

▮Gewalt gegen Kinder und häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt gilt seit mehreren Jahren als Risikofaktor für das Kindeswohl. Anerkannt ist damit, dass Mädchen und Jungen durch das Miterleben von Gewalt in der elterlichen Beziehung gefährdet und ggf. nachhaltig in ihrer Entwicklung und Gesundheit beeinträchtigt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und Praxisberichte verweisen zudem auf eine hohe Überschneidung zwischen Gewalt gegen Kinder einerseits und Gewalt in der elterlichen Beziehung andererseits. Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung stellt dies vor besondere Herausforderungen: Erkennen von Gewalterfahrungen des Kindes und Gewährleisten von Hilfe unter gleichzeitiger Einbeziehung möglicher Gewalt in der Elternbeziehung, die einer adäquaten Intervention bedarf.



Für den 8. Newsletter der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. haben wir mit Herrn Prof. Dr. Jörg M. Fegert über die doppelte Problematik häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung und über Handlungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung gesprochen. Prof. Fegert setzt sich seit vielen Jahren für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch, Gewalt und Vernachlässigung ein. Er ist Ärztlicher Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Sprecher des 2013 eröffneten Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sowie Mitglied in zahlreichen Beiräten u.a. im Beirat des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.

S.I.G.N.A.L.: Herr Prof. Fegert, welche Bedeutung hat aus Ihrer Sicht die Problematik häuslicher Gewalt für den Kinderschutz in Medizin und Gesundheitsversorgung?

Prof. Fegert: Die Problematik häusliche Gewalt hat eine zentrale Bedeutung für den Kinderschutz. Dies ist allerdings, vielleicht auch wegen des häufig zu bedauernden Ressortdenkens bislang zu wenig thematisiert worden. Viele notwendige, oft aber nicht hinreichende Hilfen für betroffene Frauen, sind im Kontext der Frauenhausbewegung von den zuständigen Ressorts in Bund, Ländern und Kommunen und insbesondere von ehrenamtlich und beruflich engagierten Frauen aufgebaut worden. Frühe Hilfen zur Vermeidung von Vernachlässigung und Misshandlung sowie Prävention und Intervention im Kinderschutz sind zentrale Themen der Jugendhilfe, die ebenfalls kommunal organisiert werden müssen und in einem Bundesgesetz, dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, sowie neuerdings auch im Bundeskinderschutzgesetz, geregelt sind. Die Zuständigkeit hierfür hat also in der Regel das Jugendressort. Die Medizin hat sich bislang in beiden Bereichen strukturell und gesetzgebend eher vornehm zurück gehalten. Bei der Debatte um ein im Koalitionsvertrag angekündigtes Präventionsgesetz, wird zum ersten Mal über Lebensweltorientierung und gesundheitliche Prävention, z.B. im kommunalen Kontext, nachgedacht.

S.I.G.N.A.L.: War denn das Bundesministerium für Gesundheit bei der Entwicklung des Bundeskinderschutzgesetzes nicht beteiligt?

Prof. Fegert: Formal war es beteiligt. Doch ich weiß als Experte, der in vielen Runden und Anhörungen entweder persönlich oder für meine Fachgesellschaft zu Stellungnahmen eingeladen

war, dass sich das BMG zum damaligen Zeitpunkt einer Kooperation verweigert hat. Insofern haben wir im Bundeskinderschutzgesetz die absurde Situation, dass die zentrale Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und den Hilfs- und Schutzangeboten der Jugendhilfe betont wird und an die Praxis appelliert wird, in Netzwerken gut zusammen zu arbeiten. Gleichzeitig haben uns die zuständigen Bundesministerien vorexerziert wie man sich in den Ressorts abschottet und damit einheitliche Rahmenbedingungen verhindert. Es ist ja nicht so, dass uns die Unterstützung der von häuslicher Gewalt betroffenen Personen, insbesondere auch der Kinder und Jugendlichen, die direkt durch häusliche Gewalt traumatisiert werden oder indirekt durch das Miterleben häuslicher Gewalt schwer belastet werden, in der Medizin nicht interessiert oder dass wir generell kaltherzig wären. Vielmehr wissen viele nicht, dass es uns bis 2013 nicht möglich war im Krankenhaus Diagnosen zu stellen, wie sie international in der Klassifikation der Störungsbilder ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation vereinbart sind und für die es eine offizielle deutsche Version (ICD-10-GM) mit den Definitionen der einzelnen Misshandlungsformen gibt. Aufgrund einer Kodiervverordnung einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministeriums war die Eingabe solcher Diagnosen im deutschen Krankenhaus verunmöglicht worden. Was dort nicht dokumentiert werden kann, darf auch nicht existieren und schon gar nicht abgerechnet werden. Bis zum gleichen Zeitpunkt existierte keine Abrechnungsziffer für die interdisziplinäre Abklärung von typischen Problemen bei betroffenen Kindern mit Vernachlässigungs-, Misshandlungs- oder Missbrauchsverdacht. Eine solche Ziffer wurde erst zu Anfang 2013 eingeführt. Sie wird aber in der Praxis noch kaum genutzt. Dies lässt mich davon ausgehen, dass auch die geforderten interdisziplinären Standards vielerorts noch nicht fächerübergreifend, z.B. in der Zusammenarbeit zwischen Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Pädiatrie), Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, bei Bedarf Kindergynäkologie und anderen medizinischen Fächern hinreichend aufgebaut wurden. Mit einem der letzten Gesetze vor der letzten Bundestagswahl 2013 wurde endlich, im für die Krankenversorgung zuständigen Sozialgesetzbuch V, die Regressregelung in Bezug auf fremd verursachte Gesundheitsschäden um eine Ausnahme bei Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Missbrauchsverdacht ergänzt. Die Dokumentation solcher Fälle und die ärztliche Wahrnehmung diese Fälle bedeutet so jetzt nicht automatisch eine von den Betroffenen oft nicht gewollte Strafanzeige.

S.I.G.N.A.L.: Wie wirkt sich das Miterleben häuslicher Gewalt auf die Entwicklung und die Gesundheit der Mädchen und Jungen aus?

Prof. Fegert: Zahlreiche Studien zu so genannten »Adverse Childhood Experiences« (ACE) und zu den langfristigen psychischen und physischen Traumafolgen haben gezeigt, dass das Miterleben von Gewalt ähnlich starke Traumafolgen hervorrufen kann wie die direkte Exposition gegenüber körperlicher oder sexueller Gewalt. Dies ist international gut belegt. Auch die emotionale Vernachlässigung, z.B. die Sündenbock-Rolle eines Kindes in der Familie, kann starke psychische Folgen haben. Im Rahmen der Deutschen Traumafolgekostenstudie haben wir, zusammen mit dem Kieler Institut für Gesundheitsforschung (Habetha et al. 2012a, Habetha et al. 2012b) einmal ausgerechnet, welchen finanziellen Belastungen unserer Gesellschaft durch die nicht hinreichende Berücksichtigung und nicht rechtzeitige Therapie solcher früher Belastungen entstehen. Wir kamen zu einer Summe, bei vorsichtigen Schätzungen, zwischen 11 und 30 Mrd. Euro pro Jahr. Dies sind Zahlen, die sich kaum jemand vorstellen kann. Sie entsprechen den Haushalten der größten Ressorts im Bundeshaushalt.

S.I.G.N.A.L. e.V.: Was sollte in Kliniken und Arztpraxen konkret unternommen werden, wenn bei der Behandlung von Kindern ein häuslicher Gewalthintergrund vermutet oder zumindest nicht ausgeschlossen werden kann? Worauf sollten Mitarbeiter/innen achten?

Prof. Fegert: Zunächst einmal sind verschleppte Vorstellungen, sowohl der betroffenen Mütter wie der Kinder (um bei der häufigsten Fallkonstellation zu bleiben), ein typisches Merkmal, welches den diensthabenden Arzt oder die diensthabende Ärztin in einer Notfallsituation aufhorchen lassen sollten. Nicht selten werden Treppenstürze oder andere nicht glaubhafte Begründungen als Ursache für die Verletzung angegeben. Häufig sind entsprechende Gespräche sehr schambesetzt. Gelingt es aber eine schützende Situation mit entsprechender Privatheit zu schaffen, kann hier direkt in der Praxis oder in der Notfallsprechstunde eine zentrale Weichenstellung zur Inanspruchnahme weiterer Hilfe gestellt werden. In Kooperation mit unserem E-Learning Programm Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch (Fegert et al. 2014) hat z.B. eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe an der Universität Duisburg-Essen einen spezifischen Kurs mit dem Einsatz von Schauspielpatienten in der Mediziner Ausbildung entwickelt, der genau solche Gespräche, die für viele Ärztinnen und Ärzte, nicht nur junge, sondern auch berufserfahrene, sehr schwierig sind, trainiert. Die Gesprächsführung, das aktive Bemühen die Situation zu verstehen, stellt für viele Ärzte, wie wir wissen dies aus großen Online-Befragungen, mit das größte Hindernis beim Zugang zur Problematik dar.

S.I.G.N.A.L.: Schnittstellen und Verbindungen zwischen häuslicher Gewalt einerseits und Gewalt gegen Kinder andererseits werden in der Gesundheitsversorgung noch nicht systematisch beachtet. In vielen Leitfäden und Empfehlungen mangelt es an praxisnahen Informationen und Hilfestellungen für die Intervention. Welche Schritte zur Verbesserung empfehlen Sie?

Prof. Fegert: Zentrale Schritte zur Verbesserung wären aus meiner Sicht nicht die Gründung immer neuer Arbeitskreise, sondern der Einbezug der Netzwerke und Institutionen zum Schutz vor häuslicher Gewalt in die Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz. Unsere Netzwerkforschung im Rahmen z.B. des Bund-Länder-Modell-Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ zeigte, dass viele einzelne Partner durchaus vernetzt sind, aber in den Netzwerken teilweise unverbundene Unternetzwerke entstehen. Hier gilt es also auch im Helferfeld Ressortgrenzen zu überwinden.

Viele spezifische Fragestellungen sind meines Erachtens auch noch gar nicht genügend beachtet worden. Empfehlungen sind dahingehend auch noch bislang zu wenig ausformuliert worden. Ein häufiger Konfliktpunkt aus kinder- und jugendpsychiatrischer, -psychotherapeutischer Sicht ist z.B. der gerichtlich angeordnete Umgang betroffener Kinder mit ihren, wegen häuslicher Gewalt, von der Familie getrennt lebenden Vätern. Dies ist oft eine für alle Beteiligten extrem belastete Situation. In diesem Bereich gibt es viel zu wenig Forschung zu den Folgen dieser angeblich mit Blick auf das Kindeswohl getroffenen Entscheidungen der Gerichte. Gleichzeitig gibt es aber auch zu wenig konkrete Handlungsempfehlungen wie man altersentsprechend und entwicklungsfördernd solche Umgangssituationen gestalten soll. Was kann man also Vätern empfehlen und wie kann man ehemals misshandelnde Väter unterstützen. Die Züricher Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (IST) hat schon vor Jahren hier versucht, konkrete Anhaltspunkte zu erarbeiten und ich war daran beteiligt. Ich denke hier brauchen wir mehr Aus-, Fort- und Weiterbildung, mehr Forschung zu den Folgen und mehr Praxisprojekte zur Verbesserung des ohnehin schwierigen Alltags. Wir haben uns, aufbauend auf die Erfahrungen im Kompetenzzentrum E-Learning in der Medizin, stark mit der Einführung und Verbreitung interdisziplinärer E-Learning Programme national und international beschäftigt. Unser E-Learning Programm zu den Frühen Hilfen ist

mittlerweile von zahlreichen Fachkräften im deutschsprachigen Raum absolviert worden. Im Bereich des sexuellen Missbrauchs haben wir sogar ein internationales Programm mitentwickelt, welches Wirkungen bis nach Asien, Südamerika und Afrika entfaltet. Es gelingt also durch den Einsatz von didaktisch gut aufbereiteten E-Learning Programmen, gerade in Zeiten, wo viele um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ringen, Fachkräfte mit intensiven Weiterbildungsangeboten zu erreichen. Das konkrete Handlungswissen aus den Initiativen Frühe Hilfen, das kindbezogene Wissen zur Entwicklungsförderung nimmt aber teilweise nur langsam Einzug in die Kontexte in denen Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt arbeiten. Hier braucht es vielleicht eine spezifische Schwerpunktsetzung, ähnlich wie bei der ebenfalls schlechten Erreichbarkeit der Helfer von psychisch kranken Eltern und deren Kinder.

S.I.G.N.A.L.: Koordiniert durch die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) ist soeben mit der Entwicklung einer S3+ Leitlinie zum Kinderschutz begonnen worden. Damit besteht die Chance evidenzbasierte Empfehlungen auf höchstem Niveau für den Aspekt Kinderschutz und häusliche Gewalt zu formulieren. Wird diese Chance realisiert werden? Und wie kann dieser Prozess bei Bedarf unterstützt werden?

Prof. Fegert: Ich habe mich in verschiedenen Hearings immer wieder für diese Forderung eingesetzt und bin froh, dass das BMG mit seiner Unterstützung des Antrags der AG KiM nun Nägel mit Köpfen machen will. Andererseits sind Leitlinienprozesse stets ein langwieriges Ringen um einen fachlichen Minimalkonsens. Insofern darf noch nicht gleich morgen mit diesen dringend notwendigen, evidenzbasierten Empfehlungen, die auch unseren jeweiligen gesetzlichen Rahmen berücksichtigen müssen, gerechnet werden. Hier sind langwierige Abstimmungsprozesse, auch zwischen den beteiligten Fachgesellschaften und Akteuren, z.B. in der Jugendhilfe, notwendig. Bei der Konsensfindung wäre es wichtig, dass Initiativen gegen häusliche Gewalt sich ebenfalls am Diskussionsprozess beteiligen. Eine wichtige Unterstützung bei diesem Prozess, wo es ja um allgemein verbindliche Minimalstandards geht, sind Best-Practice-Modelle, herausragende Beispiele wo es in der Praxis klappt. Eine Person, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden muss, da sie eben den Spagat zwischen der Thematik häusliche Gewalt und Kinderschutz immer mit im Blick gehabt hat, ist Prof. Barbara Kavemann. Ihr ist es gelungen, in zahlreichen Projekten, aber auch durch die Mitherausgeberschaft eines Handbuchs anderen Fachexperten die Augen für die eigentlich auf der Hand liegenden Zusammenhänge zwischen diesen Themenbereichen zu öffnen. In dem Bundesland, in dem ich tätig bin, hat sie mit Förderung der Baden-Württemberg-Stiftung in der Evaluation zahlreicher Projekte nachdrücklich auf die Hilfebedarfe und Probleme der betroffenen Kinder hingewiesen. Wir brauchen noch mehr solche praxisrelevante Forschung, die hohen wissenschaftlichen Standards folgt, aber konkrete Themen untersucht. Denn wir wissen zu wenig über die positiven und teilweise auch negativen Wirkungen und Nebenwirkungen unserer Hilfeversuche. Mich beunruhigen teilweise die hohen Inobhutnahmehzahlen, ohne dass wir qualitativ genau wüssten wie wir diesen Kindern, in teilweise lang andauernden Inobhutnahmesituationen, gerecht werden. Schutz kann bei Kindern ja nicht einfach nur Trennung oder Loslösung aus einer belastenden Situation bedeuten, sondern Kinder haben einen Anspruch auf die Förderung ihrer Entwicklung. Gerade die kostenintensiven Hilfen im Bereich der Jugendhilfe, z.B. die Fremdplatzierung, haben wir in der interdisziplinären Forschung meines Erachtens derzeit zu wenig im Blick. Wir konnten im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation die weltweit größte Heimkinderstudie in der Schweiz evaluieren und mussten dabei feststellen, dass die große Mehrheit der dort untersuchten Kinder, psychiatrisch behandlungsbedürftig war und noch ein größerer Anteil ei-

nes oder mehrere potentiell belastende Traumata in der Kindheit erlebt hat. Die Expositionen gegenüber häuslicher Gewalt war dabei, neben sexuellem Missbrauch und körperlichen Misshandlung, eine sehr häufig belastende Lebenserfahrung. Da gerade also viele dieser Kinder, die in ihrem Leben einmal Schutz, zusammen mit einem Elternteil in einem Frauenhaus gefunden haben, längerfristig in Hilfeformen mit Fremdplatzierung versorgt werden, müssen wir auch diese Hilfen und die Beziehungsgestaltung zu den Eltern zukünftig stärker in den Blick nehmen.

S.I.G.N.A.L.: Prof. Fegert, wir bedanken uns herzlich für das Gespräch!

Berlin-Würzburg, 4.12.2014

Fegert, J.M., Hoffmann, U., Koenig, E., Niehues, J. & Liebhardt, H. 2014, *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*, 1st edn, Springer, Heidelberg.

Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J. & Fegert, J.M. 2012a, *Deutsche Traumafolgekostenstudie . Kein Kind mehr . keine Trauma(kosten) mehr?* 1. edn, Schmidt & Klaunig, Kiel.

Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J. & Fegert, J.M. 2012b, "A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect", *Child and adolescent psychiatry and mental health*, vol. 6, no. 1, pp. 35