psychotherapeuten besonders niedrig.⁸
- Zum Thema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg wird in einer Drucksache der Hansestadt (FHH 18/5052) aufgeführt, dass die kinderärztlichen Untersuchungen U1 bis U9 bislang nicht obligatorisch sind und deshalb nicht bei allen Kindern erfolgen. Der Senat geht davon aus, dass bei bis zu 20 bis 30 Prozent der Kinder einzelne Untersuchungen sowie Impfungen unterbleiben, weil die Eltern nicht freiwillig den Kinderarzt aufsuchen. Diese Kinder werden nicht erreicht und deshalb Fehlentwicklungen nicht rechtzeitig festgestellt. So kann es passieren, dass körperliche und psychosoziale Folgen häuslicher Gewalt lange unentdeckt bleiben⁹. In letzter Zeit gibt es jedoch eine breite Diskussion darüber, ob kinderärztliche Kontrolluntersuchungen verbindlich gemacht werden sollen. Eine Entscheidung auf Bundesebene lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.
- Lebensweltorientierte Hilfen zur Erziehung in Hamburg¹⁰: Rund 60 Prozent der Menschen, die Hilfen zur Erziehung benötigen, leben von Sozialhilfe. Auch hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen häuslichen Schwierigkeiten und Armut.

- Etwa 7000 bis 8000 Krisenfälle werden in Hamburg pro Jahr den Mitarbeitern des Kinder- und Jugendnotdienstes (KJND) durch Schule, Nachbarn, Polizei oder anderen Diensten gemeldet, in denen eine Gefährdung des Kindes vorliegen könnte. In rund 700 bis 800 dieser Fälle erfolgen stationäre Aufnahmen im Rahmen der Jugendhilfe, so genannte „Inobhutnahmen“ nach § 42 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG). Diese Kinder und Jugendliche haben in sehr vielen Fällen Vernachlässigung und/oder Gewalt – oft bereits in den ersten Lebensjahren – erfahren¹¹. Die Quote von schwerer Gewaltanwendung in Familien, die Sozialhilfe beziehen oder von Arbeitslosigkeit betroffen sind, wird mit 24 Prozent beziffert, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt.¹²

Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Kinderarmut sind folgenreich

Kindergarten, Schule, Jugendhilfe oder Psychiatrie haben unterschiedliche gesetzliche Aufgaben, Regel- und Helfersysteme sowie fachliche Bewertungen. Je nachdem, in wessen Blickwinkel ein Kind nach Gewalterfahrungen gerät, können ihm ganz unterschiedliche Empfehlungen und Einschätzungen zu Teil werden. So lautet die Frage etwa: Ist dieses Kind erziehungsschwierig, leistungsschwach, krank oder delinquent?

Ohne frühzeitige Hilfe können sich die Schwierigkeiten steigern, werden zu Verhaltens- und Lernstörungen oder gar zu psychischen Störungen. Im schlimmsten Fall geraten diese Jugendlichen schließlich ins „Milieu“ und kommen mit Drogen oder Prostitution in Berührung. Manche landen im Strafsystem. Je mehr Bezugspersonen in Schule und Bezugsfeld ein Kind aufgeben, desto schwieriger bis unerreichbar wird es erfahrungsgemäß.¹³

Der Allgemeine soziale Dienst (ASD) soll die Wahrung des Kindeswohls sichern

Der ASD ist zuständig für Hilfestellung in komplizierten psychischen und sozialen Lebenssituationen benachteiligter Familien. Er fungiert als Wächter, wenn Familien dem Erziehungsauftrag nicht oder nur partiell gerecht werden¹⁴. Er ist jedoch darauf angewiesen, dass Gewalthandlungen gemeldet werden. Bei Gefahr ist er verpflichtet einzugreifen.

An den institutionellen Schnittstellen (Schule / Medizin / Psychiatrie / Justiz) kommt es aufgrund unterschiedlicher Perspektiven zuweilen zu unterschiedlichen Empfehlungen, die gegenläufige Maßnahmen zur Folge haben können. Um dies zu vermeiden, erfolgen idealerweise wechselseitige Absprachen.

Der ASD spielt hierbei eine wichtige Rolle:

- Der ASD oder Institutionen der Jugendhilfe beraten und unterstützen Familien und greifen ggf. ein.
- Jugendhilfe soll (soziale) Benachteiligungen ausgleichen, um Kindern zu gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu verhelfen (gem. § 1 KJHG).
- Die Inobhutnahme gemäß § 42 KJHG zur Sicherung des Lebens (-Ortes) ist Aufgabe der Jugendhilfe bei Gefahren.

- Es können multiprofessionelle Hilfen hinzugezogen werden (gem. § 27, 28 und 35 und 36 KJHG u. a.). Nachträglich eingeführt wurde § 35 a im KJHG, durch den seelisch behinderte Kinder und Jugendliche einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe haben. Zuständig ist die Jugendhilfe.¹⁵ Problematisch ist hierbei der Begriff der „seelischen Behinderung“, welcher die Gefahr einer festschreibenden, statischen und auf körperliche Merkmale bezogenen, einseitigen Sichtweise birgt. Gesellschaftliche, soziokulturelle und ökonomische sowie psychosoziale Einflüsse würden ausgeblendet werden. Primäres Ziel des § 135 KJHG ist jedoch die Unterstützung zur sozialen Integration.

¹ Statistisches Bundesamt, 2004

² Bundesministerium für Bildung und Forschung: Heinz Hilgers, Präsident des Deutschen Kinderschutzbundes, Veröffentlichung Juli, 2004

³ Trabert: Zwei-Klassen-Gesundheit. Dtsch. Ärzteblatt Jg. 1999/H3, 20021: zit. von S. B78; kriminologische Studien Hannover. In der Kriminologie und Sozialwissenschaftlichen Literatur.

⁴ BMFSFJ (Hrsg.), 11. Jugendbericht, Berlin, 2/2002, S. 141

⁵ Laut EU-Definition ist Armut, wenn in einem Haushalt weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens zur Verfügung steht (Statistisches Bundesamt 2004).

⁶ Statistisches Bundesamt, 2004

⁷ Trabert: ebda

⁸ Psychotherapeutenkammer Hamburg: Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Expertise im Auftrag der psycholog. Psychotherapeutinnen, Hamburg, Mai 2004, Seiten 16 und 21.

⁹ Bürgerschafts-Drucksache 18/5052: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg, vom 06.05.2005

¹⁰ U. Becher: Sozialraum- und lebensweltorientierte Hilfe zur Erziehung unter Einbeziehung der Implementierung eines Sozialraumbudgets. Im Auftrag des Bezirkes Eimsbüttel Hamburg.

¹¹ Statistik erscheint jährlich im Kinder- und Jugendnotdienst, BSF – LEB, Hamburg.

¹² Wetzels, P.: Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung Band 8. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft 1997. C. Pfeiffer: Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Nov. 1999 Kriminolog. Institut Niedersachsen. Auch in Trabert siehe da.

¹³ J. Henkel, M. Schnappka, C. Schraper: Was tun mit schwierigen Kindern. Votum-Verlag, Münster, ohne Angabe des Erscheinungsjahres.

¹⁴ Kinder- und Jugend-Hilfegesetz (KJHG)

¹⁵ Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hg.): Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe, Tagungsdokumentation März 1995; C. Köttgen: Konzeptfragen im Bereich des § 35 a in Verbindung mit § 41 SGB VIII . In: Gemeinsam Leben. Zeitschrift für integrative Erziehung, 4/99, 7. Jahrg.

Ältere Menschen als Opfer von Gewalt im häuslichen Umfeld

Dr. Axel Heinemann, Facharzt für Rechtsmedizin, Institut für Rechtsmedizin, Butenfeld 34, 22529 Hamburg

In der Kriminalstatistik treten ältere Menschen als Opfergruppe bei Körperverletzungen und Tötungsdelikten nicht besonders hervor. Gemessen am objektiven Risiko weisen Ältere eine unverhältnismäßig hohe Kriminalitätsfurcht auf. Diese Beobachtung wird auch als „Viktimisierungsparadoxon“ bezeichnet. Speziell aus der Erfahrung medizinischer Berufsgruppen steht vielmehr ein Thema im Vordergrund, das sich Kriminalstatistiken weitgehend entzieht: die Gewalt im häuslichen Umfeld, die speziell bei älteren Menschen eine direkt oder indirekt ausgeübte Gewalt in Pflegebeziehungen betrifft. Die Erscheinungsformen reichen von psychischem Druck und Missachtung, verbal geäußelter Gewalt, finanzieller Ausbeutung über vernachlässigende bzw. „gefährliche“ Pflege hin zu aktiver Misshandlung und dem Extremfall verdeckter Tötung Pflegebedürftiger (letzteres motivational mitunter von Euthanasie motiven abzugrenzen). Nach einer Definition von Dieck (1987) „berührt“ eine aktive Misshandlung bzw. ein „aktives Tun [...] den Adressaten dieser Handlung in seiner Befindlichkeit in spürbarer Weise [...] negativ bzw. [widerspricht] seinem expliziten Wunsch deutlich.“

Der Schwerpunkt der Perspektive rückt bei Älteren im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen jedoch weg von der aktiven Misshandlung hin zur Vernachlässigung im Sinne einer „Unterlassung von Handlungen, die situationsadäquat wären im Sinne des erkennbaren oder expliziten Bedarfs des Adressaten dieser Nicht-Handlung“ (Dieck 1987).

Neben der phänomenologisch bei älteren Menschen selten objektiv zu beobachtenden direkten Gewalteinwirkung sind speziell in dieser Altersgruppe Immobilisierung durch Fixierung oder Übermedikamentierung zu beachten. Der Begriff der direkten Gewalteinwirkung ist hierbei im Sinne grober körperlicher Behandlung z. B. als Mittel der „Bestrafung“ in einer dekompenzierten Pflegebeziehung, als sexuelle Misshandlung oder als inadäquate Erzwingung von pflegerischen Notwendigkeiten, zu verstehen. Hier machen Grauzonen zwischen dem Idealkonzept zuwendungsorientierter, fixierungsfreier Pflege sowie adäquater Medikation mit psychotropen Substanzen definitorische Probleme.

Eine einheitliche Theorie zu den Ursachen von Gewalt gegen ältere Menschen gibt es bislang nicht. Als Ursachen werden speziell in der häuslichen Laien-Pflege fünf Faktoren wirksam:

- Mangelnde Aufklärung und Beratung hinsichtlich des Umgangs mit typischen Pflegeproblemen sowie hinsichtlich sozialer Unterstützung
- Pflegestress (Gewaltneigung korrespondiert mit subjektiv wahrgenommener Belastung)
- Faktoren in der Täterpersönlichkeit (allgemein aggressive Handlungstendenzen spiegeln sich auch in der Pflegebeziehung, ungelöste emotionale Konflikte bei fortbestehender materieller Abhängigkeit von der betreuten Person, Suchtmittelmissbrauch)
- Transgenerationale Effekte (Spiegelung von zuvor selbst erlittenen Demütigungen nach Umkehr der Beziehungsstruktur, z.B. Eltern/Kind)
- Gewalt gegen Frauen / Beziehungsgewalt als ins höhere Alter hineingetragenes Muster bei Pflege durch den Partner

Zugrunde liegen also häufig komplexe Täter-Opfer-Konstellationen, die mitunter biographisch zwischen zwei Partnern bzw. Familienangehörigen getauscht worden sein können. Als Haupt-Risikofaktoren in der Angehörigenpflege werden psychische, körperliche und fachliche Überforderung angesehen. Die Quantifizierung des Phänomens fällt epidemiologisch aufgrund des oft hermetischen Abschlusses der Familienpflegekonstellation außerordentlich schwer; medienwirksame Skandalberichte aus der *institutionellen* Pflege kontrastieren zusätzlich und verdecken somit den Blick auf einen ganz wesentlichen Teil der Pflege im Alter. Für Deutschland wurde bislang bei repräsentativen Studien eine Auftretenshäufigkeit für sämtliche Formen von Gewalt in institutioneller und häuslicher Pflege gegen ältere Menschen über 60 Jahren zwischen 6,6 Prozent und 10,8 Prozent angegeben; der Anteil körperlicher Gewalt wurde mit Prävalenzen zwischen 2,2 Prozent und 3,4 Prozent bemessen. Spezieller Risikofaktor ist eine Demenz bei Pflegebedürftigen, u. a., da hier mitunter von der betreuten Person selbst aggressive Handlungen ausgehen können.

Für den Arzt, dem sich beim gelegentlichen Hausbesuch ein Verdacht körperlicher Misshandlung stellt, ist die Ausgangssituation für eine gewaltpräventive Handlungsoption denkbar schwierig, da der objektive körperliche Befund beim multimorbiden alten Menschen eine Trennschärfe zwischen vermeidbarer und unvermeidlicher gesundheitlicher Beeinträchtigung erschwert. Weitere Hindernisse sind z. B., dass das potenzielle Opfer im Pflegehaushalt nie von sozialer Kontrolle und oftmals nicht mehr oder nur noch eingeschränkt in der Lage ist, überhaupt subjektiv Stellung zu nehmen. Eine Klinikeinweisung kann die Chance zur Klärung deutlich verbessern, wobei ein vormals erklärter Wille des Betroffenen oder das durch die pflegenden Angehörigen ausgeübte Betreuungsrecht dieser entgegenstehen kann. Dem Arzt bietet sich primär die auf Kooperation setzende Beratungsmöglichkeit der pflegenden Angehörigen im Hinblick auf kommunale Hilfen (Angehörigen-Notruftelefon, Selbsthilfegruppen, Hinweis auf teilstationäre Versorgungsangebote etc.). In Hamburg besteht seit 1999 das Pfl egetelefon, das Pflegebedürftiger sowie ihre Angehörigen berät und unterstützt (siehe Adressen). Gleiches gilt für den Landessenorenbeirat (siehe Adressen) und die bezirkliche Seniorenberatung. Adressen dieser Einrichtungen finden sich – wie auch eine Übersicht über institutionelle stationäre und teilstationäre Pflege, Tagespflegeangebote, Heimaufsicht und Hospizdienste – im Ratgeber „Hilfe und Pflege im Alter“ der Hamburger Behörde für Soziales und Familie (www.bsf.hamburg.de). Auch einzelne Kranken- bzw. Pflegekassen (AOK, IKK) halten eigene Beratungstelefone zum Thema Pflege bereit.

In der Laienpflege wird eine vermutete pflegerische Vernachlässigung niemals mit professionellen Pflegemaßstäben zu messen sein. Typische Symptome wie Körperpflegemängel, chronische Ernährungs- und Flüssigkeitsdefizite, Unterlassung medizinischer Abklärung von behandlungsnotwendigen Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation werden nur im Extremfall spontan Anlass sein, den medizinischen Dienst der Krankenkassen, Rechtsmedizin, Polizei oder behördliche Hilfen sowie Familiengerichte ohne Einverständnis der Angehörigen aus Annahme eines rechtfertigenden Notstandes heraus hinzuzuziehen. Die Einschaltung externer Stellen könnte z. B. in einer Information über inadäquate Aufgabenwahrnehmung im Rahmen eines rechtlichen Betreuungsverhältnisses bezüglich Gesundheitsfürsorge bestehen. Vordringlich erscheinen zunächst vertrauensbildende Maßnahmen durch den Arzt, entsprechend dem Grundsatz „Hilfe vor Strafe“. Dazu zählt, eine erkannte Defizitsituation gegenüber Pflegeverantwortlichen sowie ggf. gegenüber Betreuern und Pflegebedürftigen anzusprechen. Außerdem sind Lösungsvorschläge für einen möglichen Schulungs- und Aufklärungsbedarf zu machen und bei im Raum stehender Überforderungssituation die gemeinsame Prüfung eines (teilweisen) Wechsels der Pflegever-

antwortlichkeit zu thematisieren. Kompromisslösungen sind hier beispielsweise der Besuch von Tageseinrichtungen oder die Kurzzeitpflege, um eine Entlastungsmöglichkeit für die Laien-Pflegerin oder den -Pfleger zu schaffen. Bereits im Vorfeld gilt es aber, präventives Handeln zu stärken. Konkrete Absprachen zwischen allen Beteiligten sollten für den Fall der eintretenden oder zunehmenden Pflegebedürftigkeit getroffen werden – z. B. im Sinne einer Hinzuziehung ambulanter Hilfe oder eines Wechsels in pflegegerechte Wohnformen bis hin zur Heimübersiedlung.

Literatur

1. Dieck M (1987) Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Z Gerontol* 20: 305–313
2. Dorhester O (2005) Gewalt gegen Senioren in pflegerischen Beziehungen – Vernachlässigung und Misshandlung. In: Schröder D, Berthel R (Hrsg.) *Gewalt im sozialen Nahraum II*. Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt.
3. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie (2005). *Hilfe und Pflege im Alter. Ein Ratgeber für Senioren*. Internet: www.bsf.hamburg.de.
4. Görgen T, Greve W (2005) Gewalt gegen alte Menschen – Stand der Forschung. In: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) *Alter – ein Risiko? Ältere Menschen als Opfer von häuslicher und institutioneller Gewalt*. Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik. Lit Verlag, Münster.
5. Hirsch RD, Brendebach C (1999) Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. *Z Gerontol Ger* 32, 449–455.
6. Hörl J (2005) Häusliche Pflege alter Menschen – Risikokonstellationen und Gewaltausprägungen. In: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) *Alter- ein Risiko? Ältere Menschen als Opfer von häuslicher und institutioneller Gewalt*. Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik. Lit Verlag, Münster.
7. Wetzels P., Grewe W. (1996) Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. *Z Gerontol Ger* 29 (3), 191–200.

Zur rechtlichen Situation von Opfern häuslicher Gewalt

Dr. Dr. R. Dettmeyer, Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität, Stiftsplatz 12, 53111 Bonn

1. Einleitung

„Häusliche Gewalt“ ist ein Oberbegriff, der nicht gesetzlich definiert ist und unter dem zahlreiche verschiedene Formen von Gewalteinwirkung zusammengefasst werden können. Einerseits Gewalteinwirkungen, die einen Straftatbestand des Strafgesetzbuches (StGB) erfüllen, insbesondere Sexualstraftaten, andererseits bei minderjährigen Gewaltopfern Verhaltensweisen der Sorgeberechtigten, die als Gewalt im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) anzusehen sind oder weitere Formen unzulässigen Zwanges, z. B. das sog. „Stalking“ (penetrantes Nachstellen und Verfolgen des Opfers), welches in den Katalog der Straftaten des StGB aufgenommen werden soll.

Dem Schutz von minderjährigen wie erwachsenen Gewaltopfern dienen eine Reihe bundes- wie landesrechtlicher Regelungen (Tabelle 1). Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollten, neben der medizinischen Behandlung und Dokumentation, ggf. in der Lage sein, Opfer häuslicher Gewalt auch über ihre Opferrechte in Grundzügen zu informieren, z. B. durch Aushändigen einer Broschüre.

Tabelle 1: Gesetzliche Regelungen bzw. Möglichkeiten zum Schutz und zur Unterstützung von Gewaltopfern (Auswahl)

- §§ 223 ff. StGB – Körperverletzungsdelikte werden grundsätzlich nur auf Antrag verfolgt (§ 230 Abs.1 StGB, Strafantrag binnen 3 Monaten, § 77 b Abs. 1 StGB), es sei denn, die Strafverfolgungsbehörde (Staatsanwaltschaft) bejaht ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung; dies wird bei Gewalt gegen Minderjährige regelmäßig der Fall sein, aber auch bei vielen erwachsenen Gewaltopfern.
- § 1666 BGB – Gefährdung des Kindeswohls durch Sorgerechtsmissbrauch einschließlich Fällen von Therapieverweigerung durch die Sorgeberechtigten.
- § 1361 b Abs. 2 BGB – Wohnungsweisung – die Verweisung des Täters aus der gemeinsamen Wohnung und der näheren Umgebung.
- §§ 174 ff. StGB – Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.
- Gemäß Polizeigesetz kommt ggf. ein Platzverweis gegen den Täter oder ein Wohnungsverweis (für bis zu 14 Tage; dem Täter kann der Wohnungsschlüssel abgenommen werden, ein Antrag des Opfers ist nicht erforderlich) in Betracht, zusätzlich kann die Polizei dem Gewalttäter das Betreten anderer Orte, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält, untersagen.
- § 1 Gewaltschutzgesetz – gerichtliche Schutzanordnungen – möglich auf Antrag des Opfers. Das Gericht ordnet an, dass Täter die Wohnung nicht betreten dürfen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung nicht aufhalten dürfen, andere Orte meiden müssen, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält, jede persönliche Verbindung zum Opfer vermeiden muss und ein Zusammentreffen mit dem Opfer nicht zulässig ist. Das Familiengericht kann hier Anordnungen auch im Eilverfahren treffen!
- § 2 Gewaltschutzgesetz – Zivilrechtlicher Gewaltschutz – der Täter kann für einen längeren Zeitraum der Wohnung verwiesen werden, unabhängig davon, ob er Mieter oder

Eigentümer der Wohnung ist. Nach der Tat dürfen nicht mehr als 3 Monate vergangen sein und die Wohnungsverweisung ist in der Regel auf 6 Monate befristet (es sei denn, das Opfer ist Alleinmieter/in oder Alleineigentümer/in, dann entfällt die Befristung).

- Für Gewaltopfer mit geringem oder fehlendem Einkommen kann Prozesskostenhilfe gewährt werden, diese kann gleichzeitig mit z. B. dem Antrag auf Wohnungsverweisung des Täters oder dem Antrag auf eine andere Schutzanordnung bei Gericht beantragt werden.

Die ärztliche Schweigepflicht gemäß § 203 StGB dient der Wahrung von Persönlichkeitsrechten der Patientin/des Patienten auch als Gewaltopfer, das Opferschutzgesetz von 1986 fixiert Rechte von Opfern einer Straftat in der Strafprozessordnung (StPO), das Gewaltschutzgesetz vom 11.2.2001 enthält Schutzvorschriften zugunsten des Opfers und das Opferentschädigungsgesetz (OEG) regelt Leistungen für Personen, die durch eine Gewalttat eine gesundheitliche Beeinträchtigung erlitten haben. Weitere Schutzparagrafen finden sich für minderjährige Gewaltopfer im Familienrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

2. Medizinrechtlich relevante Aspekte für Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der Behandlung von Gewaltopfern

Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ergibt sich eine Reihe von juristisch relevanten Aspekten bei der Behandlung von Gewaltopfern. Neben einer selbstverständlich lege artis durchzuführenden ärztlichen Versorgung können gerade bei Gewaltopfern weitere Punkte im Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin/des Patienten bedeutsam werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Medizinrechtlich relevante Aspekte für Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der Behandlung von Gewaltopfern

- Zunächst grundsätzlich Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB bzw. standesrechtlich gemäß § 9 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) i.d.F. von 2004, verankert in den Berufsordnungen der jeweils zuständigen Ärztekammern; die Schweigepflicht gilt grundsätzlich bei minderjährigen Patienten auch gegenüber den Sorgeberechtigten.
- Dokumentationspflichten – einerseits als vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, andererseits auch standesrechtlich gemäß § 10 der MBO-Ä von 2004, verankert in den Berufsordnungen der jeweils zuständigen Ärztekammern.
- Dokumentationspflicht bei Gewaltopfern ist auch zu verstehen im Sinne einer „Beweissicherungspflicht“ zum Schutz von u. U. erst später geltend gemachten Rechten eines Gewaltopfers (d. h. sorgfältige Befundbeschreibung, ggf. Anfertigen von Bildern etc.).
- Bei Gewaltopfern, die den Weg zur Polizei (noch) scheuen, u. U. Darlegung der Schutzmöglichkeiten, der prozessualen Rechte (siehe Tabelle 3) und Hinweise auf Beratungsmöglichkeiten.
- Herausgabe der Krankenunterlagen (nur in Kopie, nicht im Original) auf Verlangen des Gewaltopfers und bei Vorlage eines Beschlagnahmebeschlusses durch die Polizei (dann im Original, eigene Kopien dürfen angefertigt werden!); die Zusicherung eines

Gerichts, dort läge eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vor, reicht aus für die Abgabe der Krankenunterlagen.

- Erstellen eines ärztlichen Attestes auf Verlangen des Gewaltopfers mit Benennung der wesentlichen objektiven ärztlichen Befunde (Cave: keine vorschnellen Rückschlüsse auf einen behaupteten Tathergang; die Schilderung des Opfers darf und soll aber in indirekter Form dargelegt werden!). Auch ohne Schweigepflichtentbindung muss der Arzt auf Ladung vor Gericht erscheinen; nur hat er dann ggf. ein Recht zu schweigen.
- Erscheinen als sachverständiger Zeuge vor Gericht nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, bis dahin gilt ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO). Das Zeugnisverweigerungsrecht steht über § 53 Abs. 1 Nr. 3 a und § 53 a StPO auch den medizinischen Assistenzberufen bzw. den im medizinischen Bereich Auszubildenden zu.
- Sorgfältige Abwägung der Zulässigkeit einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, insbesondere Prüfung der Frage, ob auch für die Zukunft Gefahr für ein Rechtsgut von hohem Rang droht!

Die ärztliche Dokumentation sollte – um gerichtlich später verwertbar zu sein – besonders sorgfältig erfolgen und bei Gewaltopfern weitergehend auch als Maßnahme der Beweissicherung verstanden werden. Bedeutsam ist daher nicht nur eine präzisere Beschreibung von Verletzungen (z. B. Art, Lokalisation, Ausdehnung und ungefähres Alter einer Verletzung, Beschreibung auch von aus medizinischer Sicht „Bagatellbefunden“ wie kleine Kratzer, Schürfungen usw., da diese später für die Rekonstruktion des Tatgeschehens bedeutsam sein können), auch Ausführungen der Patientin / des Patienten zum Tatgeschehen sollten ohne eigene Kommentierung möglichst genau dokumentiert werden. Von Bedeutung ist weiterhin die Dokumentation der Ursachen und der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit als Folge der erlittenen Gewalt. Die Dokumentation umfasst ferner den Umfang zusätzlich durchgeführter Untersuchungen und die Einverständniserklärung des Gewaltopfers in die Durchführung dieser Untersuchungen (siehe „*Einverständniserklärung*“). Soweit die Patientin / der Patient eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt, ist auch dies zu dokumentieren, ebenso wie eine eventuelle inhaltliche Begrenzung der Entbindung von der Schweigepflicht (siehe „*Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht*“).

3. Ärztliche Schweigepflicht – zulässige Offenbarungen

Ärztinnen und Ärzte unterliegen ebenso wie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 9 (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte). Opfer einer Gewalttat, die sich in ärztliche Behandlung begeben, müssen selbstverständlich darauf vertrauen können, dass keinerlei Informationen weitergegeben werden. Die Schweigepflicht gilt umfassend, d. h., bereits die Tatsache einer ärztlichen Behandlung und selbstverständlich weitere Einzelheiten (Verletzungsbefunde, Untersuchungsergebnisse etc.) dürfen nicht unbefugt offenbart werden. Rechtfertigungsbedürftig ist die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, nicht deren Einhaltung! Hier gibt es nur wenige Ausnahmen:

1. Ärztinnen/Ärzte sind zur Auskunft berechtigt, wenn eine ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt. Dann darf z. B. gegenüber der Polizei und/oder einem

Gericht Auskunft gegeben werden. Die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht kann vom Patienten limitiert werden auf bestimmte Verletzungen anlässlich eines bestimmten Tatgeschehens.

2. Es gibt keine gesetzliche Meldepflicht für *bereits begangene* Straftaten in der Bundesrepublik Deutschland, auch nicht für schwere Straftaten wie Schuss- oder Stichverletzungen, Kindesmissbrauch und Vergewaltigungen, dies gilt selbst dann, wenn das Opfer minderjährig ist. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch – wie jeder andere Bürger – zur Meldung einer drohenden, schwerwiegenden Straftat gesetzlich verpflichtet entsprechend dem Katalog des § 138 StGB (z. B. drohender Mord oder Totschlag, drohender Raub oder räuberische Erpressung).
3. Ärztinnen und Ärzte dürfen ihnen anvertraute Patientengeheimnisse offenbaren unter den Voraussetzungen des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand). Dies geht jedoch nur bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut, wenn nach einem gründlichen Abwägungsprozess einerseits die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ein angemessenes, geeignetes und erforderliches Mittel ist, um die Gefahr abzuwenden, und wenn andererseits das Geheimhaltungsinteresse des Gewaltopfers (Patienten) demgegenüber nicht wesentlich überwiegt. Zuvor müssen andere Wege geprüft werden; insbesondere sollte ein Gewaltopfer davon überzeugt werden, dass es einer Preisgabe von Patientengeheimnissen entweder zustimmt oder sich selbst an die Behörden wendet. Es mag auch sein, dass im Einzelfall ein Gewaltopfer zwar die Notwendigkeit der Information anderer Personen einsieht, dies jedoch nicht selbst übernehmen möchte und gleichzeitig genügend Zeit braucht, um Zuflucht an einem sicheren Ort zu suchen.

§ 34 StGB [Rechtfertigender Notstand]

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Problematisch kann im Einzelfall die Bejahung der Gegenwärtigkeit einer Gefahr sein. Zum Zeitpunkt der ärztlichen Konsultation ist die Gewalteinwirkung (zunächst?) beendet. Hatte die Gewalt das Opfer in einen lebensbedrohlichen Zustand gebracht (z. B. schwere Verletzungen mit erheblichem Blutverlust, massives Würgen bis zur Bewusstlosigkeit, Gewalt mit einem scharfen Gegenstand (Messer) gegen den linksseitigen Brustkorb oder Ähnliches), dann wird bei häuslicher Gewalt zwanglos von einer zukünftigen Gefahr für ein Rechtsgut von hohem Rang (Menschenleben) ausgegangen werden können, und es darf die ärztliche Schweigepflicht gebrochen werden. Ist nach den Umständen jedoch eine sofortige Entscheidung über die Durchbrechung der Schweigepflicht und die Information Dritter (Polizei, Staatsanwaltschaft, vertrauenswürdige Familienangehörige usw.) nicht erforderlich, so soll dem Gewaltopfer die Möglichkeit gegeben werden, von sich aus die notwendigen Schritte zu unternehmen. Dennoch ist anzuraten, das Gewaltopfer frühzeitig darauf hinzuweisen, dass aus ärztlicher Sicht derart schwere Verletzungen vorliegen, dass in einem nicht auszuschließenden Wiederholungsfall mit einem schlimmeren Verlauf oder gar dem Tod zu

rechnen ist und das deshalb die ärztliche Schweigepflicht nicht mehr gilt und die Information Dritter auch für die Ärzte möglich ist. Dies gilt bei erwachsenen Gewaltopfern und natürlich umso mehr bei minderjährigen Gewaltopfern. Bei letzteren sind die Anforderungen an eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht sehr niedrig anzusetzen, da erfahrungsgemäß eine bekannt gewordene Kindesmisshandlung bzw. ein Kindesmissbrauch häufig nicht die erste Straftat zum Nachteil des Gewaltopfers war und regelmäßig weitere Gewalt im häuslichen Bereich zu erwarten ist. Bei offensichtlicher Uneinsichtigkeit des (erwachsenen) Gewaltopfers und drohender weiterer Gefahr für Rechtsgüter von hohem Rang kann die ärztliche Schweigepflicht auch sofort gebrochen und z. B. die Polizei informiert werden. Denkbar ist aber auch zunächst die Heranziehung vertrauenswürdiger Personen aus dem Umfeld des Gewaltopfers, um dann weitere Entscheidungen zu treffen. Bei uneinsichtigen Sorgeberechtigten kommt ebenfalls die sofortige Information z. B. des Jugendamtes in Betracht.

4. Die rechtliche Position des Gewaltopfers in Verfahren nach der Tat

Kommt es als Folge eines Stafantrages des Gewaltopfers, oder weil die Staatsanwaltschaft das öffentliche Interesse an einer Strafverfolgung bejaht hat, zu einem formellen Verfahren gegen den oder die Täter, so gibt das Gesetz dem Gewaltopfer eine Reihe von Rechten bzw. Möglichkeiten (Tabelle 3).

Tabelle 3: Prozessuale Rechte und Möglichkeiten eines Gewaltopfers im formellen Verfahren

- **Strafantragstellung** bei Körperverletzungsdelikten; diese werden nur auf Antrag von Polizei und Staatsanwaltschaft verfolgt, es sei denn, die Staatsanwaltschaft bejaht im Einzelfall das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung (was bei schwereren Körperverletzungen und Wiederholungsfällen immer der Fall sein sollte).
- **Bestellen eines Opferanwalts** – dem Opfer kann ggf. kostenfrei ein Opferanwalt zur Wahrnehmung seiner Interessen gestellt werden, dies bei schwereren Delikten – § 397 a Abs. 1 StPO – der Opferanwalt wurde bereits 1986 durch das Opferschutzgesetz eingeführt.
- **Privatklageverfahren** – das Opfer kann im Wege der Privatklage seine Interessen vor Gericht durchsetzen (nicht gegen jugendliche Straftäter).
- **Nebenklage** – das Opfer tritt dem Strafverfahren gegen den Täter als Nebenkläger/in bei, mit einer Reihe von prozessualen Rechten.
- **Ärztliche Atteste** – das Opfer kann ärztliche Atteste und sonstige Berichte über erlittene physische und psychische Traumata zur Verfügung stellen.
- **Akteneinsichtsrecht** – über einen eigenen Anwalt oder den Opferanwalt kann vor Eröffnung der Hauptverhandlung Einsicht in die Akten des Strafverfahrens genommen werden.
- **Anwesenheitsrecht** – das Opfer hat als Nebenkläger/in ein Recht auf Anwesenheit in der Hauptverhandlung.

- **Abgabe von Erklärungen** – über den Opferanwalt können vor und während der Hauptverhandlung Erklärungen abgegeben werden, dem Opfer steht ein Fragerecht zu und das Recht, Beweisanträge zu stellen.
- **Ablehnungsanträge** – das Opfer darf Ablehnungsanträge gegen Richter und Sachverständige stellen, es darf gegen Anordnungen des Gerichtes protestieren und diesen Protest protokollieren lassen.
- **Entbindung von der Schweigepflicht** – nach Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht können Gewaltopfer die Ladung von Ärztinnen und Ärzten als sog. sachverständige Zeugen anregen.
- **Rechtsmedizinischer Sachverständiger** – gegebenenfalls kann ein Gewaltopfer die Ladung eines rechtsmedizinischen Sachverständigen beantragen zur Beurteilung von Verletzungen bzw. Verletzungsmustern und deren Korrelation mit einem behaupteten Tatgeschehen.
- **Schadensersatzanspruch und Schmerzensgeld** – im Wege des sog. Adhäsionsverfahrens, §§ 403 bis 406 c StPO, können bereits im Strafverfahren zivilrechtliche Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeldansprüche geltend gemacht werden, die Höhe des Schadensersatzes wird dann ggf. vom Zivilgericht entschieden, § 406 Abs. 3 StPO.
- **Rechtsmittel gegen Gerichtsentscheidungen** – das Gewaltopfer bzw. sein Anwalt / Opferanwalt kann Rechtsmittel gegen eine Entscheidung bzw. ein Gerichtsurteil einlegen, § 401 Abs. 1 StPO.

Schließlich stehen dem Opfer einer Gewalttat für eine erlittene gesundheitliche Beeinträchtigung Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen wird aber im Regelfall eine Strafanzeige sein. Die Leistungen umfassen auf Antrag die Heilbehandlung, die Rehabilitation, aber auch Renten- und Fürsorgeleistungen.

Soweit ärztlicherseits Unsicherheit besteht, ob z.B. eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht zulässig ist, kann juristischer Rat unter Umständen auch vom Justitiar des Berufsverbandes oder vom Justitiar der zuständigen Ärztekammer eingeholt werden.

Hilfe und Beratung bei Gewaltbetroffenheit von Erwachsenen

Spezielle Beratungsstellen bei häuslicher Gewalt:

Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt pro-aktiv
Altonaer Str. 65, 20357 Hamburg
Tel.: 41 30 70 80, Fax: 41 30 70 80
Internet: www.gewaltschutz-hamburg.de

Hotline für Opfer häuslicher Gewalt und Stalking
Tel.: 226 226 27, Fax: 41 30 70 81
Täglich von 10 bis 22 Uhr

Interkulturelle Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten bei häuslicher Gewalt und Zwangsheirat:

Verikom – i.bera
Norderreihe 61, 22767 Hamburg
Tel.: 350 1772 26, Fax: 350 17 72 11
Internet: www.verikom.de

LALE-IKB
Rendsburger Straße 10, 20359 Hamburg
Tel.: 72 96 32 26/25, Fax: 72 96 32 24
Internet: www.ikb-integrationszentrum.de

Weitere Beratungsstellen:

Opferhilfe Hamburg e.V.
Paul-Neve-Platz 2-4, 22765 Hamburg
Tel.: 38 19 93, Fax: 38 19 93
Internet: www.opferhilfe-hamburg.de

WEISSER RING e.V.
Winterhuder Weg 31, 22085 Hamburg
Tel.: 251 76 80, Fax: 250 42 67
Bundesweiter Opfernotruf: 01803-34 34 34
Internet: weisser-ring.de
Rund um die Uhr

Patchwork – Frauen für Frauen gegen Gewalt
Eiffelstraße 3, 22769 Hamburg
Tel.: 38 61 08 43, Fax: 380 38 660
Handy-Notruf: 0171-633 25 03
Internet: patchwork-hamburg.org
Rund um die Uhr

BIFF – Beratung und Information für Frauen
Eimsbüttel/Altona: Bogenstraße 2, 20144 Hamburg
Tel.: 43 63 99 oder 39 67 62, Fax: 43 18 83 06
Internet: www.biff.de

Harburg: Neue Straße 59, 21073 Hamburg
Tel.: 77 76 02, Fax: 77 76 02
Internet: www.biff.de

Winterhude: Moorfuhrweg 9 b, 22301 Hamburg
Tel.: 280 79 07, Fax: 280 75 20
Internet: www.biff.de

Sexualisierte Gewalt:

Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.
Beethovenstraße 60, 22083 Hamburg
Tel.: 25 55 66, Fax: 25 83 17
Internet: frauennotruf-hamburg.de

Rechtsauskunft:

Öffentliche Rechtsauskunft und Vergleichsstelle (ÖRA)
Bei allen Hamburger Bezirksämtern sowie
Dammtorstr. 14, 20354 Hamburg
Tel.: 428 43 30 71, –30 72, Fax: 428 43 3658
Internet: www.hamburg.de/oera

Kostenlose ärztliche Dokumentation der Verletzungen:

Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalttaten
Butenfeld 34, 22529 Hamburg
Tel.: 7410-52127, Fax: 7410-578 14
Internet: www.uke.de/institute/rechtsmedizin/

Hamburger Frauenhäuser:

Frauen helfen Frauen Hamburg e.V.
Tel.: 19 702

2. Hamburger Frauenhaus
Tel.: 19 710

4. Hamburger Frauenhaus e.V.
Tel.: 19 704

5. Hamburger Frauenhaus e.V.
Tel.: 19 715

Frauenhaus des Diakonischen Werkes Hamburg
Tel.: 19 251

Hilfe und Beratung bei Gewaltbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen

Kinder- und Jugendnotdienst (KJND)
Feuerbergstraße 43, 22337 Hamburg
Tel.: 42 84 90, Fax: 42 84 9255
Internet: www.leb.hamburg.de
Rund um die Uhr

Allgemeine Soziale Dienste (ASD) der bezirklichen Jugendämter
HamburgService Tel.: 4 28 28 0

Kinderschutzhotline der bezirklichen Jugendämter
Tel.: 426 427 428
Internet: www.hamburg.de/kinderschutz-hotline/

Kinderschutz-Zentrum Hamburg
Emilienstr. 78, 20259 Hamburg
Tel.: 491 00 07, Fax: 491 1691
Internet: www.kinderschutzzentrum-hh.de

Harburg: Eißendorfer Pferdeweg 40a, 21075 Hamburg-Harburg
Tel.: 7 90 10 40, Fax: 790 10 499
Internet: www.kinderschutzzentrum-hh.de

Ärztliche Untersuchung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung:

Kinder Kompt

Kompetenzzentrum für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen
bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch
Institut für Rechtsmedizin am UKE
Koordination: PD Dr. Dragana Seifert
Sprechstunde für kindliche Gewaltopfer: Dr. Kerstin Stellermann
Butenfeld 34, 22529 Hamburg
24-h-Telefon: 7410-52127
Fax: 7410-53934
Mobil: 0172-426 80 90
Mail: kinderkompetenzzentrum@uke.de
Internet: www.uke.de/institute/rechtsmedizin

Schutzeinrichtungen:

„Zuflucht“ – Schutz und Hilfe vor Zwangsverheiratung und anderer familiärer Gewalt für
Mädchen und junge Frauen (Basis und Wooge e.V.)
Steindamm 11, 20099 Hamburg
Tel.: 39 84 26 50, Fax: 39 84 26 26
Internet: www.basisundwooge.de

Hamburger Mädchenhaus - Wohn- und Beratungsangebot,
Schutz vor Gewalt für minderjährige Frauen
Tel.: 4 28 49 265 (Rund um die Uhr) oder 4 28 49 235, Fax: 428 49 255
Internet: www.leb.hamburg.de

Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychosomatik/ Traumatherapie:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik
des Kindes- und Jugendalters
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel.: 7410-52230 (Patientenanmeldung) oder -52202 (Sekretariat), Fax: 7410-52409
Direktor: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort
Sprechstunde Gewalt und Trauma:
Oberärztin Dr. K. Stellermann, Tel.: 7410-52230
Internet: www.uke.de

Altonaer Kinderkrankenhaus
Kinder- und Jugendpsychosomatik
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
Tel.: 88908 270 (Sekretariat), Fax: 88908 272
Internet: www.kinderkrankenhaus.net
Leitung: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Traumatherapeutische Schwerpunktpraxis
Dr. Andreas Krüger
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Mittelweg 162, 20148 Hamburg
Tel.: 23 49 54 62
info@praxis-andreas-krueger.de

Ankerland e.V. – Hilfe für traumatisierte Kinder
Informationszentrum und Info-Telefon für betroffene Eltern
und verschiedene Berufsgruppen
Willy-Brand-Straße 20, 20457 Hamburg
Tel.: 63 64 36 27
info@ankerland.org

Sexualisierte Gewalt:

Allerleirauh e.V. (nur für Mädchen ab 13 Jahren)
Menckesallee 13, 22089 Hamburg
Tel.: 29 83 44 83, Fax: 298 344 84
Internet: www.allerleirauh.de

Dolle Deerns e.V. – Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Mädchen
und jungen Frauen
Niendorfer Marktplatz 6, 22459 Hamburg
Tel.: 439 41 50, Fax: 43 25 08 08
Internet: www.dolleduerns.de

Dunkelziffer e.V.
Oberstraße 14 b, 20144 Hamburg
Tel.: 42 107 0000, Fax: 42 107 00 55
Internet: www.dunkelziffer.de

Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.
Beethovenstraße 60, 22083 Hamburg
Tel.: 25 55 66, Fax: 25 83 17
Internet: www.frauennotruf-hamburg.de

Zornrot e.V.
Vierlandenstraße 38, 21029 Hamburg
Tel.: 721 7363, Fax: 720 05148
Internet: www.zornrot.de

Zündfunke e.V.
Kieler Straße 188, 22525 Hamburg
Tel.: 890 12 15, Fax: 890 48 38
Internet: www.zuendfunke-hh.de

Weitere Beratungsstellen:

www.hamburg.de/opferschutz

www.hamburg.de/praevention-und-opferschutz-np/

www.polizei-hamburg.de

Häusliche Gewalt – Dokumentationsbogen

Angaben zur Patientin / zum Patienten

| | | | |
|-----------------------|--|---------|--|
| Vor- und Nachname | | | |
| Straße und Hausnummer | | | |
| PLZ | | Wohnort | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|--|
| Name der Ärztin / des Arztes: | | Tel.: | |
|-------------------------------|--|-------|--|

| | | | |
|-----------------------|--|----------|--|
| Ort der Untersuchung: | | | |
| Datum: | | Uhrzeit: | |

| |
|---|
| Die Patientin / der Patient spricht kein Deutsch oder ist gehörlos: Wie hat das Anamnesegespräch stattgefunden? |
| |
| |

| |
|--|
| Kommunikationsfähigkeit (z. B. Alkohol-/Drogeneinfluss) |
| |
| |

| |
|--|
| Geschildeter Hergang (bei wörtlicher Übernahme bitte kennzeichnen): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Vorgeschichte mit Angaben zu eventuellen früheren Misshandlungen: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Weiterführende Untersuchungen

Blutentnahme ja nein

Röntgen ja nein

| |
|--------|
| Befund |
| |
| |

Sono ja nein

| |
|--------|
| Befund |
| |
| |

Sind **bleibende Schäden** zu erwarten? ja nein

| |
|-------------------------------|
| Welcher Art sind die Schäden? |
| |
| |
| |

| | |
|--|--|
| Voraussichtliche Behandlung der gegenwärtigen Verletzungen: | |
| | |
| | |
| | |

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt? ja nein

| | | |
|--|---------|--|
| | bis zum | |
|--|---------|--|

Abklären des Schutzbedürfnisses

Patientin geht nach Hause: ja nein

Patientin geht ins Frauenhaus: ja nein

zu Freundinnen ja nein

zu Verwandten ja nein

wird aufgenommen ja nein

Polizei benachrichtigt? ja nein

Falls ja, von wem:

| | |
|---------------------|--|
| Polizeikommissariat | |
| Datum/Uhrzeit: | |

Wünscht Polizeischutz: ja nein

Beratung:

Patient/in hat Informationen über lokale Hilfeinrichtungen erhalten:

ja nein

Es wurde ein erneuter Termin hier vereinbart:

| | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--------|--|
| | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Datum: | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--------|--|

| |
|------------------------------|
| Sonstige Bemerkungen: |
| |
| |
| |
| |

Ergänzender Dokumentationsbogen bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

| | |
|----------------------------------|--|
| Name der Patientin/des Patienten | |
| | |
| | |
| Geburtsdatum: | |

1. Gynäkologische Untersuchung (Verletzungen, Antragungen, Entzündungen)

| |
|--------------------------|
| Befund des Hymenalringes |
| |
| |

| |
|---|
| Spekulum-Untersuchung (Rötungen, Verletzungen?) |
| |
| |

| |
|---|
| Gynäkologischer Tastbefund (Schmerzen?) |
| |
| |

| |
|-------------------------|
| Ultraschalluntersuchung |
| |
| |

| |
|-------------------------------|
| Analring und perianale Region |
| |
| |

2. Spurensicherung

A. Am Körper

z. B. Blut-/Sekretspuren vom Täter

- Sicherungsart:
- Sterile Mulltupfer mit wenig steriler NaCl anfeuchten und Spur aufnehmen; Auch Neutralprobe von nicht verschmutztem Hautbereich nehmen;
 - Mulltupfer vollständig lufttrocknen. Getrennt verpacken (Plastikdose) und Entnahmeregion kennzeichnen.

B. Abstriche anlässlich gynäkologischer Untersuchung

Vagina mindestens 2 Abstriche (Introitus-Bereich, Vaginalkanal und -gewölbe, eventuell Zervikalkanal) – ggf. Mund oder Anus, je nach Sachverhalt

Sicherungsart: – Mulltupfer vollständig lufttrocknen. Getrennt verpacken und Entnahmeregion kennzeichnen;
 – möglichst zusätzlich Objektträger nativ (nicht zudecken, nicht benetzen).

C. Abstriche

Für den Nachweis von Bakterien und anderen Erregern (Clamydien, HPV, Gonokokken, Lues)

3. Urin- und Blutentnahme

Bakteriologie/Virologie

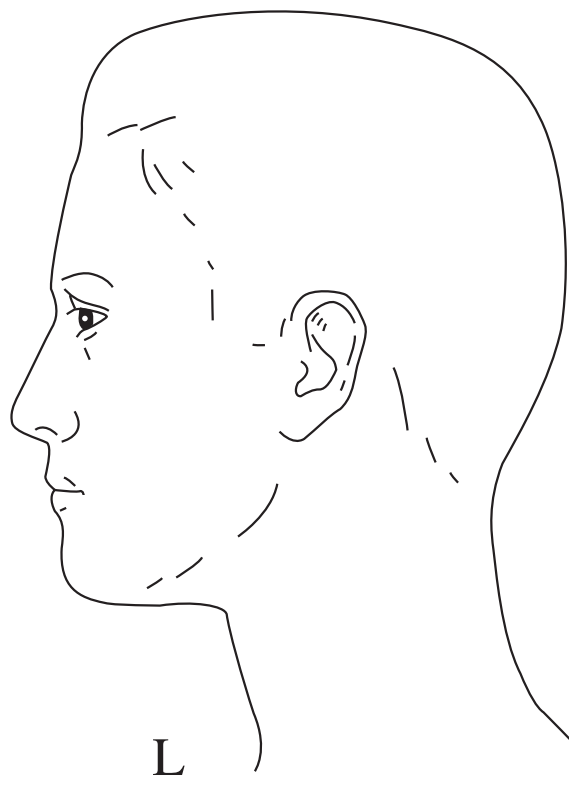
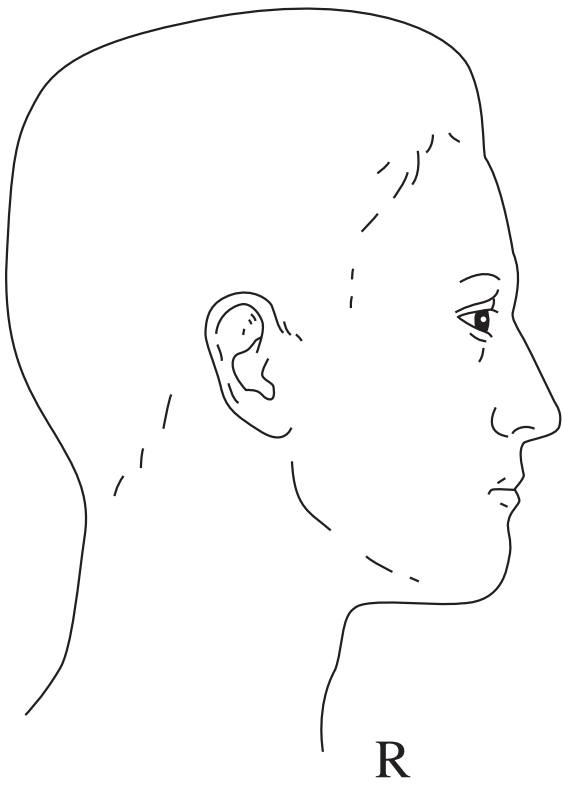
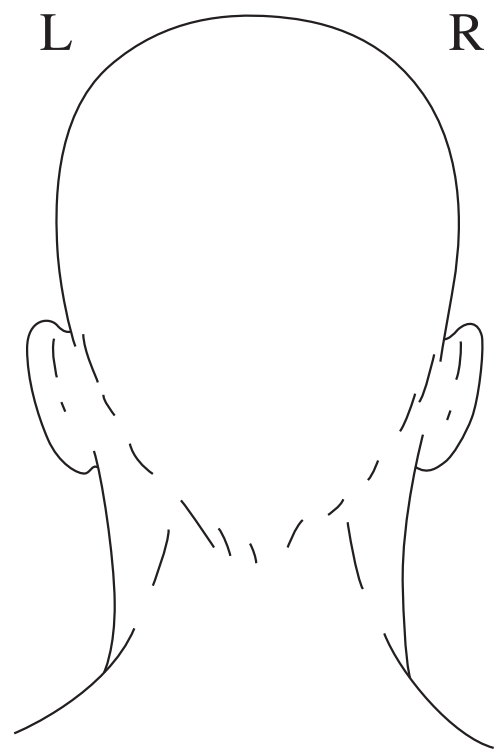
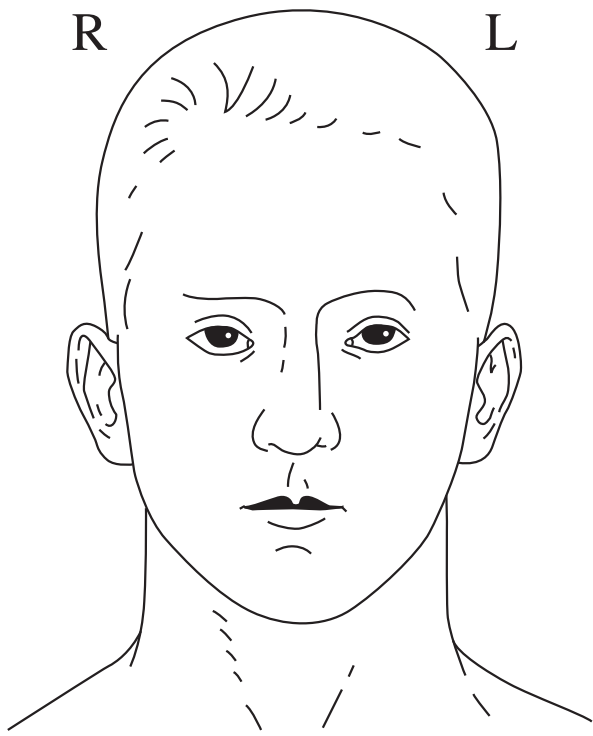
Blutalkoholbestimmung (1 Serumröhrchen), Toxikologie (1 Serumröhrchen und Urin)

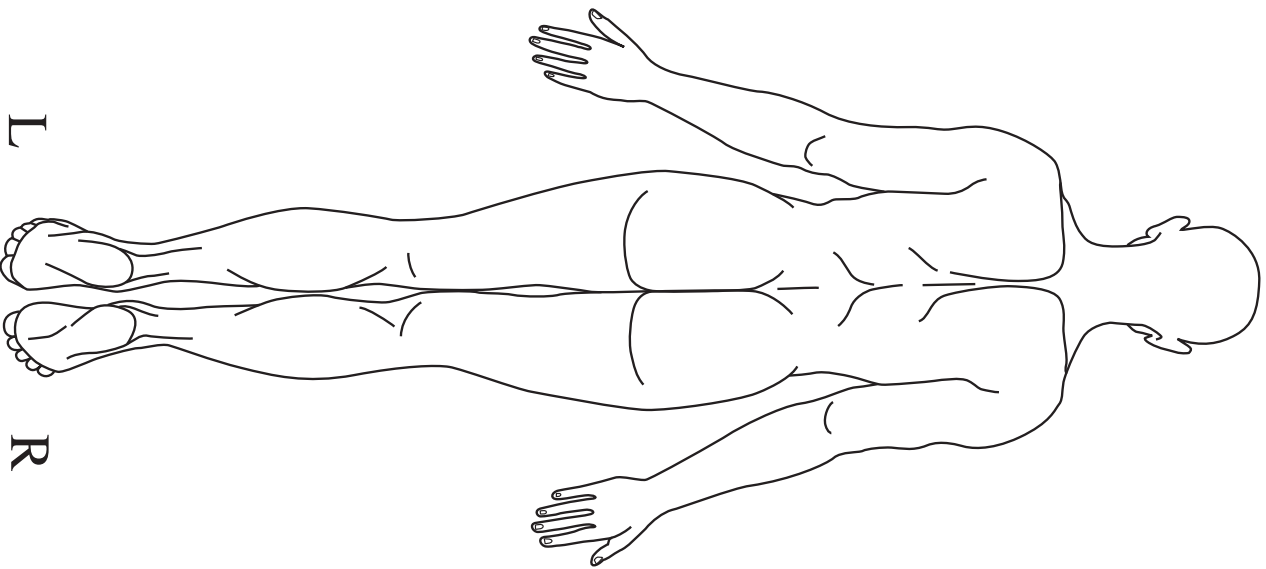
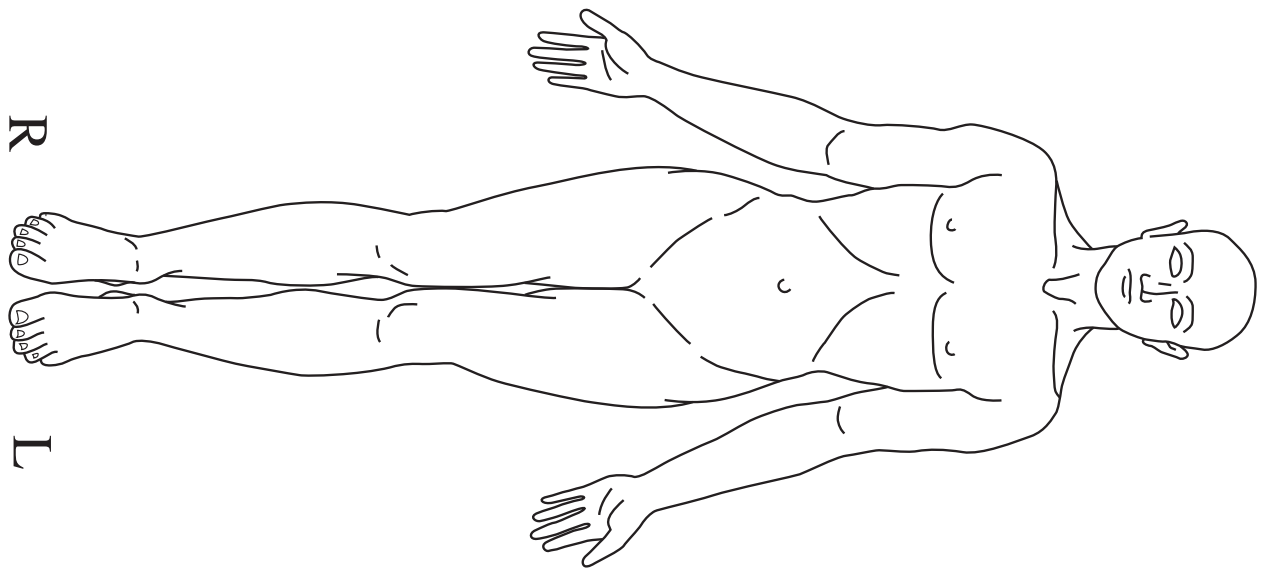
Schwangerschaftstest

4. Sonstige Spurenräger

(z. B. Slip, ggf. Tampon oder Binde, Bekleidung) in Papiertüten getrennt asservieren, nicht „luftdicht“ verpacken.)

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich an das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Nummer: (040) 74105-21 27 oder (01 72) 426 80 90 (Priv.-Doz. Dr. D. Seifert).





Von Gewalt betroffene Kinder

Hamburger Psychotrauma-Fragebogen „Häusliche Gewalt“ (HPHG)

A. Krüger 2005

Bitte bei Weiterleitung oder Überweisung der Kinder an die entsprechende Stelle z. B. per Fax versenden!

1. *Im Haushalt lebende Kinder (ggf. weitere Kinder nummeriert anfügen):*

| Name | Alter | |
|----------|-------|---|
| 1. _____ | _____ | bei Gewalttaten anwesend: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein |
| 2. _____ | _____ | bei Gewalttaten anwesend: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein |
| 3. _____ | _____ | bei Gewalttaten anwesend: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein |
| 4. _____ | _____ | bei Gewalttaten anwesend: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein |

Bitte geben Sie bei Fragen 2 bis 7 immer an, welche Kinder (bitte „Nummer“ von 1. verwenden) jeweils von den unten genannten Punkten betroffen waren / sind!

2. *Welches Kind hat die Gewalttat(en) bezeugt (ggf. weitere Kinder anfügen)?*

₀ keines

₁ Kind Art der Bezeugung: ₁ gesehen ₂ gehört ₃ anders davon Kenntnis erhalten

₂ Kind Art der Bezeugung: ₁ gesehen ₂ gehört ₃ anders davon Kenntnis erhalten

3. *Ist das Kind / sind die Kinder auch körperlich misshandelt worden? (Falls ja, bitte eine körperliche Untersuchung des Kindes vorschlagen.)*

₀ nein

₁ ja, Kind _____ Untersuchung _____

₂ ja, Kind _____ Untersuchung _____

4. *Art der mutmaßlichen körperlichen Misshandlung? (Bitte stichwortartig je Kind beschreiben)*

Kind _____

Kind _____

5. Wurde(n) das Kind / Kinder verbal bedroht?

- ₀ nein
- ₁ ja, Kind
- ₂ ja, Kind

6. Wurden Kinder im Zuge der gewalttätigen Auseinandersetzung von (einer) Bezugsperson(en) gewaltsam getrennt?

- ₀ nein
- ₁ ja, Kind ₁ von der Mutter ₂ vom Vater ₃ von _____
- ₂ ja, Kind ₁ von der Mutter ₂ vom Vater ₃ von _____

6.1. Falls ja, durch wen?

- ₁ Polizei
- ₂ Feuerwehr
- ₃ Nachbarn
- ₄ Andere (bitte angeben) _____

7. Zeigt das Kinder / zeigen die Kinder seit den gewalttätigen Auseinandersetzungen seelische oder Verhaltensauffälligkeiten und falls ja, welche? (Bitte orientieren Sie sich an dem beigefügten Symptomkatalog, Tabelle 1 der Textbeilage oder ergänzen Sie durch Ihre Befunde).

- ₀ nein
- ₁ ja (bitte stichwortartig je Kind beschreiben):

Sollten Fragen positiv beantwortet werden, empfehlen wir, die betroffenen Kinder und Jugendlichen möglichst zeitnah neben Hilfeeinrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe oder Einrichtungen des Kinderschutzes, einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzustellen. Bei besonders schwerwiegenden Gewalterfahrungen empfiehlt sich eine Vorstellung in der Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien am UKE (**Fax: (040) 74105-51 05 / -24 09**), um mögliche Folgestörungen nach den belastenden Ereignissen rechtzeitig zu erkennen oder diesen vorzubeugen und nötigenfalls eine Behandlung einzuleiten (siehe auch Anlage „Adressen“). Nur so kann eine weitere gesunde psychische und körperliche Entwicklung der kindlichen Patienten unterstützt werden!

Einverständniserklärung

Name, Anschrift: _____

Als Patientin/Patient erkläre ich, dass die heutige ärztliche Untersuchung mit meinem Einverständnis erfolgt ist. Soweit dies nach dem mitgeteilten Geschehen von Bedeutung ist, erkläre ich mich insbesondere einverstanden mit (bitte ankreuzen):

- einer Fotodokumenation
- einer Blutentnahme
- der Durchführung eines Schwangerschaftstests
- einem Test auf AIDS
- Tests auf Geschlechtskrankheiten und Hepatitis

Ich bin ebenfalls einverstanden mit der Sicherstellung von Spuren, da deren Auswertung als Beweis später wichtig werden kann.

.....,den
(Unterschrift)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Anschrift: _____

Als Patientin/Patient wissen Sie, dass alle im Zusammenhang mit der durchgeführten ärztlichen Untersuchung einschließlich der Sicherstellung von Spuren bekannt gewordenen Erkenntnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Deshalb kann die Ärztin/der Arzt Informationen über die Untersuchung bzw. sonstige Kenntnisse an andere Personen und auch an die Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) nur nach ausdrücklicher Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht oder auf richterliche Anordnung weitergeben.

Als Patientin/Patient entbinde ich hiermit die behandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber

- den Ermittlungsbehörden (z. B. der Polizei)
- dem Gericht
- dem Jugendamt
- folgenden sonstigen Personen:

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis auch nachträglich geben kann.

.....,den
(Unterschrift)

Postexpositionsprophylaxe nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr

Es wird dringend empfohlen, bei Patienten, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, anlässlich der Untersuchung eine Blutprobe zu entnehmen und diese auf Hepatitis B, Hepatitis C und HIV untersuchen zu lassen. In den Fällen, in denen zwischen Tat und Untersuchung nicht mehr als 48 Stunden verstrichen sind, empfiehlt sich eine Beratung des Patienten hinsichtlich der Postexpositionsprophylaxe.

Hepatitis B

Für Opfer von sexueller Gewalt besteht ein vergleichsweise höheres Risiko, mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert zu werden. Es empfiehlt sich deswegen anlässlich der Untersuchung eine Blutentnahme und sofortige Bestimmung des Immunstatus. Damit soll die Erkenntnis gewonnen werden, ob die Patientin / der Patient zum Zeitpunkt des Vorfalles bereits ausreichenden Immunschutz besaß oder ob eine sofortige Impfung notwendig ist. Derartige Bestimmungen können nach vorheriger Rücksprache im Institut für Mikrobiologie des UKE zeitnah erfolgen. Das Institut für Mikrobiologie ist Mo. bis Fr. von 08.00 bis 18.30 Uhr, Sa. von 08.00b bis 12.00 Uhr unter der Telefonnummer (040) 74105-31 47 erreichbar. Der diensthabende Mikrobiologe ist täglich bis 24 Uhr unter 0152-22816176 erreichbar.

Ergibt die Untersuchung einen unzureichenden oder nicht vorhandenen Immunschutz, dann empfiehlt sich eine sofortige passive Immunisierung und parallel dazu die erste Gabe von aktiver Impfung. Ob eine sofortige passive Immunisierung erforderlich ist, kann mit dem diensthabenden Mikrobiologen des UKE besprochen werden. Die Impfungen sind in der Regel im UKE (Chirurgische Notaufnahme) erhältlich.

Die vorherige Rücksprache mit der diensthabenden Ärztin / dem diensthabenden Arzt ist unerlässlich.

Bei eingeleiteter aktiver Immunisierung ist die Patientin / der Patient darauf aufmerksam zu machen, dass weitere Impfungen nach einem Monat bzw. nach einem Jahr nötig sind, da nur bei vollständig durchgeführten Impfungen ein dauerhafter Schutz erreicht werden kann.

HIV

Zur Zeit wird die Routineprophylaxe gegen eine HIV-Infektion bei Vergewaltigungsopfern nicht empfohlen.

Jede Patientin / jeder Patient soll jedoch ausführlich über Risikofaktoren einer Ansteckung aufgeklärt werden. Die Ansteckungsgefahr anlässlich ungeschützten Sexualverkehrs hängt von diversen Faktoren ab: Der Art des Verkehrs (vaginal, oral, anal), Vorhandensein von blutenden vaginalen oder analen Verletzungen, stattgefundenener Ejakulation im Körper der Patientin / des Patienten, Vorhandensein von genitalen Verletzungen bei Opfer oder Täter, intravenösem Drogenabusus des Täters, Anzahl der gemeinsamen Geschlechtsakte, Zahl der Täter. Falls die Patientin / der Patient nach dem Aufklärungsgespräch eine Postexpositionsprophylaxe wünscht, soll sie/er weiter an die medizinische Notaufnahme des UKE

verwiesen werden. Zu Kerndienstzeiten soll man sich an das Ambulanzzentrum des UKE, Bereich Infektologie, Telefonnummer: (040) 7410-528 31 wenden, nachts und am Wochenende an den zentralen Aufnahmedienst (040) 7410-520 40.

Die vorherige Rücksprache mit der diensthabenden Ärztin / dem diensthabenden Arzt ist unerlässlich.

Hepatitis C

Der Patientin/dem Patienten muss dringend eine erneute Überprüfung des serologischen Status 6 Wochen nach der Tat empfohlen werden.

Somit kann eventuell eine durch sexuelle Gewalt erworbene Hepatitis-C-Infektion rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Gleichzeitig können zusätzliche Erkenntnisse über den serologischen Status betreffend Hepatitis B und HIV erlangt werden.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich an das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf unter der Nummer (040) 7410-521 27 oder (01 72) 426 80 90 (Priv.-Doz. Dr. D. Seifert).

02·09

10. Februar · 63. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 17

Delegiertenversammlung:
*Fortbildungsfrist
endet am 30. Juni!*

Gesundheitspolitik | 19

Honorarreform:
*Nun wissen Ärzte
und Psychotherapeuten
im Voraus, was sie
bekommen – zu wenig*

Forum Medizin | 21

Historie:
*Die Cholera und der
Suez-Kanal*

Wenn Kinder häusliche Gewalt
am eigenen Leib erfahren

Das Thema | 11

oder Zeugen werden,
sind schwere psychische
Verletzungen die Folge

Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt Wenn Kinder häusliche Gewalt am eigenen Leib erfahren oder Zeugen werden, sind psychische Verletzungen die Folge. Der Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ der Ärztekammer Hamburg gibt einen Überblick.

Von Dr. Andreas Krüger

Wenn Kinder zuschauen

Gewalt macht den ganzen Menschen krank. Kinder und Jugendliche werden durch Gewalterfahrungen mehrfach beschädigt: unmittelbar körperlich und hinsichtlich ihrer gesamten Entwicklung. Die Pädiatrie spricht vom „psychosozialen Minderwuchs“, Retardierungen und andere Fehlentwicklungen im kognitiven, emotionalen, Bindungsverhalten und im weiteren sozialen Bereich kommen hinzu. Felliti et al. (1998) zeigten, dass traumatische Erlebnisse in der Kindheit, wie z. B. Gewalterfahrungen, im mittleren Lebensalter u. a. mit vermehrtem Auftreten von psychischen Störungen, Suchtstörungen, schlechterem Sozialstatus aber auch mit körperlichen Erkrankungen wie Karzinomen, Stoffwechselstörungen, COPD und anderen signifikant korrelierten. Egle & Hoffmann (2000) legten ähnliche Ergebnisse vor. Kinder, die selbst Gewalt erfahren, neigen selbst vermehrt zu Gewalttätigkeit. Romano und De Luca (1997) belegten dies u. a. für sexuelle Gewalt. Physische Gewalt, seelische Grausamkeit und die bloße Zeugenschaft: die Kinderseele leidet mit.

Seelische Verletzungen erkennen

Wann spricht man von einer traumatischen Situation, z. B. im Gewaltkontext? Ist ein Lebensereignis derart bedrohlich, dass sich das Kind existenziell bedroht und ohnmächtig ausgeliefert fühlt oder Bezugspersonen als ernsthaft bedroht erlebt werden und ermöglichen die persönlichen Bewältigungsmechanismen des Kindes keine Lösung, so bezeichnet man dies als traumatische Situation. Es entsteht traumatischer Stress. Dabei ist immer die subjektive Sicht des Opfers von entscheidender Bedeutung für die Bewertung. Eine Jugendliche erlebt die tätliche Gewalt des Stiefvaters gegenüber der Mutter möglicherweise als belastend, jedoch nicht als existenziell bedrohlich wie die fünfjährige Schwester, die Angst um das Leben der Mutter hat und für die sich eine traumatische Situation gemäß o. g. Definition darstellt.

Entsprechend einer entwicklungspsychologisch fundierten Betrachtung seelischer Traumatisierung im sozialen Kontext von Familie, Schule usw. ergeben sich diverse diagnostische Perspektiven, die beachtet werden müssen (Resch & Schulte-Markwort, 2004). Gewalterfahrungen und traumatischer Stress führen zu Mikroverletzungen und Fehlentwicklungen auf neurobiologischer Ebene (Hüther, 2003; De Bellis, 2005). Die schwersten Formen psychischer Beeinträchtigung, die vor diesem Hintergrund eine traumaadaptierte therapeutische Vorgehensweise notwendig machen, werden vorgestellt. Dies bedeutet nicht, dass Störungsbilder wie depressive Entwicklungen etc. als Folge traumatischer Erlebnisse mit einer Behandlung nach den bekannten Verfahren keiner intensiven Beachtung bedürften. Die Behandlung dieser Störungen wird durch die spezifische Behandlung von Psychotrauma-Folgestörungen (PTF) i. e. Sinne ergänzt.

Esmuss zwischen akuten „Verletzungszeichen“ und komplexen, chronischen PTF unterschieden werden. Es kommt primär zur Ausprägung einer Art neurobiologischen „Notfallprogramms“, nachdem Kampf-/Fluchtreflexe im Angesicht des Grauens versagt haben und das Kind dennoch überlebt hat. Die Symptomatik kann so interpretiert werden, dass sich der Organismus vor der Wiederholung der Katastrophe „schützen will“: Durch eine adrenerge Überstimulation sind vielfältige Übererregungszeichen zu eruieren: motorische Unruhe, Schlafstörungen, usw. Bei Dauerstress kommt es zur nachhaltigen Fehlregulation u. a. der Stressregulation zwischen Nebennierenrinde und (hypothalamischen) Hirnregionen, Hirnareale atrophieren unter Dauerstress nachweislich.

Weiterhin werden Gedächtnisfunktionen und Möglichkeiten der Affektregulation durch traumatischen Stress verändert: Es kommt zu „Flashbacks“ – horrorfilmartigen Nachhallerinnerungen. Ältere Kinder wissen zwar, dass die Erinnerung der Vergangenheit zuzuordnen ist, aber es „fühlt sich genauso überwältigend und wirklich an“, als



passiere die Katastrophe noch einmal. Das Gehirn „verwechselt“ das Hier und Jetzt mit dem Früher und Damals, der Schrecken ist für den Patienten nicht vorbei, auch wenn Sicherheit im Äußeren besteht. Trigger im Alltagsleben, z. B. Ohnmachtserfahrungen, die an den Schrecken erinnern, Örtlichkeiten, eine Stimme, die der des Täters ähnelt, führen zu diesen intrusiven, retraumatisierenden Erlebnissen. Es kommt zu suizidalen Handlungen in Folge der Flashbacks. Jugendliche beginnen, mit Alkohol und Cannabis Symptome selbst „zu behandeln“, wenn fachkundige psychotherapeutische Hilfe ausbleibt. Für kleinere Kinder stellen sich diese Symptome als noch dramatischer dar: Ihre Möglichkeit einer zeitlichen Zuordnung der Ereignisse, die Möglichkeiten der Realitätskontrolle, sind noch nicht soweit ausgeprägt, das Grauen wird noch dramatischer wiedererlebt. Psychoseartige Zustände sind zu beobachten, wenn das Kind im „falschen Film“ panisch reagiert.

Den genannten Symptomen „setzt“ das Kind unbewusst Verhaltensmaßnahmen entgegen. Hinweisreize, die Flashbacks auslösen könnten, werden vermieden. Das beginnt damit, bestimmte Dinglichkeiten, die an den Schrecken erinnern, zu vermeiden: Gürtel, mit denen geschlagen wurde usw. Schwierig wird es mit Örtlichkeiten, die mit dem Grauen in Verbindung zu bringen sind. Häufig droht beispielsweise das Badezimmer, in dem das Schlimme passiert ist, immer wieder eine Triggerfunktion für Flashbacks darzustellen. Das Kind kann der Situation aber nicht ausweichen, die Mutter lebt immer noch in der Wohnung, in der sie gemeinsam mit ihren Kindern und dem Täter gewohnt hat. Dann kann ein weiterer Mechanismus zum tragen kommen, der eine Verringerung von Symptomstress bedeutet. Es kommt zu so genannten dissoziativen Abwesenheitszuständen, wenn traumaassoziierte Wahrnehmungen apperzipiert werden. Diese entsprechen veränderten Bewusstseinszuständen, in denen überwältigende Gefühlszustände ausgeblendet werden.

Aufspaltung des Ich

Chronifizieren diese psychobiologischen Abwehrstrategien, kommt es nach der klinischen Erfahrung zu komplexeren dissoziativen Symptomen, „Aufspaltungen des Ich“. Die Ausprägung einer „Apparently Normal Personality“, einer scheinbar normalen Persönlichkeit führt möglicherweise dazu, dass Kinder es weiterhin „aushalten“, neben den Tätern zu leben, ohne ständig von überwältigenden Bildern und Angst überflutet zu werden. Die Ausblendung der überwältigenden Gefühle funktioniert aber offenbar nur um den Preis, dass das emotionale Erleben allgemein eingeengt wird. Die „Emotional

Personality“ mit ihren überwältigenden Gefühlszuständen von z. B. Angst und Ohnmacht wird abgespalten (Van der Hart et al., 2005). Flashbacks werden im Verlauf der Erfahrung nach seltener, dissoziative Symptome nehmen zu. Neben psychodynamischen Aspekten gewalttätigen Verhaltens werden durch dissoziative Prozesse veränderte Bewusstseinszustände für (alters-) unangemessenes Verhalten ursächlich mitverantwortlich gemacht. Verschiedenartige Ich-Zustände, „Ego-States“, die traumaassoziiert erscheinen, können das Alltagsverhalten und –erleben zeitweise bestimmen. Die aktive Beziehungsgestaltung des Kindes ist verändert.

Kleinere Kinder neigen dazu, gegenüber älteren und erwachsenen Patienten zusätzlich mit regressiven Verhaltensweisen zu reagieren. Grundschüler entwickeln eine sekundäre Enuresis, nuckeln wieder am Daumen, sprechen wie ein Kindergartenkind, sind vermehrt trennungsfähig. So kann beispielsweise unbewusst ein Schutz- und Fürsorgebedürfnis dargestellt werden. Schuldgefühle, das Schlimme nicht verhindert zu haben sowie andere Symptome, die mit Regelmäßigkeit einer traumaassoziierten Psychodynamik folgen, sind zu eruieren.

Akute Symptome können bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien als Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 diagnostiziert werden. Scheeringa et al. (2001) haben die unzureichende Validität dieser diagnostischen Kriterien in der Anwendung für Kleinkinder dargestellt und schlagen alternative Kriterien vor. Bei andauernder Belastung oder ausbleibender Behandlung können PTF chronifizieren. Es kommt in der Regel im Verlauf zu weiteren Störungen (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome, Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen (Essau et al., 1999; Perkonig, 2000)). Kommt das Kind erst Jahre nach den ersten traumatischen Erfahrungen in die Behandlung, ist ein Zusammenhang von traumatischer Erfahrung und Symptomen mitunter schwer eruierbar und bedarf einer gezielten Anamnese. Van der Kolk spricht von einer *Developmental Trauma Disorder* (2005), um die Komplexität der Folgestörungen nach Gewalterfahrung von Kindern zu beschreiben.

Die genannten Störungen bedürfen einer psychotraumatologisch adaptierten, phasen-

Einrichtungen für „seelisch Schwerverletzte“ stehen bundesweit unzureichend zur Verfügung. Es mangelt an Behandlungsplätzen, Zeit und Budget. Ankerland, ein im Februar 2008 gegründeter Verein zur Hilfe psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher, will diese Versorgungslücke schließen. Initiator und Vorsitzender ist Dr. Andreas Krüger. Im bundesweit ersten integrativen Beratungs- und Betreuungszentrum sollen psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche umfassend therapiert werden. Dazu zählen ärztliche sowie psychotherapeutische Behandlung, die Begleitung der Familien sowie die Beratung und Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen (z. B. Polizei, Rettungswesen, Sozial- und Schulbehörde). Zudem will Ankerland Behandlungskonzepte, Forschung und Ausbildung von Therapeuten weiterentwickeln und fördern. Derzeit werden Räumlichkeiten in Hamburg gesucht.
Kontakt: Ankerland e. V., Steinhöft 11 (Slomanhaus),
 Tel.: 040-76 08 08 55, www.ankerland.org

und ressourcenorientierten Behandlung entlang der Entwicklungsbedingungen des Kindes (Landolt & Hensel, 2007). Im eigenen Ansatz werden imaginative Kräfte sowie Erkenntnisse der Dissoziationsforschung genutzt (Krüger & Reddemann, 2007). Auch Laien und ÄrztInnen der Primärversorgung sollten in Zukunft in akuten traumatischen Situationen „psychische Erste Hilfe“ entlang einfacher traumapsychologischer

Erkenntnisse leisten können – ähnlich, wie bei einem somatischen Notfall (Krüger, 2006, 2007).

Eine effektive Behandlung psychisch traumatisierter junger Menschen bedarf über die Einzel- und familientherapeutischen Maßnahmen hinaus einer vernetzten multiprofessionellen Versorgung aus zumeist akut tätigen Institutionen wie Polizei, Rettungswesen, Notfallseelsorge, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) und einer traumapsychologisch-psychiatrischen Frühintervention auf der einen Seite sowie zumeist subakut agierenden Einrichtungen der sozialen Dienste, Jugendhilfe, Opferhilfeeinrichtungen und der längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung auf der anderen Seite (Krüger et al., 2006; Krüger, 2007a, 2008).

Mehr professionelle Kapazitäten notwendig

Durch Gewalt traumatisierte Kinder und Jugendliche verdienen als schwächste Glieder unserer Gesellschaft unsere volle Aufmerksamkeit – integrative Versorgungskonzepte liegen vor, es braucht aber dringend professionelle Kapazitäten im therapeutischen Bereich, um diesen jungen Menschen zeitig alle effizienten Behandlungsmöglichkeiten zukommen lassen zu können.

Durch die Folgen einer Traumatisierung entstehen Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen. Kinder werden Eltern, deren seelisches Leid wiederum die Fähigkeit zur Elternschaft nachhaltig beeinträchtigen kann. Eine gelungene Integration traumatischer Lebenserfahrungen kann eine Ressource für die Gestaltung des weiteren Lebens bedeuten.

Dr. Andreas Krüger ist Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, ehem. Oberarzt der Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien am UKE. Seit 2009 ist er in freier Praxis tätig und Initiator von „Ankerland e. V.“ (s. Kasten).

Häusliche Gewalt Im Hamburger Institut für Rechtsmedizin werden Kinder im Beisein einer Kinderärztin bei Verdacht auf Kindesmisshandlung untersucht. Bewährte Praxis, wie Leiterin Dr. Dragana Seifert im *háb*-Interview schildert.

Das Interview führte Nicola Timpe

Anonyme, vertrauliche Beratung am UKE

Wie sieht die Untersuchung und Betreuung von Kindern bei Ihnen aus?

Das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg ist das erste Institut im deutschsprachigen Raum, das eine Kinderärztin beschäftigt. Wenn immer möglich, versuchen wir, im Tandem (eine Rechtsmedizinerin/ein Rechtsmediziner gemeinsam mit der Kinderärztin) die Kinder zu untersuchen. Dadurch möchten wir erreichen, dass sowohl eine fachkundige, orientierende kinderärztliche sowie eine rechtsmedizinische Untersuchung durchgeführt wird. Diese Art, Kinder zu zweit zu untersuchen, hat sich in unserer Praxis bewährt. Des Weiteren bitten wir um sog. Umfelduntersuchungen. Bei Familien mit mehreren kleinen Kindern empfiehlt sich, beim Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung alle Kinder zu untersuchen. Doch nicht alle Kinder, die wir untersuchen, sind tatsächlich misshandelt worden. In ca. 10 % der Fälle konnten

wir nachweisen, dass die Kinder nicht misshandelt, sondern z. B. durch Unfälle verletzt wurden.

Wie sollen sich Ärztinnen und Ärzte im Verdachtsfall verhalten?

Wenn Ärztinnen und Ärzte einen Verdachtsfall in ihrer Praxis haben, können sie sich jederzeit, auch anonym und vertraulich, an uns wenden. Leider scheint es dabei immer noch Berührungsängste zu geben. Doch eine Meldung an uns bedeutet nicht automatisch eine Strafanzeige. Wir stehen Kolleginnen und Kollegen für konsiliarische Untersuchungen zur Verfügung und informieren über mögliche Hilfsangebote. Mehr Kontaktaufnahmen zu unserem Kompetenzzentrum würden uns freuen, denn oft können wir durch unsere Arbeit dazu beitragen, dass Kinder in ihrem Familienverband bleiben können. Wir sehen uns als Teil des Hilfesystems.

Hat sich die Situation in Hamburg, u. a. seit dem Tod von Jessica, in den letzten Jahren verbessert?

Das Thema Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung wird heute durchaus offener und häufiger diskutiert als früher. Ich glaube, dass viele Menschen, die mit Kindern in Berührung kommen, aufmerksamer geworden sind. Die Arbeit zwischen Behörde und dem am UKE angesiedelten Kompetenzzentrum für die Untersuchung von Kindern beim Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch hat sich in den letzten Jahren deutlich intensiviert.

Was müsste sich im System zugunsten der medizinischen Versorgung und Betreuung dieser Patientengruppe noch verändern?

Ich würde mir wünschen, dass es mehr Fortbildungen für alle mit Kindern arbeitenden Berufsgruppen sowie eine noch bessere Vernetzung zwischen im Gesundheitssystem tätigen und z. B. in Schulen und Kindergärten tätigen Mitarbeitern gäbe. Gerade die Menschen, welche Kinder täglich sehen, sollten gezielt geschult werden, jegliche Art von Kindeswohlgefährdung, hierzu zähle ich auch seelische Misshandlungen oder Vernachlässigungen, zu erkennen und entsprechend zum Schutze des Kindes zu reagieren. Wir Ärzte sehen Kinder nur sporadisch. Die oben erwähnten Berufsgruppen sehen Kinder täglich in verschiedenen Situationen. Mein Wunsch wäre, wenn auch die Berührungsängste von Lehrern bzw. Erziehern zu uns weniger werden und sie sich häufiger an uns wenden würden. Es geht nicht darum, Eltern zu bestrafen, Ziel ist es, Kindeswohlgefährdung aufzudecken und Eltern entsprechende Hilfe zukommen zu lassen.

Kauernd unterm Bett

Im November stellte sich die 32-jährige Frau B. in der Rechtsmedizin am UKE vor. Sie lebe seit einem Jahr in Trennung, da die Beziehung von häuslicher Gewalt geprägt gewesen sei. Vor einer Woche sei es erneut nach einem Besuchstag der achtjährigen Tochter Petra beim Vater zum Streit zwischen den Kindseltern gekommen. In diesem sei Frau B. geschlagen und ohnmächtig geworden. Als sie wieder zu sich gekommen sei, habe sie ihre Tochter unter dem Bett kauernd vorgefunden.

Frau B. sei daraufhin mit ihrer Tochter in ein Frauenhaus gezogen, welches die Vorstellung in der Rechtsmedizin vorgeschlagen habe. Sie berichtete, große Angst zu haben, außerdem mache sie sich Sorgen, da Petra nun zusätzlich erkrankt sei. Die Achtjäh-

rige sei in der letzten Woche notfallmäßig im Krankenhaus mit akuten Bauchschmerzen aufgenommen worden. Es sei keine somatische Ursache gefunden worden, dennoch klage ihre Tochter weiterhin über Schmerzen. Die Rechtsmedizin initiierte eine Vorstellung von Petra in der Sprechstunde für kindliche Gewaltopfer an der Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am UKE.

Petra kam in Begleitung ihrer Mutter zum Erstgespräch. Im Verlauf dessen sie berichtete, dass sie große Angst gehabt habe, dass der Vater ihre Mutter töte. Sie träume regelmäßig davon und wolle die Mutter nicht mehr alleine lassen. Beim Gespräch über den Vater verspürte Petra plötzlich Bauchschmerzen. Sie berichtete, ihren Vater zu vermissen, habe aber Angst, das

dieser sie nach einem Besuchstag durchführen könnte, dass habe sie im Fernsehen gesehen.

Zusammen mit ihrer Mutter kam Petra zu psychoedukativen und stabilisierenden Gesprächen in die Sprechstunde. Im Verlauf reduzierten sich Petras psychische Symptome.

Mit Hilfe des Jugendamtes konnte eine Besuchsregelung gefunden werden, die Petra ohne Angst wahrnehmen kann. Aktuell befindet sich Petra weiterhin in Behandlung. Frau B. begann eine Psychotherapie.

*Dr. Kerstin Stellermann
UKE, Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie des Kindes-
und Jugendalters, Sprechstunde
für kindliche Gewaltopfer
Telefon: 7410-52230
k.stellermann@uke.de*



Navina Badura, 2000

Häusliche Gewalt In Hamburg gibt es ein umfassendes Hilfesystem, angepasst auf unterschiedliche Zielgruppen und Gewalterfahrungen.

Von Julia Boldt

Das Hamburger Hilfesystem

Die Erfahrung von häuslicher, d. h. partnerschaftlicher Gewalt bedeutet für Betroffene einen erheblichen Einschnitt ins Recht, ein selbstbestimmtes, angstfreies Leben zu führen. Jede vierte Frau hat bereits Gewalt durch ihren jetzigen oder früheren Partner erfahren. Übergriffe können unabhängig davon, ob sie psychischer, physischer oder sexueller Natur sind, gravierende gesundheitliche und psychosoziale Folgen haben. Das Gewaltschutzgesetz und die polizeirechtlichen Regelungen sind für den Schutz von Opfern häuslicher Gewalt ebenso unabdingbar wie ein auf unterschiedliche Zielgruppen und verschiedenartige Gewalterfahrungen angepasstes, umfassendes Hilfesystem.¹

Ärzte sind erste Anlaufstelle

Ärztinnen und Ärzte sind oft erste Anlaufstelle für Menschen, die Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind. Das Erkennen und die Behandlung von Verletzungen sind zentral, so wie die Weitervermittlung ins Hilfesystem. Wenngleich das Thema häusliche Gewalt mit Tabuisierungen und Schamgefühlen besetzt ist, zeigt sich, dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten aktiv von Ärztinnen und Ärzten auf erfahrene Misshandlungen und mögliche Hilfsangebote angesprochen werden möchte.

Menschen, die Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind oder unmittelbar davon bedroht sind, haben die Möglichkeit, unter der Notrufnummer 110 polizeiliche Hilfe anzufordern. Die Polizei kann die gewalttätige Person sofort aus der Wohnung verweisen und ein Betretungsverbot anordnen, das zunächst für zehn Tage gilt. Neben der Gefahrenabwehr sollen Opfer von häuslicher Gewalt in dieser Frist die Möglichkeit erhalten, zivilrechtliche Schutzinstrumente nach dem Gewaltschutzgesetz zu beantragen und so den Gewaltkreislauf zu unterbrechen.

Zufluchtstätten

Frauenhäuser sind eine sichere Zufluchtstätte für alle gewaltbetroffenen Frauen und ihre minderjährigen Kinder. Die fünf Hamburger Frauenhäuser sind rund um die Uhr erreichbar und bieten Frauen, unabhängig von Nationalität oder Religion, Unterkunft und Schutz vor familiärer und partnerschaftlicher Gewalt, Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe.

Beratung und Unterstützung: Der Interventionsstelle pro-aktiv kommt eine Lotsenfunktion für die Vermittlung ins Hilfesystem zu. Nach erfolgter Wegweisung des Täters durch die Polizei und mit Einverständnis des Opfers geht die Beratungsstelle aktiv auf

Die Arztpraxis – ein geschützter Ort

Die Interventionsstelle für Opfer Häuslicher Gewalt pro-aktiv richtet sich an von häuslicher Gewalt betroffene Erwachsene und zielt durch Intervention und Beratung sowie durch Abstimmung mit anderen Institutionen auf effizienten Opfer-Schutz. Die Hotline ist täglich von 10 bis 22 Uhr geschaltet. Aufgaben sind: Krisenintervention für Menschen, die sich in einer akuten oder chronischen Gewaltsituation befinden, Weitervermittlung in Angebote über die Beratung hinaus (Unterbringung in einer Wohnnotunterkunft, beratende, medizinische oder therapeutische Angebote etc.) sowie psychosoziale Unterstützung und Entlastung.

Die persönliche Beratung findet meist in der Beratungsstelle statt. Es gibt jedoch Fallkonstellationen, in denen ein Ort gefunden werden muss, zu dem die zu beratende Person gehen kann, ohne dass Dritte Verdacht schöpfen. Dieser Ort kann z. B. eine Arztpraxis sein. Beim Arztbesuch vermuten Angehörige erst einmal nicht, dass Opfer von Gewalt über medizinische Maßnahmen hinaus Beratung suchen und finden. Sollten in Ihrer Praxis Menschen vorstellig werden, die von häuslicher Gewalt betroffen sind und eine persönliche Beratung außerhalb der Interventionsstelle wünschen, wäre es daher hilfreich, wenn Sie den Kontakt zu uns herstellen und ggf. auch einen Raum für eine Beratung zur Verfügung stellen.

Kontakt: Beate Arlt, Sabine Voigt, pro-aktiv Interventionsstelle bei Häuslicher Gewalt, Tel.: 040 - 41307080.



Navvira Badura, 1999

das Opfer zu. Gewaltopfer können sich jedoch auch unabhängig vom polizeilichen Einsatz an die Interventionsstelle wenden. Sie erhalten auf Wunsch in der eigenen Wohnung Krisenintervention und Informationen über rechtliche und polizeiliche Möglichkeiten und weiterführende Beratungsangebote. An die Interventionsstelle angehängt ist die täglich erreichbare anonyme, kostenlose Hotline für Opfer häuslicher Gewalt und von Stalking und seit kurzem auch eine Onlineberatung. Bei Bedarf erfolgt die Beratung auch in anderen Sprachen.

Unterstützung für Migrantinnen: Vor dem Hintergrund, dass Migrantinnen überproportional von partnerschaftlicher Gewalt betroffen sind und durch das Hilfesystem nur bedingt erreicht werden können, bieten die seit 2007 arbeitenden interkulturellen Beratungsstellen LÄLE und i.bera einzelfallbezogene, kostenlose Krisenintervention und Beratung für Betroffene von häuslicher Gewalt oder Zwangsheirat an. Die Beratung erfolgt in der Muttersprache und gegebenenfalls mit der Hilfe von DolmetscherInnen.

Unterstützung für Opfer sexualisierter Gewalt: Speziell für Opfer von sexualisierter Gewalt gibt es beim Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen die Möglichkeit zur kostenlosen telefonischen und persönlichen Beratung oder zur Teilnahme an einer angeleiteten Gesprächsgruppe. Neben Informationen zu Versorgung und weiterführender Beratung erhalten Geschädigte Kontakt zu Anwältinnen und Anwälten sowie Begleitung während des Strafverfahrens. Hilfe bei häuslicher Gewalt finden Opfer unabhängig von einer Strafanzeige bei der Frauen-Beratungsstelle Patchwork, dem Weißen Ring, der Opferhilfe und den Frauenberatungsstellen BIFF Eimsbüttel, Winterhude und Harburg.

Selbsthilfe: Fest im Hamburger Hilfesystem verankert sind die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS). Betroffene von häuslicher Gewalt können Erfahrungen und Informationen mit Personen austauschen, die Gleiches oder Ähnliches erlebt haben.

Beweissicherung: Opfer häuslicher Gewalt haben die Möglichkeit, in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalttaten Verletzungen kostenlos untersuchen, versorgen und zur Beweissicherung im Strafverfahren dokumentieren zu lassen.

Recht und Gerichtsverfahren: Auf juristischer Seite können sich Opfer häuslicher Gewalt bei unzureichenden finanziellen Mitteln an die Öffentliche Rechtsauskunft (ÖRA) wenden. Praktische und psychische Unterstützung bei gerichtlichen Verfahren wird durch die beim Landgericht angegliederte Zeugenbetreuung gewährleistet.

Hilfen für gewalttätige Männer: Schutz und Hilfe für Opfer häuslicher Gewalt können nur dann funktionieren, wenn auch die Täter im Blickwinkel stehen. Der Verein Männer gegen Männergewalt bietet über Telefonberatung, Einzelberatung und Trainingsprogramme Hilfe für Männer an, die gegen ihre Partnerin oder Kinder gewalttätig geworden sind.

Der Überblick über das Hamburger Hilfesystem erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und dauerhafte Geltung. Details zu den Einrichtungen sind der Broschüre „Anruf genügt – Rat und Hilfe für Frauen“ zu entnehmen, die unter www.hamburg.de/gleichstellung/veroeffentlichungen/26924/rat-und-hilfe.html herunterzuladen ist. Weitergehende Informationen unter: www.hamburg.de/opferschutz.

Julia Boldt arbeitet im Referat Opferschutz der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.

¹ Im Folgenden sind primär Institutionen genannt, die sich an Erwachsene richten. Alle aufgeführten Hilfsangebote tragen in ihren Konzeptionen jedoch der Tatsache Rechnung, dass auch Kinder unmittelbar und mittelbar von häuslicher Gewalt betroffen sind.



ECOVIS®
VORBERG

RECHT UND STEUERN IN DER MEDIZIN

Gemeinsam Ziele stecken & Segel setzen: **Wir bringen Sie auf Erfolgskurs!**

- ✓ Medizinrechtliche Gestaltungen und Kooperationen
- ✓ Zulassungen und Berufsausübung
- ✓ Haftung und Regresse
- ✓ Arbeitsrecht in der Medizin
- ✓ Wettbewerbsrecht und Markenrecht
- ✓ steuerliche Spezialberatung

Sprechen Sie uns an!



ECOVIS® Vorberg GmbH

Warburgstraße 37 | 20354 Hamburg

Tel.: +49 (0)40-441 400 8-0

Fax: +49 (0)40-441 400 8-99

E-Mail: info@medizinanwalt.de

www.medizinanwalt.de

Notruf

0 40 / 25 55 66

Der Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen wurde vor 29 Jahren gegründet. Ein anonymisiertes Fallbeispiel:

Frau K. rief in der Notruf Beratungsstelle an. Sie berichtete, vom Ehemann mehrfach vergewaltigt worden zu sein. Sie habe inzwischen eine neue Wohnung für sich und ihre Tochter gefunden. Frau K. kommt zum ersten Krisengespräch in die Beratungsstelle. Ihr geht es schlecht, sie weiß nicht, wie sie den Alltag mit Kind und Haushalt bewältigen soll.

Frau K. hat ihren Mann nach der letzten Vergewaltigung angezeigt. Das Scheidungsverfahren sei angelaufen. Nun lebt sie in großer Sorge, dass ihr Mann Besuchsrecht für die Tochter erhalten könnte. Die Notrufberaterin stellt den Kontakt zum Jugendamt her.

Mit Frau K. werden über acht Monate Einzelgespräche geführt. Themen sind der große Vertrauensbruch, den sie erfahren hat, ihre Schuldgefühle, weil sie die Gewaltsituation so lange geduldet hat, Probleme mit Angehörigen. In der zweiten Phase der Gespräche geht es um die Vorbereitung auf den Gerichtsprozess. Frau K. leidet unter Alpträumen, Ängsten, zeitweiligen Depressionen. Sie fürchtet sich vor der Begegnung im Gericht, aber sie möchte dem Täter sagen, was er ihr angetan hat.

Frau K. nimmt an der therapeutisch angeleiteten Gruppe teil, die der Notruf anbietet und tauscht sich dort mit anderen Teilnehmerinnen aus. Nach zwölf Gruppensitzungen kommt Frau K. zu weiteren Einzelgesprächen, da der Gerichtsprozess in Kürze stattfinden soll. Eine Beraterin begleitet und unterstützt sie. Der Täter wird zur Haftstrafe auf Bewährung verurteilt.

In den darauf folgenden therapeutischen Gesprächen im Notruf werden die Auswirkungen des Gerichtsverfahrens bearbeitet. Mit Unterstützung der Beraterin hat sich Frau K. entschlossen, eine Therapie zu machen. Frau K. ruft in größeren Abständen im Notruf an, um über Ereignisse, Rückschläge oder Erfolge zu berichten. Inzwischen sind ungefähr zwei Jahre vergangen. Im Laufe der Psychotherapie, die tiefere Schichten in ihr berührt, gerät Frau K. erneut in eine Krise. Sie entscheidet sich für einen stationären Aufenthalt in einer Klinik. Frau K. stabilisiert sich nach ca. einem halben Jahr.

Nach Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie ist sie wieder in der Lage, ihr Kind zu versorgen und eine Beziehung zu einem neuen Partner aufzubauen.

Guidrun Ortmann, Diplom Pädagogin

Aktuell:

Plakate zur bundesweiten Notruf-Kampagne „Gewaldialoge“ liegen für Ärzte im Formularraum der KV Hamburg im Ärztehaus zur Abholung bereit.

Beratungseinrichtungen in Hamburg

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Informationen: www.hamburg.de/opferschutz

Zufluchtstätten

Mädchenhaus Hamburg

Tel.: 428 49 265 (Tag und Nacht)
Vorübergehende Wohnmöglichkeit für Mädchen von 13 bis 17 Jahre.

Hamburger Frauenhäuser

Tel.: 197 - 02, - 04, - 10, - 15 (Tag und Nacht)
Schutz und Unterkunft für Frauen und ihre Kinder bei Gewalt und Misshandlung.
www.hamburgerfrauenhaeuser.de

Frauenhaus des Diakonischen Werkes Hamburg

Tel.: 19 251 (Tag und Nacht)
www.frauenhaus-hamburg.de
frauenhaus.diakonischeswerk@hamburg.de

Gesundheit

Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt am UKE / Kinder-Kompt

Tel.: 74105 - 3130 u. - 2127 (nachts, Wochenende)
Kostenlose gerichtsmedizinische Untersuchung, Beweismittelsicherung und -dokumentation, weibliches und männliches Fachpersonal, keine Anzeigepflicht.

Spezialsprechstunde für kindliche Gewaltopfer am UKE

Tel.: 74105 - 2230
Integriertes Versorgungsmittglied im Kinder-Kompt mit Konsil- und Liaisondienst zur Beratung, Unterstützung und Behandlung bei auftretenden Belastungen als Folge traumatischer Erfahrungen.
www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/kinderpsychiatrie/index_4085.php

Verein Ankerland e.V.

Tel.: 76 08 08 55
Verein für traumatisierte Kinder und Jugendliche; Anlaufstelle für Polizei, Rettungswesen, Schulen und Heime. Schneller, unkomplizierter Rat von Experten.
www.ankerland.org

Beratungsstellen

Kinder- und Jugendnotdienst (KJND)

Tel.: 428 490 (Tag und Nacht)
E-Mail: kjnd-238@leb.hamburg.de
Zentrale Hotline der Hamburger Jugendämter: 426 427 428 (Tag und Nacht)
Beratung und Hilfe für Kinder und Jugendliche in akuten Not- und dringenden Gefahrenlagen, z. B. in Fällen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Gewalt.

Notruf für vergewaltigte Frauen u. Mädchen e.V.

Tel.: 25 55 66
Telefonische Sprechzeiten: Mo. 9.30-13, 15-19 Uhr; Di. 9.30-13, 15-16 Uhr; Mi. 15-16 Uhr; Do. 9.30-13 Uhr, 15-19 Uhr; Fr. 9.30-13 Uhr
Beratung für Mädchen und Frauen nach sexueller Gewalt. Begleitung während des Strafverfahrens. Vermittlung von Kontakten zu Ärztinnen und Anwältinnen.
www.frauennotruf-hamburg.de
notruf-hamburg@t-online.de

Opferhilfe Hamburg e.V.

Tel.: 38 19 93
Sprechzeiten: Mo. u. Fr. 10-13 Uhr, Di. u. Do. 10-17 Uhr, Mi. 12-17 Uhr
Beratung für Opfer von Gewalt und deren Angehörige durch Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen.
www.opferhilfe-hamburg.de

Dunkelziffer

Tel.: 39 90 18 28 (Di. und Do. 10 - 13 Uhr)
Telefonseelsorge: 0800-111 0 111 (evangelisch)/ 0800 - 111 0 222 (katholisch)
Elterntelefon: 0800-111 05 50 (Mo. u. Mi. 9-11 Uhr, Di. u. Do. 17-19 Uhr);
Kinder- und Jugendtelefon: 0800-111 0 333 (Mo.-Fr. 15-19 Uhr) Hilfe für sexuell missbrauchte Kinder telefonisch und per E-Mail.
www.dunkelziffer.de (Link für E-Mail)

Hotline: „Sei stark – hol dir Rat!“

Tel.: 01802-000 359 (Tag und Nacht)
Hotline für Kinder und Jugendliche bei Gewalt, Bedrohung, Mobbing oder Erpressung.
www.sei-stark.hamburg.de

Kinderschutzzentrum Hamburg

Bereitschaftstelefon: 491 00 07
Telefonische Sprechzeiten: Mo., Di., Do., Fr. 9-11 Uhr; Mo., Di., Do. 13-15 Uhr; Mi. 15-17 Uhr
Beratung und Therapie für Familien bei Gewaltproblemen, vertraulich und bei Bedarf anonym.
www.kinderschutzzentrum-hh.de
kinderschutz-zentrum@hamburg.de

Kinderschutzzentrum Harburg

Tel.: 790 10 40
Beratung für Familien bei Gewaltproblemen aus dem Bezirk Harburg.
www.kinderschutzzentrum-hh.de
kinderschutzzentrum-Harburg@hamburg.de

Pro Aktiv – Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt und Stalking

Hotline: 226 226 27 (täglich von 10-22 Uhr)
Öffnungszeiten: Mo.-Fr. 8.30-16.30 Uhr
Information, Beratung, Unterstützung und Begleitung für Frauen und Männer bei häuslicher Gewalt und Stalking; Dolmetscherdienste; Beratung bei Bedarf auch zu Hause.
www.gewaltschutz.org
info@gewaltschutz-hamburg.de

Weisser Ring e.V.

Tel.: 251 76 80
01803-34 34 34 (Infotelefon bundesweit)
Beratung von Opfern von Straftaten, insbesondere in Fragen finanzieller Unterstützung
www.weisser-ring.de; info@weisser-ring.de

Interkulturelle Beratungsstellen

Information, Beratung und Unterstützung für Frauen, Männer und Jugendliche mit Migrationshintergrund für Opfer von angedrohter / vollzogener häuslicher Gewalt und Zwangsheirat. Beratung in der Muttersprache.

i.bera-verikom

Tel.: 238 55 83 23 (offene Beratungszeiten: Mo. 14-16 Uhr, Mi. 10.30-13 Uhr)
www.verikom.de
i.bera@verikom.de

LÄLE-IKB

Tel.: 72 96 32 26 / 25 (offene Beratungszeiten: Mi. 14-15 Uhr / Do. 13-16 Uhr / Fr. 14-16 Uhr)
www.ikb-frauen.de
lale@ikb-frauen.de

Telefonische Beratung zur Zwangsheirat:

Tel.: 0174-150 77 09;
Beratungszeiten: Mo. 16-17 Uhr,
Di. 13-14 Uhr, Mi. 9.30-10.30 Uhr, Do. 10-11 Uhr