

Petra J. Brzank | Beate Blättner |
Daphne Hahn (Hrsg.)

Praxishandbuch

Interpersonelle Gewalt und Public Health



E-Book inside

BELTZ JUVENTA



Mit dem untenstehenden Download-Code erhalten Sie die PDF-Version, bzw. EPUB-Version dieses Buches.

So laden Sie Ihr E-Book inside herunter:

1. Öffnen Sie die Website: <http://www.beltz.de/ebookinside>
2. Geben Sie den untenstehenden Download-Code ein und füllen Sie das Formular aus.
3. Mit dem Klick auf den Button am Ende des Formulars erhalten Sie Ihren persönlichen Download-Link.
[Für den Einsatz des E-Books in einer Institution fragen Sie bitte nach einem individuellen Angebot unseres Vertriebs:
buchservice@beltz.de. Nennen Sie uns dazu die Zahl der Nutzer, für die das E-Book zur Verfügung gestellt werden soll. Nicht bei Titeln aus dem Verlagsbereich Psychologie!]
4. Der Code ist nur einmal gültig. Bitte speichern Sie die Datei auf Ihrem Computer.
5. Beachten Sie bitte, dass es sich bei Ihrem Download um eine Einzelnutzerlizenz handelt. Das E-Book ist für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt.

Download-Code

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-3868-2 Print
ISBN 978-3-7799-4991-6 E-Book (PDF)
ISBN 978-3-7799-4992-3 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Editorial

Petra Johanna Brzank und Daphne Hahn 7

Die Public-Health-Perspektive auf (interpersonelle) Gewalt

Petra Johanna Brzank 21

I Gewalt gegen Kinder 45

Sexualisierte Gewalt an Mädchen

Kerstin Kremer 46

Sexualisierte Gewalt gegen Jungen

Thomas Schlingmann 67

II Gewalt in Paarbeziehungen 97

Partnergewalt in heterosexuellen Paarbeziehungen

Hildegard Hellbernd 98

Interpersonale Gewalt und geschlechtliche Vielfalt –
Strategien für Public Health

Constance Ohms 133

III Gewalt am Arbeits- und Ausbildungsplatz 161

Mobbing in der Schule

Norman Krause, Sebastian Wachs und Wilfried Schubarth 162

Sexualisierte Diskriminierung und Gewalt am Arbeits-
und Ausbildungsplatz – ein lange vernachlässigtes Thema
öffentlicher Gesundheit

Anette Diehl und Sibylle Ruschmeier 180

IV Gewalt in besonderen Situationen 201

Gewalt in der Pflege alter Menschen

Beate Blättner und Henny Annette Grewe 202

Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen

Monika Schröttle 239

Gewalt auf der Flucht <i>Jenny Jesuthasan, Zara-Vivianne Witte und Sabine Oertelt-Prigione</i>	259
Gewalt gegenüber Prostituierten <i>Yvette Völschow, Mascha Körner, Wiebke Janßen und Silke Gahleitner</i>	285
Gewalt im Justizvollzug <i>Thomas Görgen und Christiane Knirsch</i>	311
V Konzepte zum Gewaltschutz nachhaltig implementieren	333
Von institutionellen Einzelkämpfer*innen zur (hilfe)systemübergreifenden Kooperation. Frühe Hilfen vernetzen Gesundheitssystem und Jugendhilfe <i>Rosemarie Horcher-Metzger</i>	334
„StoP“ – Stadtteile ohne Partnergewalt. Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit <i>Sabine Stövesand</i>	362
„GeSA (Gewalt-Sucht-Ausweg)“ – Empfehlungen aus einem vierjährigen Bundesmodellprojekt zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtproblematik <i>Petra Antoniewski</i>	378
Intervention im Gesundheitswesen bei häuslicher Gewalt – Empfehlungen von S.I.G.N.A.L. <i>Marion Winterholler und Dorothea Sautter</i>	391
Die Autor*innen	408

Editorial

*Gewalt ist kein Schicksal,
sondern kann verhindert werden.*

Etienne Krug (2008)

Gewalt gegen Personen ist ein Thema, das seit den 1970er Jahren mehr und mehr in die gesellschaftliche und wissenschaftliche Wahrnehmung gerückt ist. Im vorliegenden Buch stehen weder Kriege noch Terrorismus im Fokus, sondern alltägliche Formen von Gewalt in zwischenmenschlichen Beziehungen, die auf Macht und Kontrolle einer Person über eine andere Person zielt. Besonderes Kennzeichen dieser Form von Gewalt ist: Sie ist nicht einmalig, sondern wird systematisch und wiederkehrend ausgeübt.

Einen wesentlichen Beitrag für die Wahrnehmung von interpersoneller Gewalt als ein gesellschaftliches Phänomen haben ursprünglich kritisch-feministische Perspektiven auf eine patriarchale Gesellschaftsstruktur und ihr Geschlechterverhältnisse mit der damit einhergehenden Unterordnung von Frauen als Begründungszusammenhang für die Entstehung von sog. häuslicher Gewalt gegen Frauen geliefert. In der Praxis resultierten daraus strukturelle Angebote wie Beratungsstellen und Frauenhäuser, präventive und therapeutische Ansätze, verbunden mit einem differenzierteren Blick auf Gewaltformen, Versorgungsbedarfe und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen sowie Rechtsänderungen. Diese Anstrengungen mündeten in das „Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“, die sog. Istanbul Konvention, die in ihren Artikeln europaweit Definition, Prinzipien und umfassende Maßnahmen für die Vision einer gewaltfreien Gesellschaft vereinheitlicht und sie rechtskräftig festschreibt (Europarat 2011).

Wissenschaftlich war die Gewaltforschung zunächst primär in der Soziologie, Psychologie, und der Kriminologie verankert. Für die Gesundheitswissenschaften gingen wesentliche Impulse von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus, die in ihrem „World report on violence and health“ die verschiedenen Formen von Gewalt als Bedrohung für die Gesundheit einer Bevölkerung beschreibt und sich mit Strategien der Prävention und deren Wirksamkeit befasst (WHO 2002). So besteht seit einem viertel Jahrhundert Einigkeit darüber, dass intime Partnergewalt gegen Frauen ein originäres Public-Health-Forschungs- und -Aktionsfeld darstellt (Satcher 1995; WHA 1996; Saltzman, Green, et al. 2000; Powell, Mercy, et al. 2008). Bereits 1996 wurde von der WHO eine Resolution verabschiedete, in der Gewalt zu einem bedeutenden weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit bestimmt wurde (WHO 1996).

Erst wenn ein Phänomen bestimmte Kriterien erfüllt, wird es als Public-Health-Problem erklärt. Diese Kriterien sind Ausmaß, Schwere, Vorhersag- und Verhütbarkeit. Alle vier Kriterien sind für interpersonelle Gewalt gegeben. (Butchart, Burrows & Kieselbach 2019). Weil die Chancengleichheit auf ein gesundes Leben der Betroffenen durch Gewalt nachhaltig beeinträchtigt wird, ist interpersonelle Gewalt als soziale Determinante von Gesundheit zu verstehen und wird mittlerweile von der WHO als solche bewertet. Gewalt als maßgeblicher Einflussfaktor auf Gesundheit braucht folglich eine gleiche Aufmerksamkeit sowie Handlungsbereitschaft wie andere Einflussfaktoren.

Typisch für Public Health ist der interdisziplinäre Ansatz. Public Health versteht sich als die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Public-Health-Maßnahmen zielen primär auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen durch organisiertes gesellschaftliches Handeln. Public Health ist in diesem Sinne eine Handlungswissenschaft, die Häufigkeiten von Gesundheitsbeeinträchtigungen und deren Verteilung in der Gesellschaft, Interventionsbedarfe und -strategien sowie deren Wirksamkeit untersucht.

Grundsätzlich basiert ein Public-Health-Ansatz zur Lösung eines Problems auf Interdisziplinarität sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen aus der Medizin, Epidemiologie, Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Ökonomie. Betont werden kollektive Aktionen verschiedenster gesellschaftlicher Sektoren, die alle eine bedeutende Rolle bei der Bekämpfung von Gewalt spielen.¹ Die Entwicklung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen orientiert sich an dem sogenannten Public-Health-Cycle, der vier Schritte umfasst von der umfassenden Beschreibung des Phänomens (1) und seinen Einflussfaktoren (2) mittels empirischer Erkenntnisse, zur Konzeption von Maßnahmen und deren Implementierung und Evaluation (3) zur weiteren Implementation in verschiedenen Settings (4) (WHO 2002, S. 4).

Statt Gewalt zu akzeptieren oder nur auf sie zu reagieren, bedeutet eine Public-Health-Perspektive, dass Gewalthandlungen und ihre Auswirkungen verhindert werden können. Das ist der Leitgedanke dieser interdisziplinären, handlungsorientierten Wissenschaft, der auch leitend für das vorliegende Buch ist.

In den letzten zwanzig Jahren sind im deutschsprachigen Raum erhebliche Anstrengungen unternommen worden, um mehr über Gewalt, ihre Verbreitung, ihre gesundheitlichen und sozialen Folgen sowie die Möglichkeiten der Prävention und Intervention zu erfahren und die Versorgung von Gewaltopfern zu verbessern. Vielfältige Veröffentlichungen zum Thema verweisen auf eine umfangreiche Diskussion in der Wissenschaft wie in der Praxis. Dabei hat sich die

1 Diese Auffassung spiegelt sich auch in der Istanbul Konvention wider.

gesellschaftliche Anerkennung von Gewalt als eine Herausforderung für die Gesundheit der Bevölkerung zwar deutlich verbessert, dennoch hat das Thema noch lange nicht den Stellenwert in der Analyse wie in der Planung und Umsetzung von Strategien, die seiner Relevanz angemessen sind.

Das vorliegende Praxishandbuch will die Essenz der bisherigen Anstrengungen bündeln und einem weiten Kreis an Leserinnen und Lesern zugänglich machen. Die Darstellung rückt dabei primär die Personen ins Zentrum, denen Gewalt widerfahren ist, nicht die Täter*innen.

Das Buch richtet sich konkret an Personengruppen, die bevölkerungsbezogene Maßnahmen zur universellen, selektiven und indizierten Prävention von interpersoneller Gewalt planen. Dazu soll ein Überblick über Gewaltformen wie Folgen gegeben und es sollen verschiedene vulnerable Gruppen berücksichtigt werden. Einbezogen werden dabei auch Gruppen, die bisher im deutschsprachigen Raum in der Public-Health-Diskussion noch wenig berücksichtigt worden sind. Dabei soll jeweils diskutiert werden, inwieweit die Gewalt mit der Ausübung von Macht und Kontrolle in Verbindung steht.

Als praktisch angelegtes Handbuch orientiert es sich am Public Health Action Cycle, d. h. an der Analyse des Bedarfs von Interventionen, der Entwicklung von Strategien unter Berücksichtigung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Interventionen, der Sicherstellung einer nachhaltigen Umsetzung und der Evaluation der Maßnahmen. Diese Struktur soll sich vor allem in den einzelnen Beiträgen widerspiegeln, die jeweils auf die Beschreibung des Problems, die Relevanz, Interventionen und deren Implementation sowie Erkenntnisse über die Bewertung des Outcomes für spezifische Kontexte oder vulnerable Gruppen umfassen sollten.

Zum Einstieg in das Thema des Praxishandbuches liefert die Autorin Petra J. Brzank in ihrem Beitrag eine umfassende Darstellung der Public-Health-Perspektive auf (interpersonelle) Gewalt. Damit führt dieses Kapitel in die disziplinspezifische Public-Health-Betrachtung von Gewalt ein und bildet somit die Basis für die weiteren Kapitel des vorliegenden Handbuches. Als anwendungsorientierte Wissenschaft verfolgt Public Health stets eine Strategie der Verminderung oder Vermeidung eines Gesundheitsproblems. Im Unterschied zu anderen Disziplinen fokussiert die Public-Health-Perspektive ganze Bevölkerungsgruppen in Hinblick auf gesellschaftliche (Macht-)Strukturen, sowie die Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen unter Anbetracht bestehender empirischer Theorien verschiedenster Fachrichtungen. Die Autorin zeigt auf, wie (interpersonelle) Gewalt zu einem bedeutenden Public-Health-Thema und zu einer wesentlichen Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geworden ist. Hierfür wird das Selbstverständnis von Public Health auf Gewalt sowie die in diesem Kontext verwendete Definition von Gewalt umfassend dargestellt. Zur Klärung von Risikofaktoren wird das sozialökologische Modell als Orientierungsmodell

aufgezeigt, welches immer die Berücksichtigung von gesellschaftlichen und individuellen Kontextbedingungen verlangt. Die Autorin schließt ihren Beitrag mit der Formulierung weiterer Maßnahmen zur Eindämmung und Bekämpfung von (interpersoneller) Gewalt und der Forderung nach aktiver Teilnahme an Prävention und Intervention seitens der Gesundheitsforschung.

Der erste Abschnitt widmet sich dem Thema „sexualisierte Gewalt gegen Kinder“.

Im ersten Beitrag will Kerstin Kremer für „Sexualisierte Gewalt an Mädchen“ sensibilisieren. Nach einer ersten Klärung der Begrifflichkeiten beschreibt sie anhand der vorliegenden Daten das Ausmaß sexualisierter Gewalt an Mädchen, das sich wegen der hohen Dunkelziffer der Fälle nur schwer schätzen lässt. Die Autorin arbeitet heraus, dass Sexualität instrumentalisiert wird, um Macht und Überlegenheit zu konstruieren. Einfluss- und Risikofaktoren sowie mögliche Folgen von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen werden vorgestellt, die sich je nach Risiko- und Resilienzfaktor des betroffenen Kindes auf die physische sowie psychische Gesundheit auswirken. Nach der Autorin handelt es sich bei der Ausübung von sexualisierter Gewalt um ein multifaktorielles Problem und nicht um eine individuelle bzw. private Angelegenheit. Mit Hilfe der Perspektive eines feministischen Ursachenverständnisses, beschreibt die Autorin einen bedeutenden Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit bzw. der Akzeptanz einer patriarchalen, kulturellen Orientierung sowie der Häufigkeit von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen. Kerstin Kremer schließt ihren Beitrag mit der Aussicht, dass Präventionsmaßnahmen eine maßgebliche politische Dimension einnehmen müssen. Nicht nur Veränderung im individuellen Verhalten müssen angestrebt werden, sondern vor allem Veränderungen von gesellschaftlichen Bedingungen und Strukturen.

Im Zentrum des zweiten Beitrags von Thomas Schlingmann steht die gesellschaftliche Bedeutung von „Sexualisierter Gewalt gegen Jungen“, die mit Problemen beim Erkennen sowie Hürden bei der Unterstützungssuche verbunden ist. Zu Beginn nimmt der Autor Begriffsbestimmungen vor, um dann das Ausmaß anhand von Hell- und Dunkelfeldzahlen zu beschreiben. Der Autor widerspricht dem häufig im öffentlichen Diskurs zitierten monokausalen Ursachenmodell der ‚Pädophilen-Neigung‘, denn dieses sexualmedizinische Modell wurde mit umfassenden Faktoren widerlegt. Im Sinne des Modells der „four preconditions for sexual abuse“ (Finkelhor 1984) fordert der Autor die Berücksichtigung sozialer und kultureller Faktoren bei der Ursachenforschung von sexualisierter Gewalt. Nach dem feministischen Ursachenmodell (1993) seien – so der Autor – bei der Ursachenforschung auch patriarchale Gesellschaftsformen und männliche Geschlechtskonstruktionen als zentral zu berücksichtigen. Es werden weiter das Perpetration-Modell (EU-Kommission 2011) vorgestellt, das statt von kausalen Erklärungsversuchen auszugehen, die Entstehungsfaktoren in vier Ebenen teilt. Vorherrschende Geschlechterkonstruktionen und bestehende gesellschaftliche

Narrative über Männlichkeit und Geschlecht beeinflussen sexualisierte Gewalt gegen Jungen sowie die Folgen erlebter sexualisierter Gewalt und auch den Prozess der Unterstützungssuche. Kritisiert wird, dass die heteronormative Prägung von sexualisierter Gewalt einer binären Einteilung folgt, die mit einer gesellschaftlichen Zuschreibung der gewaltbetroffenen Person als weiblich und der gewaltausübenden Person als männlich einhergeht. Übersehen werde, dass Jungen ebenso vulnerabel und von sexualisierter Gewalt betroffen sein können. Der Autor schließt seinen Beitrag mit Überlegungen für Präventionsmaßnahmen, die er als Aufgabe bei den Institutionen sieht. Derzeit werde diese Verortung durch die Tabuisierung des Themas sexualisierte Gewalt erschwert. Hier sieht der Autor eine besondere Aufgabe für das Hilfe- und Unterstützungssystem.

„Gewalt in Partnerschaften“ ist der Gegenstand des *zweiten Abschnittes*.

Hildegard Hellbernd fokussiert in ihrem Beitrag „Partnergewalt in heterosexuellen Paarbeziehungen“, die anhand des Ausmaßes und der gesundheitlichen Folgen als ein globales Problem für die öffentliche Gesundheit beschrieben werden. Zunächst werden Begrifflichkeiten, Erkenntnisse zur Phänomenologie und Prävalenzen dieses Gewaltphänomens vorgestellt. Es handelt sich – so die Autorin – selten um eine einzige oder trennscharfe Gewaltform, sondern um komplexe Gewalttätigkeiten, bei der verschiedene Formen körperlicher, sexueller, psychischer und ökonomischer Gewalt miteinander verwoben sind. Muster und Schweregrade von Gewalt, Häufigkeiten, systematische gewalttätige Beziehungen und Bedrohungen unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern. Für Gewalt in Paarbeziehungen gibt es weder eindimensionalen Erklärungsansätze noch einfachen Kausalzusammenhänge, sondern vielfältige Einflussfaktoren beeinflussen das Gewaltgeschehen. Die Autorin formuliert komplex zusammenwirkende biologische, soziale, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren. Beleuchtet werden weiter Einfluss- und Risikofaktoren, potentielle gesundheitliche Folgen von Partnergewalt und die Auswirkung des Miterlebens dieser Gewalt für Kinder. Die Gesundheit der Betroffenen wird auf vielfältige Weise beeinträchtigt und wirkt sich auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen aus. Gesundheitliche Folgen können kurzfristig, mittelfristig oder zu einem späteren Zeitpunkt auftreten und zu Verletzungen sowie psychosomatischen, somatischen als auch psychischen Beschwerden führen. Dem Gesundheitswesen kommt eine zentrale Rolle bei der Prävention und Intervention von Gewalt in Paarbeziehungen zu. Die Autorin schließt den Beitrag mit der Vorstellung von Interventionskonzepten und Unterstützungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung sowie einer Ausführung richtungsweisender Ansätze und Erfordernisse für die Etablierung Interventionsstandards.

Constanze Ohms geht in ihrem Beitrag interpersoneller Gewalt im Kontext von geschlechtlicher Vielfalt nach. Sie baut ihren Beitrag auf der marginalisierten

gesellschaftlichen Situation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*- und queeren Personen als soziale Gruppen auf und verknüpft diese mit Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum, in dem partnerschaftliches Leben stattfindet. Die Autorin betrachtet zunächst die Begriffe Gesundheit und Gewalterfahrung aus einer intersektionalen Perspektive und betont hier die gesundheitlichen Nachteile, die mit Stigmatisierungs- und Marginalisierungserfahrungen einhergehen. Diese entstehen durch sich überlagernde Belastungen, beispielsweise durch die Kombination von Angststörungen oder Depression als Folge negativer Erfahrungen, die zu Langzeitarbeitslosigkeit führten. Andererseits entstehen sie auch, weil die gesundheitliche Versorgung und häufig auch die Prävention sich wenig am Bedarf dieser Personengruppen orientiert und Versorgung damit häufig inadäquat erfolgt. Constanz Ohms beschreibt verschiedene Aspekte dieser Erfahrungen, ihre gesellschaftliche Verankerung ebenso wie ihre individuellen Folgen und geht auf die Probleme bei der Übertragung von ‚klassischen‘ Täter-Opfer-Konstellationen für die Analyse interpersoneller Gewalt im Kontext von geschlechtlicher Vielfalt ein. Sie schließt ihren Beitrag damit, dass sie sowohl für die Untersuchung und Beschreibung von Gewalt als auch für die Prävention und Versorgung Anforderungen für Public Health formuliert.

Der *dritte Abschnitt* des Buches hat „Gewalt am Arbeits- und Ausbildungsplatz“ zum Inhalt.

Die Autoren Norman Krause, Sebastian Wachs und Wilfried Schubarth liefern in ihrem Beitrag eine Situationsanalyse über Mobbing in der Schule. Mobbing ist für viele Kinder und Jugendliche in Deutschland schulischer Alltag. Diese spezifische Form von interpersoneller Gewalt stellt ein zentrales gesundheitliches Risiko und eine Gefahr für die positive Entwicklung im Kindes- und Jugendalter dar. Aus diesem Grund wird Mobbing zu einem zentralen Thema für das Bildungs-, Rechts- und Gesundheitssystem. Um die spezifischen Eigenschaften des Mobbings zu verdeutlichen, werden nach der Begriffsbestimmung die verschiedenen Erscheinungs- und Beteiligungsformen sowie die Folgen des Mobbings für die Gesundheit dargestellt. Dabei werden sowohl psychische und psychosoziale Auswirkungen als auch soziale und schulische Effekte beschrieben. Abschließend werden mögliche Präventions- und Interventionsstrategien vorgelegt, mit denen Mobbing an Schulen verringert bzw. entgegengewirkt werden kann, um die Heranwachsenden vor den vielfältigen negativen Folgen zu schützen.

Anette Diehl und Sibylle Ruschmeier stellen in ihrem Beitrag sexualisierte Diskriminierung nicht als ein individuelles, sondern als ein ernstzunehmendes gesellschaftliches und für die öffentliche Gesundheit gravierendes Problem dar, denn vorliegende Untersuchungen belegen, dass sexualisierte Diskriminierung am Arbeitsplatz nicht nur das Leistungsvermögen und die Motivation der betroffenen Person beeinträchtigt, sondern dass das gesamte Betriebsklima stark

belasten kann. Betriebliche, ökonomische und auch gesellschaftliche Dimensionen können betroffen sein. Zumeist wird sexualisierte Diskriminierung am Arbeitsplatz bagatellisiert, tabuisiert und negiert sowie Handlungsverantwortung delegiert und Schuld umgekehrt und die destruktiven Auswirkungen verharmlost. Die Autorinnen liefern eine Beschreibung des Problems sowie eine Einschätzung des Ausmaßes. Rechtliche Grundlagen, Ursachen und mögliche Folgen sexualisierter Diskriminierung am Arbeitsplatz werden erläutert. Mit Hilfe des Identitätsmodells von Petzold (2012) wird gezeigt, wie sexualisierte Diskriminierung unterschiedliche Lebensbereiche der Gewaltbetroffenen beeinträchtigen kann. Die besonders vulnerable Situation von Menschen in Ausbildungs- und Studierendenverhältnissen wird betont. Anette Diehl und Sibylle Ruschmeier schließen ihren Beitrag mit der Reflexion von Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Ihrer Meinung nach wirken betriebliche und institutionelle Maßnahmen im beruflichen Setting am stärksten. Nicht zuletzt sehen die Autorinnen die Gesellschaft als Ganzes in der Verantwortung, demokratische Arbeitsstrukturen zu realisieren, um Chancengleichheit, Diskriminierungsfreiheit und Geschlechtergerechtigkeit herzustellen und zu garantieren.

Im *vierten Abschnitt* wird mit „Gewalt in besonderen Situationen“ die Situation verschiedener Gruppen in besonderen vulnerablen Kontexten und Settings betrachtet.

Die Autorinnen Beate Blättner und Anette Grewe beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit einem überaus komplexen Phänomen: Gewalt in der Pflege alter Menschen. Im privaten Wohnumfeld, in der ambulanten Versorgung als auch der stationären Pflege im Krankenhaus, der Tagespflege oder dem Pflegeheim kann Gewalt von Pflegebedürftigen, von Angehörigen oder von Pflege- und Betreuungskräften ausgehen und gegen Pflegebedürftige oder Pflegenden gerichtet sein. Die Autorinnen nehmen im ersten Teil des Beitrags eine erste Einführung in die Thematik vor. Hierfür wird der Gewaltbegriff diskutiert und die Komplexität von Gewalt in der Pflege alter Menschen dargestellt, die sich sowohl durch die Vielfalt möglicher Gewaltkonstellationen und -formen als auch durch die Reziprozität zwischen den beteiligten Personen mit der jeweils individuellen Biografie, dem zeitweiligen Setting und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen begründet. Diese Faktoren können Gewalt in der Pflege alter Menschen begünstigen und stellen einen vulnerablen Kontext dar. Jeder unerwünschte Eingriff in ihr privates Umfeld kann für Pflegebedürftige eine Form von Gewalt bedeuten. Zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen besteht ein eindeutiges Abhängigkeitsverhältnis und schafft eine asymmetrische Beziehungskonstellation, die durch die notwendige körperliche Nähe und oftmals belastende Pflegebedarfe die Risiken für Gewalt erhöht. Gewaltwiderfahrnisse Pflegebedürftiger kann Folgen für die psychische und physische Gesundheit haben. Auch Pflegenden erfahren Gewalt in der Pflege. Im privaten Umfeld sind sie im Vergleich zum stationären Kontext

tendenziell schlecht geschützt vor Gewalt. Gewalt gegenüber Pflegekräften kann zu Defiziten im Konzentrationsvermögen, Angst und Unsicherheiten im Umgang mit Patient*innen führen. Die Autorinnen beschreiben Gewalt in der Pflege als ein Alltagsphänomen, welches für Public Health ein relevantes Interventionsfeld darstellt. Dennoch bestehen Schwierigkeiten in der Messung von Häufigkeiten und Schwere der ausgeübten Gewalt. Präventions- und Interventionsmethoden sowie bestehende Herausforderungen werden diskutiert. Trotz der Vielzahl an Interventionen fehlen Handlungsansätze, die der Komplexität des Gegenstandes tatsächlich gerecht werden, so die Autorinnen. Es fehle eine theoretische Basis, wie auch methodisch belastbare Studien, die die Wirksamkeit von Interventionen belegen würden.

Der Beitrag von Monika Schrötle fokussiert die besondere Vulnerabilität von Menschen mit Behinderungen Gewalt zu erfahren. Nationale und internationale Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen erheblich häufiger von Gewalt betroffen sind. Die Autorin zeigt auf, dass je nach Alter, Art der Beeinträchtigung, Gewaltform sowie Tatkontext sich eine zwei- bis vierfach erhöhte Gewaltbelastung bei Menschen mit Behinderungen feststellen lässt. Damit gehören sie zu den am häufigsten und schwersten von Gewalt betroffenen Bevölkerungsgruppen. Die erlebten Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Lebensbedingungen stellen sowohl ein Risiko für – als auch eine Folge von Gewalt dar. Die Autorin stellt empirische Ergebnisse zum Ausmaß, den Risikofaktoren für Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben dar. Die Wechselwirkungen von Behinderungen und Gewalt im Lebensverlauf werden sichtbar und verdeutlichen, dass Gewalt in der Kindheit und Jugend einen Hochrisikofaktor für spätere (insbesondere psychische und psychosomatische) Beeinträchtigungen sowie für fortgesetzte Gewalt im Erwachsenenleben darstellt. Die Autorin schließt ihren Beitrag mit Ansätzen für eine verbesserte Prävention aber auch Intervention. Gewaltprävention muss alters- und zielgruppenspezifisch sein und primäre, sekundäre und tertiäre Gewaltprävention umfassen. Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen ist eingebunden in kulturelle, politische und soziale Systeme von Abwertung, Diskriminierung und Benachteiligung. Ohne politisch, strukturelle Veränderungen kann diese Gewalt langfristig nicht wirkungsvoll abgebaut und verhindert werden. Die Autorin schlägt die politische und soziale Stärkung der Zielgruppe, gezielte Öffentlichkeitsarbeit und bevölkerungsweite Kampagnen in Kooperation mit Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen, wie auch eine umfassende Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vor.

Jenny Jesuthasan, Zara-Vivianne Witte und Sabine Oertelt-Prigione stellen in ihrem Beitrag die Komplexität von Gewalt gegen weibliche Geflüchtete vor. Flucht ist in jeglicher Hinsicht ein traumatisches Erlebnis und Menschen, die sich auf die Flucht begeben sind häufig polytraumatisiert. Traumata entstehen

bereits im Herkunftsland, werden durch die Fluchterfahrung verstärkt und können sich im Ankunftsland verschärfen. Traumata können eine kumulierende Wirkung haben, die die Resilienz und langfristig die Gesundheit maßgeblich beeinflussen. Die Autorinnen richten den Fokus in ihrem Beitrag auf die geschlechtsbezogene Dimension von Flucht und Asyl. Frauen sind aufgrund von Geschlechterungerechtigkeiten, patriarchaler sozialer Normen und einer bestehenden Machtasymmetrie im Geschlechterverhältnis in Kriegssituationen und auf der Flucht verschiedenen Gefahren und einem hohen Gewaltisiko ausgesetzt. Neben allen Herausforderungen, die Betroffene in stabilen Alltagssituationen bereits meistern müssen, kommen bei geflüchteten Menschen noch zusätzliche Barrieren hinzu. Diese reichen von extremer Abhängigkeit, über sprachbedingte und kulturelle Hindernisse, bis hin zu rechtlichen Hürden. Eine besondere Vulnerabilität von Frauen ergibt sich durch den erschwerten Zugang zu den begrenzten Unterstützungssystemen bspw. im Gesundheitsbereich, die sich durch die Flucht verändernde Familienstruktur und -dynamiken sowie die Anpassung an andere Genderrollen im Aufnahmeland. Das aktuelle Hilfesystem in den Zufluchtsländern ist nur sehr begrenzt auf diese Aufgabe vorbereitet. Da in der aktuellen weltpolitischen Situation in den kommenden Jahren jedoch mit stetig zunehmenden Zahlen an Geflüchteten zu rechnen ist, plädieren die Autorinnen dafür, dass spezifischen Hilfsangeboten ein signifikant höherer Stellenwert eingeräumt wird.

Die Autorinnen Yvette Völschow, Mascha Körner, Wiebke Janßen und Silke Gahleitner liefern eine Situations- und Datenanalyse zu Gewalt gegen Menschen, die sich prostituieren. Zur konkreten Veranschaulichung gehen sie in ihrem Beitrag auf die besonderen Arbeitsbedingungen, die Gesundheitsrisiken, sowie die Gewaltpotentiale und -erfahrungen dieser Personengruppe ein. Wegen dem geschlechtsspezifischen Zusammenhang zwischen Gewalt und Prostitution betrachten die Autorinnen Prostitution genderdifferenziert und fokussiert auf die Situation von weiblichen Prostituierten, da diese sich maßgeblich von männlicher Prostitution unterscheidet. Auf Grund von tradierten Geschlechterrollenbildern und hegemonialen bzw. patriarchalen Männlichkeitskonstruktionen sind es insbesondere Sexarbeiterinnen, die von Gewalt überproportional häufig betroffen sind. Um die Gesundheitsgefahren sowie das Gewaltisiko gegen Prostituierten einzuschätzen, betrachten die Autorinnen zunächst die Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Ort der Prostitutionsausübung und anschließend der Gesundheitssituation. Sexarbeitende erleben vielschichtige Gewalt, die oft schwerwiegende psychische Folgen, wie Posttraumatische Belastungsstörungen aber auch physische Folgen nach sich ziehen. Körperliche bzw. die psychische Integrität herausfordernde und nicht selten verletzende Rahmen- bzw. Lebensbedingungen begünstigen diese Vulnerabilität besonders. Hieraus ergebe sich – so die Autorinnen – ein spezieller psychosozialer aber auch politisch verankerter, juristischer Interventionsbedarf.

Um Präventions- und Interventionsstrategien zu optimieren, benötigt es einen gesamtgesellschaftlichen Abbau der Stigmatisierung von Prostitution und dazu strukturelle Veränderungen, die im besten Fall in flächendeckende Maßnahmen zum Schutz und der Verbesserung der Situation vulnerabler Gruppen münden. Die Autorinnen schließen ihren Beitrag mit einer kritischen Reflexion der intersubjektiven Dynamiken von Macht und Kontrolle im Kontext von Prostitution und richten ihren Blick auf partizipative und inklusive Herangehensweisen, Umgangs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten von Angeboten und Maßnahmen.

Thomas Görgen und Christiane Knirsch gehen in ihrem Beitrag zum Thema „Gewalt im Justizvollzug“ von der These aus, dass Gewalt vielfach alltägliche Vollzugsrealität im Gefängnis ist, denn Gewalt kann in den Vollzug führen, aus einer Vollzugshistorie erwachsen, als strukturelles Merkmal des Vollzugs betrachtet werden und sich zwischen Personen im Strafvollzug ereignen. Der Fokus des Beitrages liegt auf inmate-to-inmate violence. „Importation“, „Deprivation“, „Subkultur“ und „administrative Kontrolle“ als Erklärungsansätze werden nicht als sich wechselseitig ausschließenden Alternativen betrachtet. Die Deprivationsthese lokalisiert das Problem im Wesentlichen im Sozialraum „Strafvollzug“, während das Konzept der Importation vor allem auf die Gefangenen und deren Vorgeschichte gerichtet ist. „Gefangenensubkultur“ und „administrative Kontrolle“ nehmen anstaltsinterne Strukturen und Prozesse informeller und formeller Art in den Blick. Der Beitrag kommt zum Schluss, dass es an kontrollierten Studien zur Evaluation gewaltpräventiver Maßnahmen im Vollzug mangelt und praktizierte Ansätze der Prävention wie auch Einschätzungen zur Wirksamkeit vielfach primär auf Urteilen bezüglich der Plausibilität und Stimmigkeit von Handlungsansätzen beruhen.

Den Abschluss des Handbuchs bilden im *fünften Abschnitt* „Konzepte zum Gewaltschutz nachhaltig implementieren“ Berichte aus der Praxis, die zur Planung konkreter Präventions- und Interventionsmaßnahmen inspirieren.

Der Beitrag von Rosemarie Horcher-Metzger beschäftigt sich mit den *Frühen Hilfen*, einem nun schon etablierten Ansatz, der speziell auf Kinder in den ersten Lebensjahren zielt. Wie kein anderer Ansatz verfolgt das institutionell gut verankerte Programm das Ziel, Kindern die Möglichkeiten zu einem guten, gesunden und gewaltfreien Aufwachsen zu bieten bzw. diese zu fördern. Die Autorin nimmt im ersten Teil des Beitrages eine Standortbestimmung vor, arbeitet die Verbindungslinien zwischen den Frühen Hilfen und Public Health und hier vor allem zum Gewaltschutz heraus. Im Beitrag wird auf die unterschiedlichen Zugangswege eingegangen, die in einzelnen Modellprojekten erprobt wurden sowie deren Antworten im Umgang mit Problemen. Im Spannungsfeld zwischen interdisziplinärer Vernetzung und Kooperation auf der einen und Erreichbarkeit und Inanspruchnahme auf der anderen Seite wurden unterschiedlichste Kooperationsformen und Zugangswege erprobt. Der Beitrag gibt einen Überblick über

das gesamte Projekt, das durch seine große Vielfalt an Angeboten, Zugangswe-
gen, einbezogenen Institutionen und Professionen charakterisiert ist. Gleichwohl
die Frühen Hilfen im Text als Erfolgsgeschichte beschrieben werden, verweist
die Autorin auch auf Optimierungsbedarfe. Die Autorin schließt ihren Beitrag
mit konzeptionellen Überlegungen für die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen,
wobei sie Potenzial hier in einer institutionellen und strukturellen Neuorientie-
rung sieht.

Die Autorinnen Marion Winterholler und Dorothea Sauttner liefern in Form
eines Handlungsleitfadens Empfehlungen des *S. I. G. N. A. L. e. V.* zu Interventionen
im Gesundheitswesen. *S. I. G. N. A. L.* befasst sich bereits seit 20 Jahren mit
der Verbesserung der Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher
und sexualisierter Gewalt. Ziel ist, die Gesundheitsversorgung nachhaltig als fes-
ten Teil der Interventionskette zu etablieren, da Gesundheitsversorgungseinrich-
tungen wie keine andere professionelle Stelle so häufig in Kontakt mit Betroffenen
von häuslicher und sexualisierter Gewalt kommen. Dieses Ziel soll durch Imple-
mentierung und Umsetzung von Interventionsstandards, Qualifizierung, Öffent-
lichkeitsarbeit und Vernetzung umgesetzt werden. Die Autorinnen beschreiben
in ihrem Beitrag empirische Daten und eine Einordnung rechtlicher Vorgaben,
um daraus Qualitätsvorgaben und fachliche Empfehlungen abzuleiten, die für
die Einführung von Interventionsprogrammen genutzt werden sollen. Die Auto-
rinnen schließen ihren Beitrag mit der Formulierung weiterer Bedarfe und der
Forderung nach bundesweiten Handlungsmaßnahmen, um die Interventionen
bei häuslicher und sexualisierter Gewalt in der medizinischen Versorgung funk-
tionaler zu gestalten.

Sabine Stövesand stellt in ihrem Beitrag das gemeinwesenorientierte Präven-
tions- und Interventionskonzept „*StoP* – *Stadtteile ohne Partnergewalt*“ vor. Zwi-
schen Gewaltbetroffenheit und Gesundheit besteht ein großer Zusammenhang.
Gesundheit ist keine individuelle Angelegenheit und Gesundheitsförderung
muss soziale, politische, ökonomische und kulturelle Faktoren sowie größere so-
ziale Zusammenhänge, Gemeinden und Nachbarschaften einbeziehen. Partner-
gewalt, die mehrheitlich Frauen betrifft, wird durch gesellschaftliche Normen,
Machtverhältnisse und durch das konkrete Verhalten des Umfeldes von Gewalt-
betroffenen sowie Gewaltausübenden gestützt. Partnergewalt offenbart damit ein
gesellschaftliches Defizit. Deshalb gehört das Thema Gewalt in Partnerschaften
in die Mitte des Gemeinwesens und in den Mainstream gesellschaftlicher De-
batten, Organisationen, Aktionen und Maßnahmen. Seit 2011 wird mithilfe des
Programms „*StoP*“ versucht, die bestehende Tabuisierung der Thematik mittels
Gemeinwesenarbeit aufzubrechen und Betroffene zu unterstützen. Die Autorin
richtet in ihrem Beitrag zunächst ihren Blick auf Gewalt gegen Frauen als Aus-
gangspunkt für die „*StoP*“-Arbeit, um dann das Handlungskonzept sowie die
praktische Umsetzung vorzustellen. „*StoP*“ setzt nicht nur dort an, wo die Ge-
walttat bereits stattgefunden hat, sondern richtet die primäre Prävention auf die

Allgemeinbevölkerung, auf Strukturen und Rahmenbedingungen. Mit Hilfe des Programms sollen Ursachen der Problematik beeinflusst und langfristig beseitigt werden. Auch auf der sekundären Präventionsebene wird gearbeitet, um frühzeitig konkrete Risiken von Gewaltsituationen identifizieren und beeinflussen zu können. Hierfür sieht das Konzept das Aufleben sowie Ausbilden von nachbarschaftlichen Aktionsgruppen vor, um Prozesse der Selbsterfahrung und sozialen Verständigung zu fördern. Das Präventions- und Interventionsprogramm „StoP“ wird als Ergänzung bereits bestehender Handlungskonzepte verstanden. Die „StoP“-Arbeit wird mittlerweile in 40 Projekten in Deutschland und Österreich durchgeführt und leistet einen wichtigen Beitrag für eine nachhaltige und dezentrale Gesundheitsförderung.

Petra Antoniewski stellt in ihrem Beitrag ein vierjähriges Modellprojekt vor, das auf die Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtproblematik abzielte und auf die Schnittstellen der Versorgung fokussiert war. Die Gruppe der gewaltbetroffenen Frauen mit Suchtproblematik ist auf mehrfache Weise belastet. Neben den Belastungen durch Sucht- und Gewalterfahrungen erleben Frauen aus dieser Gruppe auch noch gesellschaftliche Ausgrenzung und Stigmatisierung. Es gibt kaum spezifische Angebote, die auf den besonderen Bedarf dieser Frauen ausgerichtet sind. Das Projekt *GeSA* (Gewalt – Sucht – Ausweg) zielte darauf ab, Lücken der Versorgung aufzuzeigen und Lösungen für Schnittstellen zu entwickeln. Beispielsweise beschreibt sie auf der einen Seite das Problem, dass Frauenhäuser selten über spezifische Angebote für Frauen mit psychischen Problemen verfügen und sie daher dort nicht bedarfsgerechten Schutz finden können oder auf der anderen Seite, dass in Suchteinrichtungen überwiegend Männer behandelt werden, von denen wiederum häufig Gewalt ausgeht und Frauen dort nicht die erforderlichen Schutzräume geboten werden können. Das Modellprojekt hatte zum Ziel, die Stärken von Gewaltschutzangeboten mit den Stärken der Suchteinrichtungen zu verknüpfen. Die Autorin stellt in ihrem Beitrag vor, wie es gelungen ist, diese Kooperation im Rahmen des Modellprojektes im Sinne der Klientinnen erfolgreich umzusetzen, aber zeigt auch die Grenzen der Vernetzung und Kooperation auf. Mit Empfehlungen für die Praxis schließt der Beitrag. Die Autorin reflektiert hier verschiedene Möglichkeiten, die modellhaft erprobten Zugänge auf andere Regionen zu übertragen.

Die Herausgabe dieses Praxishandbuches stand vor großen Herausforderungen, hat daher mehr Zeit als ursprünglich geplant benötigt und zu Modifikationen an dem ursprünglichen Konzept geführt. Herausfordernd haben wir – wie alle anderen auch – die Corona-Infektionsmaßnahmen erlebt. Weit aus gravierender hat sich der Tod unserer Mitherausgeberin Frau Prof. Dr. Beate Blättner, die 2022 nach langer Krankheit verstarb, ausgewirkt. Als geschätzte kritische Kollegin war sie eine wesentliche Ideengeberin sowohl in der Etablierung von Public Health als Wissenschaft und Praxis in Deutschland als auch vor allem

des Themas interpersonelle Gewalt innerhalb des Gesundheitssektors. Gemeinsam haben wir mit ihr in der multidisziplinären AG Gesundheitsschutz bei Interpersoneller Gewalt an der Hochschule Fulda gearbeitet und dort ihren unermüdlichen Einsatz für die Thematisierung und auch die Implementierung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen erlebt. Ihr ist es unter anderen zu verdanken, dass das Thema in der Fachöffentlichkeit stärker wahrgenommen wird und auch dieses Praxishandbuch angedacht wurde. Sie ist und bleibt sicherlich für uns alle mit diesem Thema verbunden.

Wir hoffen, dass dieser Band zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit interpersoneller Gewalt auf wissenschaftlicher, praktischer und auch politischer Ebene im Gesundheitssektor beiträgt.

Nordhausen und Fulda im Januar 2024

Petra Johanna Brzank und Daphne Hahn

Butchart, A., Burrows, S. & Kieselbach, B. (2019): Violence and public health. *Public Health Forum*, 27(1), 2–5. doi:doi:10.1515/pubhef-2018-0153

Europarat (2011): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht Retrieved from <https://rm.coe.int/1680462535>

WHO (1996): Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority (document WHO/EHA/SPI.POA.2). Geneva: World Health Organization.

WHO (2002): World report on violence and health. Retrieved from Genf: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>

Die Public-Health-Perspektive auf (interpersonelle) Gewalt

Petra Johanna Brzank

In diesem Kapitel wird ausgeführt, wie (interpersonelle) Gewalt zu einem bedeutenden Public-Health-Thema und zu einer wesentlichen Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geworden ist. Dabei werden das Selbstverständnis sowie die besondere Perspektive von Public Health auf Gewalt und das zugrundeliegende spezifische Verständnis sowie die in diesem Kontext verwendete Definition von Gewalt dargestellt. Das sozialökologische Modell als Orientierungsmodell zur Erklärung von Risikofaktoren sowie zur Konzeption von Maßnahmen zur Eindämmung und Bekämpfung von (interpersoneller) Gewalt sowie neuere Entwicklungen – wie bspw. neuere Präventionsmodelle oder Gewalt als epidemisches Problem einer übertragbaren Krankheit anzusehen – werden ebenfalls vorgestellt. Damit führt dieses Kapitel in die disziplinspezifische Public-Health-Betrachtung von Gewalt ein und bildet die Basis für die weiteren Kapitel dieses Handbuchs. Aus der Public-Health-Perspektive gut erforscht ist die interpersonelle, geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen, sodass hier häufiger Bezug auf diese Form der Gewalt genommen wird.

Selbstverständnis von Public Health

Public Health definiert sich als die Praxis und Wissenschaft der Krankheitsverhütung, der Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch die organisierten Anstrengungen der Gesellschaft (Rothman/Greenland/Lash 2008). In Abgrenzung zur Medizin, bei der die Gesundheit von individuellen Patient*innen im Fokus steht, setzt sich Public Health das biologische, physische und mentale Wohlbefinden aller Gesellschaftsmitglieder der Gesamtbevölkerung zum Ziel. Es geht um die Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit für alle. Um dieses herausfordernde Ziel zu erreichen, bedarf es des Engagements auf allen politischen und gesundheitsrelevanten Ebenen und eine intersektorale Zusammenarbeit wie es von dem *Health in all Policies-Ansatz* (Hiap) gefordert wird, der in Deutschland derzeit vermehrt thematisiert wird (ZfPH 2021).

1 Gewalt als Public-Health-Problem mit langer Tradition

Dem in der Ottawa-Charta propagierten Ansatz *Health for all* folgend (WHO 1986), betont die WHO seit etwa drei Dekaden die gravierende Relevanz von

Gewalt für die Gesundheit von Betroffenen, für die eine gesundheitliche Chancengleichheit nicht gegeben ist. Anfänglich wurde interpersonelle Gewalt bzw. die von ihr verursachten Verletzungen als *intended injuries* verstanden und damit von den unfallbedingten *unintended injuries* abgegrenzt: Thematisch wurde Gewalt allgemein in den WHO-Bereichen der *Injury Prevention* und Gewalt gegen Frauen im Rahmen von *Sexual und Reproductive Health* (heute *Gender Women and Health*) bearbeitet.

Die UN-Dekade der Frau von 1976 bis 1985 hatte zuvor zu verstärkten Anstrengungen geführt, Gewalt gegen Frauen breiter zu diskutieren, zu ächten und zu bekämpfen. Erste Studien belegten empirisch das epidemische Ausmaß von Gewalt gegen Frauen insbesondere durch den Ehemann (EMNID-Institut 1986), die weitreichenden Folgen für die Gesundheit (Plichta 1992) und die der Gesellschaft entstehenden direkten und indirekten Kosten (Heise/Pitanguy/Germain 1994; Day 1995; vgl. Duvvury et al. 2013). In der Folge verabschiedete die 48. UN-Generalversammlung 1993 in Wien die „Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen“ (UN 1993).

In den 1980er Jahren nahmen verschiedene Organisationen vornehmlich aus Nord- und Südamerika wie z. B. das *US-Centres for Disease Control and Prevention's* (US-CDC) – vergleichbar dem deutschen Robert Koch-Institut –, die *Pan American Health Organization* (PAHO) oder der *Family Violence Prevention Fund* (FVFP) (heute *Futures Without Violence*) die Herausforderungen zur Bekämpfung von interpersoneller Gewalt an und initiierten entsprechende Initiativen und Forschungsprojekte.

Bereits 1996 folgte die WHO mit einer Resolution den Auffassungen und Forderungen der Vierten Weltfrauenkonferenz in Beijing im Jahr 1995 und setzte das Problem der Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie gegen andere Personen auf ihre Agenda und erklärte Gewalt und vor allem interpersonelle Gewalt auf ihrer 49. Generalversammlung zu einem besonders schwerwiegenden Problem der Gesundheit (WHA 1996). Mit der seit 2000 circa alle zwei Jahre stattfindenden *National Conference on Violence and Health*¹ wurde in den USA eine Austauschplattform für Wissenschaft und Praxis im Bereich der Gesundheitsforschung und -versorgung etabliert, die mittlerweile viele internationale Wissenschaftler*innen weltweit anzieht (Brzank/Hellbernd 2007).

Spätestens mit dem Erscheinen des WHO-Weltberichtes „World Report on Violence and Health“ (WHO 2002) ist das Ausmaß von und die Bedeutung der unterschiedlichen Gewaltformen und -kontexte auf die Gesundheit von Individuen sowie besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen beschrieben und die bis dato identifizierten Risiko- und Einflussfaktoren inklusive Policy-Maßnahmen dargestellt. Interpersonelle Gewalt gilt laut WHO als eine der Haupttodesursachen für Menschen im Alter von 15 bis 44 Jahren weltweit (WHO 2002). Seit

1 <https://nchdv.org/>

langem wird interpersonelle Gewalt als eine große Herausforderung für die allgemeine Gesundheit sowie die Menschenrechte betrachtet, die das Leben sowie die physische und mentale Gesundheit vieler Menschen bedroht, Gesundheitssysteme überfordert und die ökonomische und soziale Entwicklung beeinträchtigt (VPA 2010).

Seit der Publikation ihres Weltberichtes hat sich die WHO stark engagiert, um für die Gesundheitsgefährdung durch Gewalt zu sensibilisieren und Präventionsmöglichkeiten in den Gesundheitssystemen zu etablieren. Es wurden Studien initiiert und vielfältige Dokumente wie fact sheets, Leitlinien sowie Datenbanken zu einem breiten Themenspektrum publiziert – wie z. B. zu Risikofaktoren für Gewalt, bewährten Präventionsstrategien und den Kosten von Gewalt – sowie Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachkräfte oder Guidelines für den Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik (WHO 2013) veröffentlicht.² 2004 rief die WHO auf ihrem Milestones-Meeting für eine globale Kampagne zur Gewaltprävention offiziell die *Violence Prevention Alliance* (VPA) ins Leben, um ein stärkeres Netzwerk zwischen unterschiedlichen internationalen Akteuren aufzubauen, Aktivitäten zu bündeln und Synergieeffekte zu erzeugen. 2014 wurde von der 67. WHO-Generalversammlung die besondere Brisanz des Problems wiederholt sowie ergänzend die Rolle des Gesundheitssektors bei Prävention und Intervention insbesondere bei Gewalt gegen Frauen und Kinder betont und wie folgt begründet:

„The health sector has a leading role to play in giving care providers evidence-based guidance on appropriate responses to violence, and in particular to violence against women and girls, including clinical interventions and provision of mental health services and emotional support, as well as referral to other services such as legal or social services or those related to physical protection. Because a health care provider is likely to be the first professional contact for women and girls who experience violence, the health sector should increase awareness at different levels of its system and develop the capacity of the health workforce.“ (WHA 2014)

Zwei Jahre später forderten die 69. Versammlung einen entsprechenden Aktionsplan zur Stärkung dieser Präventionsrolle (WHA 2016).

Auch über den anglo-amerikanischen Raum hinaus entstanden erste Initiativen, den Gesundheitsbereich für das Problem der interpersonellen Gewalt zu sensibilisieren und Interventionsmaßnahmen zu etablieren. In Deutschland entstand 1999 inspiriert durch die Weltfrauenkonferenz in Beijing mit S. I. G. N. A. L. an der Charité Berlin das erste Interventionsprojekt zur Verbesserung der

2 s. z. B. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/>

gesundheitlichen Situation der Frauen, die von Gewalt betroffen sind³. S. I. G. N. A. L. orientierte sich an dem US-amerikanischen Projekt RADAR, das als erstes ein Trainingsprogramm sowie Interventionsschritte für Gesundheitsfachkräfte konzipiert hatte (vgl. (Harwell et al. 1998). Mit *Gesine.Net* wurde ein ähnliches Konzept für eine Vernetzung in der Ruhrgebietsregion verfolgt⁴. Weitere Projekte und Initiativen folgten in vielen Bundesländern.

Trotz dieser langfristigen und engagierten Bemühungen seitens internationaler Organisationen wie der WHO oder der vielfältigen Initiativen aus der Gesundheitspraxis muss für Deutschland konstatiert werden, dass die Verankerung der Intervention und Prävention von interpersoneller Gewalt im Gesundheitsbereich bislang nicht über regionale Anstrengungen hinaus vorangeschritten ist. Bislang hat keine strukturelle Implementierung des gravierenden Gesundheitsproblems weder in die curriculare Ausbildung von Gesundheitskräften noch in die alltägliche Praxis der Gesundheitsversorgung trotz Empfehlungen der WHO stattgefunden.

2 Interpersonelle Gewalt als Public-Health-Problem

Offensichtlich handelt es sich bei interpersoneller Gewalt nicht um einen klassischen epidemiologischen Krankheitserreger, der originär zum Handlungsspektrum von Public Health gehört. Daher stellt sich die Frage, warum und wie Gewalt als Phänomen, das ein gravierender Risikofaktor für die Gesundheit der Betroffenen darstellt, zu einem Public-Health-Problem erklärt wurde. Ähnlich den sozialen Gesundheitsdeterminanten – wie z. B. Sozialer Status, Geschlecht, Armut, Migration etc. – kann Gewalt die Gesundheit und die Gesundheitschancen der Betroffenen nachhaltig beeinträchtigen und intergenerational wirken. Folglich ist Gewalt ein gleicher Stellenwert im Public-Health-Gegenstandskatalog einzuräumen. Die WHO verankerte Gewalt in ihrer Agenda – für Deutschland steht diese Entwicklung noch aus.

Allerdings wird nicht jedes vorhandene Gesundheitsproblem zu einem Public-Health-Gegenstand deklariert, sondern erst wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (Butchart/Burrows/Kieselbach 2019). Diese Kriterien sind Ausmaß, Schwere, Vorhersagbarkeit und Präventionsmöglichkeit. Jede dieser vier Kriterien ist für interpersonelle Gewalt gegeben:

- 1) *Ausmaß*: Weite Teile von Bevölkerungsgruppen sind je nach Gewalttyp betroffen, so dass die WHO von einem pandemischen Ausmaß spricht (vgl. WHO 2002).

3 www.signal-intervention.de/

4 www.gesine-intervention.de/gesine-netzwerk-gesundheit-en-2/

- 2) *Schwere*: Gewalt wirkt sich gravierend auf die Gesundheit aus und kann zum Tod oder zu Behinderung führen (vgl. WHO 2002).
- 3) *Vorhersagbarkeit*: Das Ausmaß ist bekannt und die Einflussfaktoren sind untersucht, sodass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von interpersoneller Gewalt auf der Bevölkerungsebene in (spezifischen) Populationen vorhergesagt werden kann (vgl. WHO 2002).
- 4) *Präventionsmöglichkeiten*: Wirksame Interventionen sind für fast alle Formen interpersoneller Gewalt auf der individuellen, familiären und Community-Ebene gemäß dem sozialökologischen Modell beschrieben (Bronfenbrenner 1976 (s. u.); Butchart/Burrows/Kieselbach 2019; VPA 2021).

Erst die Vorhersagbarkeit und vorhandene Präventionsmöglichkeiten erfordern von der handlungsorientierten Public-Health-Wissenschaft und -Praxis Aktivitäten zur Eindämmung des Problems. Würden keine Handlungsansätze zur Bekämpfung und Verhütung vorliegen, so hätte Gewalt nicht zu einem Handlungsfeld von Public Health werden können. In ihren Anstrengungen zur Bekämpfung von (interpersoneller) Gewalt lässt sich die WHO von dem sogenannten Public-Health-Ansatz leiten. Bevor dieser spezifische Ansatz erläutert wird, soll nachfolgend interpersonelle Gewalt definiert werden.

3 Definition von interpersoneller Gewalt

Gewalt gilt als einer der „schillerndsten und schwierigsten Begriffe der Sozialwissenschaften“, der durch eine uneinheitliche Verwendung charakterisiert ist (Imbusch 2002).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das, was genau zu einem spezifischen Zeitpunkt gesellschaftlich unter Gewalt verstanden wird, sich jeweils historisch wandelt und verschiedensten Bedingungen unterliegt. Nach wie vor gibt es keine „reine, absolute Gewalt“, sie entsteht in historisch, gesellschaftlich, politisch, religiös und kulturell geformten Kontexten (2006, S. 11). Gewalt kann sehr unterschiedlich gefasst sein, je nachdem wer den Begriff für welchen Zweck (Prävention, Strafverfolgung etc.) definiert und in welchem Kontext oder für welche Disziplin die Gültigkeit der Definition gegeben sein soll.

Insbesondere bei der Erforschung von geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen gab es seit Beginn in den 1970er Jahren eine Auseinandersetzung darum, was unter diese Gewalt fällt und wie sie erfasst werden kann. Betroffene Frauen berichteten von Handlungen, die im allgemeinen und für sich allein schwerlich als Gewalt eingeordnet worden wären, im Kontext von umfassender sozialer Kontrolle und eingebettet in ein Misshandlungssystem allerdings ein anderes Gewicht bekommen (Dobash/Dobash 1979). Diese Auseinandersetzung um eine Definition war die Konsequenz unterschiedlicher Forschungsansätze und

-paradigmen (bspw. retrospektiv qualitativ vs. Hypothesen testend quantitativ), was sich insbesondere in der Diskussion um die sog. Gendersymmetrie bei häuslicher Gewalt zeigte (Straus 1999; Johnson 2000; Johnson/Ferraro 2000; Kimmel 2002; Johnson 2005).

Für das vorliegende Buch konzentrieren wir uns auf den Begriff von interpersoneller Gewalt, wie er von der WHO in ihrem World Report definiert wurde (WHO 2002). Ihre Definition greift die soziologischen wie feministischen Gewaltkonzepte auf, spiegelt den seit den 1970er Jahren geführten Diskurs wider und bildet den allgemeinen Bezugsrahmen für Gesundheitswissenschaft sowie -praxis im Kontext interpersoneller Gewalt. Von der allgemeinen interpersonellen Gewalt wird die Intime Partnergewalt abgegrenzt und als geschlechtsspezifische Gewalt konkretisiert. Die von der WHO vorgeschlagene Typologie (s. Abbildung 1) trägt zur Verortung der jeweiligen interpersonellen Gewaltform bei.

Für eine (internationale) wissenschaftliche Beschäftigung mit interpersoneller Gewalt aus der Perspektive von Public Health erscheint der gemeinsame Bezug auf diese Definition naheliegend und adäquat, denn die weltweit anerkannte und agierende WHO bietet einen global anerkannten Referenzrahmen für verschiedene Gesundheitsprobleme.

Die Gewaltdefinition der Weltgesundheitsorganisation

Jeder Versuch Gewalt zu definieren, steht vor dem Dilemma etwas zu vereinheitlichen, dass stark von den gesellschaftlichen Normen und Konventionen sowie dem individuellen Erleben in einem spezifischen historischen Kontext bestimmt ist. So steht auch die WHO in Hinblick auf die Definition von Gewalt, die die gesamte Bandbreite interpersoneller Gewalt weltweit in den Blick nimmt, vor der Herausforderung eine einheitliche Definition von Gewalt für deren Erforschung und für die Vergleichbarkeit der Daten vorzuschlagen und gleichzeitig dem individuellen Empfinden und Leiden der Opfer gerecht zu werden. Ein zu enger Begriff wird kaum den unterschiedlichen Facetten von Gewalt gerecht werden; ein zu weiter Begriff schafft hohe Betroffenenraten und relativiert so letztlich das Leiden der Betroffenen. Public Health ist vor die Aufgabe gestellt, „Gewalt so zu definieren, dass der Begriff die gesamte Bandbreite der Täterhandlungen und die subjektive Erfahrung der Opfer einschließt, ohne damit so verwässert zu werden, dass er seinen Sinn verliert, oder auch so weit gefasst zu werden, dass er die Wechselfälle des täglichen Lebens als krankhaft einstuft.“ (WHO 2003, S. 5 f.) Die Notwendigkeit eines weitreichenden und globalen definitorischen Konsenses wird im Hinblick auf die Vergleichbarkeit und Belastbarkeit der Daten von der WHO betont (ebd.).

Dieses komplexe Definitionsvorhaben wird bei der rückblickenden Betrachtung der Entwicklung und Etablierung der Forschung zu Gewalt – insbesondere

zu Intimate Partner Violence – deutlich. In den heterogenen Definitionen und der anschließenden Operationalisierung, im Design und in den Instrumenten der Forschungsprojekte materialisierten sich die unterschiedlichen Auffassungen von Gewalt (Hegarty/Roberts 1998; Saltzman et al. 2000; Myhill 2017; Walby/Towers 2017; Walby et al. 2017). Die Heterogenität des Verständnisses zeigt sich auch in der unterschiedlichen Definition von Gewalt in bestimmten Kontexten oder bei bestimmten Betroffenengruppen. Als Missbrauch oder Misshandlung (*abuse*) wurde z. B. lange sexuelle und körperliche Gewalt gegen Kinder (*child abuse and neglect*) oder Gewalt gegen Ältere (*elder abuse*) bezeichnet. Unter diesen Begrifflichkeiten werden gewaltförmige Handlungen gefasst, die gegen anerkannte Regeln oder gesellschaftlich-rechtliche Normen verstoßen und im allgemeinen auf dem Missbrauch von Macht und Einfluss in einem spezifischen ungleichen Abhängigkeitsverhältnis beruhen. Mittlerweile wird statt von Missbrauch auch hier bspw. von Gewalt gegen Kindern gesprochen (Turhan 2021).

Im Fehlen einer klaren Definition sieht die WHO in ihrem Weltbericht die Ursache dafür, dass Gewalt lange nicht als eine Public-Health-Aufgabe gesehen wurde. Die hohe Variabilität von Moralcodizes weltweit sowie der kulturelle Einfluss auf die Auffassung von akzeptiertem aggressiven bzw. gewalttätigen Verhalten erschwerte die globale Bekämpfung von (interpersoneller) Gewalt (WHO 2002).

In ihrem World Report definiert die WHO Gewalt letztlich umfassend und weitgefasst als „The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.“ (WHO 2002, S. 5).⁵

Gewalttypologie und Gewaltformen der WHO

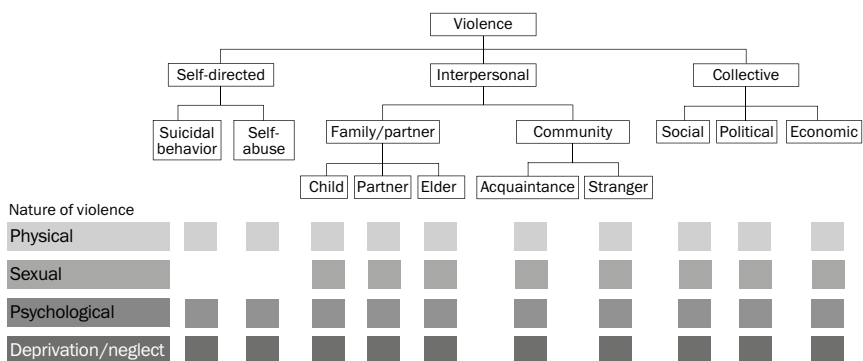
In ihren weiteren Ausführungen kategorisiert die WHO Gewalthandlungen je nach Form sowie Opfergruppen zunächst in drei verschiedene Gewalttypen (WHO 2002, S. 5):

5 Bezogen auf Gewalt gegen Frauen bzw. häusliche Gewalt lautet die Definition der sog. Istanbul Konvention nach Artikel 3: „alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben“ Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht und ähnelt damit der WHO-Definition.

1. der gegen sich selbst gerichtete Gewalttypus (suizidales/selbstverletzendes Verhalten),
2. der interpersonale Gewalttypus (gegen Familienmitglieder wie Kinder, Partner, Ältere oder in der Gemeinde gegen Bekannte, Fremde u. a.) sowie
3. der kollektive, strukturelle Gewalttypus mit den drei Dimensionen soziale, politische und ökonomische Gewalt

Diese verschiedenen Typen können sich als physische, sexuelle und psychologische Gewalt oder Entzug bzw. Vernachlässigung manifestieren (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Gewalttypologie (Violence and Health Report, WHO 2002, S. 7)



Auch wenn in dieser schematischen Darstellung (Abb. 1) die einzelnen Gewalttypen („gegen sich selbst gerichtete“, „interpersonelle“ oder „kollektive“ Gewalt) grafisch nebeneinander angeordnet sind, so ist empirisch ihr Ineinandergreifen und -wirken belegt. Gleichmaßen ist auch eine hohe Überschneidung der Gewaltformen in den einzelnen Typen zu finden.

Strukturelle Gewalt oder Gewaltverhältnisse in einer Gesellschaft sind häufig die Basis von interpersoneller Gewalt wie bspw. von Gewalt gegen Frauen. Selbstverletzendes Verhalten oder Suizid ist als Folge von interpersoneller Gewalt nachgewiesen. Forschung zu Gewalt – insbesondere zu den Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten – muss folglich immer die gesellschaftlichen und auch individuellen Kontextbedingungen berücksichtigen, wie es die WHO nach dem sozialökologischen Modell von Bronfenbrenner (s. u. „Der Sozialökologische Rahmen des Public Health Ansatzes von Gewalt“) vorschlägt (Bronfenbrenner 1981; VPA 2021).

Die drei entscheidenden Merkmale der WHO-Definition sind folglich

- Intention,
- Anwendung oder Androhung von physischer Gewalt oder Macht sowie
- potentieller Schaden.

Die Definition grenzt sich gegen unbeabsichtigte Verletzungen ab, reduziert sich in ihrem Verständnis aber nicht nur auf tatsächlich durchgeführte Handlungen, sondern bezieht explizit die Androhung von Gewalt oder Einschüchterung mit ein und bettet Gewalt in bestehende Machtverhältnisse. Mit der Ausnutzung von Macht sind sowohl offensichtliche Gewalthandlungen als auch Unterlassungsakte gemeint, sodass Vernachlässigung und alle Formen von physischer, sexueller oder psychologischer Misshandlung in die Definition eingeschlossen sind. Insbesondere bei Intimer Partnergewalt oder Gewalt in der Partnerschaft wurden mittlerweile auch andere Handlungsformen – wie ökonomische und soziale Gewalt – international als Gewaltformen anerkannt, wie bspw. in dem „Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“, der sog. *Istanbul Konvention* des Europarates zu finden ist (Europarat 2011).

Risikokonstellationen

Gewalt kann grundsätzlich jeder Person widerfahren und dennoch gibt es Bevölkerungsgruppen, die ein höheres Risiko haben als andere, dass ihnen Gewalt widerfährt. Dieses höhere Risiko ergibt sich nicht aus einem anderen Verhalten, sondern aus der sozial ungleichen Verteilung von Verletzungsoffenheit (Dackweiler/Schäfer 2002) und Verletzungsmächtigkeit (Popitz 1986), also aus Machtverhältnissen. Diese in der soziologischen Gewaltforschung entwickelten Begriffe beschreiben die Machtverhältnisse, in die Gewalt eingelagert ist. Verletzungsmächtigkeit bedeutet, dass bestimmte Personen in einer besseren gesellschaftlichen Position für Gewaltausübung stehen, während Personen mit einer Verletzungsoffenheit in einer schlechteren gesellschaftlichen Position und deshalb besonders gefährdet, d. h. vulnerabel für Gewaltwiderfahrnisse sind. Abhängigkeitsverhältnisse und strukturelle Ungleichheit sind häufig die Ursachen von Verletzungsoffenheit. Interpersonelle Gewalt ist überall da wahrscheinlicher, wo Abhängigkeit besteht, Macht hergestellt oder gefestigt werden soll. Das erhöhte Risiko Gewalt zu erfahren, kann in diesem Sinn auch tradiert werden oder sich lebensgeschichtlich verstärken. Gewalt ist damit auch weniger ein einzelnes Ereignis als eine generalisierte Bedrohung; sie ist nicht allein auf einzelne Handlungen reduziert. Folglich sollte Gewalt auch immer in ihrem gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden.

Folgen von interpersoneller Gewalt

Mit dem in der Definition benannten potentiellen Schaden wird eine große Bandbreite an sichtbaren – wie Hämatome – und weniger sichtbaren Folgen – wie

psychologisches Leid, Deprivation oder Fehlentwicklungen – umfasst. Eingang haben hier die aufschlussreichen Forschungsergebnisse gefunden, die die vielfältigen kurz- oder langfristigen Auswirkungen von Gewalt jenseits der offensichtlichen Folgen wie Verletzungen oder Tod beschrieben haben. Gewalt kann zu gravierenden Belastungen für die Betroffenen, ihre Familien oder Communities und das Gesundheitssystem weltweit führen. Sie kann transgenerational übertragen werden und das Leben der nachfolgenden Generation weiter beeinträchtigen.

Mit dieser Definition, die auf den drei wesentlichen Merkmalen 1) Intentionalität, 2) angedroht oder ausgeführte Handlungen und 3) (möglichem) Schaden beruht, hat die WHO eine brauchbare Grundlage für die Erforschung von Gewalt geschaffen.

Operationalisierung von interpersoneller Gewalt

Das *US-amerikanische Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) legte bereits früh eine Empfehlung zur einheitlichen Definition und den entsprechenden Datenmodulen zur Operationalisierung von Gewalt in Studien vor (Saltzman et al. 2002), um eine entsprechende Hilfestellung für Forschungsprojekte zu interpersoneller Gewalt zu geben. Repräsentative bevölkerungsbasierte Hellfeldstudien der Sozialforschung orientierten sich in der Regel an der Conflict Tactic Scale von Straus (Straus 1979; Straus et al. 1996).

In der wissenschaftlichen Beschäftigung mit interpersoneller Gewalt variieren die Gewaltausübenden und die Leidtragenden sowie die Handlungen, die als Gewalt verstanden oder definiert werden je nach Gewalttypus, sodass bei der Beschäftigung mit interpersoneller Gewalt in der Regel jedem Typus eine explizite Beschreibung des Verständnisses (Konzeptspezifikation) vorangestellt wird – so auch in diesem Buch, das sich verschiedenen Formen von Gewalt gegen unterschiedliche Personengruppen widmet.

4 Der Public-Health-Ansatz bei interpersoneller Gewalt

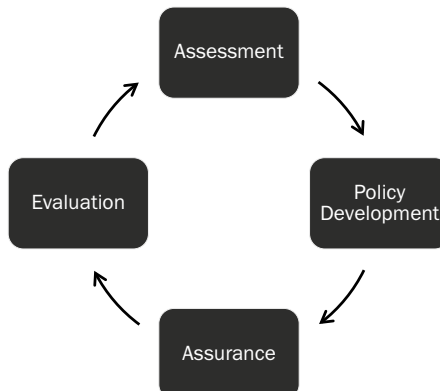
Leitgedanke für die Auseinandersetzung der WHO und anderer Organisationen, die sich mit den gesundheitlichen Problemen im weitesten Sinne befassen, ist in der Regel der sogenannte Public-Health-Ansatz⁶ mit einer spezifischen Perspektive und einem bestimmten Herangehen (Saltzman et al. 2000).

6 Ähnliche Modelle sind in anderen Disziplinen zu finden wie bspw. der sog. „Plan-Do-Check-Act-Zyklus“ (vgl. Deming 1982; Shewhart 1986).

Public Health als anwendungsorientierte Wissenschaft verfolgt stets eine Strategie der aktiven Beeinflussung hin zur Verminderung oder Vermeidung des Gesundheitsproblems. Statt also Gewalt zu akzeptieren oder nur auf sie zu reagieren, vertritt Public Health die Überzeugung, dass Gewalthandlungen und ihre Auswirkungen verhindert werden können. Das ist der Leitgedanke dieser interdisziplinären, handlungsorientierten Wissenschaft. Im Umkehrschluss gilt ein Gesundheitsproblem nicht als Public Health relevant, wenn keine Strategien oder Lösungsansätze zur Prävention und Intervention vorhanden sind. Die Entwicklung von Maßnahmen zur Eindämmung des jeweiligen Gesundheitsproblems folgt hierbei dem sog. *Public Health Action Cycle* (PHAC), der für Gewalt insgesamt aus den folgenden vier Phasen besteht:

- 1) *Assessment*, d. h. Bereitstellung von möglichst umfassendem Basiswissen über alle Geweltaspekte durch systematische Datenerfassung über Ausmaß (Prävalenzen), Bereiche, Charakteristika und Auswirkungen von Gewalt auf den lokalen, nationalen und internationalen Ebenen sowie Erforschung der Ursachen und Einflussfaktoren von Gewalt, der Faktoren, die das Gewaltrisiko erhöhen oder mindern, sowie der Faktoren, die durch Interventionen verändert werden können.
- 2) *Policy Development* meint die *Exploration* von Maßnahmen zur Gewaltprävention durch die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Interventionen, die auf dem zuvor ermittelten Kontextwissen basieren.
- 3) *Implementierung* von erfolgversprechenden Interventionen in unterschiedlichen Settings.
- 4) Der Implementation sollte die *Evaluation der Interventionseffekte* auf die zuvor identifizierten Risikofaktoren oder das Gesundheitsproblem allgemein folgen sowie die Kosteneffektivität der Interventionsmaßnahmen evaluiert werden (vgl. WHO 2002, S. 4).

Abbildung. 2: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock/Hartung 2015)



Die Erforschung interpersoneller Gewalt folgt i. d. R. dem PHAC mit seinen vier Schritten:

- 1) die Ermittlung von Häufigkeiten einzelner Gewalthandlungen (Prävalenz) sowie der Einflussfaktoren gemäß dem sozialökologischen Modell (Risiken wie Ressourcen) (Heise 2011), gefolgt von den kurz- und langfristigen gesundheitlichen und sozioökonomischen Folgen sowie Auswirkungen auf die Lebensentwürfe der Betroffenen und ihrer Kinder sowie ihren Bewältigungsstrategien (Problembestimmung),
- 2) darauf aufbauend werden Maßnahmen zur Intervention und Prävention entwickelt,
- 3) anschließend werden diese Maßnahmen in die Praxis umgesetzt und
- 4) nach der Implementation im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bewertet.

Damit liegt die Grundlage für die Analyse des Bedarfs von Interventionen, für Entscheidungen über die Entwicklung von Interventionsstrategien sowie für deren Evaluation, also für eine der Public-Health-Logik folgende Praxis vor.

Im Public-Health-Kontext braucht es sowohl für die Abschätzung des Ausmaßes und der Schwere des jeweiligen Gewalttypus – zwei der vier Kriterien für die Einordnung von interpersoneller Gewalt als Public-Health-Problem – als auch den ersten beiden PHAC-Phasen eine (verbindliche) Definition der zu erfassenden interpersonellen Gewalt.

Im Unterschied zu anderen Disziplinen und Forschungsparadigmen fokussiert die gesundheitswissenschaftliche Perspektive zum einen auf Bevölkerungsgruppen und nicht auf einzelne Individuen sowie zum anderen auf die Prävention von interpersoneller Gewalt und bündelt hierfür Theorien und Konzepte sowie Forschungsergebnisse aus anderen Disziplinen wie der Soziologie, Psychologie, Epidemiologie, o. ä.

5 Der Sozialökologische Rahmen des Public Health Ansatzes von Gewalt

Die WHO orientiert sich bei der Identifizierung von Risikofaktoren als auch der Entwicklung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen an dem sozialökologischen Modell von Uri Bronfenbrenner (1981). Dieser theoretische Bezugsrahmen basiert auf der Erkenntnis, dass es nicht den einen Hauptrisikofaktor als Ursache für interpersonellen Gewalt gibt, stattdessen wird von einer Interaktion verschiedenster Faktoren auf vier verschiedenen Ebenen ausgegangen: der individuellen Ebene, der Beziehungsebene oder Ebene des sozialen Umfelds, der Ebene der Gemeinde/Community und der Ebene der Gesellschaft.

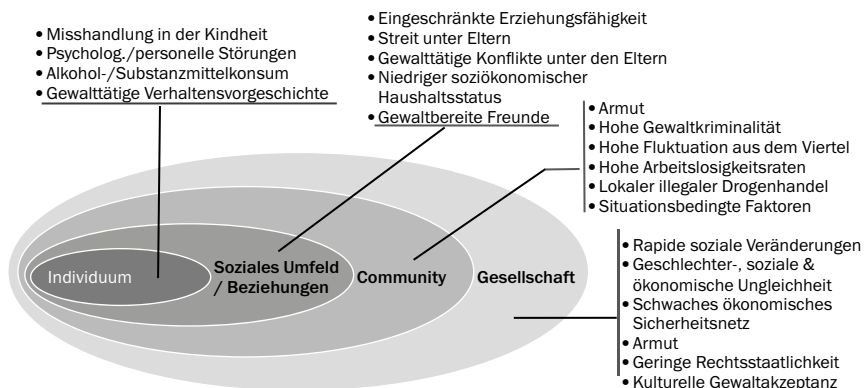
Folgende Risikofaktoren können auf den einzelnen Ebenen einen Einfluss haben und interpersonelle Gewalt begünstigen (s. Abb. 3) (vgl. VPA 2021):

1. *Individuelle Ebene*: Eine persönliche Geschichte eigener Gewaltbetroffenheit in der Kindheit, das Vorliegen einer psychologischen oder Persönlichkeitsstörung, Alkohol- und/oder Substanzmittelmissbrauch sowie eigenes gewalttätiges Verhalten in der Vergangenheit
2. *Persönliche Beziehungsebene / soziales Umfeld* (Familie, Freunde, Intimpartner*innen, Bezugsgruppe): Eine eingeschränkte Erziehungsfähigkeit der Eltern bspw. durch Gewalt innerhalb der Beziehung der Eltern, ein niedriger sozioökonomischer Haushaltsstatus, der ggf. einhergeht mit beengten und konfliktträchtigen Wohnverhältnissen, aggressive und gewalttätige Freunde.
3. *Ebene der Community oder Gemeinde*: eine Nachbarschaft, die von Armut, hohen Arbeitslosigkeitsraten und/oder einer hohen Gewaltkriminalität geprägt ist und u. U. zu einer hohen Fluktuation aus dem Quartier führt, ein lokaler Drogenhandel oder andere situationsbedingte Faktoren.
4. *Gesellschaftliche Ebene*: rapide soziale Veränderungen und Transformationen, hohe soziale und ökonomische Ungleichheit – auch und vor allem unter den Geschlechtern –, ein schwaches ökonomisches Sicherheitsnetz, Armut, geringe Rechtsstaatlichkeit und eine Kultur der Gewaltakzeptanz.

Die hier beschriebenen Faktoren müssen ergänzt werden um den Aspekt der strukturellen Abhängigkeit, sei es aufgrund von Behinderungen/Funktionseinschränkungen, institutioneller Unterbringung, aufenthaltsrechtlicher Fragen oder ähnlicher Faktoren, die i. d. R. zu einer besonderen Vulnerabilität führen.

Abbildung 3: Das ökologische Modell mit Risikofaktoren auf den 4 Ebenen nach der Violence Prevention Alliance (VPA 2021)

Risikofaktoren nach dem sozialökologischen Modell



Der Einfluss der einzelnen Faktoren der vier Ebenen sowie ihre Interaktionen auf Gewalt werden von der WHO als gleichwertig angesehen. Eine Orientierung an diesem Ebenen-Modell ist für die Identifikation und Gruppierung von Interventionsstrategien hilfreich und wird von der WHO und VPA empfohlen. Zur Ursachenforschung und Bekämpfung von interpersoneller Gewalt bietet es sich an, die verschiedenen Ebenen im Blick zu haben und nicht nur die individuelle oder Beziehungsebene anzusprechen, sondern auch die gesellschaftlichen Faktoren zu berücksichtigen.

Interpersonelle Gewalt und insbesondere Partnergewalt sind komplexe Gewaltphänomene. Wenn wir diese Phänomene verstehen wollen, um effektive Interventionen und Präventionen zu planen, reicht es nicht, nur auf Gewalthandlungen zu schauen, sondern die Gewaltverhältnisse müssen genauer in den Blick genommen werden. Eine Public-Health-Perspektive auf interpersonelle Gewalt muss zwangsläufig die gesellschaftlichen Strukturen berücksichtigen, die Macht über andere überhaupt erst ermöglichen.

Im Beschreiben von erlebter interpersoneller Gewalt ergeben sich laut Kavemann (2020, S. 1) Unterschiede aus:

- „der Dauer des Gewaltverhältnisses,
- der Art und Häufigkeit der Gewalthandlungen,
- der Intensität und Gefährlichkeit der Gewalthandlungen,
- der Beziehungskonstellation zwischen Betroffenen und Täter*innen,
- der gesundheitlichen und sozialen Folgen der Gewalt.
- den Rahmen- oder Kontextbedingungen.“

Bei häuslicher Gewalt finden wir meist nicht nur eine Gewaltform, sondern ein ineinander verwobenes Misshandlungsgeschehen aus verschiedenen Gewaltformen, das bspw. in seinem Ineingreifen im „Rad der Gewalt“ beschrieben ist (Hellbernd et al. 2004, S. 24). Grundsätzlich ist zu konstatieren,

„dass jede körperliche Gewalt psychische Auswirkungen hat, jede psychische und soziale Gewalt zu körperlichen Beschwerden führen kann und jede sexuelle Gewalt sowohl eine körperliche als auch eine psychische Seite hat. Trotzdem ist es sinnvoll, Formen der Gewalt zu unterscheiden und bestimmte Handlungen als Gewalt zu benennen.“ (Kavemann 2020, S. 1)

Neuere Ansätze in der Prävention von interpersoneller Gewalt und insbesondere Gewalt gegen Frauen setzen auf den sog. Lebenslaufansatz (*life course framework*). Dabei werden die vielfältigen gewaltverursachenden Faktoren auf den verschiedenen Ebenen gemäß des sozialökologischen Modells gesehen und gleichzeitig der Lebenslauf analysiert, um Risikofaktoren und mögliche Präventions- und Interventionszeitpunkte zu identifizieren. Empirisch belegt ist, dass

Gewalt in der Kindheit und Jugend einer der Hauptrisikofaktoren für Gewalt im Erwachsenenalter entweder als Täter oder als Opfer ist. Die Mechanismen dieses intergenerationalen Gewaltzyklus gilt es zu verstehen, um in der Prävention erfolgreich zu sein und den Gewaltzyklus zu durchbrechen, so die *Blue Shield Foundation* (2019). In ihrem Bericht zu den Ergebnissen einer umfassenden Literaturanalyse kommt die Foundation für die USA zu dem Schluss, dass es Risikofaktoren auf drei verschiedenen Ebenen gibt: situationsbedingte Faktoren, die unmittelbar oder in unmittelbarer Zukunft zu Gewalt führen können, Faktoren des Lebenslaufs oder der Identitätsentwicklung, die zur intergenerationalen Übertragung initiieren können sowie strukturelle oder kulturelle Faktoren, die den gesellschaftlichen Rahmen bilden. Erfolgreiche Prävention muss der Foundation zu Folge frühzeitig ansetzen und umfassend sein. Um die Intergenerationalität zu unterbrechen, braucht es Interventionen, die sich an zwei Generationen wenden, d. h. neben den Eltern sollten Kinder mit einbezogen werden.

Für eine erfolgreiche Gewaltprävention ist nach Auffassung der WHO eine multisektorale Zusammenarbeit verschiedener Akteure in Gang zu setzen. Hierfür hat die *Global Partnership to End Violence Against Children* (End Violence) gemeinsam mit der VPA das *INSPIRE*-Tool entwickelt, das sieben Strategien zur Beendigung von Gewalt gegen Kinder beschreibt (WHO 2016)⁷. Diese Strategien können auch auf andere Gewaltformen adaptiert werden (End Violence/ VPA o.J.).

6 Barrieren und Perspektiven in der Einordnung von Gewalt als Public-Health-Thema

Obwohl Gewalt also seit langem sowohl seitens der WHO als auch anderen Organisationen als bedeutendes Public-Health-Problem eingeschätzt wird, gibt es hierfür vor allem in Deutschland kaum eine weitreichende Akzeptanz im (öffentlichen) Gesundheitsbereich. Nur vereinzelte Initiativen haben sich dem Thema angenommen, wie bspw. *S. I. G. N. A. L.* oder *Gesine-Net*, und versuchen den Gesundheitsbereich für das Problem zu sensibilisieren. Folgende Gründe können hierfür angenommen werden:

- die beständige Verortung in den privaten und damit tabuisierten Bereich,
- die hauptsächliche Zuordnung in den Aufgabenbereich der Strafverfolgung und Justiz sowie
- die nicht einfache Integration von Gewalt in das allgemeine Public-Health-Klassifikationsschema, das sich traditionell auf übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten bezieht.

7 <https://inspire-strategies.org/inspire-seven-strategies-ending-violence-against-children>

Historisch gesehen, beschäftigt sich Public Health bislang erfolgreich mit verschiedenen Handlungsschwerpunkten, wie anfänglich mit der Kontrolle und Ausrottung von Infektionsepidemien, später mit der Verlängerung der Lebenserwartung chronisch Erkrankter durch Prävention und letztlich mit der Verbesserung der Lebensqualität. In den vergangenen Jahren hat sich Public Health auch anderen dringenden gesellschaftlichen Probleme wie Adipositas, Substanzmittelkonsum, Depression, Phobien oder sozialer Ungleichheit, die einen wesentlichen Effekt auf die Gesundheit und die Lebenserfahrungen von Bevölkerungsgruppen haben können, angenommen (vgl. Williams/Donnelly 2014). Bislang unzureichend wurde jedoch die Rolle von Public Health bei der Bekämpfung von Gewalt betrachtet und anerkannt.

Seit einigen Jahren wird wegen der zögerlichen Verantwortungsübernahme von Public Health für Gewalt als einem gravierenden Risikofaktor für die Gesundheit etlicher Bevölkerungsgruppen argumentiert und gefordert, Gewalt als Krankheit zu behandeln. Diese Position wird seit 2013 von einigen US-amerikanischen Public-Health-Wissenschaftler*innen vertreten und argumentativ begründet (Slutkin 2013; Williams/Donnelly 2014; Slutkin/Ransford/Zvetina 2018; Slutkin/Ransford 2020). Die Befürworter*innen der Krankheitsperspektive betonen zum Einen die epidemischen Merkmale von Gewalt und zum Anderen die Passfähigkeit der drei Hauptcharakteristika von übertragbaren Krankheiten auf das Phänomen: 1) *Clustering*, 2) *Ausbreitung* und 3) *Übertragung* (Williams/Donnelly 2014). Sie erläutern, dass eine räumliche Häufung (1) für verschiedene Gewalttypen zu finden ist bspw. in spezifischen Stadtteilen oder Sozialräumen. Von dort kann sich Gewalt wie eine Krankheit ausbreiten (2). Eine Übertragung (3) findet durch soziales Lernen oder frühere Gewalterfahrung in der Kindheit statt, denn für Gewalt im Erwachsenenalter ist Gewalt in der Familie der größte Prädiktor. In diesem Sinne argumentiert McDavid: „while it [violence] is certainly non-communicable in the context of medicine and public health, the concepts of social contagion and the well-established intergenerational transfer of effects of trauma raises questions as to whether or not it is noncommunicable“ (McDavid/Cowell/McDonald 2011, S. 478). Hier wird von „sozialer Ansteckung“ gesprochen, gemeint ist damit, dass gesellschaftliche Überzeugungen und Normen zu einer Etablierung und Normalisierung von Gewalt als Handlungsoption beiträgt.

Gleich einer ansteckenden Krankheit bedeutet Gewalt nicht, dass sie alle zwangsläufig treffen muss, denn Gewalt ist weder ein besiegeltes Schicksal noch führt Gewalt zwangsläufig zu weiterer Gewalt. Vergleichbar mit anderen Infektionen, bei denen nicht alle Infizierten andere anstecken, werden auch nicht alle, die von Gewalt betroffen sind, selbst gewalttätig. Die Krankheitsperspektive auf Gewalt entlässt die handelnden Gewalttätigen nicht aus ihrer Verantwortung. Gewalt erfordert eine aktive Rolle und Entscheidung eines Individuums für die Gewalthandlung, d. h. zur Täterschaft⁸.

8 Eine Verantwortungsübernahme seitens der betroffenen Opfer ist hier nicht gemeint.

Eine derartige Betrachtung von Gewalt als Krankheit beeinflusst das Verständnis des Phänomens und des Charakters von Gewalt und somit auch die Entwicklung und Implementierung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen wesentlich. So könnte mit einem derartigen Krankheitsverständnis verstärkt Bewegung in die Bekämpfung von Gewalt kommen, die sich die Potentiale des Gesundheitsversorgungsbereichs zu Nutze macht.

7 Public-Health-Ansatz zur Bekämpfung von interpersoneller Gewalt

Unabhängig davon, ob Gewalt als ansteckende Krankheit eingeordnet wird oder nicht, stellt sich die Frage, wie Gewalt aus einer handlungsorientierten Public-Health-Perspektive betrachtet werden kann. Unbestreitbar verursacht Gewalt direkte sowie indirekte Gesundheitsbeeinträchtigungen und kann verhindert werden. Wobei es derzeit noch weitestgehend an überzeugenden Belegen für die Effektivität von Präventionsangeboten fehlt, was zu dem üblichen Fehlschluss führt: Der Mangel an Evidenz wird gleichgesetzt mit Mangel an Effektivität. Allerdings liegt hier die Ursache im Mangel an Evaluationsstudien für diese sehr komplexen, langfristigen Interventionen. Gegenwärtig baut die WHO mit *Violence Info* eine globale Online-Plattform⁹ zu Kindesmisshandlung, Jugendgewalt, Partnergewalt, Gewalt gegen Ältere und sexueller Gewalt auf, die sich derzeit aus mehr als 8.000 wissenschaftlichen Studien speist und Daten zu Prävalenz, Konsequenzen, Risikofaktoren und Effektivität von Prävention und Lösungsstrategien bereitstellt. Diese Wissensplattform will direkt zur Prävention beitragen. Kürzlich legten O’Doherty et al. ein systematisches Review vor, dass die Wirksamkeit einer psychosozialen Intervention für Betroffene von sexueller Gewalt im Erwachsenenalter zeigt, d. h. bei den Interventionsgruppen war im Vergleich zu den Kontrollen ohne Intervention ein starker Rückgang von PTBS- und depressiven Symptomen nach der Behandlung zu erkennen (O’Doherty et al. 2023).

In den Gesundheitswissenschaften werden Präventionsmaßnahmen nach verschiedenen Kriterien differenziert – so auch die Prävention von interpersoneller Gewalt.

Gewaltprävention

Analog zu anderen Krankheitsphänomenen lässt sich die Prävention von Gewalt nach Caplan (1964) je nach Zeitpunkt oder Krankheitsentwicklung in drei verschiedene Ebenen definieren:

9 <https://apps.who.int/violence-info/>

I Gewalt gegen Kinder

Sexualisierte Gewalt an Mädchen

Kerstin Kremer

Dieser Artikel bestimmt zunächst, was sexualisierte Gewalt ist, und möchte mit der Benennung des Ausmaßes zum Problembewusstsein beitragen. Das Wissen um Risikofaktoren und Ursachen von sexualisierter Gewalt tragen dazu bei, wichtige Schlüsse für die Präventionsarbeit zu ziehen.

Sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen lässt sich in einigen Bereichen nicht ausschließlich geschlechtsspezifisch betrachten. Aus diesem Grund werden in diesem Artikel Aussagen getroffen, die auch auf sexualisierte Gewalt an Jungen zutreffen können. Bei Aspekten, die für beide Geschlechter gelten, wird von „Kindern und Jugendlichen“ gesprochen. Bei der Verwendung des Begriffs „Mädchen“, sind ausschließlich Kinder und Jugendliche des weiblichen Geschlechts gemeint. Insbesondere im Bereich der Risiko- und der Ursachenbenennung ist ein geschlechtsspezifischer Blick notwendig.

Sexualisierte Gewalt umfasst viele Facetten. Dieser Artikel beschränkt sich auf sexualisierte Gewalt an Mädchen durch erwachsene Täter¹.

1 Begriffsbestimmung

Sexueller Missbrauch, sexuelle Gewalt oder sexualisierte Gewalt, oft werden diese Begriffe „nebeneinander oder auch synonym verwendet“ (Bange 2017, S. 28). In der Öffentlichkeit oder den Medien wird häufig der Begriff sexueller Missbrauch, der auch im Strafgesetzbuch für strafrechtlich relevante Formen verwendet wird, genutzt. Der Begriff sexuelle Gewalt betont, dass es sich bei den sexuellen Handlungen, die die Betroffenen erlebt haben, um Gewalt handelt, selbst wenn diese nicht mit körperlicher Gewalt vom Täter durchgesetzt wurden. Da der Begriff „sexualisierte Gewalt“ zusätzlich verdeutlicht, dass bei den Taten Sexualität funktionalisiert wird, um Kinder und Jugendliche seelisch und/oder körperlich zu verletzen, wird dieser im folgenden Text verwendet (vgl. Bange 2017, S. 28).

Bis heute existiert keine einheitliche Definition für sexualisierte Gewalt. Dies lässt sich auf die unterschiedlichen handlungsleitenden Prinzipien zurückführen. Während die Justiz die Definition im Strafrecht eher enger fasst, ist das Ziel von

1 Üblicherweise werden alle Geschlechter genannt. Da sexualisierte Gewalt in etwa 75–90 % der Fälle durch Männer und männliche Jugendliche ausgeübt wird, wäre es in diesem Fall nicht angemessen, durchgängig alle Geschlechter zu benennen (vgl. UBSKM o. J., o. S.).

Hilfeeinrichtungen, möglichst allen Kindern und Jugendlichen Unterstützung zu bieten. Bange und Deegener (1996, S. 105) definieren sexualisierte Gewalt als

„[...] jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“

Auch die World Health Organization (1999, S. 15 f.) berücksichtigt in ihrer Definition unterschiedliche Arten sexueller Viktimisierung und verweist ebenso auf die Ausnutzung von Machtungleichheiten und Abhängigkeitsverhältnissen:

„Child sexual abuse is the involvement of a child in sexual activity that he or she does not fully comprehend, is unable to give informed consent to, or for which the child is not developmentally prepared and cannot give a consent, or that violates the laws or social taboos of society. Child sexual abuse is evidenced by this activity between a child and an adult or another child who by age or development is in a relationship of responsibility, trust or power, the activity being intended to gratify or satisfy the needs of the other person.“

Jeder sexuelle Kontakt zwischen einem Kind und einem Erwachsenen ist sexualisierte Gewalt. Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maße abhängig von erwachsenen Personen, weil sie physisch, psychisch, kognitiv und sprachlich unterlegen sind und daher auf die Fürsorge der Erwachsenen angewiesen und ihnen rechtlich unterstellt sind (vgl. Bange/Deegener 1996, S. 97). Die Asymmetrie der Beziehung ermöglicht es Tätern, Übergriffe nicht zwangsläufig mit Gewalt durchsetzen zu müssen, sondern vielmehr subtile Taktiken einsetzen zu können. Aus dieser Perspektive ist das Macht- und Autoritätsgefälle bezeichnend für sexualisierte Gewalt. Physische Gewaltanwendung ist somit kein explizites Definitionskriterium.

Die oben genannten Definitionen beschreiben klar das Ziel der Handlung, die Befriedigung der Bedürfnisse der missbrauchenden Person. Damit sind nicht ausschließlich sexuelle Bedürfnisse gemeint, sondern ebenfalls das Erlangen von Macht und Überlegenheit mit Mitteln der Sexualität. Sexuelle Handlungen werden somit instrumentalisiert, um Macht und Dominanz zu demonstrieren. Sexualisierte Gewalt stellt einen Angriff auf die körperliche und seelische Integrität und Unversehrtheit eines Menschen dar. Sie ist ein Akt der Erniedrigung und Demütigung, die Selbstbestimmung über den eigenen Körper wird von dem Täter missachtet.

Handlungen, die als sexualisierte Gewalt bezeichnet werden, umfassen ein breites Spektrum. Nicht jeder Übergriff ist strafbar, aber jeder Übergriff verletzt

die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Sexualisierte Gewalt kann bei flüchtigen Berührungen, verletzenden Redensarten und Blicken beginnen und geht bis hin zu oralen, analen oder vaginalen Penetrationen (vgl. Enders 2014, S. 29). Es wird zwischen direkten Formen – sogenannte „Hands-on-Taten“ wie beispielsweise das Berühren der Genitalien, Aufforderungen den Erwachsenen sexuell zu stimulieren sowie Penetration – und indirekten Formen – sogenannte „Hands-off-Taten“ wie beispielsweise Voyeurismus, exhibitionistische Handlungen und das Anschauen von pornografischen Material – unterschieden. Diese Differenzierung erscheint nur bedingt hilfreich, wenn hiermit die möglichen Folgen der Gewalthandlung nach ihrer Schwere kategorisiert werden sollen. Die Einteilung in schwerere (Hands-On-) und leichtere (Hands-Off-)Taten ist dem strafrechtlichen Kontext entnommen und wird der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen nicht entsprechen. Für die Verarbeitung sind vielmehr die Rahmenbedingungen, die Vorgeschichte, das Alter des betroffenen Kindes sowie seine Ambivalenz gegenüber der missbrauchenden Person von Bedeutung (vgl. Fegert et al. 2013, S. 29). Einen wichtigen Einfluss haben auch die Reaktionen des engsten Umfelds.

Sexualisierte Gewalt ist nicht nur auf erwachsene Täter beschränkt. Eine besondere Form der sexualisierten Gewalt liegt vor, wenn sie von gleichaltrigen oder älteren Kindern oder Jugendlichen ausgeübt wird.²

2 Ausmaß

Eine Schätzung über die Häufigkeit von sexualisierter Gewalt ist nicht leicht zu treffen. Es ist entscheidend, welche Definition von sexualisierter Gewalt den Studien zugrunde gelegt wurde. Die Polizeiliche Kriminalstatistik gibt ausschließlich die strafrechtlichen Formen von sexualisierter Gewalt wieder. Da nur ein kleiner Teil der Fälle zur Anzeige gebracht wird, kann sie lediglich das sogenannte Hellfeld wiedergeben. Für das Jahr 2022 verzeichnet die PKS:

- 15.520 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch
- 1.583 Fälle von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen und Jugendlichen
- 48.240 Fälle der Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinder- und jugendpornografischer Inhalte (Darstellungen sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche)
(vgl. Bundesministerium des Inneren und für Heimat 2023, S. 16)

2 Dieser Sachverhalt bedarf einer besonderen Betrachtung. Es empfiehlt sich die Veröffentlichung von Ulli Freund und Dagmar Riedel-Breidenstein (2006) „Sexuelle Übergriffe unter Kindern: Handbuch zur Prävention und Intervention“ sowie „Teen Dating Violence“.