

KRATZSCH, W., I. MENRATH und M. STEFFENS:  
Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt  
auf Mütter und ihre Kinder und die Rolle  
der Pädiatrie

**pädiat. prax.** 83, 539–550 (2014/2015)  
Hans Marseille Verlag GmbH München

## Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt auf Mütter und ihre Kinder und die Rolle der Pädiatrie

W. KRATZSCH, I. MENRATH und M. STEFFENS

Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft,  
c/o Sana-Kliniken, Düsseldorf,  
Klinik für Kinder und Jugendmedizin  
des Universitätsklinikums  
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck,  
und Kompetenzzentrum Frauen  
und Gesundheit NRW, Bochum

*Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt –  
Kindesmisshandlung – Kindervernachlässigung –  
sexuelle Gewalt*

### Einleitung

Das Thema Partnerschaftsgewalt spielt bislang in der Pädiatrie eine untergeordnete Rolle und wird in der einschlägigen deutschen pädiatrischen Literatur nur am Rande erwähnt. Hier liegt das Hauptaugenmerk auf den Themen physische, sexuelle und emotionale Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und in den letzten 10 Jahren verstärkt auf dem Thema Frühe Hilfen ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)).

Die American Academy of Pediatrics (AAP) misst demgegenüber dem Thema Partnerschaftsgewalt (»intimate partner violence«) eine wichtige Bedeutung in der Pädiatrie zu: »*The abuse of women is a pediatric issue*« (1).

Für KAVEMANN und KREYSSIG ist die Partnerschaftsgewalt ein ernst zu nehmender Indikator für eine drohende Kindeswohlgefährdung (2).

Der Grund für die hervorgehobene Bedeutung ist, dass Kinder oft nicht nur Augen- bzw. Ohrenzeuge von Partnerschaftsgewalt sind, sondern selbst Opfer von Gewalt werden, je ausgeprägter und anhaltender Gewalt und Konflikte in der Familie vorkommen. Beides kann für die kindliche Entwicklung und Gesundheit gravierende Auswirkungen haben.

Nachfolgend werden Erscheinungsformen von Partnerschaftsgewalt und ihre Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit und die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung des Kindes dargestellt. Danach wird erörtert, welche Rolle der Pädiater in Ambulanz, Klinik und Notfallambulanz in Diagnostik und Behandlung von häuslicher Gewalt übernehmen kann bzw. soll.

### Definition

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird Partnerschaftsgewalt als Gewalt zwischen Erwachsenen definiert, die in en-

gen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder gestanden haben.

Laut WHO (3) kann Partnerschaftsgewalt folgende Gewaltformen beinhalten:

- **Körperliche Gewalt:** schlagen, treten, schütteln, Einsetzen von Gegenständen oder Waffen;
- **psychische Gewalt:** beleidigen, bedrohen, demütigen, vor Dritten herabsetzen;
- **sexualisierte Gewalt:** vergewaltigen, zu sexuellen Handlungen, ungewollten Praktiken zwingen;
- **kontrollierendes Verhalten:** von Freunden isolieren, überwachen, Einschränken des Zugangs zu Geld, zu Erwerbstätigkeit oder zu medizinischer Hilfe.

Abzugrenzen von der Partnerschaftsgewalt ist der Begriff häusliche Gewalt. Dieser in den 1980er-Jahren etablierte Begriff umfasst neben der Partnerschaftsgewalt alle anderen Formen von Gewalt zwischen in einer häuslichen Gemeinschaft zusammenlebenden Personen. Zur besseren Spezifizierung der Begrifflichkeiten wurde international der Begriff Partnerschaftsgewalt (»intimate partner violence«) eingeführt. In den im Folgenden zitierten Studien richtet sich das Hauptaugenmerk auf das Phänomen der Partnerschaftsgewalt mit seiner Auswirkung auf die miterlebenden Kinder.

Die Anwendung von Gewalt ist innerhalb von Partnerschaften weit verbreitet. Meistens sind hierbei Frauen Opfer männlicher Gewalt. Zwar erleben auch Männer Gewalt durch Partnerinnen oder Partner, jedoch liegen hierzu keine validen Daten für Deutschland vor. Laut offiziellen Statistiken – etwa der polizeilichen Kriminalstatistik – wird Partnerschaftsgewalt in schwerer Form in weit überwiegender Zahl von Männern gegenüber Frauen ausgeübt. Daher konzentriert sich dieser Beitrag auf diese Konstellation.

## Epidemiologie der Partnerschaftsgewalt

Für Deutschland liegen bisher nur wenige Untersuchungen zur Epidemiologie von Gewalt in Partnerschaften vor. Die 2004 veröffentlichte Bundesstudie zur »Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland« – im Folgenden kurz Prävalenzstudie genannt – ergab eine insgesamt hohe Gewaltbelastung von Frauen, vor allem in der Partnerschaft (4). Von den über 10000 befragten Frauen gaben 25% an, seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einen Akt körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt durch einen Partner oder Expartner erlebt zu haben; hierbei gaben 64% der Frauen an, körperliche Verletzungen davongetragen zu haben.

Zwei Drittel der gewaltbetroffenen Frauen waren mittelschweren (getreten, geschlagen, mit Gegenständen misshandelt) bis sehr schweren (zusammengeschlagen, gewürgt, verbrüht, mit einer Waffe bedroht bzw. verletzt) Übergriffen durch einen Partner ausgesetzt. Bezogen auf die letzte gewaltbelastete Partnerschaft gaben 30% der Befragten an, zusätzlich (selten auch ausschließlich) sexualisierte Gewalt erlebt zu haben.

Eine Sekundäranalyse der Prävalenzstudie hat gezeigt, dass es in etwa jeder 5. bestehenden Partnerschaft (20%) zu relevanten und folgenschweren Formen von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt gegen Frauen kommt, bei 6% der Partnerschaften treten schwere Formen körperlicher, teils sexueller Gewalt auf. Sehr schwere Formen von Gewalt sind fast nie ein einmaliges Ereignis, ihnen gehen nahezu immer unterschiedliche Formen von Gewalt voraus (5).

Das Ausmaß der Belastung von Frauen durch Partnerschaftsgewalt wurde im März 2014 durch eine Studie der Agentur für Grundrechte der Europäischen Union bestätigt (6). Demnach ist trotz einer zwischenzeitlich etablierten veränderten Rechtspraxis (Stichwort: »*Wer schlägt, muss gehen!*«, »*Gewalt ist nie privat*«) keine Änderung im Ausmaß von Partnerschaftsgewalt eingetreten.

## Gewalt in der Schwangerschaft

Schwangerschaft und Geburt gehören zu den auslösenden Momenten von Partner-

Frauen	Kinder
Ungewollte Schwangerschaften	Frühgeburtlichkeit
Schwangerschaftskomplikationen	Niedriges Geburtsgewicht
Postpartale Depressionen	Entwicklungsstörungen
Schwere körperliche Verletzungen/ dauerhafte körperliche Behinderungen	Internale und externale Verhaltens- auffälligkeiten
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Ängste, Panikattacken, posttraumatische Belastungsstörungen)	Kognitive Störungen
Erhöhtes Risiko für psychosomatische Beschwerden (Schlafstörungen, Magen-Darm-Störungen)	Posttraumatische Belastungsstörungen
Erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf- Erkrankungen	Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen
Gesundheitsgefährdende Bewältigungs- strategien wie Substanzmissbrauch (Alkohol, Nikotin, Medikamente, illegale Drogen), problematisches Essverhalten, Vermeidung von Arztbesuchen	Erhöhte Gefahr, selber Gewalt oder Missbrauch zu erleben
Vermindertes Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeitserwartung	Vor allem für Mädchen ein erhöhtes Risiko, in späteren Beziehungen Gewalt zu erleben
Soziale Isolation	Vor allem für Jungen ein erhöhtes Risiko, in späteren Beziehungen gewalttätig zu sein

**Tab. 1**  
Folgen von Partnerschaftsgewalt  
für Frauen und ihre Kinder

schaftsgewalt. Als Lebensereignis, das mit den ersten Gewalthandlungen des Partners in Zusammenhang steht, wurden genannt:

- Schwangerschaft: 10%;
- Geburt des Kindes: 20%.

Die Gewaltprävalenz während der Schwangerschaft wurde in einer US amerikanischen Studie mit 5,6% für erwünschte

Schwangerschaften angegeben. Für ungeplante Schwangerschaften ergab die Studie eine Gewaltbelastung für 12,6% der Befragten, während 15,3% der Frauen, die ungewollt schwanger wurden, Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft angaben (7). 50–70% der Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft Gewalt erlebten, gaben dies auch für die Zeit der Schwangerschaft an.

In einem Londoner Krankenhaus führten geschulte Hebammen ein Gewaltscreening bei insgesamt 892 schwangeren Patientinnen durch. Es ergab sich eine Gewaltbelastung von 2,5% der Befragten. Die Frauen wurden zweimal während der Schwangerschaft und einmal kurz nach der Geburt befragt. 1,8% gaben während der Erstanamnese, 5,8% in der 34. SSW und 5% 10 Tage post partum an, Gewalt während der Schwangerschaft erlebt zu haben (8).

Gewalt in der Schwangerschaft ist assoziiert mit postpartaler Depression, niedrigem Geburtsgewicht und einer höheren Zahl an Früh- und Fehlgeburten. In der Prävalenzstudie berichtete ein Drittel der gewaltbelasteten Frauen über Komplikationen während der Schwangerschaft oder unter der Geburt.

### **Folgen von Partnerschaftsgewalt für Frauen**

Partnerschaftsgewalt hat vielfältige Folgen für die betroffenen Frauen; in Tab. 1 sind die Folgen zusammenfassend dargestellt. Die gesundheitlichen, sozialen sowie ökonomischen Folgen sind umso schwerwiegender, je länger die Gewalt andauert, je mehr einzelne Gewalthandlungen erlitten und je mehr unterschiedliche Gewaltformen ausgeübt werden. Neben Verletzungen bis hin zu dauerhaften Behinderungen wurde eine höhere Belastung durch Schmerzsyndrome, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Störungen, Depressionen, Ängste, Panikattacken, Schlaf- und Essstörungen, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum sowie posttraumatische Belastungsstörungen umfassend belegt. Die einzelnen Erkrankungen verstärken sich gegebenenfalls wechselseitig. So kann sich ein erhöhter Alkoholkonsum verstärkend auf Schlafstörungen auswirken; beides zusammen kann zu einer Zunahme depressiver Symptome führen.

Die Prävalenzstudie konnte darüber hinaus zeigen, dass auch mittelschwere bis schwere Formen psychischer Gewalt – also fortgesetzte Herabwürdigungen, Beleidigungen, ein hohes Maß an Kontrolle und Eifersucht, Schuldzuschreibungen und die Isolation von anderen sozialen Kontakten – die Gesundheit der Frauen nachhaltig beeinträchtigen. Etwa 17% aller Frauen erleben psychische Gewalt in ihrer aktuellen Partnerschaft. SCHRÖTTLE (5) weist in ihrer vertiefenden Analyse darauf hin, dass psychische Gewalt nicht nur psychische Beschwerden verursacht, sondern auch mit einer höheren Gesundheitsbelastung durch körperliche Beschwerden in Zusammenhang steht.

Neben gesundheitlichen Belastungen erleben gewaltbetroffene Frauen ein hohes Maß an sozialer Isolation, Einschränkungen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, sie entwickeln Scham- und Schuldgefühle oder emotionale Abstumpfung.

### **Folgen von Partnerschaftsgewalt für Kinder**

Die Prävalenzstudie gibt Aufschluss darüber, dass ein kindliches Miterleben von Partnerschaftsgewalt bereits vor der Geburt beginnen kann, da – wie bereits erwähnt – etwa 6% aller Frauen auch während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt körperlicher oder sexualisierter Gewalt durch den Partner ausgesetzt sind. Auch psychische Gewalt während und nach der Schwangerschaft erschwert die unbelastete Entwicklung des Säuglings. Die Arbeitsgruppe um THOMAS ELBERT und AXEL MEYER konnte zeigen, dass eine pränatale mütterliche Stressexposition mit epigenetischen Veränderungen der kindlichen Stressrezeptoren korreliert, die sich auch noch im Erwachsenenalter nachweisen lassen und langfristige Beeinträchtigungen der psychologischen Funktionen zur Folge haben (9).

60% der Frauen, die in der Prävalenzstudie über Gewalt in der letzten Partner-

Ort des Kontaktes	Anlass des Kontaktes	Vorgehen	Ergebnis
<b>Kasuistik 1</b>			
Geburtsklinik: Screening im Rahmen des Präventionsmodells »Zukunft für Kinder in Düsseldorf«	Gewalt zwischen den Partnern wegen Konfliktes zur Namensnennung des Kindes auf der Station, Gewalt auch während der Schwangerschaft	Gewalt setzt sich zu Hause fort, Hausbesuch durch Hebamme, Hinweis auf Frauenberatungsstelle. Mutter findet Schutz in der eigenen Familie bei ihren Eltern	Mutter trennt sich von ihrem Partner. Langfristige Besuchsregelung für Vater und Sohn monatlich
<b>Kasuistik 2</b>			
Notfallambulanz eines Klinikums am Freitagmittag	Mutter wird vom Rettungswagen wegen eines Schädelhirntraumas, das ihr durch Gewalt ihres Partners zugefügt wurde, mit ihren beiden fiebernden Kleinkindern gebracht. Diensthabender Kinderneurologe wird in der Notfallambulanz konsiliarisch hinzugezogen	Aufnahme von Mutter und Kindern in die Kinderneurologische Station der Klinik, konsiliarische Betreuung durch die Chirurgische Abteilung, Kontakt zum Jugendamt, das an einen Verein der Jugendhilfe weitervermittelt	Verein der Jugendhilfe bringt Mutter und ihre beiden Kinder zu Wochenbeginn anonymisiert in Einrichtung der Jugendhilfe unter. Mutter bleibt langfristig vom Partner getrennt

**Tab. 2**  
Kasuistiken

schaft berichteten, lebten zum Tatzeitpunkt mit Kindern in einem Haushalt. Ein Großteil dieser Frauen gab an, dass ihre Kinder den gewalttätigen Übergriff miterlebt haben. Dieses bedeutet für die Kinder: sie hören die Eskalation, sehen, wie ihre Mutter geschlagen oder vergewaltigt wird, werden vom Gewalttäter selbst in die Handlungen miteinbezogen oder versuchen aktiv, die Mutter zu verteidigen. Sie verstecken sich, haben Angst, sind verzweifelt, wütend, hilflos.

Werden Kinder Zeugen, wie sich eine wichtige Bezugsperson, wie z. B. die eigene Mutter, in größter Gefahr befindet, erleben sie diese Bedrohung teils stärker als gegen sich selbst gerichtete Bedrohungen. Kinder, die eine solche Bedrohung

erlebt haben, weisen oftmals einzelne Merkmale einer Belastungsstörung, wie z. B. Flashbacks oder ein erhöhtes Erregungsniveau auf. Bis zu 33% der Kinder erfüllen die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (10). Das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung steigt mit dem Ausmaß der erlebten Gewalt (11).

Eine Metaanalyse von KINDLER (12) hat gezeigt, dass sich das Risiko für klinisch relevante Verhaltensprobleme durch das Erleben häuslicher Gewalt mindestens verdreifacht. Kinder zeigen sowohl internale als auch externale Verhaltensauffälligkeiten (13–16). Bei den internalen Verhaltensauffälligkeiten sind Ängste, sozialer Rückzug und depressive Symptome zu nen-

<p><b>Frauen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu aufgetretene schwere elterliche Konflikte</li> <li>○ Verletzungen, die auf Partnerschaftsgewalt hindeuten (Hämatome, Frakturen etc.)</li> <li>○ Psychische Auffälligkeiten (depressive Symptome, Ängste, posttraumatische Belastungsstörungen)</li> <li>○ Somatische und psychosomatische Erkrankungen unklarer Genese</li> <li>○ Verletzungen der Sorgfaltspflicht gegenüber eigenen Kindern</li> <li>○ Plötzlicher Jobverlust</li> <li>○ Substanzmissbrauch</li> </ul>
<p><b>Kinder</b></p> <p><i>Bis 1 Jahr:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, Schlaf-, Fütter-, Gedeihstörungen</li> </ul> <p><i>1–3 Jahre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, Schlaf-, Fütter-, Gedeihstörungen, Affektlabilität, Hyperaktivität, ängstlich, anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung</li> <li>○ Psychische, somatische und körperliche Symptome unklarer Genese</li> <li>○ Körperliche Anzeichen für Gewalterfahrungen/Kindesmisshandlung (Hämatome, Frakturen etc.)</li> </ul> <p><i>Schulalter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plötzlicher schulischer Leistungsabfall</li> <li>○ Neu aufgetretene Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen</li> <li>○ Substanzmissbrauch</li> <li>○ Delinquenz</li> </ul>

**Tab. 3**

Hinweise für Partnerschaftsgewalt bei Frauen und ihren Kindern

nen. Bezüglich externaler Verhaltensauffälligkeiten finden sich aggressive und dissoziale Verhaltensweisen.

Auch auf der kognitiven Ebene zeigt das Erleben häuslicher Gewalt Auswirkungen auf die Kinder. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem Unterdrückungseffekt. Dies bedeutet, dass die Kinder nicht die kognitiven Leistungen erbringen, die sie aufgrund ihres genetischen Potenzials erreichen könnten (12). Die kognitiven Defizite basieren vermutlich auf Störungen ausführender kognitiver Funktionen und Defizite in der Selbstregulation (17). Auch das Sozialverhalten der Kinder ist häufig beeinträchtigt. Es ergeben sich z. B. Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. Die Kinder verfügen über weniger Fertigkeiten, mit Konflikten angemessen umzugehen als andere Kinder gleichen Alters.

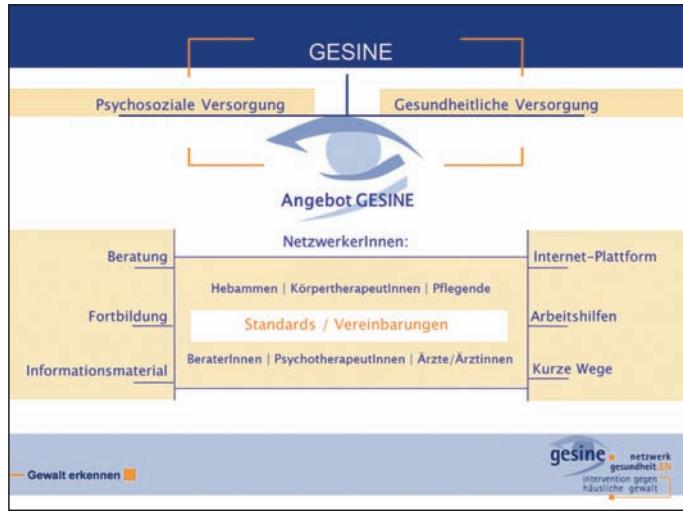
Werden Kinder Zeugen von Partnerschaftsgewalt, erhöht sich für sie die Gefahr, selber Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung in der Familie zu erfahren. In 30–75% von Partnerschaftsgewalt sind auch Kinder direkt von Gewalt oder Missbrauch betroffen (18–20). Auch wenn ältere Kinder versuchen, die Gewalt zu verhindern, steigt ihr Risiko, selber verletzt zu werden (21).

Das Erlebte wirkt sich weit über die Kindheit in das Erwachsenenleben aus. Mädchen, die Zeugen von Partnerschaftsgewalt geworden sind, werden später als Erwachsene etwa doppelt so oft in Beziehungen misshandelt als andere Frauen (4). Auch die Bereitschaft der Kinder, als Erwachsene selber gewalttätig zu werden, ist deutlich erhöht (22–24). Tab. 1 gibt einen Überblick über die genannten Folgen von Partnerschaftsgewalt für die Kinder.

### **Rolle und professionelles Vorgehen des Pädiaters im Umgang mit Gewalt in Familien**

Bislang spielt das Thema Partnerschaftsgewalt in der Pädiatrie im deutschsprachi-

**Abb. 1**  
GESINE-Netzwerk  
Gesundheit



gen Bereich nur eine untergeordnete Rolle. Günstigstenfalls wird Partnerschaftsgewalt der Polizei und/oder der Jugendhilfe gemeldet oder betroffene Mütter wenden sich an Frauenberatungsstellen, um dort erste Hilfe zu bekommen bzw. sie suchen Schutz durch Unterkunft in Frauenhäusern. In zahlreichen Städten existieren runde Tische zum Thema Partnerschaftsgewalt, woran Pädiater in der Regel nicht vertreten sind.

Kinder- und Jugendärzte können jedoch bei der Früherkennung von Partnerschaftsgewalt und der Überleitung in ein interdisziplinäres Netzwerk von Hilfen eine Schlüsselposition übernehmen. Sie sehen Familien von der Geburt der Kinder an zu Vorsorgeuntersuchungen, in Krankheits- und Notfällen sowohl in der Praxis und in der Klinik als auch in der Notfallambulanz.

Damit Kinderärzte ihre bedeutende Rolle bei der Erkennung und Beendigung von Partnerschaftsgewalt einnehmen, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein.

Eine grundlegende Bedingung ist, dass sich Kinderärzte über ihre Verantwortung in Bezug auf Partnerschaftsgewalt bewusst sind. Hierzu muss die Thematik Teil der Ausbildung werden. Bereits im Studium müssen angehende Ärzte mit dem Thema konfrontiert werden. Schon hier muss deutlich werden, dass die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern durch Gewalterfahrungen erheblich gefährdet ist und dass diesem Risikofaktor neben anderen gesundheitlichen Risiken, wie z. B. Übergewicht oder Substanzmissbrauch eine vergleichbare, wenn nicht sogar höhere Bedeutung zuteil kommt.

In der fachärztlichen Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner muss das Thema Partnerschaftsgewalt weiter vertieft werden. Hier kommt den Weiterbildungseinrichtungen große Bedeutung zu. Auch Kurse zur Vorbereitung auf die fachärztliche Prüfung müssen die Thematik in ihr Curriculum mit aufnehmen. Nur wenn sich der Kinder- und Jugendarzt über die Folgen von Partnerschaftsgewalt bewusst ist, wird er in seiner täglichen Arbeit z. B.

auf Anhaltspunkte in der Anamneseerhebung oder aber körperliche Symptome der betroffenen Mütter achten.

Generell ist zu fordern, dass zukünftig die Einschätzung von Risikofaktoren, wie Partnerschaftsgewalt, oder aber auch anderer Belastungsfaktoren, wie psychische Erkrankungen der Eltern oder Substanzmissbrauch, in die Anamneseerhebung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gehört.

Eine weitere Voraussetzung dafür, dass Kinder- und Jugendärzte ihren Teil zur Unterbrechung der Gewaltspirale beitragen, ist, dass sie Fertigkeiten erlernen, dieses sensible Thema anzusprechen. Ein professionelles Ansprechen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen sich dem Arzt anvertrauen und sehr persönliche und schambesetzte Themen äußern. Wichtig ist auch, den betroffenen Frauen das Gefühl zu geben, dass ihnen der Arzt helfen kann. Gleiches gilt für den behandelnden Kinder- und Jugendarzt.

Weiß ein Arzt, an wen er betroffene Familien weiter verweisen kann, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass er sich der Thematik annimmt. Besteht hier ein großes Maß an Unsicherheit, werden Risikofaktoren, wie Partnerschaftsgewalt, bestenfalls notiert, im weiteren Verlauf aber nicht weiter berücksichtigt.

Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist, dass alle kinder- und jugendmedizinischen Einrichtungen in Netzwerke zur Bekämpfung von Partnerschaftsgewalt eingebunden werden. Die Einbindung darf sich nicht nur auf große Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens beziehen, sondern muss auch kinderärztliche Praxen oder kleinere Kliniken mit pädiatrischen Betten einbeziehen.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind viele der genannten Voraussetzungen nicht erfüllt. Dies ist sehr bedauerlich, da Kinder- und Jugendärzte in unterschiedlichen Settings zum Erkennen und Beenden von häusli-

cher Gewalt im Sinne ihrer kleinen Patienten beitragen können:

#### **Geburtsklinik**

(Kasuistik 1 in Tab. 2)

Wie bereits dargestellt, ist die Geburt eines Kindes ein relevantes Risiko für die Auslösung von Partnerschaftsgewalt. Bei den von Kinder- und Jugendärzten durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen von Neugeborenen sollte ausdrücklich auf verschiedene familiäre Risikofaktoren geachtet werden. Nehmen Kinder- und Jugendärzte bei der ersten Vorsorgeuntersuchung bei Müttern psychische oder körperliche Anzeichen wahr, die auf Partnerschaftsgewalt hindeuten, ist dies in einem angemessenen Rahmen anzusprechen; weitere Maßnahmen sind zu veranlassen.

#### **Notfallambulanz**

(Kasuistik 2 in Tab. 2)

Müttern und/oder Kindern, bei denen anlässlich der Vorstellung in einer Notfallambulanz der Verdacht aufkommt, dass es sich um Partnerschaftsgewalt handeln könnte, sollte professionelle Hilfe angeboten werden. Gegebenenfalls ist eine stationäre Aufnahme in Erwägung zu ziehen. Das weitere Vorgehen wird exemplarisch in Kasuistik 2 vorgestellt.

Die stationäre Behandlung von Kindern bietet eine besondere Möglichkeit, Partnerschaftsgewalt zu erkennen und betroffenen Familien zu helfen. Ärztliche Gespräche mit der Mutter, z. B. bei der Aufnahmesituation, können eine der wenigen Augenblicke sein, in denen Mütter nicht unter der Aufsicht ihres gewalttätigen Partners stehen und offen über ihr Erlebtes zu sprechen bereit sind.

Auch wenn in der Aufnahmesituation kein Anhalt für Partnerschaftsgewalt besteht, muss im weiteren Behandlungsverlauf Partnerschaftsgewalt differenzialdiagnostisch immer als mögliche Ursache unter-



schiedlicher somatischer, psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder gesehen werden.

### **Kinderärztliche Praxis**

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in pädiatrischen Praxen ist für die Erkennung von häuslicher Gewalt von großer Bedeutung. Auch hier gilt: Es ist die Pflicht des Kinder- und Jugendarztes, Anzeichen von Partnerschaftsgewalt wahrzunehmen, anzusprechen und notwendige Konsequenzen zu ziehen. Eine vertrauensvolle Beziehung von betroffenen Frauen zum behandelnden Arzt ihrer Kinder kann dazu führen, dass Frauen diese sensible Thematik äußern.

Vor allem sollte der behandelnde Arzt aufmerksam werden, wenn Mütter plötzlich unter unspezifischen Erkrankungen leiden, psychisch auffällig wirken und z. B. nicht mehr wie bisher Fürsorgepflichten gegenüber ihren Kindern wahrnehmen. Auch plötzlich oder schleichend auftretende Veränderungen in der Interaktion zwischen Müttern und ihren Kindern sollten den Kinderarzt aufmerksam werden lassen. In Tab. 3 sind Warnsignale seitens der Mütter und der Kinder für häusliche Gewalt zusammengefasst.

### **Gewaltintervention im Netzwerk Gesundheit – eine Chance für die Pädiatrie**

Kooperation ist in der pädiatrischen Versorgung an der Tagesordnung. Gleichwohl sind kinderärztliche Einrichtungen bisher kaum in regionalen Netzwerken zur Intervention bei Partnerschaftsgewalt vertreten. Hierdurch bleiben Interventionschancen ungenutzt, und Lücken im regionalen Angebot werden nicht identifiziert.

Das GESINE-Netzwerk Gesundheit ([www.gesine-intervention.de](http://www.gesine-intervention.de)) ist ein Beispiel für ein funktionierendes Netzwerk (Abb. 1), in das Kinderärzte mit einbezogen sind. Es unterstützt im Ennepe-Ruhr-Kreis seit

2004 im Gesundheitsbereich Tätige im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und deren Kindern.

Zum Netzwerk gehören neben allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Praxen auch der kinderärztliche und kinderpsychiatrische Bereich, Kliniken, Traumaambulanzen, Psychotherapeuten sowie nicht-ärztliche Fachkräfte, die mit Kindern und deren Eltern in schwierigen Lebenslagen arbeiten. Die pädiatrischen Praxen wurden geschult, eine mögliche Gewaltbelastung (in der Regel der Mütter von kindlichen Patienten) zu erkennen und die Frau daraufhin aktiv anzusprechen. Neben gewaltsensibler Gesprächsführung gehören Informationen zur Gefährdungseinschätzung von Partnerschaftsgewalt, rechtliche Aspekte und wirksame Strategien einer sozialmedizinischen Intervention zur Basisfortbildung.

Ein zentraler Aspekt des traumainformierten Vorgehens des Arztes ist dann die Verweisung der von Gewalt betroffenen Mütter an eine örtliche, hinsichtlich der Unterstützung bei Partnerschaftsgewalt spezialisierten Beratungsstelle – im Ennepe-Ruhr-Kreis ist dies die Frauenberatung. EN. Die Frauenberatung erfüllt im Ennepe-Ruhr-Kreis eine Lotsenfunktion bei Partnerschaftsgewalt. Sie bezieht gegebenenfalls weitere Institutionen ein, um die umfassende Versorgung der jeweiligen gewaltbelasteten Frau und ihrer Kinder zu gewährleisten. Die im Netzwerk aktiven Pädiater erleben sich selbst als entlastet, kindliche Patienten und deren Mütter als besser versorgt.

Das frühzeitige Erkennen einer möglichen Gewaltbelastung durch aktives ärztliches Nachfragen und das traumainformierte weitere Vorgehen sind ein wichtiger Baustein in der Prävention und Intervention bei Gewalt im Ennepe-Ruhr-Kreis.

### **Fazit für die Praxis**

Die besondere Rolle von Kinder- und Jugendärzten in der Aufdeckung und der Be-

endigung von Partnerschaftsgewalt ist deutlich geworden. Hieraus ergeben sich zusammenfassend folgende **Forderungen** für die kinderärztliche Ausbildung und die Arbeit von Kinder- und Jugendärzten mit Familien:

- Die Epidemiologie, die Folgen und die notwendigen Schritte zur Beendigung von Partnerschaftsgewalt müssen Teil der ärztlichen Ausbildung werden. Dies gilt sowohl für das Medizinstudium als auch im Besonderen für die fachärztliche Ausbildung zum Kinder- und Jugendmediziner.
- Partnerschaftsgewalt sollte bei der kinderärztlichen Arbeit mit Familien immer berücksichtigt werden. Hierzu sollte Partnerschaftsgewalt als ein wichtiger psychosozialer Risikofaktor bei jeder Anamneseerhebung bedacht werden.
- Psychische- und körperliche Auffälligkeiten von Müttern sollten immer auch an die Möglichkeit von Partnerschaftsgewalt denken lassen. Bei der Diagnostik unklarer psychischer, somatischer oder psychosomatischer Symptome ist Partnerschaftsgewalt als mögliche Ursache zu bedenken.
- Kinder- und Jugendärzte sollten Fertigkeiten vermittelt bekommen, sensible Themen, wie Partnerschaftsgewalt, anzusprechen.
- Kinder- und Jugendärzte müssen umfassend über die Vorgehensweise bei Partnerschaftsgewalt informiert werden. Kinder- und Jugendärzte müssen wissen, an wen sie sich in welcher Situation wenden können und wann eine akute Gefahr für Frauen und Kinder besteht. Hierzu ist die Einbindung in Netzwerke zur Bekämpfung von Partnerschaftsgewalt unabdinglich.

Weitere Informationen geben folgende Internetseiten:

[www.frauen nrw.de](http://www.frauen nrw.de)  
[www.frauenberatungsstellen-nrw.de](http://www.frauenberatungsstellen-nrw.de)  
[www.frauenberatung-sh.de/kik-gegen-haesusliche-gewalt](http://www.frauenberatung-sh.de/kik-gegen-haesusliche-gewalt)

[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)  
[www.frauenundgesundheit-nrw.de](http://www.frauenundgesundheit-nrw.de)  
[www.gesine-intervention.de](http://www.gesine-intervention.de)  
[www.signal-intervention.de](http://www.signal-intervention.de)  
[www.forum-kinderzukunft.de](http://www.forum-kinderzukunft.de)

## Zusammenfassung

Das Thema »Partnerschaftsgewalt« als eine Form häuslicher Gewalt nimmt bisher in der Pädiatrie in Deutschland eine untergeordnete Rolle ein.

Epidemiologische Untersuchungen in Deutschland und angloamerikanische Studien zeigen, dass Kinder in hohem Maße bereits im Mutterleib und in der frühen Kindheit indirekte und direkte Opfer von Partnerschaftsgewalt, z. B. in Form von Augenzeugen, werden. Nicht selten leiden diese Kinder später unter schwerwiegenden gesundheitlichen, neurobiologischen und psychosozialen Langzeitfolgen. Hinweise auf Partnerschaftsgewalt sind nicht nur an sichtbaren Verletzungen, sondern vor allem an indirekten, versteckten Zeichen bei Müttern und Kindern erkennbar.

Anhand von Praxisbeispielen wird gezeigt, welche zentrale Rolle der Kinder- und Jugendarzt bei der Früherkennung von Partnerschaftsgewalt spielt. Er ist in der Praxis, Notfallambulanz und Klinik regelmäßig mit direkten und indirekten Opfern von Partnerschaftsgewalt konfrontiert. Um seiner Rolle zukünftig stärker gerecht zu werden, sind eine größere Bereitschaft und Sensibilisierung notwendig, sich auf Gespräche mit gewaltbelasteten Familien, vorzugsweise Müttern, einzulassen. Ein Pädiater sollte in der Lage sein, Frühsymptome von Partnerschaftsgewalt zu erkennen, empfindsam anzusprechen und darauf folgend rechtzeitig Hilfen in einem multiprofessionellen Netzwerk einzuleiten.

Für das Fach Pädiatrie ist das Thema Partnerschaftsgewalt eine neue Herausforderung und beinhaltet die Notwendigkeit, sich damit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in stärkerem Maße als bisher zu befassen.

KRATZSCH, W., I. MENRATH and M. STEFFENS:  
Impact of intimate partner violence on women  
and their children and the role of the pediatric

**S u m m a r y:** Intimate partner violence is not well enough considered in the Pediatric Society in Germany. Epidemiologic studies show that intimate partner violence effects children already during pregnancy and early childhood, e.g. with children witnessing violence in between parents or becoming victims themselves. As result the children often suffer longtime neurobiological, health and psychosocial consequences. Apart from obvious signs partner violence can often be recognized indirectly, especially through more hidden signs shown by mothers and children.

Using practical examples the article shows the central role of pediatricians in the recognition of intimate partner violence. In the context of in and outbound work at doctor's surgeries, hospitals, emergency units pediatricians are regularly confronted with direct and indirect victims of intimate partner violence. To exercise his important role of recognizing intimate partner violence with more ease the pediatrician has to perfect his abilities to consult families confronted with intimate partner violence, especially mothers. A pediatrician should be able to recognize early signs of intimate partner violence, conduct an interview with the necessary amount of empathy needed and then arrange follow up steps of professional interdisciplinary help.

Intimate Partner violence is a new and important challenge for the Pediatric Society. It is of utmost importance to integrate intimate partner violence in the pediatric studies as such in the training of pediatricians.

**Key words:** *Intimate partner violence – domestic violence – child abuse – neglect – sexual violence*

---

## Literatur

1. American Academy of Pediatrics. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 1998; 101: 1091–1092.

2. Kavemann B, Kreyssig U. *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.

3. WHO. Understanding and adressing violence against women. Intimate partner violence; 2012. Internet ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf)).

4. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend. Baden-Baden: Koelblin-Fortuna-Druck; 2004.

5. Schröttle M. Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2008.

6. European Union Agency For Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg; 2014.

7. Parsons L, Goodwin MM, Petersen R. Violence against women and reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. *Matern Child Health J* 2000; 4: 135–140.

8. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113: 6–11.

9. Radtke KM, et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Trans Psychiatry* 1, e21, doi: 10.1038/tp.2011.21.

10. Graham-Bermann SA, Seng J. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *J Pediatrics* 2005; 146: 349–354.

11. Graham-Bermann SA, et al. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J Trauma Stress* 2012; 25: 393–400.

12. Kindler H. Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.; 2002.

13. McFarlane JM, et al. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: An analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics* 2003; 112: E202–E207.

14. Hazen AL, et al. Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems

in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics* 2006; 117: 99–109.

15. Paterson J, et al. Maternal intimate partner violence and behavioural problems among Pacific children living in New Zealand. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 395–404.

16. O'Campo P, et al. Partner abuse or violence, parenting and neighborhood influences on children's behavioral problems. *Soc Sci Med* 2010; 70: 1404–1415.

17. Perkins S, Graham-Bermann S. Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning. *Aggression and Violent Behavior* 2012; 17: 89–98.

18. Edleson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against women* 1999; 5: 134–154.

19. Osofsky JD. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6: 161–170.

20. Casanueva C, et al. Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 84–93.

21. Christian C, et al. Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics* 1997; 99: 208–212.

22. Pfeiffer C, et al. Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. *Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.*; 1999.

23. Gil-González D, et al. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *J Public Health Med* 2007; 30: 14–22.

24. Narayan AJ, et al. Adolescent conflict as a developmental process in the prospective pathway from exposure to interparental violence to dating violence. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42: 239–250.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

Dr. WILFRIED KRATZSCH  
Geschäftsstelle der Stiftung  
Deutsches Forum Kinderzukunft  
c/o Sana Kliniken  
Gräulingerstraße 120  
40625 Düsseldorf

info@forum-kinderzukunft.de