2.4 Gewalterfahrungen

Im Überblick

- Etwa ein Viertel der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland hat Gewalterfahrungen, sei es in der Rolle als Täter, Opfer oder beides zugleich (»Täter/Opfer«).
- Jungen kommen doppelt so häufig mit Gewalt in Berührung wie Mädchen; zwischen jüngeren und älteren Jugendlichen unterscheidet sich die Häufigkeit von Gewalterlebnissen dagegen nicht.
- Gewalterfahrungen gehen mit vielfältigen Risiken für die körperliche Gesundheit und die seelische Entwicklung einher; die höchsten psychosozialen Belastungen tragen dabei Kinder und Jugendliche, die sowohl Gewalt ausüben als auch erleiden (Täter/Opfer).
- Unter Gesamt- und Hauptschülern, unter Jungen sowie in sozial benachteiligten und Migrantenfamilien ist der Anteil der Täter/Opfer besonders hoch.
- Während ungünstige Lebensumstände das Gewaltrisiko steigern, wird es durch Schutzfaktoren wie ein ausreichendes Selbstwertgefühl, eine aktive Bewältigung von Problemen oder eine gute Unterstützung durch Gleichaltrige und Erwachsene gemindert; an beiden Stellschrauben sollte Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter ansetzen.

2.4.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

Gewalterfahrungen gefährden die körperliche und psychische Gesundheit. Im Kindes- und Jugendalter stellen Gewalterfahrungen wegen der mit ihnen oftmals verbundenen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen eigenständige Gesundheitsprobleme dar. Kindern und Jugendlichen kann Gewalt grundsätzlich in jedem ihrer Lebensräume widerfahren. Ort von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sowie sexueller Gewalt gegen Kinder ist meistens die Familie [1]. Häufiger sind indes jene Gewalterfahrungen, die Kinder und Jugendliche mit Gleichaltrigen (Peers) machen, vor allem in der Schule.

Im Jahr 1990 erschien der Bericht der »Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt« (kurz »Gewaltkommission«) [1]. Auftrag dieses Berichts war es, Gewaltursachen und -phänomene in fünf verschiedenen Gesellschaftsbereichen (politisch motivierte Gewalt, Gewalt auf Straßen und Plätzen, Gewalt im Stadion, Gewalt in der Schule, Gewalt in der Familie) aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen zu untersuchen und darauf aufbauend praxis- und handlungsorientierte Präventionskonzepte zu entwickeln. Hinsichtlich von Gewalt im Jugendalter und ihrer gesundheitlichen Folgen waren bisher allerdings nur lückenhafte Daten verfügbar, da sich entsprechende Untersuchungen typischerweise auf einzelne Gewaltphänomene (z. B. Gewalt in sozialen Brennpunkten) konzentrierten oder nur einen begrenzten regionalen Bezug besaßen. Mit den KiGGS-Daten ist es nun erstmals möglich, Aussagen zu Zusammenhängen von Gewalterfahrungen und Gesundheit für Kinder und Jugendliche in ganz Deutschland zu treffen.

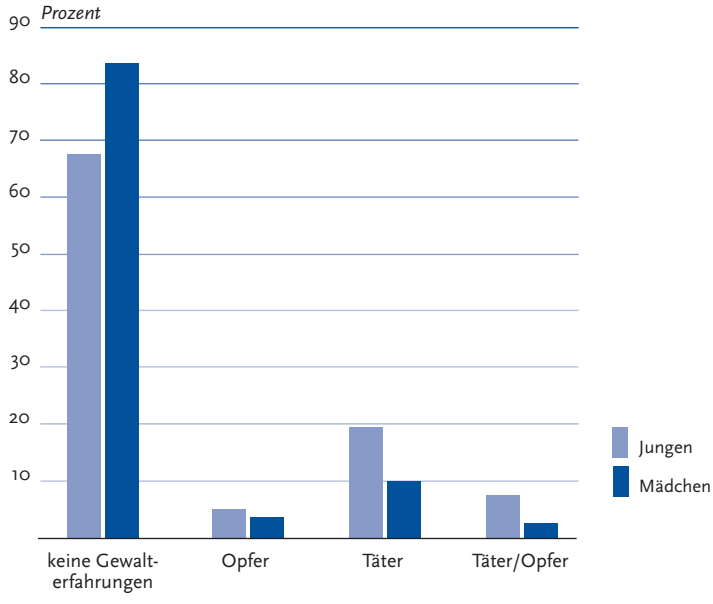
2.4.2 Definition und Häufigkeit

Verhaltensweisen, die gesellschaftliche oder soziale Regeln bzw. die Rechte anderer Personen verletzen, können zusammenfassend als aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen bezeichnet werden [2]. Massive Formen aggressiven Verhaltens lassen sich dabei als Gewalt verstehen. Während sich Aggression als zielgerichtetes Handeln mit der Absicht, einen anderen zu schädigen, definieren lässt [3], stellt Gewalt eine Form aggressiven Verhaltens in einer sozialen Beziehung dar, dem ein (körperliches oder psychisches) Machtgefälle zugrunde liegt [4]. Scheithauer et al. [5] unterscheiden körperliche Gewalt von den psychischen Aggressionen (z. B. Beleidigungen, Beschimpfungen, Schikanierungen) und den sozialrelationalen Gewaltformen. Bei letzteren werden die sozialen Beziehungen des Opfers beschädigt, etwa durch das Verbreiten von Gerüchten oder durch das Ausschließen aus einer Gruppe.

Gewalterfahrungen lassen sich dahingehend unterscheiden, ob sie in der Rolle als Täter, Opfer oder sowohl als Täter wie auch Opfer (im Folgenden: »Täter/Opfer«) erlebt wurden. Diese Differenzierung ist unter anderem deshalb von Bedeutung, weil die Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen jeweils unterschiedlich sind. So reichen die Folgen von Gewalterfahrungen von psychosomatischen Beschwerden (z. B. Essstörungen) bei den Opfern [5, 6] über Beziehungsprobleme und Delinquenz bei den Tätern [7, 8] bis hin zu einer Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten bei den Täter/Opfern [9]. Täter/Opfer sind insgesamt als die Gruppe mit den stärksten psychosozialen Belastungen anzusehen [10, 11].

Im KiGGS-Fragebogen wurden insgesamt 6.616 Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren nach ihrer subjektiven Gewaltbetroffenheit befragt. Aus-

Abbildung 2.4.2.1
Häufigkeiten von Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten nach Täter-, Opfer-, und Täter/Opfer-Status und Geschlecht



schlaggebend war, was die Befragten selbst unter Gewalteinwirkung bzw. Gewaltausübung verstanden. Aufgrund der Fragestellung ist es nicht möglich, den Ort eines Gewaltereignisses oder die Art der Gewaltausübung zu bestimmen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass vornehmlich körperliche Gewalterfahrungen berichtet wurden. Bei der Auswertung wurde zwischen ausschließlichen Gewalttätern, ausschließlichen Gewaltopfern sowie Täter/Opfern (mit Erfahrungen in beiden Gewaltbereichen) unterschieden.

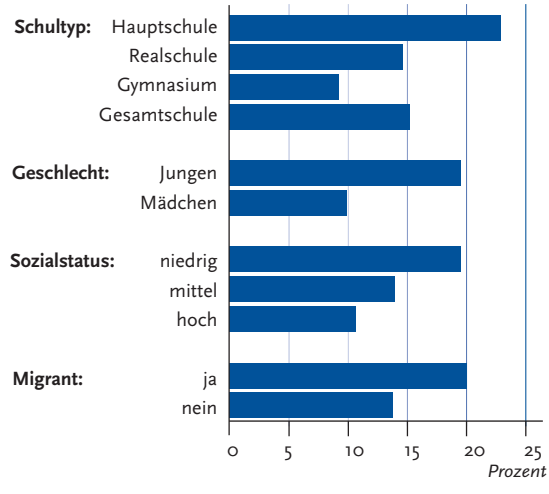
Insgesamt hatte etwa ein Viertel der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in den 12 Monaten vor der Befragung Gewalterfahrungen gemacht [12]. Jungen sind nach den KiGGS-Daten fast doppelt so oft von Gewalt betroffen wie Mädchen.

Betrachtet man die Häufigkeiten nach Täter- und Opferstatus und nach Geschlecht getrennt, so zeigt sich, dass Jungen in allen Täter- und Opfer-Kategorien überrepräsentiert sind (Abbildung 2.4.2.1). Bezogen auf den Zeitraum eines Jahres wurden fast 20 % der Jungen Täter, 5 % Opfer, und weitere 7,6 % waren sowohl Täter als auch Opfer. Bei den Mädchen sind die entsprechenden Werte jeweils nur etwa halb so hoch. Bei den reinen Opfern sind die Geschlechtsunterschiede gering und statistisch nicht bedeutsam. Das Lebensalter scheint für die Häufigkeit von Gewalterfahrungen keine Rolle zu spielen: 11- bis 13-jährige Kinder berichten genauso häufig darüber wie 14- bis 17-jährige Jugendliche.

2.4.3 Ausgewählte Einflüsse: protektive und Risikofaktoren

Da sich Täter, Opfer und Täter/Opfer in ihrer Charakteristik stark unterscheiden, werden sie im Folgenden getrennt voneinander hinsichtlich der Verteilung nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Schulform sowie ihrer Einstellungen zu Gewalt beschrieben.

Abbildung 2.4.3.1
Häufigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Tätererfahrung nach Schultyp, Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund



Kinder und Jugendliche mit Tätererfahrung sind an Hauptschulen deutlich häufiger als an anderen Schulen [12] (Abbildung 2.4.3.1). Nahezu ein Viertel der Hauptschüler hat in den letzten 12 Monaten Gewalt gegen andere ausgeübt. Erhöht ist der Täter-Anteil zudem in Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Migrationshintergrund.

Auch hinsichtlich der reinen Opfer gibt es deutliche schulspezifische Unterschiede (Abbildung 2.4.3.2). Am häufigsten werden Gesamtschüler Opfer von Gewalt, gefolgt von den Haupt- und den Realschülern [12]. Unter Gymnasiasten sind Opfererfahrungen am seltensten. Überraschenderweise spielt weder das Geschlecht noch der Sozialstatus oder Migrationshintergrund eine statistisch bedeutsame Rolle dafür, ob Kinder und Jugendliche zu Opfern von Gewalthandlungen werden.

Kinder und Jugendliche, die der Gruppe der Täter/Opfer zuzuordnen sind, finden sich ebenfalls unter Gesamtschülern am häufigsten und unter Gymnasiasten am seltensten [12] (Abbildung 2.4.3.3). Überdurchschnittlich hoch liegt der Täter/Opfer-Anteil zudem unter Jungen sowie bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund.

Abbildung 2.4.3.2
Häufigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Opfererfahrung nach Schultyp, Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund

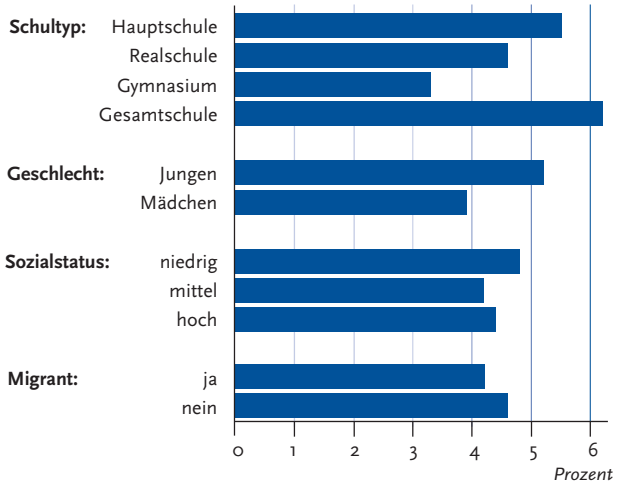
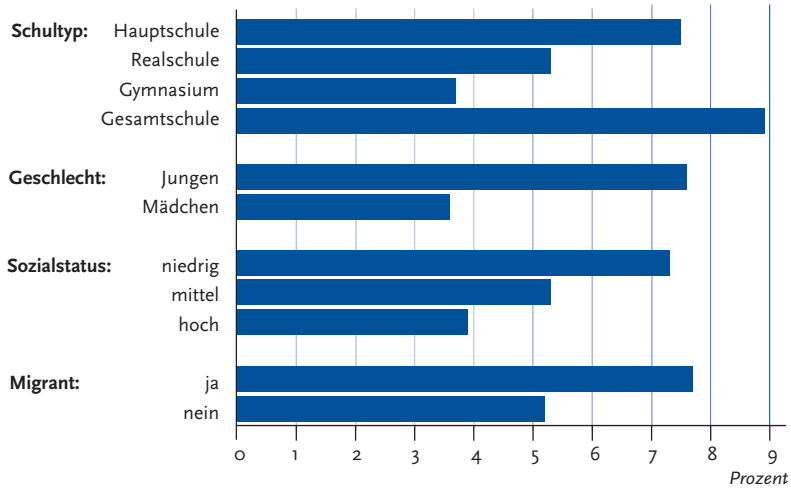


Abbildung 2.4.3.3
Häufigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Täter/Opfer-Erfahrung nach Schultyp, Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund



2.4.4 Handlungsbedarf

Die KiGGS-Ergebnisse zeigen, dass Gewalterfahrungen für einen großen Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zur Lebenswirklichkeit gehören. Jungen, Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrantenkinder sowie Schüler und Schülerinnen an Hauptschulen sind laut KiGGS besonders oft unter den Tätern anzutreffen. Weitere aus der Literatur bekannte, mit dem Täterstatus assoziierte Faktoren sind u. a. körperliche Stärke, ein starkes Bedürfnis nach Macht und Kontrolle sowie ein Mangel an Empathie [7, 12].

Ob Kinder und Jugendliche indes zu Opfern von Gewalthandlungen werden, hängt den KiGGS-Daten zufolge zwar mit dem Schultyp (Gesamt- sowie Hauptschule) zusammen, überraschenderweise aber nicht mit dem Geschlecht, Sozialstatus oder Migrationshintergrund. In der Literatur wird darüber hinaus diskutiert, dass Merkmale wie körperliche Schwachheit, Übergewicht, das Tragen einer Brille oder eine Sprachbeeinträchtigung mit einem überdurchschnittlich häufigen Opferstatus einhergehen [10]. Auch Kinder mit Behinderungen oder Sonderschüler sind demnach stärker gefährdet, Gewaltopfer zu werden [14].

In der am stärksten psychosozial belasteten Gruppe jener Kinder und Jugendlicher, die sowohl Gewalt ausüben als auch erleiden (Täter/Opfer), befinden sich nach den KiGGS-Ergebnissen vorwiegend Jungen. Täter/Opfer kommen außerdem häufiger aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status und haben häufiger einen Migrationshintergrund. Wie bei reinen Opfern ist der Anteil von Täter/Opfern unter den Gesamtschülern am höchsten. Die Gründe für diesen Befund lassen sich aus den KiGGS-Daten nicht ableiten. Möglicherweise versprechen sich Eltern, deren Kinder ein höheres Risiko für einen Täter/Opfer-Status aufweisen (z. B. aufgrund von Verhaltens- oder Hyperaktivitätsproblemen), von der integrativ ausgerichteten Gesamtschule bessere Bildungschancen für ihr Kind.

In der Literatur werden nicht nur Faktoren diskutiert, die das Risiko für Gewalterfahrungen steigern, sondern auch solche, die es reduzieren. Zu ihnen zählen beispielsweise ein hohes Selbstwertgefühl, die Abwesenheit von elterlichem Schulleistungsdruck, eine aktive Bewältigung von Problemen, ein positives Familienklima und eine gute soziale Unterstützung durch Peers sowie fehlende Erfahrungen von Gewalt durch Erwachsene. Gegenüber den risikoerhöhenden Bedingungen sind die risikomildernden Bedingungen weit weniger gut erforscht [3]. Neben für beide Geschlechter geltenden Bedingungen (z. B. gutes Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartungen, kein elterlicher Schulleistungsdruck, aktives Bewältigungsverhalten, positives Familienklima, gute soziale Unterstützung durch Peers, Anti-Gewalt-Bestimmungen an der Schule, keine Gewalterfahrungen durch Erwachsene) lassen sich auch geschlechtsspezifische Schutzfaktoren zeigen. So scheinen Mädchen, die mit einer Vertrauensperson über ihre Probleme und Erlebnisse sprechen können und die in einer nicht übermäßig behütenden Familie groß werden, seltener von Gewalterfahrungen betroffen zu sein. Gleiches gilt für Jungen, deren Väter sich für ihre Belange engagieren [3]. Anhand der KiGGS-Daten werden sich über die vorliegenden Ergebnisse hinaus künftig noch weitere Zusammenhänge untersuchen lassen, beispielsweise zwischen Gewalterfahrungen und personalen, familiären und sozialen Ressourcen.

Zur Prävention von Gewalt haben sich je nach dem Setting (z. B. Schule oder Familie) unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen bewährt. Petermann et al. [15] sprechen sich nachdrücklich für eine entwicklungsorientierte Perspektive aus. Damit ist gemeint, dass Präventionsprogramme an den für die weitere Entwicklung eines Kindes besonders wichtigen Bedingungen ansetzen und dabei Risikofaktoren reduzieren sowie förderliche Umstände stärken sollten.

Aus einer Reihe von schulzentrierten Maßnahmen gegen wiederholte Gewaltausübungen in stabilen Täter-Opfer-Beziehungen (so genanntes »Bullying«) sei stellvertretend das Olweus-Programm genannt [7]. Es umfasst neben einer Fragebogenerhebung auch Interventionen auf Schüler- und Klassenebene (z. B. Gespräche mit »Bullies« und Opfern, Klassenregeln) sowie umgebungsbezogene Maßnahmen wie die Verbesserung der Pausenaufsicht oder die Umgestaltung des Schulhofs und bezieht darüber hinaus die Eltern mit ein. Um die individuellen Ressourcen der betroffenen Kinder zu fördern, können beispielsweise Entspannungstechniken, Selbstsicherheitstrainings und Übungen zum Erlernen von sozialen Fertigkeiten eingesetzt werden.

Familiärer Gewalt sollte durch die Sensibilisierung des sozialen Umfelds, aber auch durch den Ausbau von aufsuchenden Hilfsdiensten vorgebeugt werden. Solche so genannten „Geh-Strukturen“ können helfen, insbesondere schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen verstärkt anzusprechen. So kann beispielsweise bei strafrechtlich relevanten Vorfällen oder Kindesvernachlässigung frühzeitig der Zugang zu einer belasteten Familie gesucht und Unterstützung angeboten werden. Der Auf- und Ausbau dieser Netzwerke Früher Hilfen ist Gegenstand eines Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [16]. Im Rahmen dieses Aktionsprogramms wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstitutes (DJI) 2007 einge-

richtet [17]. Das Thema familiäre Gewalt wird auch in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit aufgegriffen [18]. Die Prävention von häuslicher Gewalt durch Einflussnahme im schulischen Kontext ist beispielsweise Gegenstand von Modellprojekten, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert werden. Außerdem wurde die Frühintervention im Gesundheitsbereich bei häuslicher Gewalt als ein Ziel zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in die Strategie der Bundesregierung aufgenommen.

Literaturverzeichnis

[1] Schwind HD, Baumann J, Lösel F et al. (1990) Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). Band I–IV, 2. unveränd. Auflage, Duncker und Humbloth, Berlin

[2] Scheithauer H, Petermann F (2004) Aggressiv-dissoziales Verhalten. In: Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (Hrsg) Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Springer, Berlin Heidelberg, S 367–410

[3] Scheithauer H, Hayer T, Petermann F (2003) Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle

[4] Selg H, Mees U, Berg D (1997) Psychologie der Aggressivität (2. überarb. Auflage). Hogrefe, Göttingen

[5] Carney JV (2000) Bullied to death. Perceptions of peer abuse and suicidal behaviour during adolescence. School Psychology International 21: 213–223

[6] Gasteiger-Klicpera B, Kilcpera C (2001) Viktimisierungen durch Gleichaltrige als Entwicklungsrisiko. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 29: 99–111

[7] Olweus D (1996) Gewalt in der Schule: Was Eltern und Lehrer wissen sollten – und tun können (2. korr. Aufl.). Huber, Bern

[8] Whitney I, Smith PK (1993) A survey on the extent and the nature of bullying in junior/middle and secondary schools. Educational Research 35: 3–25

[9] Schwartz D, Dodge KA, Pettit GS et al. (1997) The early socialization of aggressive victims of bullying. Child Development 68: 665–675

[10] Pellegrini AD, Bartini M, Brooks F (1999) School bullies, victims, and aggressive victims: Factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. Journal of Educational Psychology 91: 216–224

[11] Wolke D, Woods S, Stanford K et al. (2001) Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. British Journal of Psychology 92: 673–696

[12] Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 819–826

[13] Rigby K (1997) Bullying in schools: and what to do about it. Jessica Kingsley Publishers, London

[14] Smith PK (2002) School bullying and ways of preventing it. In: Debarbieux E & Blaya C (Hrsg) Violence in schools and public policies. Elsevier, Paris, S 117–128

[15] Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (2004) Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Springer, Berlin Heidelberg

[16] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) Bundesprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend/fruehe-hilfen.html (Stand 06.11.2008)

[17] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2008) Nationales Zentrum Frühe Hilfen www.fruehehilfen.de/ (Stand 06.11.2008)

[18] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 23.10.2008)

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de

Redaktion
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Angelika Rieck
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung
Dr. Frank Lehmann, MPH
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Grafik/Layout
Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck
Oktoberdruck AG, Berlin

Zitierweise
Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-109-7