



EUROPA



Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Zusammenfassung



Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Zusammenfassung

Schlüsselwörter

Violence
Domestic violence
Suicide
Sex offenses
War
Public health
Risk factors

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros sind an *publicationrequests@euro.who.int*, Anträge auf Genehmigung der Wiedergabe an *permissions@euro.who.int* und auf Genehmigung zur Übersetzung an *pubrights@euro.who.int* zu richten. Sie können sich auch direkt an das Referat Veröffentlichungen wenden: Referat Veröffentlichungen, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark.

Originalsprache: Englisch

Herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation unter dem Originaltitel *World report on violence and health: Summary* 2002, ursprüngliche ISBN 92 4 154562 3

Dem WHO-Regionalbüro für Europa wurde vom Hauptbüro der Weltgesundheitsorganisation die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser deutschen Übersetzung erteilt.

Das Foto von Nelson Mandela wurde mit Erlaubnis des Afrikanischen Nationalkongresses wiedergegeben.

© Weltgesundheitsorganisation 2003

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

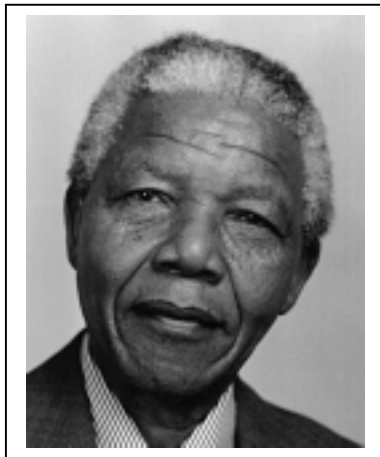
Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

INHALT

	Seite
Vorwort	v
Vorspann	vii
Gewalt – eine weltweite Herausforderung	1
Gewalt aus gesundheitlicher Sicht	4
Definition von Gewalt	5
Typologie der Gewalt	6
Gewalt messen	8
Die Auswirkungen von Gewalt – verlorenes Leben und geschädigte Gesundheit	9
Die Wurzeln der Gewalt – ein ökologisches Modell	13
Von der theoretischen Analyse zum Handeln	15
Die Formen und Umfeldler von Gewalt	17
Zwischenmenschliche Gewalt	17
Jugend und Gewalt	17
Gewalt gegen Intimpartner	20
Kindesmissbrauch und Vernachlässigung durch Eltern und andere Fürsorgepersonen	21
Misshandlung alter Menschen	22
Sexuelle Gewalt	23
Die Dynamik zwischenmenschlicher Gewalt	25
Gewalt gegen die eigene Person	26
Das Ausmaß des Problems	26
Die Dynamik des Selbstmords	28
Kollektive Gewalt	28
Das Ausmaß des Problems	29
Die Folgen kollektiver Gewalt	30
Die Dynamik gewalttätiger Auseinandersetzungen	31
Wie lässt sich Gewalt verhindern?	33
Auf den Einzelnen bezogene Ansätze	33
Gegen Beziehungsdefizite gerichtete Ansätze	34
Auf die Gemeinschaft bezogene Anstrengungen	35
Gesellschaftliche Ansätze	37
Einige wichtige Lücken	38
Handlungsempfehlungen	39
Abschließende Bemerkungen	45
Literaturhinweise	47

VORWORT



Das 20. Jahrhundert wird in die Geschichte als ein Jahrhundert der Gewalt eingehen. Es hinterlässt uns das Massenvernichtungserbe einer Gewalt in noch nie da gewesenem Ausmaß, einer Gewalt, wie sie in der Geschichte der Menschheit bis dahin nicht möglich gewesen war. Doch dieses Erbe, das Ergebnis technischer Errungenschaften im Dienste von Hassideologien, ist nicht das Einzige, was wir übernehmen können oder annehmen müssen.

Weniger sichtbar, doch noch weiter verbreitet ist das Erbe des alltäglichen individuellen Leidens. Der Schmerz von Kindern, die von Menschen missbraucht werden, die sie beschützen sollten, von Frauen, die von gewalttätigen Partnern verletzt oder gedemütigt werden, von älteren Menschen, die von ihren Betreuern misshandelt werden, von Jugendlichen, die von anderen Jugendlichen tyrannisiert werden, und von Menschen aller Altersgruppen, die sich selbst Gewalt antun. Dieses Leiden, für das sich noch zahlreiche andere Beispiele anführen ließen, wird von einer Generation an die nächste weitervererbt, man lernt von der Gewalt der Vorväter, Opfer lernen von ihren Peinigern und die Gewalt produzierenden gesellschaftlichen Verhältnisse bleiben ungehindert bestehen. Kein Land, keine Stadt, kein Gemeinwesen ist immun. Doch wir sind auch nicht machtlos.

Gewalt gedeiht dort, wo Demokratie und Achtung vor Menschenrechten fehlen und die Regierungsgeschäfte schlecht geführt werden. Oft spricht man davon, dass eine „Gewaltkultur“ Wurzeln schlagen kann. Das stimmt in der Tat. Als Südafrikaner, der die Apartheid erlebt hat und jetzt noch mit ihren Folgen lebt, habe ich das gesehen und erfahren. Wahr ist auch, dass Gewalt in Gesellschaften, in denen die Behörden durch ihr eigenes Handeln Gewalt billigen, stärker um sich greift und weiter verbreitet ist. In vielen Gesellschaften ist die Gewalt so vorherrschend, dass sie alle Hoffnungen auf eine wirtschaftliche und soziale Entwicklung vereitelt. Das können wir nicht weiter dulden.

Viele Menschen, die tagaus tagein mit Gewalt leben müssen, glauben, sie sei ein unveräußerlicher Bestandteil der menschlichen Befindlichkeit. Doch dem ist nicht so. Gewalt lässt sich verhindern. Gewaltkulturen lassen sich in eine andere Richtung steuern. In meinem eigenen Land und überall in der Welt findet man leuchtende Beispiele dafür, dass man gegen die Gewalt vorgegangen ist. Regierungen, Gemeinschaften und der einzelne Mensch können durchaus etwas bewegen.

Ich begrüße diesen ersten Weltbericht zum Thema Gewalt und Gesundheit. Er trägt sehr viel zu unserem Verständnis der Mechanismen von Gewalt bei und zeigt uns ihre gesellschaftlichen Auswirkungen. Er veranschaulicht die unterschiedlichen Gesichter von Gewalt, vom „unsichtbaren“ Leiden der Schwächsten in unserer Gesellschaft bis hin zur nur allzu sichtbaren Tragödie von Gesellschaften im bewaffneten Konflikt. Er lässt uns die zu Gewalt führenden Faktoren gründlicher durchleuchten und genauer überlegen, wie unterschiedliche gesellschaftliche Sektoren darauf reagieren könnten. Damit erinnert er uns zugleich daran, dass Sicherheit und Geborgenheit

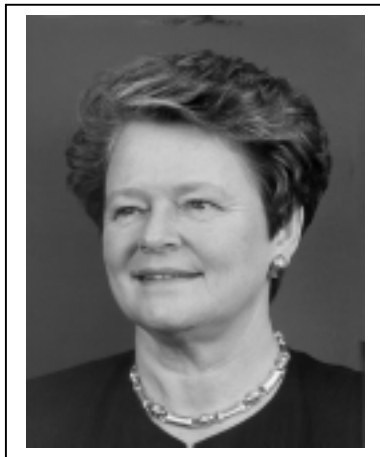
nicht von selbst entstehen: Sie setzen gesellschaftlichen Konsens voraus und sind das Ergebnis einer gezielten staatlichen Anstrengung.

Der Bericht erläutert und empfiehlt Maßnahmen auf örtlicher, nationaler und internationaler Ebene, was ihn zum unschätzbaren Instrument macht für Politiker, Wissenschaftler, Praktiker, Fürsprecher und Freiwillige, die sich für die Verhütung von Gewalt einsetzen. Herkömmlicherweise betrachtet man Gewalt als Domäne der Strafjustiz, die Autoren des Berichts treten jedoch stark dafür ein, alle gesellschaftlichen Bereiche in die vorbeugende Arbeit einzubeziehen.

Wir sind es unseren Kindern, den schwächsten Bürgern einer jeden Gesellschaft, schuldig, dass sie ein Leben ohne Gewalt und Furcht leben können. Deshalb müssen wir unsere Anstrengungen nicht nur unermüdlich auf Frieden, Gerechtigkeit und Wohlstand für Länder richten, sondern diese Werte auch für die einzelne Gemeinschaft und für die Angehörigen derselben Familie anstreben. Wir müssen die Gewalt bei ihren Wurzeln packen. Nur so kann aus der erdrückenden Erblast des letzten Jahrhunderts eine warnende Lehre werden.

Nelson Mandela

VORSPANN



Gewalt durchdringt überall auf der Welt das Leben vieler Menschen und betrifft uns irgendwie alle. Viele Menschen suchen Sicherheit hinter verschlossenen Türen und Fenstern und meiden gefährliche Orte. Andere haben keine Fluchtmöglichkeit. Die Gewaltgefährdung lauert hinter diesen Türen, gut verborgen vor den Augen der Öffentlichkeit. Und wenn man inmitten von Krieg und Konflikt lebt, durchdringt die Gewalt alle Aspekte des Lebens.

Dieser Bericht, die erste umfassende gedrängte Darstellung des Problems im weltweiten Maßstab, zeigt nicht nur, welchen Blut-zoll die Gewalt fordert: Jedes Jahr verlieren 1,6 Millionen Menschen durch Gewalteinwirkung ihr Leben, zahllose andere werden dadurch in nicht immer offenkundiger Weise geschädigt. Der Bericht entlarvt auch die vielen Gesichter der zwischenmenschlichen, kollektiven und gegen die eigene Person gerichteten Gewalt und macht deutlich, in welchen Zusammenhängen Gewalt vorkommt. Er zeigt, dass die Gesundheit des Menschen ernsthaft gefährdet ist, wo Gewalt herrscht.

Der Bericht fordert uns aber auch in vieler Hinsicht heraus. Er zwingt uns, unsere Vorstellungen dessen, was akzeptabel und bequem ist, ebenso zu hinterfragen wie unsere Überzeugung, Gewalttaten seien eine interne Familienangelegenheit, eine individuelle Wahl oder eine unvermeidbare Seite des Lebens. Gewalt ist jedoch eine komplexe Problematik, eng verwoben mit Denk- und Verhaltensweisen, die durch eine Vielfalt von Kräften in unseren Familien und Gemeinschaften geformt werden, wobei diese Kräfte auch über nationale Grenzen hinausreichen können. Der Bericht fordert uns eindringlich auf, gemeinsam mit einer Vielzahl von Partnern aktiv, wissenschaftlich fundiert und umfassend gegen diese Kräfte vorzugehen.

Wir haben die Instrumente und das Wissen, um etwas bewirken zu können. Mit diesen Instrumenten konnten wir bereits andere Gesundheitsprobleme erfolgreich lösen. Das wird überall im Bericht deutlich. Wir meinen auch zu wissen, wo wir unser Wissen einsetzen müssen. Gewalt ist oftmals vorhersagbar und verhütbar. Wie andere Gesundheitsprobleme auch, verteilt sich Gewalt nicht gleichmäßig auf Bevölkerungsgruppen oder Lebenszusammenhänge. Viele das Gewaltrisiko verstärkende Faktoren finden sich in unterschiedlichen Formen von Gewalt wieder und sind beeinflussbar.

Im gesamten Bericht klingt immer wieder durch, wie wichtig es ist, Gewalt von vornherein zu verhüten. Selbst geringfügige Investitionen können hier großen und anhaltenden Nutzen bringen, doch nur, wenn die politische Führung fest entschlossen handelt und die Bemühungen von einer ganzen Bandbreite von Partnern im öffentlichen und privaten Zusammenhang unterstützt werden und diese Unterstützung aus der industrialisierten Welt und den Entwicklungsländern kommt.

Die Public Health hat in den letzten Jahrzehnten bemerkenswerte Erfolge erzielt, vor allem konnten zahlreiche Kinderkrankheiten erfolgreich eingedämmt werden. Doch die Public Health

würde versagen, wenn sie unsere Kinder vor diesen Krankheiten rettete, nur um sie später zu Gewaltopfern werden zu lassen und sie an der von Intimpartnern ausgehenden Gewalt in der Barbarei von Krieg und Konflikten oder durch Selbstverstümmelung und Selbstmord zugrunde gehen zu sehen.

Die Public Health bietet zwar keineswegs alle Antworten darauf, wie dieses komplizierte Problem zu lösen wäre, aber wir sind entschlossen, im weltweiten Kampf gegen die Gewalt unsere Rolle zu übernehmen. Dieser Bericht soll dazu beitragen, eine globale Gegenwehr gegen die Gewalt aufzubauen und die Welt für alle zu einem sichereren und gesünderen Lebensort zu machen. Ich möchte Sie bitten, den Bericht gründlich zu lesen und mit mir und den vielen internationalen Experten, die mit ihrem Wissen um die Verhütbarkeit von Gewalt zu dem Bericht beigetragen haben, gemeinsam dem davon ausgehenden dringenden Aufruf zum Handeln Folge zu leisten.

Gro Harlem Brundtland
Generaldirektorin
Weltgesundheitsorganisation

GEWALT – EINE WELTWEITE HERAUSFORDERUNG

Kein Land, kein Gemeinwesen bleibt von Gewalt verschont. Bilder und Berichte von Gewalt durchdringen die Medien. Sie spielt sich auf unseren Straßen ab, in unseren vier Wänden, in Schulen, an Arbeitsplätzen und in Institutionen. Gewalt ist eine Weltgeißel, die das Gefüge von Gemeinschaften zerreißt und Leben, Gesundheit und Glück von uns allen bedroht. Jedes Jahr verlieren weltweit über 1,6 Millionen Menschen ihr Leben aufgrund von Gewalttaten. Auf jedes Gewaltopfer, das den Folgen der Gewalt erliegt, kommen zahlreiche andere, die verletzt werden und unter den unterschiedlichsten physischen, sexuellen, reproduktiven und psychischen Gesundheitsproblemen leiden. Gewalt gehört in der Altersgruppe der 15–44-Jährigen überall auf der Welt zu den Haupttodesursachen und ist unter Männern für etwa 14% und bei den Frauen für 7% aller Sterbefälle verantwortlich (1).

Weil Gewalt überall anzutreffen ist, wird sie oft als unvermeidbarer Bestandteil der menschlichen Befindlichkeit gesehen, als etwas zum Leben dazu Gehöriges, das man wohl nicht verhindern und auf das man nur reagieren kann. Außerdem gilt sie im Allgemeinen als eine Frage von „Recht und Ordnung“, wobei sich die Rolle der Gesundheitsfachkräfte darauf beschränkt, mit den Folgen von Gewalt fertig zu werden. Doch diese Auffassung wandelt sich allmählich, unterstützt durch die Erfolge, die man bei der Bekämpfung anderer umwelt- und verhaltensbedingter Gesundheitsprobleme wie Herzkrankheiten, Rauchen und HIV/Aids erzielt hat, wenn dagegen mit Public-Health-Ansätzen vorgegangen wurde. Der Fokus weitet sich aus, man legt verstärkt Wert auf Vorbeugung und bemüht sich, die Ursachen von Gewalt bei ihren Wurzeln zu packen. Zugleich werden die Anstrengungen von Polizei, Rechtsprechung und Kriminologen durch die Beiträge anderer Institutionen und Fachdisziplinen, von der Kinderpsychologie bis zur Epidemiologie, unterstützt.

Ein wesentlicher Teil der Kosten von Gewalt geht auf die Auswirkungen zurück, die sie auf die Gesundheit der Opfer hat, und auch Gesundheitseinrichtungen werden stark belastet (2). Damit hat der Gesundheitssektor ein besonderes Interesse an der Verhütung von Gewalt, zugleich aber kommt ihm dabei auch eine Schlüsselrolle zu. Der Surgeon General, d. h. der oberste Amtsarzt der Vereinigten Staaten von Amerika, machte dies als erster ganz deutlich, als er in einem 1979 unter dem Titel *Healthy people* (3) erschienen Bericht erklärte, dass man bei dem Bemühen, die Gesundheit der Nation zu verbessern, die Konsequenzen von gewalttätigem Verhalten nicht außer Acht lassen könne, weshalb er die ursächliche Bekämpfung von Gewalt zu einem vorrangigen Anliegen der Gesundheitsfachkräfte erklärte.

Seitdem hat es sich in den Vereinigten Staaten und in der ganzen Welt eine Unzahl von Public-Health-Praktikern und Gesundheitswissenschaftlern zur Aufgabe gemacht, das Wesen von Gewalt zu verstehen und Wege zu finden, um Gewalt zu verhindern (4). Die Problematik rückte auf die internationale Agenda, als die Weltgesundheitsversammlung bei ihrer Tagung im Jahr 1996 in Genf eine Resolution verabschiedete, in der Gewalt zu einem wichtigen weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit erklärt wurde (s. Kasten 1).

KASTEN 1

Gewalt verhüten: ein wichtiges Public-Health-Anliegen (Resolution WHA49.25)

Die neunundvierzigste Weltgesundheitsversammlung –

mit großer Besorgnis den weltweiten dramatischen Anstieg der Inzidenz von vorsätzlichen Verletzungen, die Menschen aller Altersgruppen und beide Geschlechter, vor allem aber Frauen und Kinder treffen, zur Kenntnis nehmend,

sich hinter den Appell stellend, mit dem in der Erklärung des Weltgipfels für soziale Entwicklung zur Einführung und Umsetzung konkreter Konzepte und Programme von Gesundheits- und Sozialwesen aufgerufen wurde, um Gewalt in der Gesellschaft zu verhüten und ihre Auswirkungen zu lindern,

sich hinter die Empfehlungen stellend, mit denen auf der Internationalen Bevölkerungs- und Entwicklungskonferenz (Kairo, 1994) und auf der Vierten Weltfrauenkonferenz (Peking, 1995) dazu aufgefordert wurde, umgehend gegen das Problem der Gewalt gegen Frauen und Mädchen vorzugehen und sich dessen gesundheitliche Folgen klar zu machen,

unter Hinweis auf die Erklärung der Vereinten Nationen über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen,

in Anbetracht des in der Erklärung von Melbourne, die auf der Dritten internationalen Konferenz über Prävention und Bekämpfung von Verletzungen (1996) verabschiedet wurde, von Wissenschaftlern ergangenen Aufrufs, für die Sicherheit der Bürger der Welt verstärkt international zusammenzuarbeiten,

in der Erkenntnis, dass sich Gewalt beim einzelnen Menschen, in Familien, Gemeinschaften und Ländern unmittelbar und langfristig schwerwiegend auf die Gesundheit und die psychische und soziale Entwicklung auswirkt,

in der Erkenntnis, dass Gewalt überall zunehmend Folgen für das Gesundheitswesen hat und sich nachteilig auf die knappen Ressourcen auswirkt, die in den Ländern und Gemeinschaften für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen,

in der Erkenntnis, dass die im Gesundheitswesen Beschäftigten Gewaltopfer häufig mit als erste zu Gesicht bekommen, da sie eine einmalige Fachkompetenz besitzen und durch ihre Sonderstellung in der Gemeinschaft den Gefährdeten helfen können,

in der Erkenntnis, dass die WHO, die wichtigste Organisation für die Koordinierung der internationalen Arbeit im Gesundheitsbereich, die Verantwortung dafür trägt, die Mitgliedstaaten beim Aufbau von Public-Health-Programmen zur Verhütung von Gewalt gegen die eigene Person und zur Verhütung von Gewalt gegen andere zu führen und zu leiten,

1. ERKLÄRT, dass es sich bei Gewalt weltweit um ein vorrangiges Public-Health-Problem handelt,
2. BITTET die Mitgliedstaaten eindringlich, das Ausmaß der Gewaltproblematik auf ihrem Hoheitsgebiet abzuschätzen, und der WHO ihre Informationen zu diesem Problem sowie ihr Bekämpfungskonzept mitzuteilen,

Kasten 1 – Forts.

3. ERSUCHT den Generaldirektor, im Rahmen der verfügbaren Ressourcen Public-Health-Maßnahmen in die Wege zu leiten, die der Auseinandersetzung mit der Gewaltproblematik dienen und
 - (1) unterschiedliche Formen der Gewalt charakterisieren, ihr Ausmaß definieren und die Ursachen sowie die Folgen der Gewalt für die Gesundheit der Bevölkerung einschätzen und bei der Analyse auch eine „Geschlechterperspektive“ anlegen,
 - (2) die Art und die Wirksamkeit von Maßnahmen und Programmen zur Verhütung von Gewalt und zur Minderung ihrer Auswirkung bewerten, wobei die besondere Aufmerksamkeit den bevölkerungsbezogenen Initiativen gilt,
 - (3) auf internationaler Ebene und in den Ländern Aktivitäten zur Bewältigung dieses Problems fördern, u. a. durch Schritte, die
 - a) die Anerkennung der Folgen von Gewalt, die einschlägige Berichterstattung und die Handhabung dieser Konsequenzen verbessern,
 - b) eine verstärkte intersektorale Beteiligung an der Prävention von Gewalt und der Handhabung des Problems fördern,
 - c) die Beschäftigung mit der Gewaltproblematik als vorrangiges Anliegen gesundheitswissenschaftlicher Forschungsarbeiten fördern,
 - d) bewirken, dass Empfehlungen für Gewaltpräventionsprogramme in Nationen, Staaten und Gemeinschaften der gesamten Welt ausgearbeitet und verbreitet werden,
 - (4) die koordinierte und aktive Beteiligung von einschlägigen Fachprogrammen der WHO sicherstellen,
 - (5) bei der Planung, der Umsetzung und begleitenden Beobachtung von Programmen zur Prävention von Gewalt und zur Abmilderung ihrer Folgen die Zusammenarbeit der Organisation mit Regierungen, Kommunalbehörden und anderen Organisationen des Systems der Vereinten Nationen stärken,
4. ERSUCHT den Generaldirektor FERNER, auf der neunundneunzigsten Tagung des Exekutivrats einen Bericht vorzulegen, in dem die bisher erzielten Fortschritte erläutert werden, und einen Aktionsplan vorzulegen, in dem die Schritte zu einem gesundheitswissenschaftlich fundierten Ansatz für die Gewaltprävention dargelegt werden.

Wenn man in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür weckt, dass sich Gewalt verhüten lässt, hat man allerdings nur einen ersten Schritt auf dem Weg gemacht, der zu einer wirksamen Gegenwehr führen soll. Gewalt ist ein äußerst heikles Problem. Viele Menschen haben in ihrem Beruf Schwierigkeiten, sich dem Gewaltproblem zu stellen, weil es unangenehme, ihr eigenes Privatleben berührende Fragen aufwirft. Wenn man über Gewalt spricht, kann man sich den komplizierten Zusammenhängen von Moral, Ideologie und Kultur nicht entziehen. Deshalb stößt eine offene Debatte über das Thema häufig auf offizielle wie persönliche Widerstände.

Mit diesem ersten *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*¹ sollen die Geheimniskrämerei, Tabus und das Gefühl der Unvermeidbarkeit hinterfragt werden, die das Thema gewalttätiges Verhalten umgeben, und zugleich soll der Bericht eine Debatte in Gang setzen, die uns dieses ungeheuer komplexe Phänomen besser begreifen lehrt. Persönliche Initiative und aktives Engagement sind zwar von unschätzbarem Wert, wenn es darum geht, Gleichgültigkeit und Widerstände zu überwinden, doch wenn man das Problem der Gewalt umfassend bekämpfen will, müssen die Menschen unbedingt auf allen Ebenen alle möglichen Formen partnerschaftlicher Zusammenarbeit eingehen, um so eine wirksame Gegenwehr aufzubauen.

Dieser Kurzbericht wendet sich in erster Linie an alle, die auf nationaler Ebene für die Gesundheit der Bevölkerung betreffende Entscheidungen und für die nationale Gesundheitspolitik zu-

- Gewalt wird oft als unvermeidbarer Bestandteil der menschlichen Befindlichkeit gesehen, als etwas zum Leben dazu Gehöriges, das man wohl nicht verhindern und auf das man nur reagieren kann. Doch diese Auffassung wandelt sich allmählich, unterstützt durch die Erfolge, die man bei der Bekämpfung anderer umwelt- und verhaltensbedingter Gesundheitsprobleme erzielt hat, wenn dagegen mit Public-Health-Ansätzen vorgegangen wurde.
- Der Gesundheitssektor hat ein besonderes Interesse an der Verhütung von Gewalt, zugleich kommt ihm dabei aber auch eine Schlüsselrolle zu.
- Wenn man das Problem der Gewalt umfassend bekämpfen will, müssen die Menschen unbedingt auf allen Ebenen alle möglichen Formen partnerschaftlicher Zusammenarbeit eingehen, um so eine wirksame Gegenwehr aufzubauen.

ständig sind, aber auch an diejenigen, die bevölkerungsnah im Gesundheitsbereich arbeiten und mit den Problemen und Bedürfnissen der Bevölkerung in ihrem Nahbereich am besten vertraut sind. Die in diesem Kurzbericht zum Ausdruck gebrachten Ansichten und die aus der Darstellung gezogenen Schlussfolgerungen stützen sich auf den *World report on violence and health* und auf die zahlreichen Untersuchungen, auf die sich dieser Bericht bezieht.

Gewalt aus gesundheitlicher Sicht

Im Allgemeinen beschränkt sich die vom Gesundheitssektor ausgehende Gewaltgegenwehr weitgehend auf reaktive und therapeutische Maßnahmen. Da man dabei tendenziell auf spezielle Interessengebiete und konkrete Sachkenntnis beschränkt bleibt, werden das Gesamtbild und die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Formen von Gewalt jedoch häufig übersehen. Gewalt ist aber ein komplexes Phänomen, das umfassender und ganzheitlich angegangen werden muss.

Public Health konzentriert sich definitionsgemäß nicht auf den einzelnen Patienten, sondern eher auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und ganzen Bevölkerungen. Dabei legt man mit den gesundheitlichen Maßnahmen das Schwergewicht möglichst auf Bevölkerungsgruppen, die am stärksten durch Krankheiten oder Verletzungen gefährdet sind. Die Public Health verfolgt grundlegend das Ziel, Gesundheit zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie legt Wert darauf zu verhindern, dass Krankheiten oder Verletzungen überhaupt vorkommen oder wieder auftreten, und beschäftigt sich weniger mit der Behandlung ihrer gesundheitlichen Folgen.

Die Public Health geht gegen jede Gefährdung des Wohlergehens der Bevölkerung herkömmlicherweise mit den folgenden vier Schritten vor (5):

¹ Krug EG et al., eds., *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002

- Das Ausmaß des Problems wird erkundet und beobachtet,
- die Ursachen des Problems werden ermittelt,
- es werden Möglichkeiten zur Bewältigung des Problems gesucht und erprobt,
- die nachweislich wirksamen Maßnahmen werden in breitem Maßstab eingesetzt.

Der Public-Health-Ansatz ist wissenschaftlich fundiert. Von der Erkennung des Problems und seiner Ursachen bis zur Planung, Erprobung und Auswertung von Gegenmaßnahmen muss sich alles auf tragfähige Forschungsergebnisse gründen und von den besten wissenschaftlich abgestützten Fakten untermauert sein. Der Ansatz ist zudem disziplinübergreifend. Beamte des öffentlichen Gesundheitswesens arbeiten partnerschaftlich mit einer Vielzahl von Leuten und Organisationen zusammen und machen sich dabei eine Fülle von Sachkenntnis zunutze. Sie holen sich das notwendige Wissen aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie und Psychologie, aus Soziologie, Kriminologie, Bildung und Wirtschaft.

Die Public-Health-Praktiker und ihre Partner gehen an das Gewaltproblem mit der festen, wissenschaftlich abgestützten Überzeugung heran, dass sich gewalttätiges Verhalten und dessen Folgen verhüten lassen. Der Public-Health-Ansatz ist dabei keineswegs ein Ersatz für die Strafgerichtsbarkeit oder die Reaktion vonseiten der Vorkämpfer für die Menschenrechte. Die Public Health ergänzt diese Aktivitäten vielmehr, gibt ihnen zusätzliche Instrumente an die Hand und eröffnet neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit.

Definition von Gewalt

Gewalt als die Gesundheit der Bevölkerung gefährdendes Problem wurde bisher u. a. deshalb weitgehend ignoriert, weil keine eindeutige Problemdefinition vorliegt. Gewalt ist ein äußerst diffuses und komplexes Phänomen, das sich einer exakten wissenschaftlichen Definition entzieht und dessen Definition eher dem Urteil des Einzelnen überlassen bleibt. Die Vorstellung von akzeptablen und nicht akzeptablen Verhaltensweisen und die Grenzen dessen, was als Gefährdung empfunden wird, unterliegen kulturellen Einflüssen und sind fließend, da sich Wertvorstellungen und gesellschaftliche Normen ständig wandeln. Noch vor einer Generation wurde Disziplin in britischen Schulen durchaus ganz normal noch mit dem Stock durchgesetzt, mit dem die Schüler auf das Gesäß, die Beine oder Hände geschlagen wurden. Heute kann ein Lehrer, der sich in dieser Form an einem Kind vergreift, dafür strafrechtlich verfolgt werden.

Es gibt also keinen weltweit einheitlichen Moralkodex, was es zu einer außerordentlich lohnenden, aber zugleich auch schwierigen und heiklen Angelegenheit macht, das Thema Gewalt in einem globalen Forum anzusprechen. Dennoch muss das unbedingt geschehen. Es muss der Versuch unternommen werden, zu einem einvernehmlichen Verständnis der Problematik zu gelangen und durch die gründliche Auseinandersetzung mit dem Stellenwert der Menschenrechte globale Verhaltensstandards festzulegen, die dazu beitragen können, in unserer sich rasch verändernden Welt Leben und Würde des Menschen zu schützen.

Gewalt lässt sich auf die unterschiedlichste Weise definieren, es kommt immer darauf an, wer den Begriff definiert und für welchen Zweck dies geschieht. Eine als Instrument des Strafvollzugs gedachte Definition wird zweifellos anders aussehen als eine für die Sozialarbeit brauchbare Definition. Die Public Health muss sich die Aufgabe stellen, 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. Ein weltweiter Konsens ist aber auch schon deshalb notwendig, weil nur so ein Datenvergleich möglich ist und eine tragfähige Wissensgrundlage geschaffen werden kann.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt (4) folgendermaßen:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.

Die Definition umfasst zwischenmenschliche Gewalt ebenso wie suizidales Verhalten und bewaffnete Auseinandersetzungen. Sie schließt die unterschiedlichsten Handlungen ein, d. h. sie reicht über das konkrete physische Handeln hinaus und bezieht auch Drohungen und Einschüchterungen in die inhaltliche Reichweite des Begriffs ein. Neben Tod und Verletzung umfasst die Definition auch die Unzahl der oftmals weniger offensichtlichen Folgen gewalttätigen Verhaltens, wie z. B. psychische Schäden, Deprivation und Fehlentwicklungen, die das Wohlergehen des einzelnen Menschen, von Familien und ganzen Gemeinschaften gefährden.

Typologie der Gewalt

Die Komplexität, Allgegenwärtigkeit und Unterschiedlichkeit gewalttätigen Handelns lösen das Gefühl von Machtlosigkeit und Apathie aus. Nur anhand eines analytischen Bezugsrahmens oder einer Typologie der Gewalt lassen sich die Fäden dieses komplizierten Gewebes entwirren, so dass sich der Charakter des Problems und die zu seiner Bewältigung erforderlichen Maßnahmen deutlicher abzeichnen. Bisher waren spezialisierte Forschungsbereiche und konkrete Handlungsfelder in ihrem Bemühen, der Gewalt entgegenzutreten, aufgesplittert. Dieses Defizit gilt es zu beheben, weshalb der analytische Bezugsrahmen die gemeinsamen Charakteristika und die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Formen von Gewalt hervorheben und zu einem ganzheitlichen Präventionsmodell hinführen sollte. Bisher gibt es nur wenige Typologien dieser Art und keine ist umfassend oder allgemein akzeptiert (6).

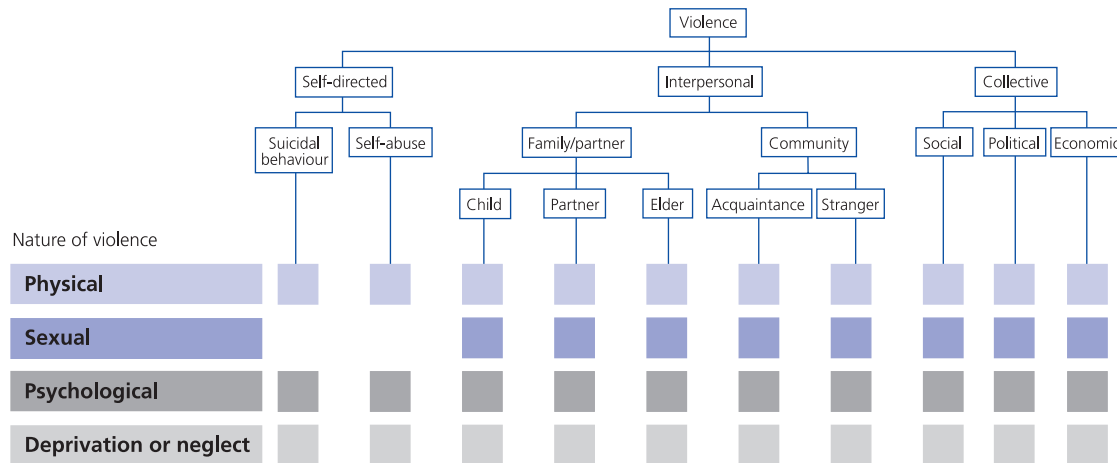
Die im *World report on violence and health* benutzte Typologie gliedert Gewalt in drei breite Kategorien, die darauf Bezug nehmen, von wem die Gewalt ausgeht: Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt.

Diese erste Kategorisierung unterscheidet zwischen der Gewalt, die sich eine Person selbst antut, und der Gewalt, die von einer anderen Person bzw. von einer kleineren Personengruppe ausgeht, und letztlich der Gewalt, die von größeren Gruppierungen wie z. B. Staaten, organisierten politischen Gruppen, Milizen und Terrororganisationen verübt wird (s. Abb. 1).

Diese drei breiten Kategorien gliedern sich jeweils wiederum in konkretere Formen von Gewalt auf.

Abb. 1

Eine Typologie der Gewalt



Als Gewalt gegen die eigene Person gelten suizidales Verhalten und Selbstmisshandlung, wie z. B. Selbstverstümmelung. Beim suizidalen Verhalten sind Gradunterschiede festzuhalten. Es reicht vom bloßen Gedanken daran, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, über die Planung der Tat, die Suche nach den Mitteln und dem Versuch, sich das Leben zu nehmen, bis zum vollendeten Selbstmord. Allerdings können diese Stadien auf einer kontinuierlichen Skala nicht als unterschiedliche, fest abgegrenzte Einheiten angegeben werden. Viele Menschen, die sich mit dem Gedanken an Selbstmord tragen, setzen ihn nie in die Tat um, und selbst einem Selbstmordversuch liegt möglicherweise keine Sterbeabsicht zugrunde.

Die zwischenmenschliche Gewalt gliedert sich in zwei Untergruppen:

- Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern, d. h. Gewalt, die weitgehend auf Familienmitglieder und den Intimpartner beschränkt ist und normalerweise, wenn auch nicht ausschließlich, im Zuhause der Betroffenen verübt wird.
- Von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehende Gewalt, d. h. Gewalt unter nicht miteinander verwandten und nicht notwendigerweise miteinander bekannten Personen, die normalerweise außerhalb des Zuhauses der Betroffenen verübt wird.

Zur ersteren Unterkategorie zählen beispielsweise Kindesmissbrauch, Gewalt durch einen Intimpartner und Misshandlung alter Menschen. Unter letztere fallen Gewalt unter Jugendlichen, willkürliche Gewalttaten, Vergewaltigung oder sexuelle Übergriffe durch Fremde und Gewalt im institutionellen Umfeld, z. B. in Schulen, an Arbeitsplätzen, in Gefängnissen und Pflegeheimen.

Kollektive Gewalt bezeichnet die gegen eine Gruppe oder mehrere Einzelpersonen gerichtete instrumentalisierte Gewaltanwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe begreifen und damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele durchsetzen wollen. Sie kann die unterschiedlichsten Formen annehmen, kann als bewaffnete Auseinandersetzung innerhalb von Staaten oder unter Staaten auftreten, als Völkermord, Unterdrückung und sonstige Missachtung der Menschenrechte vorkommen und sich als Terrorismus und organisiertes Gewaltverbrechen manifestieren.

Mit dieser Typologie erfasst man auch den Charakter von Gewalttaten, die physischer, sexueller oder psychologischer Art sein und auch Deprivation oder Vernachlässigung beinhalten können. Berücksichtigt werden damit zudem die Bedeutung des Umfelds, die Beziehung zwischen Täter und Opfer und – im Fall von kollektiver Gewalt – die möglichen Motive der Gewalt.

Gewalt messen

Soll das Gesundheitssystem aktiv werden können, so muss zunächst der Umfang des betreffenden Gesundheitsproblems ermittelt werden. Dieses Wissen bildet die unabdingbare Grundlage einer tragfähigen Politik. Verlässliche Daten über das Ausmaß der Gewalt sind nicht nur für Planungs- und Beobachtungszwecke wichtig, sondern auch um sinnvolle Überzeugungsarbeit leisten zu können. Ohne Informationen fühlt sich kaum jemand gezwungen, das Problem anzuerkennen, geschweige denn, darauf zu reagieren.

Gewalt lässt sich keineswegs so ohne Weiteres messen. Die Länder sind mit der Entwicklung ihrer Datensysteme unterschiedlich weit, weshalb die verfügbaren Angaben in Bezug auf ihre Vollständigkeit, Qualität, Verlässlichkeit und Brauchbarkeit ebenfalls ganz unterschiedlich aussehen. Viele Gewalttaten werden nie registriert, weil die Behörden überhaupt nichts davon erfahren. Andere werden zwar gemeldet, doch die Unterlagen enthalten nicht alle zum Verständnis des Problems erforderlichen Informationen. Da beispielsweise die Definition von Missbrauch einen Einfluss darauf hat, welche Daten überhaupt erhoben werden, werden wichtige Aspekte der Problematik vielerorts durch unzulängliche Definitionen verschleiert. Außerdem sind weder Definitionen noch Datenerhebung konsequent, was einen Datenvergleich zwischen Bevölkerungsgruppen oder gar Nationen schwierig macht.

Gegenwärtig sind Sterblichkeitsdaten die am meisten erhobenen und am ehesten verfügbaren Angaben. Datenquellen sind Totenscheine, Bevölkerungsstatistiken und Gerichtsunterlagen. Mortalitätsdaten zeigen jedoch nur die Spitze des Eisbergs. Auf jeden Getöteten entfallen zahlreiche andere, die verletzt, psychisch zugrunde gerichtet oder für den Rest ihres Lebens zu Behinderten gemacht werden. Wenn man also davon ausgeht, dass Gewalt sehr viel häufiger nicht tödliche Folgen hat (7–11), so braucht man andere Daten, um ein vollständiges Bild der Ausbreitung von Gewalt zu erhalten, u. a. folgende:

- Gesundheitsdaten über Krankheiten, Verletzungen und andere Gesundheitsdefizite,
- Eigenangaben über Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen, kulturelle Praktiken, Viktimisierung und die Belastung durch Gewalt,
- bevölkerungsbezogene Daten über Bevölkerungscharakteristika und Einkommens-, Bildungs- und Beschäftigungsniveau,
- Verbrechensdaten über die Kennzeichen und Umstände von Gewaltepisoden und das Profil von Gewaltverbrechern,
- wirtschaftliche Angaben über Behandlungskosten, Sozialdienste und Präventionsmaßnahmen,
- polizeiliche und rechtliche Angaben.

- Public Health konzentriert sich auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und der Bevölkerung insgesamt. Dabei liegt der Schwerpunkt gesundheitlicher Maßnahmen bei Bevölkerungsgruppen, die am stärksten durch Krankheiten oder Verletzungen gefährdet sind. Der Public-Health-Ansatz ist wissenschaftlich fundiert. Konzepte und Maßnahmen müssen von den wissenschaftlich abgestützten Fakten untermauert sein. Der Ansatz ist zudem disziplinübergreifend.
- Soll das Gesundheitssystem aktiv werden können, so muss zunächst eine klare Definition von Gewalt vorliegen. Außerdem braucht man einen konzeptionellen Rahmen für das Verständnis der zahlreichen Erscheinungsformen und Umfelder von Gewalt.
- Verlässliche Daten über das Ausmaß der Gewalt sind unabdingbar für das Problemverständnis. Sie sind auch wichtig für eine sinnvolle Überzeugungsarbeit. Ohne Informationen fühlt sich kaum jemand gezwungen, das Problem anzuerkennen, geschweige denn, darauf zu reagieren.

Diese Daten können aus den unterschiedlichsten Quellen stammen, von Einzelpersonen, aus den Unterlagen von Organisationen und Institutionen, aus örtlichen Programmen, kommunalen und staatlichen Statistiken und Bevölkerungssurveys oder anderen Erhebungen sowie aus gesonderten Untersuchungen. Alle diese Quellen können sinnvoll zum Verständnis der Problematik beitragen und sie weiter veranschaulichen, weshalb multi-sektorale Partnerschaften für den Public-Health-Ansatz außerordentlich wichtig sind.

Die Auswirkungen von Gewalt – verlorenes Leben und geschädigte Gesundheit

Im Jahr 2000 verloren weltweit schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen das Leben durch Gewalteinwirkung, das ist eine Rate von fast 28,8 pro 100 000 (s. Tabelle 1). Bei etwa der Hälfte dieser Fälle handelte es sich um Selbstmord, fast ein Drittel waren Tötungsdelikte und ungefähr ein Fünftel fiel bewaffneten Auseinandersetzungen zum Opfer.

Tabelle. 1: Gewaltbedingte Sterbefälle, globaler Schätzwert, 2000

Art der Gewalt	Zahl ^a	Rate pro 100 000 Einwohner ^b	Gesamtanteil (%)
Tötungsdelikt	520 000	8,8	31,3
Selbstmord	815 000	14,5	49,1
Kriegsbedingt	310 000	5,2	18,6
Insgesamt ^c	1 659 000	28,8	100,0
Länder mit niedrigem bis mittlerem Pro-Kopf-Einkommen	1 510 000	32,1	91,1
Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen	149 000	14,4	8,9

Quelle: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Auf Tausend abgerundet.

^b Altersbereinigt.

^c Schließt 14 000 vorsätzlich durch Rechtsmaßnahmen bewirkte Sterbefälle ein.

Selbstverständlich ist nicht jeder Mensch dem Gewaltrisiko gleichermaßen ausgesetzt. Eine gründlichere Analyse des Problems zeigt deutlich, wer hauptsächlich Opfer von Gewalteinwirkung wurde und wo er lebte. Männer machen zwei Drittel aller Opfer von Tötungsdelikten aus, die entsprechende Ziffer war um mehr als das Dreifache höher als bei Frauen. Am häufigsten waren Tötungsdelikte überall auf der Welt unter jungen Männern der Altersgruppe 15–29 Jahre. Dort lag die Rate bei 19,4 pro 100 000 (s. Tabelle 2). Tötungsdelikte unter Männern sind bei

zunehmendem Alter jedoch rückläufig. Bei Frauen beträgt die Rate dagegen in allen Altersgruppen ungefähr 4 pro 100 000, mit Ausnahme der 5–14-Jährigen, wo sie bei etwa 2 pro 100 000 liegt.

Die Selbstmordziffer zeigt dagegen für beide Geschlechter mit zunehmendem Alter eine steigende Tendenz (s. Tabelle 2). Die höchste Selbstmordrate entfiel auf die Altersgruppe der 60-jährigen und älteren Männer. Sie liegt dort bei 44,9 pro 100 000 und ist damit über doppelt so hoch wie die Ziffer unter Frauen der gleichen Altersgruppe (22,1 pro 100 000). Im Gegensatz dazu betrug die Selbstmordrate unter den 15–29-Jährigen bei Männern 15,6 pro 100 000 und bei Frauen 12,2 pro 100 000.

Tabelle 2: Tötungsdelikte und Selbstmorde, globaler Schätzwert nach Altersgruppen, 2000

Altersgruppe (Jahre)	Tötungsdelikte (pro 100 000)		Selbstmorde (pro 100 000)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0–4	5,8	4,8	0,0	0,0
5–14	2,1	2,0	1,7	2,0
15–29	19,4	4,4	15,6	12,2
30–44	18,7	4,3	21,5	12,4
45–59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥ 60	13,0	4,5	44,9	22,1
Insgesamt ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

Quelle : WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

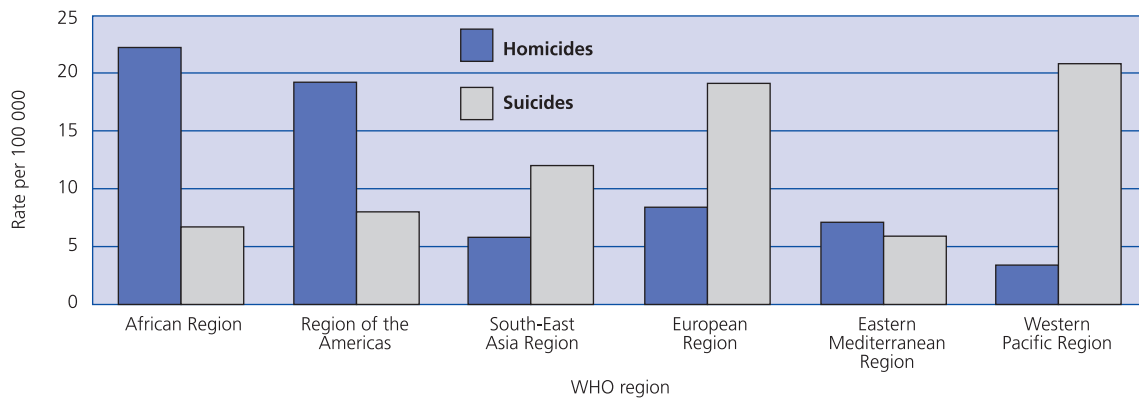
^a Altersbereinigt

Die Ziffer der gewaltbedingten Sterbefälle schwankt auch mit dem Pro-Kopf-Einkommen eines Landes. In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Pro-Kopf-Einkommen ist sie mehr als doppelt so hoch (32,1 pro 100 000) als in Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen (14,4 pro 100 000). Hinter diesen Gesamtziffern verbergen sich allerdings große Unterschiede. Beispielsweise sehen die Ziffern in den einzelnen WHO-Regionen ungeheuer unterschiedlich aus (s. Abb. 2). In der Afrikanischen Region und der Region Gesamtamerika zeigt die Ziffer der Tötungsdelikte nahezu das Dreifache der Selbstmordziffer an. In der Region Südostasien und in der Europäischen Region ist die Selbstmordziffer dagegen über doppelt so hoch wie die Rate der Tötungsdelikte und in der Westpazifischen Region ist die Selbstmordziffer um fast sechs Mal höher als die Rate der Tötungsdelikte.

Hinter der Gesamtziffer verbergen sich auch große Unterschiede innerhalb der einzelnen Länder, zwischen Stadt- und Landbevölkerung, reichen und armen Gemeinden und unterschiedlichen rassischen und ethnischen Gruppierungen. In Singapur liegt die Selbstmordziffer von Einwohnern mit chinesischer und indischer Herkunft höher als bei ethnischen Malaien (12). In den Vereinigten Staaten fielen 1999 mehr als doppelt so viele afroamerikanische junge Menschen der Altersgruppe 15–24 Jahre einem Gewaltverbrechen zum Opfer wie in der gleichen Altersgruppe der hispanischen Bevölkerung und die Ziffer lag mehr als zwölf Mal über der Rate unter den kaukasischen, nicht hispanischen Bevölkerungsteilen (13).

Abb. 2

Mord- und Selbstmordraten nach WHO-Region, 2000



Die Angaben über die gewaltbedingten Sterbefälle sagen jedoch nicht alles aus. Körperliche, sexuelle und psychische Misshandlungen kommen täglich in jedem Land vor, untergraben die Gesundheit und das Wohlergehen von Millionen von Menschen und kosten die Nationen darüber hinaus Unsummen für Gesundheitsversorgung und Rechtshandhabung sowie wegen des gewaltbedingten Arbeits- und Produktivitätsausfalls (14–21) (s. Kasten 2). Die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt können außerdem über Jahre hinweg anhalten und bleibende Behinderungen wie Rückgratverletzungen, Hirnschäden und den Verlust von Gliedmaßen umfassen.

Gewaltopfer erleiden jedoch nicht nur eine direkte körperliche Verletzung, sondern sind auch stärker durch die unterschiedlichsten psychischen und verhaltensbezogenen Probleme gefährdet, z. B. durch Depression, Alkoholmissbrauch, Angstzustände und Suizidverhalten. Hinzu kommen Probleme im Bereich der reproduktiven Gesundheit wie ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten und sexuelle Funktionsstörungen (22–25).

- Im Jahr 2000 verloren schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen ihr Leben durch Gewalteinwirkung. Bei etwa der Hälfte dieser Fälle handelte es sich um Selbstmord, ein Drittel waren Tötungsdelikte und ungefähr ein Fünftel fiel bewaffneten Auseinandersetzungen zum Opfer.
- Im Jahr 2000 war die Gesamtziffer der gewaltbedingten Sterbefälle in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Pro-Kopf-Einkommen mehr als doppelt so hoch wie in Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen. Hinter diesen Gesamtziffern verbergen sich allerdings große regionale und sogar erhebliche innerstaatliche Unterschiede.
- Gewalt hat mehrheitlich zwar nicht den Tod zur Folge, führt aber zu Verletzungen, psychischen und reproduktiven Gesundheitsproblemen, sexuell übertragbaren Krankheiten und anderen Problemen. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt können über Jahre hinweg anhalten und zu bleibenden körperlichen oder psychischen Behinderungen werden.
- Gewalt verursacht jedoch nicht nur großes menschliches Leid, sondern hat auch ihren sozialen und wirtschaftlichen Preis, der sich zwar nur schwer quantifizieren lässt, aber erheblich ist.

Man muss sich jedoch unbedingt klar machen, dass zwischen einer Gewalttat und ihren Auswirkungen nur selten ein monokausaler Wirkungszusammenhang besteht, vor allem wenn es um psychische Misshandlungen geht. Selbst im Extremfall ist eine Vielzahl von Reaktionen und Wirkungen denkbar, da die Menschen auf widrige Lebensumstände höchst individuell reagieren. Alter und Temperament der Betroffenen haben starken Einfluss darauf, wie sie mit Gewalterfahrungen fertig werden. Auch die emotionale Unterstützung durch ihr persönliches Umfeld erleichtert ihnen die Bewältigungsarbeit. Menschen, die auf Gewalt aktiv reagieren, sind normalerweise psychisch

widerstandsfähiger als andere, die passiv bleiben. Behandlungs- und Präventionsprogramme brauchen eine fundierte wissenschaftliche Grundlage, weshalb die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und die Mittlerfaktoren noch sehr viel eingehender erforscht werden müssen.

KASTEN 2

Der Preis der Gewalt

Die Gewalt fordert ihren Preis an menschlichem Leid, belastet darüber hinaus aber auch die Volkswirtschaft erheblich.

In zwischen 1996 und 1997 von der Inter-American Development Bank gesponserten Untersuchungen über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gewalt in sechs lateinamerikanischen Ländern wurde berechnet, dass sich allein die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Brasilien auf 1,9% des Bruttoinlandsprodukts beliefen. In Kolumbien waren es 5,0%, in El Salvador 4,3%, in Mexiko 1,3%, in Peru 1,5% und in Venezuela 0,3% (14). In einer aus dem Jahr 1992 stammenden Studie aus den Vereinigten Staaten wurden die jährlichen Kosten der Behandlung von Schusswaffenverletzungen auf 126 Milliarden US-Dollar angesetzt (15). Schnitt- und Stichwunden kosteten weitere 51 Milliarden US-Dollar.

Die Fakten zeigen, dass Opfer von häuslicher oder sexueller Gewalt in der Regel mit mehr Gesundheitsproblemen zu kämpfen haben, dass ihre Gesundheitsversorgung wesentlich mehr kostet und sie im Verlauf ihres Lebens häufiger in die Notaufnahme eines Krankenhauses kommen als andere mit einer nicht von Gewalt geprägten Lebensgeschichte. Das Gleiche gilt auch für die Opfer von Kindesmissbrauch und -misshandlung und Vernachlässigung.

In der Berechnung der Kosten, die die Gewalt der Volkswirtschaft eines Landes aufbürdet, müssen neben den direkten Ausgaben für die medizinische Versorgung und den Strafvollzug auch noch eine Vielfalt anderer Faktoren berücksichtigt werden. Indirekte Kosten sind beispielsweise:

- Bereitstellung von Obdach oder einer sicheren Unterkunft und von Langzeitbetreuung,
- Produktivitätseinbußen aufgrund von Frühsterblichkeit, Verletzungen, Fehlzeiten, Langzeitbehinderungen und verlorenen Möglichkeiten,
- verminderte Lebensqualität und die verringerte Fähigkeit, für sich selbst oder andere zu sorgen,
- Schäden an öffentlichem Eigentum und an der Infrastruktur, was beispielsweise die Funktionsfähigkeit von Gesundheitsversorgung, Verkehrswesen und Lebensmittelversorgung einschränkt,
- Störung des Alltags als Folge von Angst um die persönliche Sicherheit,
- negative Anreize für Investitionen und Fremdenverkehr, was die wirtschaftliche Entwicklung hemmt.

Der Preis der Gewalt wird nur selten von allen gleichermaßen gezahlt. Am schwersten betroffen sind immer alle, die die geringsten Möglichkeiten haben, sich vor einer wirtschaftlichen Notlage zu schützen.

Die Wurzeln der Gewalt – ein ökologisches Modell

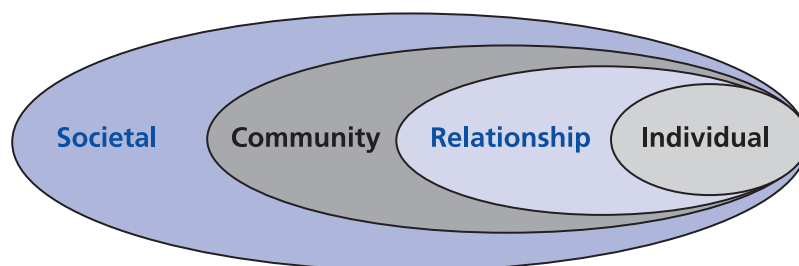
Weshalb ein Mensch gewalttätig wird, ein anderer dagegen nicht, das lässt sich nicht monokausal erklären, ebenso wenig wie die Frage, warum das soziale Gefüge einer Gemeinschaft durch die unter ihren Mitgliedern herrschende Gewaltkultur zerfällt, während eine benachbarte Bevölkerungsgruppe in Frieden lebt. Gewalt ist ein außerordentlich komplexes Phänomen, das in der Wechselwirkung zahlreicher biologischer, sozialer, kultureller, wirtschaftlicher und politischer Faktoren wurzelt.

Einige Risikofaktoren mögen sich konkret einer bestimmten Form von Gewalt zuordnen lassen, häufiger sind den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Gewalt jedoch eine Reihe von Risikofaktoren gemeinsam. Die Aufsplitterung in unterschiedliche fachliche Interessenbereiche stellt sich dieser Erkenntnis allerdings häufig hinderlich in den Weg und fördert das konzeptionell unzusammenhängende Herangehen an die Prävention von Gewalt. Dies widerspricht wiederum den Anforderungen der öffentlichen Gesundheit, die die unterschiedlichen Formen der Gewalt in ihrem breiteren Kontext erfassen und sich der ihnen zugrunde liegenden gemeinsamen Strukturen bewusst sein muss.

Der *World report on violence and health* versucht den vielschichtigen Charakter der Gewalt anhand eines ökologischen Modells zu erklären. Das Modell fand zunächst Ende der 1970er Jahre Eingang in die Forschung zum Thema Kindesmissbrauch (26, 27), wurde danach von anderen Bereichen der Gewaltforschung übernommen (28–32) und wird als konzeptionelles Instrument ständig weiterentwickelt. Seine Stärke liegt in der Trennschärfe, die es ermöglicht, die Unzahl der die Entstehung von Gewalt bestimmenden Einflussfaktoren zu unterscheiden, wobei es zugleich einen Verständnisrahmen für die Wechselwirkung dieser Faktoren liefert (s. Abb. 3).

Abb. 3

Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt



Das mit vier Ebenen arbeitende Modell ist hilfreich für die Ergründung der das Verhalten beeinflussenden Faktoren oder von Faktoren, die das Risiko, zum Gewalttäter oder Gewaltopfer zu werden, erhöhen.

- Auf der ersten Ebene werden die biologischen Faktoren und persönlichen Entwicklungsfaktoren erfasst, die einen Einfluss darauf haben, wie sich der *einzelne Mensch* verhält, und ihn mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zum Gewaltopfer oder -täter werden lassen. Beispiele für Faktoren, die sich messen oder zurückverfolgen lassen, sind demographische Kennzeichen (Alter, Bildungsstand, Einkommen), psychische oder

Persönlichkeitsstörungen, Substanzenmissbrauch und früheres Aggressionsverhalten oder die Erfahrung, misshandelt oder missbraucht worden zu sein.

- Die zweite Schicht ist die *Beziehungsebene*, auf der die engen zwischenmenschlichen Beziehungen zu Familie, Freunden, Intimpartnern, Gleichaltrigen und Kollegen u. a. auf die Frage hin untersucht werden, inwieweit sie das Risiko, zum Gewaltopfer oder -täter zu werden, erhöhen. Unter Jugendlichen können beispielsweise gewaltbereite Freunde die Gefahr, dass ein junger Mensch zum Gewaltopfer oder -täter wird, verstärken (33, 34).
- Auf der dritten Ebene geht es um die soziale Beziehungen stiftenden Umfelder der *Gemeinschaft* wie Schulen, Arbeitsplätze und Nachbarschaften und um die für die jeweiligen Settings charakteristischen, Gewalt fördernden Risikofaktoren. Das Risiko auf dieser Ebene wird beispielsweise durch Faktoren wie Wohnmobilität beeinflusst (d. h. ob die Bewohner der unmittelbaren Nachbarschaft sehr sesshaft sind oder häufig umziehen), aber auch durch Bevölkerungsdichte, hohe Arbeitslosigkeit oder die Existenz eines Drogenmarktes am Ort.
- Bei der vierten Ebene richtet sich der Blick auf die *gesellschaftlichen* Faktoren im weiteren Sinne, die ein die Gewalt förderndes oder ihr abträgliches Klima schaffen. Dazu gehören die Verfügbarkeit von Waffen sowie soziale und kulturelle Normen. Eine solche Norm ist es beispielsweise, wenn das Elternrecht gegenüber dem Wohl des Kindes Vorrang genießt, wenn Selbstmord als persönliche Entscheidung und nicht als verhütbare Gewalttat begriffen wird, wenn die männliche Vorherrschaft gegenüber Frauen und Kindern fest verwurzelt ist, die übertriebene polizeiliche Gewaltanwendung gegenüber Bürgern auf Zustimmung stößt und politische Konflikte gefördert werden. Ein gesellschaftlicher Faktor im weiteren Sinne ist auch eine Gesundheits-, Wirtschafts- und Bildungspolitik, die wirtschaftliche und soziale Verteilungsgerechtigkeiten in der Gesellschaft festschreibt.

Die sich überschneidenden Kreise des Modells veranschaulichen, wie auf jeder Ebene Faktoren durch Faktoren einer anderen Ebene gestärkt oder modifiziert werden. Beispielsweise wird eine aggressive Persönlichkeit wahrscheinlich eher gewalttätig auftreten, wenn in ihrer Familie oder in ihrem Lebensumfeld Konflikte gewohnheitsmäßig durch den Einsatz von Gewaltmitteln gelöst werden, als wenn der Betreffende in einer friedlicheren Umwelt lebt. Soziale Isolierung, ein in der Gemeinschaft weit verbreiteter Faktor, der häufig eine Rolle spielt, wenn alte Menschen schlecht behandelt werden, wird sowohl durch gesellschaftliche Faktoren (z. B. weniger Achtung vor dem Alter allgemein) wie durch Beziehungsfaktoren (Verlust von Freunden und Familienmitgliedern) beeinflusst.

Das ökologische Modell trägt also zur Klärung der Gewaltursachen und ihrer komplizierten Wechselwirkungen bei, macht aber auch deutlich, dass auf mehreren Ebenen gleichzeitig gehandelt werden muss, wenn Gewalt verhindert werden soll. Dazu gehört beispielsweise Folgendes:

- Auseinandersetzung mit persönlichkeitsbedingten Risikofaktoren und Schritte zur Modifizierung des Risikoverhaltens des einzelnen Menschen.
- Beeinflussung enger persönlicher Beziehungen und Schaffung gesundheitsförderlicher familiärer Umfelder sowie Bereitstellung von professioneller Hilfe und Unterstützung für nicht funktionierende Familien.

- Beobachtung der Situation im öffentlichen Lebensumfeld, wie z. B. an Schulen, Arbeitsplätzen und in Nachbarschaften und Auseinandersetzung mit Problemen, die zu Gewalt führen könnten.
- Auseinandersetzung mit der fehlenden Gleichberechtigung der Geschlechter und mit schädlichen Einstellungen und Praktiken.
- Beeinflussung der kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren im weiteren Sinne, die zur Entstehung von Gewalt beitragen, und auf eine Änderung dieser Faktoren abzielende Schritte, darunter Maßnahmen, die das Gefälle zwischen Arm und Reich abflachen, sowie solche, die den chancengleichen Zugang zu Gütern, Dienstleistungen und Chancen sicherstellen.

- Weshalb ein Mensch gewalttätig wird, ein anderer dagegen nicht, das lässt sich nicht monokausal erklären. Gewalt ist ein komplexes Phänomen, das in der Wechselwirkung zahlreicher biologischer, sozialer, kultureller, wirtschaftlicher und politischer Faktoren wurzelt.
- Einige Risikofaktoren mögen sich konkret einer bestimmten Form von Gewalt zuordnen lassen, häufiger sind den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Gewalt jedoch mehrere Risikofaktoren gemeinsam.
- Das ökologische Modell trägt zur Klärung der Gewaltursachen und ihrer komplizierten Wechselwirkungen bei, macht aber auch deutlich, was auf den verschiedenen Ebenen geschehen muss, wenn Gewalt verhindert werden soll.

Von der theoretischen Analyse zum Handeln.

Ein allgemeines Modell über die Wurzeln von Gewalt vermittelt nützliche Einsichten und zeigt, welche Wege Forschung und Prävention beschreiten könnten. Häufig klafft jedoch eine ungeheure Kluft zwischen der Beobachtung eines bestimmten Effekts und der Einsicht in dessen Entstehungsgrundlage. Gesundheitsprogramme müssen so abgesichert sein, dass Maßnahmen nicht durch bloße Annahmen oder vereinzelte Fakten ausgelöst werden. Wirksame Präventionsstrategien müssen sich auf ein fundiertes Problemverständnis gründen und durch hochkarätige Forschungsarbeiten über die Gewalt beeinflussenden Faktoren und ihre Wechselwirkung abgestützt werden.

Im Gesundheitswesen spricht man normalerweise von drei Ebenen der Prävention:

- Primärprävention – dabei handelt es sich um Ansätze, die verhindern sollen, dass es überhaupt zu Gewalt kommt.
- Sekundärprävention – Ansätze, die sich auf die unmittelbare Reaktion auf Gewalt konzentrieren, wie z. B. Betreuung vor Krankenhauseinweisung, Notfalldienste oder Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten nach einer Vergewaltigung.
- Tertiärprävention – Ansätze, deren Schwerpunkt auf der Langzeitbetreuung nach Gewalthandlungen liegt, z. B. Rehabilitation und Wiedereingliederung, sowie Versuche, Traumata abzubauen oder die mit Gewalt verbundenen lang anhaltenden Behinderungen zu reduzieren.

Diese drei Ebenen der Prävention definieren sich durch ihre zeitliche Dimension – gefragt wird, ob Präventivmaßnahmen greifen, bevor Gewalt auftritt oder ob sie unmittelbar danach oder auf längere Sicht wirksam werden. Diese Ebenen der Prävention wurden herkömmlicherweise an Gewaltopfern und im Rahmen der Gesundheitsversorgung abgearbeitet. Sie sind jedoch auch für Gewalttäter relevant und wurden deshalb auch für die Einstufung rechtlicher, gegen die Gewalt gerichteter Maßnahmen benutzt.

In der Forschung hält man sich zunehmend an eine Definition der Gewaltprävention, die das Schwergewicht auf die jeweilige Zielgruppe legt (35). Nach dieser Definition lassen sich die Maßnahmen folgendermaßen gruppieren:

- Generelle Maßnahmen – dabei handelt es sich um Ansätze, die sich ohne Berücksichtigung individueller Risiken auf Bevölkerungsgruppen oder die Gesamtbevölkerung richten; Beispiele sind Gewaltprävention auf dem Lehrplan aller Schüler einer Schule oder von Kindern einer bestimmten Altersgruppe sowie bevölkerungsweite Medienkampagnen.
- Ausgewählte Maßnahmen – die Zielgruppe dieser Ansätze sind Personen, die als verstärkt gewaltgefährdet gelten (d. h. auf die ein bestimmter Risikofaktor oder mehrere Risikofaktoren zutreffen); ein Beispiel für Maßnahmen dieser Art sind Elternkurse für Alleinerziehende mit geringem Einkommen.
- Indizierte Maßnahmen – die Zielgruppe dieser Ansätze sind alle, die bereits durch gewalttätiges Verhalten auffällig geworden sind; ein Beispiel ist die Behandlung von häuslichen Gewalttätern.

In Industrie- wie in Entwicklungsländern befasst man sich normalerweise vorrangig mit den unmittelbaren Folgen der Gewalt, man bietet den Opfern Unterstützung an und bestraft die Täter. Das ist zwar wichtig und sollte möglichst überall verstärkt geschehen, zugleich aber muss unbedingt sehr viel mehr in die Primärprävention von Gewalt investiert werden, d. h. in Maßnahmen, die Gewalt gar nicht erst aufkommen lassen.

Viele unterschiedliche Sektoren und Organisationen sollten in die Erarbeitung der sich gegen Gewalt richtenden Maßnahmen einbezogen werden, wobei die Programme auf unterschiedliche kulturelle Rahmenbedingungen und Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sein müssen. Die bisherigen Bemühungen haben die große Schwäche, dass sie nicht gründlich ausgewertet wurden. Die

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Die Primärprävention von Gewalt sollte Vorrang erhalten, d. h. die Maßnahmen sollten bewirken, dass es gar nicht erst zu Gewalt kommt.▪ Viele unterschiedliche Sektoren und Organisationen sollten in die Präventionsarbeit einbezogen werden, wobei die Evaluierung dieser Arbeit ein untrennbarer Bestandteil aller Programme sein muss. |
|---|

Evaluierung sollte ein untrennbarer Bestandteil aller Programme sein, damit man die richtigen Lehren ziehen und weitergeben kann, was bei der Prävention von Gewalt funktioniert und was wirkungslos ist.

DIE FORMEN UND UMFELDER VON GEWALT

Es gibt viele Erscheinungsformen von Gewalt, die auch in den unterschiedlichsten Zusammenhängen auftreten. Eine Grundlage für präventive Gegenmaßnahmen lässt sich nur finden, wenn man das Ausmaß und die Dynamik von zwischenmenschlicher, gegen die eigene Person gerichteter und kollektiver Gewalt erkundet und ihre Zusammenhänge erörtert.

Zwischenmenschliche Gewalt

Im Jahr 2000 kamen weltweit schätzungsweise 520 000 Menschen durch zwischenmenschliche Gewalt ums Leben, das sind umgerechnet 8,8 pro 100 000 Menschen. Doch die offiziellen Statistiken über Tötungsdelikte zeigen nicht das vollständige Bild. Viele Sterbefälle werden als Unfälle kaschiert bzw. natürlichen oder unbekanntem Ursachen zugeschrieben. In Indien vermuten Amtsärzte beispielsweise, dass es sich bei vielen als „Unfallverbrennungen“ registrierten Sterbefällen unter Frauen in Wirklichkeit um Mordfälle handelt, bei denen Frauen von ihren Männern oder von anderen Familienmitgliedern absichtlich mit Kerosin übergossen und angezündet wurden (36). An Orten, wo der Tod von Babys und alten Menschen nicht routinemäßig untersucht wird oder wo keine Obduktionen vorgenommen werden, könnten Fälle ebenfalls fälschlicherweise Krankheit oder anderen natürlichen Ursachen zugeordnet werden (37).

Auf jede Person, die durch Gewalteinwirkung ums Leben kommt, entfallen viele andere, die körperliche Verletzungen oder psychische Schäden erleiden. Die offiziellen Angaben über nicht tödliche Fälle sind häufig lückenhaft, insbesondere wenn es sich dabei um gesellschaftlich stigmatisierte Formen von Gewalt handelt. Das veranschaulicht Tabelle 3, die verdeutlicht, dass in Entwicklungs- wie in Industrieländern Frauen, die von ihren Intimpartnern misshandelt wurden, sehr viel eher Freunden und Familie von ihren Erfahrungen berichten als der Polizei und dass viele überhaupt niemandem etwas davon sagen (25).

Die zwischenmenschliche Gewalt manifestiert sich überall auf der Welt ganz unterschiedlich. Misshandlung von Kindern und alten Menschen sowie Gewalt unter Intimpartnern stellen in allen Ländern ein Problem dar, die Rate der Jugendgewalt ist im Vergleich zu anderen Regionen

- Im Jahr 2000 kamen über 520 000 Menschen durch zwischenmenschliche Gewalt ums Leben.
- Doch die offiziellen Statistiken über Tötungsdelikte liefern möglicherweise ein unvollständiges Bild. Viele durch Gewalt verursachte Sterbefälle, vor allem unter Frauen, Kindern und alten Menschen, werden vielleicht Krankheiten oder anderen natürlichen Ursachen zugeschrieben.

dagegen in Afrika und Lateinamerika besonders hoch. Bestimmte Formen der sexuellen Gewalt wie Kinderheiraten und illegaler Frauenhandel zeigen sich in Afrika und Südasien deutlicher als in anderen Teilen der Welt (38, 39).

Jugend und Gewalt

Gewalt unter jungen Menschen (an der die Altersgruppe zwischen 10 und 29 Jahre beteiligt ist) umfasst eine Vielzahl von aggressiven Handlungen, die von Mobbing und Schlägereien bis zu schwereren Formen von Überfällen und bis zum Totschlag oder Mord reichen. In allen Ländern sind junge Männer die Haupttäter und -opfer von Tötungsdelikten.

Tabelle 3: Anteil der körperlich misshandelten Frauen, die sich bei verschiedenen Stellen um Hilfe bemühen

Land oder Gebiet	Stichprobe (N)	Anteil der körperlich misshandelten Frauen, die:			
		Niemandem davon erzählt haben (%)	Sich an die Polizei gewandt haben (%)	Freunden davon erzählt haben (%)	Verwandten davon erzählt haben (%)
Australien ^a	6300	18	19	58	53
Bangladesch	10368	68	-	-	30
Kanada	12300	22	26	45	44
Kambodscha	1374	34	1	33	22
Chile	1000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Ägypten	7121	47	-	3	44
Irland	679	-	20	50	37
Nikaragua	8507	37	17	28	34
Republik Moldau	4790	-	6	30	31
Vereinigtes Königreich	430	38	22	46	31

Quelle: mit Erlaubnis des Verlags nach Literaturhinweis 25.

^a Frauen, die in den letzten zwölf Monaten tätlich angegriffen wurden.

^b Bezieht sich auf den Anteil der Frauen, die ihrer Familie davon berichteten.

^c Bezieht sich auf den Anteil der Frauen, die der Familie ihres Partners davon berichteten.

Im Jahr 2000 hinterließ Gewalt unter jungen Menschen eine Blutspur von schätzungsweise 199 000 Toten, das sind 9,2 auf 100 000. Die höchsten Zahlen jugendlicher Tötungsdelikte entfallen auf Afrika und Lateinamerika, die niedrigsten Raten findet man in Westeuropa, in Teilen von Asien und im Pazifikraum (s. Abb. 4). Mit der markanten Ausnahme der Vereinigten Staaten handelt es sich bei den meisten Ländern mit einer jugendlichen Tötungsdeliktrate von über 10 pro 100 000 entweder um Entwicklungsländer oder um Länder, die in den Wirren gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Umwälzungen gefangen sind. Auf jeden jungen Menschen, der durch Gewalteinwirkung ums Leben kommt, entfallen schätzungsweise 20 bis 40 andere, deren Verletzungen eine Krankenhauseinweisung erforderlich macht. In einigen Ländern, darunter in Israel, in Neuseeland und Nikaragua, ist das Verhältnis sogar noch krasser (8–10).

Einige Kinder legen bereits in der frühen Kindheit ein problematisches Verhalten an den Tag, das sich im Teenageralter allmählich zu schwereren Formen von Aggression auswächst und sich typischerweise bis ins Erwachsenenalter fortsetzt (40–42). Bei der Mehrheit der jungen Menschen, die sich gewalttätig verhalten, beschränkt sich dieses Verhalten jedoch auf begrenzte Zeitspannen in der Jugend, wobei diese Gruppe in der Kindheit nur geringfügig oder gar nicht einschlägig auffällig war (43). Diese „jugendlichen Täter“ suchen oft nach Spannung (44) und ihre Gewalttaten werden häufig zusammen mit einer Gruppe von Freunden begangen. Junge Menschen tendieren auch zu den unterschiedlichsten Formen asozialen Verhaltens und verstoßen dabei häufiger nicht gewalttätig gegen die Gesetze, als dass sie Gewalttaten verüben (45, 46). Bei Jugendlichen, die in Gewalt- und Straftaten verwickelt sind, erhöhen Alkohol, Drogen oder Waffenbesitz die Wahrscheinlichkeit, dass es bei der Anwendung von Gewalt zu Verletzungen oder Toten kommt.

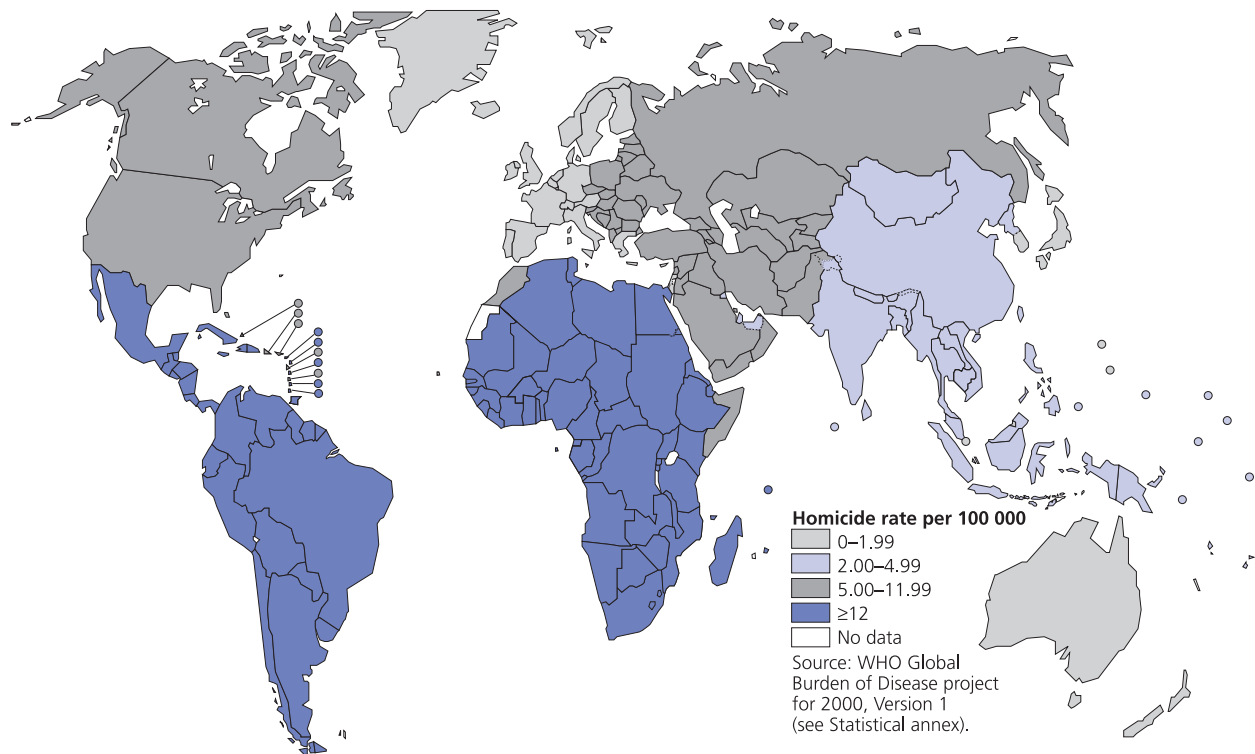
Die zur Jugendgewalt beitragenden Faktoren umfassen alle Ebenen des ökologischen Modells. Gewalt- oder Straftaten, die von Tätern unter 13 Jahren verübt werden, sind im Wesentlichen auf individuelle Faktoren zurückzuführen (47,48) und gehen mit Impulsivität, aggressiven Einstellungen oder Überzeugungen und schulischem Versagen einher (34, 49). Wichtige Beziehungsfaktoren sind hier die Erfahrung strenger körperlicher Strafen oder das Erlebnis von häuslicher Gewalt, fehlende Beaufsichtigung und Anleitung durch die Eltern und die Verbindung mit gleichaltrigen Straftätern (33, 34, 50).

Auf der Ebene von Gemeinschaft und Gesellschaft sprechen einige Fakten dafür, dass durch die Medien vermittelte Gewaltbilder auf kurze Sicht aggressionssteigernd wirken, wogegen die Fakten in Bezug auf die Frage, ob die Medien auf die schwereren Formen von Gewalt (wie Überfälle oder Tötungsdelikte) einen Einfluss haben und sich dieser auch langfristig auswirkt, weit weniger schlüssig sind (43).

Die Forschungsarbeiten zu anderen Gemeinschafts- und Gesellschaftsfaktoren zeigen, dass Jugendliche, die in einem Umfeld und in Bevölkerungsgruppen mit hoher Kriminalitäts- und Armutsrate leben, sehr viel stärker gewaltgefährdet sind (33, 51). Außerdem steigt die Jugendgewalt in Zeiten bewaffneter Auseinandersetzungen und Unterdrückung und wenn die Gesellschaft insgesamt in sozialen und politischen Veränderungen steckt (52, 53). Höher ist die Jugendgewalt auch in Ländern, in denen die Sozialpolitik die Schwachen nicht ausreichend absichert, in denen eine hohe Verteilungsgerechtigkeit beim Einkommen besteht und eine Gewaltkultur vorherrscht (54–56).

Abb. 4

Geschätzte Rate der Tötungsdelikte unter 10–29-Jährigen, 2000^a



^aDie Raten wurden nach WHO-Region und Einkommensniveau des Landes kalkuliert und dann entsprechend ihrer Höhe gruppiert.

- Im Jahr 2000 hinterließ Gewalt unter jungen Menschen eine Blutspur von schätzungsweise 199 000 Toten.
- Auf jeden jungen Menschen, der durch Gewalteinwirkung ums Leben kommt, entfallen 20 bis 40 andere, deren Verletzungen eine Krankenhauseinweisung erforderlich machen.

Gewalt gegen Intimpartner

Die gegen den Intimpartner gerichtete Gewalt gibt es ohne Ausnahme in allen Ländern, allen Kulturen und auf allen Ebenen der Gesellschaft, wenngleich Angehörige einiger Bevölkerungsgruppen (z. B. mit niedrigem Einkommen) stärker Gefahr laufen, einem gewalttätigen Intimpartner ausgesetzt zu sein, als andere (57–60). Diese Form der Gewalt umfasst körperliche Aggression wie Schlagen oder Treten, aber auch erzwungenen Geschlechtsverkehr und andere Formen sexuellen Zwangs, psychische Misshandlung wie Einschüchterung und Erniedrigung und Verhaltenskontrolle, was bedeutet, dass einer Person der Umgang mit Familie oder Freunden untersagt oder ihr der Zugang zu Informationen und Hilfe verwehrt wird.

Es kommt zwar auch vor, dass sich Frauen gegenüber ihren männlichen Partnern gewalttätig verhalten, und Gewalt gibt es auch in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, doch die überwältigende Last der durch Partner verübten Gewalttaten geht auf das Konto von Männern und wird von Frauen getragen. In 48 Bevölkerungserhebungen aus den unterschiedlichsten Teilen der Welt gaben 10–69% der Frauen an, dass sie irgendwann in ihrem Leben einmal von einem männlichen Intimpartner tödlich angegriffen worden seien (25).

Die meisten Opfer tödlicher Angriffe sind über längere Zeit hinweg mehrfachen Gewalttaten ausgesetzt (61, 62). Häufig erleiden sie auch mehr als eine Form der Misshandlung. In einer japanischen Untersuchung von 613 misshandelten Frauen wurde beispielsweise festgestellt, dass weniger als 10% der Frauen nur das Opfer rein körperlicher Gewalt waren, während 57% unter körperlicher, psychischer und sexueller Misshandlung zu leiden hatten (63). Eine mexikanische Studie ermittelte, dass über die Hälfte der Frauen, die tödlich angegriffen worden waren, von ihren Partnern auch sexuell missbraucht worden waren (64).

Überall in der Welt sind die Gewalt auslösenden Faktoren in von Misshandlung geprägten Partnerbeziehungen bemerkenswert einheitlich (65–69). Dazu gehört, dass die Frau ihrem Mann nicht gehorcht oder sich ihm widersetzt, dass sie Fragen nach Geld oder Freundinnen stellt, dass das Essen nicht rechtzeitig auf dem Tisch steht, dass sich die Frau nicht genügend um die Kinder oder den Haushalt kümmert, dass sie den Geschlechtsverkehr verweigert und der Mann sie der Untreue verdächtigt.

Zahlreiche Faktoren scheinen zu bestimmen, inwieweit die Gefahr besteht, dass ein Mann seine Intimpartnerin tödlich angreift. Unter den individuellen Faktoren spielt insbesondere die Vorgeschichte des Mannes eine Rolle, vor allem wenn er in seiner eigenen Familie erlebt hat, dass seine Mutter geschlagen wurde. Aber auch Alkoholmissbrauch des Mannes schält sich in vielen Untersuchungen als wichtiger Faktor heraus (58, 70–73). Auf zwischenmenschlicher Ebene sind die konsequentesten Elemente der Gewalt unter Partnern Beziehungskonflikte oder Unstimmigkeiten sowie Einkommensschwäche (57, 58, 73, 74). Weshalb niedriges Einkommen das Gewaltisiko erhöht, ist allerdings noch unklar. Es könnte sein, dass finanzielle Schwierigkeiten leicht

Stoff für eheliche Auseinandersetzungen liefern oder es Frauen schwerer machen, aus gewaltträchtigen oder anderweitig unbefriedigenden Beziehungen auszubrechen. Gewalt könnte aber auch das Ergebnis anderer mit Armut einhergehender Faktoren sein, beispielsweise durch beengte Wohnverhältnisse oder das Gefühl der Hoffnungslosigkeit ausgelöst werden.

- In Untersuchungen aus allen Teilen der Welt geben 10–69% der Frauen an, dass sie irgendwann in ihrem Leben einmal von einem männlichen Intimpartner tätlich angegriffen worden seien.

Frauen sind der Misshandlung durch ihren Intimpartner besonders in Gesellschaften ausgesetzt, in denen zwischen Männern und Frauen deutliche Ungleichheit herrscht, die

Geschlechterrollen streng festliegen, kulturelle Normen unabhängig von den Gefühlen der Frau das Recht des Mannes auf ehelichen Geschlechtsverkehr unterstützen und dieses Verhalten gesellschaftlich nur geringfügig geahndet wird (75, 76). Diese Faktoren machen es für eine Frau unter Umständen schwierig oder gefährlich, aus einer von Misshandlung geprägten Beziehung auszubrechen, wobei Frauen jedoch auch dadurch keineswegs unbedingt Sicherheit finden. Zuweilen geht die Gewalt weiter und kann sich sogar noch verstärken, wenn eine Frau ihren Partner verlassen hat (77). Dieses Muster trifft man in allen Ländern an.

Kindesmissbrauch und Vernachlässigung durch Eltern und andere Fürsorgepersonen

Kinder werden von ihren Eltern und anderen Fürsorgepersonen überall in der Welt missbraucht, misshandelt und vernachlässigt. Für Kindesmissbrauch gilt die gleiche Definition wie für Gewalt unter Intimpartnern, er umfasst körperliche, sexuelle und psychische Misshandlung und Vernachlässigung.

Verlässliche Daten sind zwar außerordentlich selten, nach Schätzungen wurden jedoch im Jahr 2000 weltweit 57 000 Kinder unter 15 Jahren umgebracht. Kleinkinder sind dabei am stärksten gefährdet: Kinder der Altersgruppe 0–4 Jahre sind mehr als doppelt so häufig Opfer von Tötungsdelikten als Kinder zwischen 5 und 14 Jahren (5,2 pro 100 000 verglichen mit 2,1 pro 100 000). Die üblichsten Todesursachen sind Kopfverletzungen, Unterleibsverletzungen und absichtlich herbeigeführter Erstickungstod (78–80).

Verlässliche Angaben über nicht tödliche Kindesmisshandlungen sind gleichfalls selten, aber Untersuchungen aus verschiedenen Ländern deuten darauf hin, dass Kinder unter 15 Jahren häufig Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung sind, die ärztliche Betreuung und das Eingreifen von Sozialdiensten notwendig machen. Beispielsweise räumten in einer neueren Untersuchung in der Republik Korea 67% der Eltern ein, dass sie ihre Kinder aus disziplinären Gründen auspeitschen, und 45% gaben an, dass sie ihre Kinder schlagen, treten und regelrecht verprügeln (81). In einer äthiopischen Studie wurde festgestellt, dass 21% der Schulkinder in Städten und 64% der Schulkinder aus ländlichen Gebieten blaue Flecken und Schwellungen vorweisen konnten, die auf elterliche Bestrafung zurückgingen (82). Die Zahl der Kinder, die weltweit unter sexuellem Missbrauch leiden, ist unbekannt. Forschungsergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass etwa 20% der Frauen und 5–10% der Männer als Kinder sexuell missbraucht wurden (83, 84).

Alter und Geschlecht sind wesentliche individuelle Faktoren der Viktimisierung. Im Allgemeinen sind kleinere Kinder der körperlichen Misshandlung am stärksten ausgesetzt, während die höchsten Raten des sexuellen Missbrauchs unter Kindern in der Pubertät oder unter Jugendlichen zu finden sind (78, 84–89). In den meisten Fällen werden Jungen häufiger geschlagen und

überhaupt körperlich bestraft als Mädchen, während letztere stärker der Gefahr ausgesetzt sind, Opfer von Kindestötung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung zu werden und auch häufiger zur Prostitution gezwungen werden (83, 90–92). Die Gefahr, misshandelt zu werden, erhöht sich für ein Kind auch noch durch andere Faktoren, beispielsweise wenn es bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwächst oder sehr junge Eltern hat, die keine Unterstützung in einer Großfamilie finden (90, 93, 94). Beengte Wohnverhältnisse oder andere durch Gewalt geprägte familiäre Beziehungen (z. B. zwischen den Eltern) sind ebenfalls Risikofaktoren (91, 95–97).

Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass vielerorts Frauen ihre Kinder häufiger körperlich bestrafen als Männer – vielleicht weil sie die meiste Zeit mit ihren Kindern verbringen (91, 98–100). Doch wenn die physische Gewalt zu schweren oder tödlichen Verletzungen führt, sind die Täter häufiger Männer (101–103). Männer stehen auch weitaus wahrscheinlicher hinter dem sexuellen Missbrauch von Kindern (83, 104). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Elternteil oder eine andere Fürsorgeperson ein Kind misshandelt, erhöht sich u. a., wenn an die Entwicklung des Kindes unrealistische Erwartungen gestellt werden, wenn die Betroffenen sich nur schwer beherrschen können, wenn sie gestresst und sozial ausgegrenzt sind (90, 93, 102, 105, 106). Viele Untersuchungen lassen auch darauf schließen, dass Kindesmissbrauch mit Armut und fehlendem

- Im Jahr 2000 wurden 57 000 Kinder umgebracht, wobei die Altersgruppe der 0–4-Jährigen am stärksten gefährdet ist. Viel mehr noch sind Opfer nicht tödlicher Misshandlung und Vernachlässigung. Etwa 20% der Frauen und 5–10% der Männer wurden als Kinder sexuell missbraucht.

„Sozialkapital“ zusammenhängt und dass er häufiger ist, wenn die sozialen Netze und die nachbarschaftlichen Beziehungen fehlen, die für Kinder einen nachweislichen Schutz bedeuten (107–109).

Misshandlung alter Menschen

Die Misshandlung alter Menschen durch Verwandte oder andere Fürsorgepersonen wird in zunehmendem Maße als schwerwiegendes soziales Problem erkannt. Das Problem könnte sich auch noch verschärfen, da die Bevölkerung in vielen Ländern rasch altert. Zwischen 1995 und 2025 wird sich beispielsweise die Zahl der über Sechzigjährigen weltweit von 542 Millionen auf voraussichtlich etwa 1,2 Milliarden mehr als verdoppeln (110).

Wie Kindesmisshandlung so umfasst auch die Misshandlung alter Menschen körperliche und psychische Misshandlung und sexuellen Missbrauch sowie Vernachlässigung. Alte Menschen sind besonders der Gefahr der finanziellen Ausnutzung ausgesetzt, wenn Verwandte oder andere Fürsorgepersonen ihre Mittel und Ressourcen zweckentfremden.

Angaben über das Ausmaß der Misshandlung alter Menschen sind spärlich. Die wenigen einschlägigen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen, die bisher durchgeführt wurden, deuten darauf hin, dass zwischen 4% und 6% der alten Menschen in ihrem eigenen Zuhause irgendeine Form der Misshandlung erleiden (111–115) und die Misshandlung in Institutionen weiter verbreitet sein könnte, als allgemein angenommen wird. In einer in den Vereinigten Staaten durchgeführten Erhebung gaben z. B. 36% der Mitarbeiter von Pflegeheimen an, im vorhergegangenen Jahr mindestens einmal Zeuge der körperlichen Misshandlung älterer Patienten gewesen zu sein, 10% gaben zu, selbst mindestens einmal eine körperliche Misshandlung begangen zu haben, und 40% sagten, sie hätten Patienten psychisch misshandelt (116). Misshandlung in Alteneinrichtungen bedeutet, dass die Patienten mit physischem Zwang festgehalten werden, dass man ihnen die Würde nimmt und die Kontrolle über die eigenen Angelegenheiten entzieht oder ihnen nicht genügend Fürsorge angedeihen lässt (so dass sie sich beispielsweise aufliegen) (117, 118).

In einer Reihe von Situationen scheinen alte Menschen einem besonderen Gewaltrisiko ausgesetzt zu sein (112, 119–122). In einigen Fällen verschlechtern sich vielleicht sowieso schon belastete Familienbeziehungen durch Stress und Frustration noch mehr, wenn ein älterer Mensch von anderen abhängig wird. In anderen kann die Tatsache zu Konflikten führen, dass eine Fürsorgeperson davon abhängig ist, dass der ältere Mensch ihr Unterkunft und finanzielle Unterstützung gewährt. Auch gesellschaftliche Veränderungen spielen unter Umständen eine wichtige Rolle. In manchen Gesellschaften führen rasche sozioökonomische Veränderungen dazu, dass die familiären oder nachbarschaftlichen Bindungen, durch die ältere Generationen früher unterstützt wurden, allmählich schwächer werden. In den Nachfolgestaaten der Sowjetunion ist beispielsweise eine wachsende Zahl alter Menschen sich selbst überlassen, und das oft in Nachbarschaften, wo die instabilen Verhältnisse die Zahl der Verbrechen und Gewalttaten haben in die Höhe schnellen lassen.

Ältere Männer sind in etwa dem gleichen Risiko der Misshandlung durch Ehepartnerin, erwachsene Kinder und andere Verwandte ausgesetzt wie Frauen (111, 112). In Kulturen, in denen Frauen gesellschaftlich weniger angesehen sind, besteht für alte Frauen allerdings die erhöhte Gefahr, dass sie, wenn sie Witwe werden, von der Familie aufgegeben werden und man ihnen ihren Besitz wegnimmt (123, 124). So werden beispielsweise in der Vereinigten Republik Tansania jedes Jahr etwa 500 alte Frauen der Hexerei bezichtigt und ermordet (125).

In Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen kommt es eher zu Misshandlungen, wenn die Fürsorge schlecht ist, die Mitarbeiter schlecht ausgebildet oder überarbeitet sind, sich die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Heimbewohnern schwierig gestalten, das physische Umfeld Mängel aufweist und man eher die Interessen der Einrichtung als diejenigen der Patienten bzw. Bewohner vertritt (117). Hinzu kommt, dass nur wenige Ärzte oder Pflegefachkräfte darin geschult wurden, die Misshandlung alter Menschen zu erkennen, und die Fürsorge für alte Menschen im Gesundheitssystem nicht immer Vorrang genießt (126). Ein wichtiger Schritt zur

- Zwischen 4% und 6% der alten Menschen erleiden in ihrem eigenen Zuhause irgendeine Form von Misshandlung, wobei dies auch in Institutionen weiter verbreitet sein könnte, als allgemein angenommen wird.

Verhinderung der Misshandlung alter Menschen ist der Versuch, im Gesundheitsversorgungssystem gegen diskriminatorische Einstellungen und Praktiken vorzugehen.

Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt umfasst eine Vielzahl von Handlungen, darunter erzwungenen Geschlechtsverkehr in der Ehe und in anderen festeren Beziehungen, Vergewaltigung durch Fremde, systematische Vergewaltigung bei bewaffneten Auseinandersetzungen, sexuelle Belästigung (wozu auch sexuelle Dienste im Austausch gegen eine Anstellung oder bessere Zensuren in der Schule gehören), sexuellen Missbrauch von Kindern, erzwungene Prostitution und illegalen Frauenhandel, Kinderheiraten und Gewalttaten, die sich gegen die sexuelle Unversehrtheit von Frauen richten, u. a. genitale Verstümmelung und obligatorische Untersuchungen zur Feststellung der Jungfräulichkeit. Frauen und Männer können auch in polizeilichem Gewahrsam und im Gefängnis vergewaltigt werden.

Die meisten sexuellen Gewalttaten werden überwiegend von Frauen und Mädchen erlitten und von Männern und Jungen verübt. Doch auch die Vergewaltigung von Männern und Jungen durch Männer ist ein erkanntes Problem, ebenso wie auch Berichte darüber vorliegen, dass junge Männer von älteren Frauen zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden.

Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass in einigen Ländern nahezu jede vierte Frau der sexuellen Gewalt durch ihren Intimpartner ausgesetzt ist und bis zu einem Drittel der Mädchen im Teenageralter gibt an, zum ersten Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein (61, 62, 127–129). Beispielsweise berichteten 23% der in Nordlondon befragten Frauen, dass sie im Laufe ihres Lebens das Opfer einer versuchten oder vollendeten Vergewaltigung durch einen Partner gewesen seien (62). Ähnliche Angaben wurden aus Guadalajara in Mexiko und aus Lima in Peru (23%) sowie aus der Midland Provinz in Zimbabwe (25%) gemeldet (25, 130). Die verfügbaren Daten deuten auch darauf hin, dass weltweit jährlich Hunderttausende von Frauen und Mädchen als Prostituierte verkauft oder in die sexuelle Sklaverei gezwungen werden (39, 131–134) oder auch in Schulen, an Arbeitsplätzen und in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie in Flüchtlingslagern der sexuellen Gewalt ausgesetzt sind (135–140). Bei einer neueren landesweiten Erhebung in Südafrika, bei der auch gefragt wurde, inwieweit Mädchen bereits vor dem fünfzehnten Lebensjahr eine Vergewaltigung durchgemacht hätten, stellte sich heraus, dass Lehrer für 32% der aufgedeckten Vergewaltigungen von Kindern verantwortlich waren (141).

Sexuelle Gewalt wirkt sich einschneidend auf die physische und psychische Gesundheit ihrer Opfer aus. Sie führt nicht nur zu Verletzungen, sondern erhöht auch das Risiko einer Reihe von Problemen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wobei die Folgen nur zum Teil sofort sichtbar werden, teilweise aber auch erst Jahre nach dem Übergriff zutage treten (28, 128, 142). Die Konsequenzen für die psychische Gesundheit der Betroffenen sind dabei nicht weniger schwerwiegend als die physischen Folgen und erweisen sich unter Umständen als nicht weniger anhaltend. Die mit sexueller Gewalt in Zusammenhang gebrachte Sterblichkeit kann sich in Selbstmord, HIV-Infektion und Mord äußern, entweder bereits während der Gewalttat selbst oder später bei „Ehrentötungen“ (22–24, 143–145).

Mehrere Faktoren erhöhen die Gefahr, dass jemand zu sexuellen Handlungen gezwungen wird. Eine Reihe von Faktoren verstärkt auch das Risiko, dass jemand eine andere Person zu sexuellen Handlungen zwingt. Außerdem beeinflussen bestimmte Faktoren des gesellschaftlichen Umfelds die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Vergewaltigungen kommt, und prägen auch die Reaktionen auf einen solchen Akt der Gewalt. Ältere Forschungsergebnisse zeigen, dass sexuelle Gewalttäter wahrscheinlicher sexuelle Zwangspantasien haben, dass sie unpersönliche sexuelle Beziehungen bevorzugen und Frauen gegenüber im Allgemeinen feindlicher eingestellt sind als Männer, die keine sexuellen Gewalttaten begehen (146–150). Gewalttätiges Sexualverhalten von Männern wurde auch der Tatsache zugeschrieben, dass sie selbst mit Gewalt in der Familie groß geworden seien und ihre Väter als gefühllos und nicht fürsorglich erlebt hätten (150–153). Auch Armut und das Leben in einer Gemeinschaft, die sexuelle Gewalt allgemein toleriert und

- Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass in einigen Ländern jede vierte Frau der sexuellen Gewalt durch ihren Intimpartner ausgesetzt ist, und bis zu einem Drittel der Mädchen im Teenageralter gibt an, zum ersten Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein. Weitere Hunderttausende werden zur Prostitution gezwungen oder sind in anderen Zusammenhängen, z. B. in Schulen, an Arbeitsplätzen und in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, der sexuellen Gewalt ausgesetzt.

sie nur geringfügig straft, tragen zu solchen Verhaltensweisen bei (154–156). Sexuelle Gewalt tritt auch eher dort auf, wo die ungebrochene Überzeugung herrscht, dass Männer ein Recht auf Sex haben, wo die Geschlechterrollen strenger sind und in Ländern, in denen auch häufig andere Formen von Gewalt verübt werden (157–159).

Die Dynamik zwischenmenschlicher Gewalt

Den verschiedenen Formen der zwischenmenschlichen Gewalt liegen viele gemeinsame Risikofaktoren zugrunde. Einige sind psychologischer und verhaltensbedingter Natur, wie z. B. mangelnde Selbstbeherrschung, geringes Selbstwertgefühl sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Andere verknüpfen sich mit frühkindlichen Erfahrungen wie fehlende Gefühlsbindung an die Eltern und mangelnde Unterstützung durch die Eltern, die frühe Belastung durch familiäre Gewalt (entweder als Opfer oder Zeuge) sowie eine von Scheidung oder Trennung geprägte Familiengeschichte und persönliche Entwicklung. Drogen- und Alkoholmissbrauch geht ebenfalls häufig mit zwischenmenschlicher Gewalt einher, während sich Armut und Einkommensungleichheit sowie fehlende Gleichberechtigung der Geschlechter als wichtige, Gemeinschaft und Gesellschaft prägende Faktoren heraus kristallisieren.

Die unterschiedlichen Formen von Gewalt zeigen auch wichtige Zusammenhänge. Beispielsweise erhöht sich für Kinder, die sich abgelehnt und vernachlässigt fühlen oder strenge körperliche Bestrafungen durch die Eltern erleiden, das Risiko aggressiver und asozialer Verhaltensweisen, was auch beinhaltet, dass sie selbst als Erwachsene andere misshandeln. Kinder sind dem Risiko, misshandelt zu werden, stärker in Familien ausgesetzt, in denen die Erwachsenen gewalttätig miteinander umgehen. Ganz allgemein scheinen demnach den meisten Erscheinungsformen zwischenmenschlicher Gewalt frühkindliche Erfahrungen zugrunde zu liegen, was Präventionsmöglichkeiten eröffnet, die sich fast überall als brauchbar erweisen könnten.

Es bestehen allerdings auch wichtige Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen von zwischenmenschlicher Gewalt. Aggressives Verhalten in der Gemeinschaft, u. a. Gewalt unter Jugendlichen, ist normalerweise stark öffentlichkeitswirksam, während Missbrauch und Vernachlässigung in der Familie oder zwischen Intimpartnern notorisch im Verborgenen geschieht und dem Einblick der Öffentlichkeit entzogen ist. Die bei Gewalttaten benutzten Waffen unterscheiden sich ebenfalls erheblich. Beispielsweise werden bei den unterschiedlichen Formen der familiären Gewalt sowie bei Gewalt unter Intimpartnern und bei sexueller Gewalt häufiger Fäuste, Füße und Gegenstände eingesetzt, während Jugendliche für ihre Gewalttaten eher tödliche Waffen wie Schusswaffen oder Messer benutzen.

Außerdem gelten die verschiedenen Formen von Gewalt auch in ganz unterschiedlicher Weise als „kriminell“, was auch die Handlungsbereitschaft der Behörden prägt. Polizei und Gerichtsbarkeit sind allgemein weitaus eher bereit, gegen das gewalttätige Verhalten von Jugendlichen und anderen in der Gemeinschaft als gegen Gewalttaten innerhalb der Familie vorzugehen, gleichgültig ob es sich dabei um Kindesmisshandlung oder -missbrauch, um gegen alte Menschen verübte Grausamkeiten oder um Männer handelt, die ihre Partnerinnen sexuell missbrauchen. In vielen Ländern bestehen deutliche Widerstände gegen die Anerkennung oder Bekämpfung von sexueller Gewalt. Auch wenn die Menschen durch Gesetze vor Gewalt geschützt sind, werden diese nicht immer durchgesetzt. In einigen Ländern zählen sogar die Gesetzeshüter zu den Gewalttätern.

- Einige Risikofaktoren sind allen Erscheinungsformen von zwischenmenschlicher Gewalt gemeinsam. Dazu zählen eine von familiärer Gewalt und zerrütteten Familienverhältnissen geprägte Kindheit, Drogenmissbrauch, soziale Isolierung, strenge Geschlechterrollen, Armut und Einkommensungleichheit sowie persönlichkeitsbedingte Merkmale wie fehlende Affektkontrolle und geringe Selbstachtung.
- Gewalt in der Gemeinschaft, vor allem Gewalt unter Jugendlichen, ist stark öffentlichkeitswirksam und wird im Allgemeinen als „kriminell“ eingestuft, während Gewalt in der Familie (Misshandlung von Kindern und alten Menschen oder Gewalt zwischen Intimpartnern) stärker dem Einblick der Öffentlichkeit entzogen ist. Polizei und Gerichtsbarkeit sind vielerorts weniger bereit oder darauf eingestellt, gegen Gewalttaten innerhalb der Familie vorzugehen und die Existenz von sexueller Gewalt anzuerkennen oder etwas dagegen zu unternehmen.

Die Kultur spielt eine wichtige Rolle, sie entscheidet über die Grenzen des akzeptablen Verhaltens und bestimmt, was als Misshandlung zu gelten hat und wie auf Gewalt zu reagieren ist. Zum Beispiel zeigen sich in der Einstellung zur Disziplinierung von Kindern weltweit enorme Unterschiede (160). In einigen Ländern genießen Mädchen und Frauen, die vergewaltigt wurden, nicht den Schutz des Gesetzes, sondern dürfen im Gegenteil von ihren Verwandten getötet werden, um die Familienehre zu erhalten, oder sie werden gezwungen, die Gewalttäter zu heiraten, was die sexuelle Beziehung legitimiert.

Gewalt gegen die eigene Person

In einem großen Teil der Welt ist der Selbstmord stigmatisiert, er wird aus religiösen oder kulturellen Gründen verurteilt und Suizidverhalten gilt in manchen Ländern sogar als Verbrechen, für das gesetzliche Strafen vorgesehen sind. Der Selbstmord ist deshalb eine im Geheimen begangene, tabuisierte Tat, die unter Umständen unerkannt bleibt oder in den offiziellen Sterblichkeitsstatistiken verkehrt eingeordnet oder bewusst verschwiegen wird.

Das Ausmaß des Problems

Weltweit nahmen sich im Jahr 2000 schätzungsweise 815 000 Menschen das Leben, d. h. ungefähr alle vierzig Sekunden starb ein Mensch von eigener Hand, was den Selbstmord weltweit an die dreizehnte Stelle unter den wichtigsten Todesursachen rückt. Die höchsten Ziffern findet man in osteuropäischen Ländern, die niedrigsten hauptsächlich in Lateinamerika und in einigen asiatischen Ländern.

Im Allgemeinen steigen die Selbstmordziffern mit zunehmendem Alter der Menschen. Wie aus Abb. 5 hervorgeht, ist die Selbstmordrate der 75-Jährigen und Älteren etwa dreimal höher als die Ziffer der Altersgruppe 15–24 Jahre. Die absoluten Zahlen sind allerdings bei den unter 45-Jährigen am höchsten. In der Altersgruppe 15–44 Jahre sind Selbstverletzungen die vierthäufigste Todesursache und stehen bei gesundheitlichen Schädigungen und Behinderungen an sechster Stelle (1).

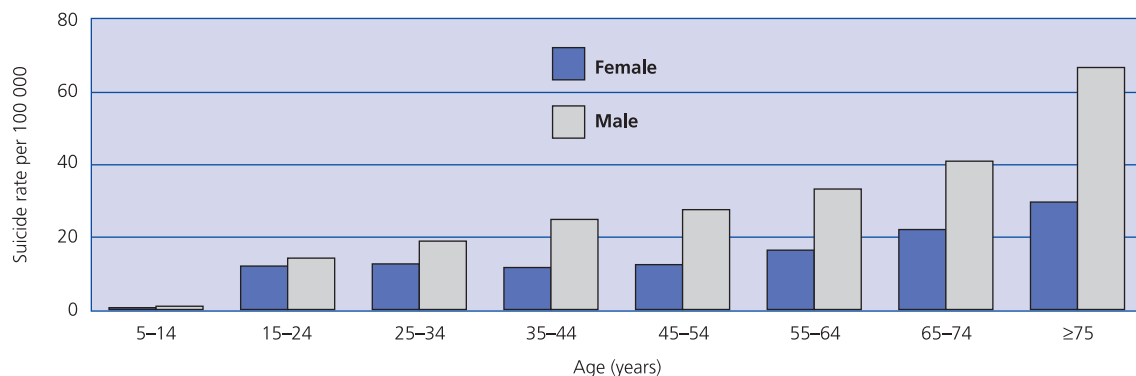
Im Weltdurchschnitt entfallen auf jeden Selbstmord einer Frau drei männliche Selbstmorde. Auch hier wieder bestehen zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede. Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Selbstmorden reicht von 1:1 in China bis zu 10:1 in Puerto Rico.

Die Selbstmordrate schwankt auch innerhalb des einzelnen Landes, zwischen Stadt- und Landbevölkerung und unter unterschiedlichen Rassen und ethnischen Gruppierungen. Beispielsweise kommt Selbstmord häufiger unter der Urbevölkerung als unter den übrigen Einwohnern eines Landes vor (161–163). Im australischen Bundesstaat Queensland wurde z. B. zwischen 1990 und

1995 für die Aborigines und die Torres Strait Islander eine Selbstmordrate von 23,6 pro 100 000 registriert, während die Ziffer für den Bundesstaat insgesamt im Vergleich dazu nur bei 14,5 pro 100 000 lag (164). Unter den Inuit in der arktischen Region von Nordkanada wurde eine Gesamtziffer zwischen 59,5 und 74,3 pro 100 000 gemeldet, während die Selbstmordrate für die kanadische Bevölkerung insgesamt etwa 15,0 pro 100 000 beträgt (165).

Abb. 5

Globale Selbstmordrate nach Alter und Geschlecht, 1995



Nur eine Minderheit der zum Selbstmord neigenden Menschen nimmt sich tatsächlich das Leben. Durchschnittlich entfallen auf jeden Selbstmord in der Altersgruppe der über 65-

- Im Jahr 2000 nahmen sich über 800 000 Menschen das Leben, was den Selbstmord weltweit an die dreizehnte Stelle unter den wichtigsten Todesursachen rückt. In der Altersgruppe der 15–44-Jährigen sind Selbstverletzungen die vierthäufigste Todesursache und stehen bei gesundheitlichen Schädigungen und Behinderungen an sechster Stelle.
- Im Allgemeinen steigen die Selbstmordziffern mit zunehmendem Alter der Menschen. Am höchsten ist die Selbstmordrate unter den 75-Jährigen und Älteren. Die Selbstmordrate schwankt auch innerhalb des einzelnen Landes, unter verschiedenen Rassen und ethnischen Gruppierungen und zwischen Stadt- und Landbevölkerung.
- Im Weltdurchschnitt entfallen auf jeden Selbstmord einer Frau drei männliche Selbstmorde.
- Nur eine Minderheit der zum Selbstmord neigenden Menschen nimmt sich tatsächlich das Leben. Die Mehrheit trägt sich vielleicht mit dem Gedanken an Selbstmord, setzt ihn jedoch nie in die Tat um, und selbst Menschen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, wollen nicht unbedingt sterben.

Jährigen zwei bis drei Selbstmordversuche, während in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen die nicht tödlich verlaufenden Selbstmordhandlungen zu den tatsächlichen Selbstmorden im Verhältnis 100–200:1 anzusetzen sein mögen (166, 167). Etwa 10% derjenigen, die versuchen, sich das Leben zu nehmen, begehen schließlich tatsächlich Selbstmord. Ein noch höherer Anteil der Bevölkerung trägt sich mit dem Gedanken an Selbstmord, was medizinisch unter den Begriff der „suicidal ideation“ fällt, versucht jedoch nie, Hand an sich zu legen. Frauen hegen durchschnittlich mehr Selbstmordgedanken als Männer (168).

Die Dynamik des Selbstmords

Die unterschiedlichsten Stressmomente oder belastenden Umstände können bewirken, dass jemand verstärkt Gefahr läuft, sich ein Leid anzutun (169–172). Solche Faktoren sind ein Leben in Armut, Arbeitslosigkeit, der Verlust einer geliebten Person, Streitigkeiten mit Familie oder Freunden, Beziehungskrisen und rechtliche oder arbeitsbedingte Probleme. Diese Dinge zählen zu den Erfahrungen, die alle Menschen durchmachen, und treiben nur eine Minderheit zum Selbstmord. Beschleunigend oder als „Auslöser“ für einen Selbstmord wirken sie, wenn sie jemandem passieren, der dazu neigt, Hand an sich zu legen, oder anderweitig besonders anfällig für Selbstmordgedanken ist.

Wie auch bei zwischenmenschlichen Gewalttaten, so zählen Alkohol- und Drogenmissbrauch, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch in der Kindheit und soziale Ausgrenzung zu den Faktoren, die jemanden zum Selbstmord prädisponieren (173–176). Psychische Probleme wie Depression und andere Stimmungsstörungen, Schizophrenie und das allgemeine Gefühl der Hoffnungslosigkeit spielen ebenfalls eine Rolle (177–179). Wichtige Faktoren sind zudem Krankheiten, vor allem wenn sie mit starken Schmerzen verbunden sind und den Betroffenen zum Behinderten machen (180). Der ungehinderte Zugang zu Mittel und Wegen, sich umzubringen (typischerweise meist Schusswaffen, Arzneimittel und landwirtschaftliche Gifte) ist an sich bereits ein wichtiger Risikofaktor und trägt entscheidend zum Gelingen oder Mislingen eines solchen Versuchs bei (181–183). Ein früherer Selbstmordversuch lässt stark auf weiteres letztlich

- Belastende oder unglückliche Lebensumstände zählen zu den Erfahrungen, die alle Menschen durchmachen, doch nur eine Minderheit wird dadurch zum Selbstmord getrieben. Als „Auslöser“ für einen Selbstmord wirken sie, wenn sie jemandem zustoßen, der die Veranlagung dazu mitbringt oder anderweitig besonders anfällig dafür ist, sich ein Leid anzutun.
- Alkohol- und Drogenmissbrauch, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch in der Kindheit und soziale Ausgrenzung gehören zu den Faktoren, die jemanden zum Selbstmord prädisponieren. Depression und andere psychische Probleme spielen ebenfalls eine Rolle. Weitere wesentliche Faktoren sind der ungehinderte Zugang zu Mitteln und Wegen, Hand an sich zu legen, und ein noch nicht weit zurückliegender Selbstmordversuch.

dann tödliches Suizidverhalten schließen, vor allem in den ersten sechs Monaten nach dem ersten Versuch (184).

Verschiedene Faktoren scheinen die Menschen jedoch vor Selbstmordgefühlen oder -handlungen zu schützen. Dazu zählen hohe Selbstachtung und die soziale „Verbundenheit“, insbesondere mit der Familie und mit Freunden, soziale Unterstützung, eine stabile und glückliche Ehe sowie eine feste religiöse Verankerung (185–188).

Kollektive Gewalt

Die vielfältigen Erscheinungsformen der kollektiven Gewalt stoßen in der Öffentlichkeit auf starke Aufmerksamkeit. Gewaltsame Konflikte zwischen Nationen und Gruppierungen, von Staaten oder bestimmten Gruppen verübter Terrorismus, Vergewaltigung als Kriegswaffe, die Verrückung riesiger, aus ihrer Heimat vertriebener Menschenmassen und Bandenkriege – all das ist in vielen Teilen der Welt Alltag. Diese Dinge haben ungeheure Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen, auf die Verbreitung von Krankheiten, Behinderungen und psychischen Angstzuständen.

Die Welt lernt noch, wie sie den unterschiedlichen Formen der kollektiven Gewalt am besten begegnen kann, deutlich ist mittlerweile jedoch, dass der Public Health dabei eine wichtige Rolle

zukommt. Die Weltgesundheitsversammlung erklärte bereits 1981 (189), dass Gesundheitsfachkräfte mit ihrer Arbeit zur Förderung und Erhaltung des Friedens beitragen, was einen wesentlichen Faktor für die Erreichung der Gesundheit für alle darstellt.

Das Ausmaß des Problems

Das 20. Jahrhundert war eines der gewalttätigsten in der Geschichte der Menschheit. Schätzungsweise 191 Millionen Menschen verloren direkt oder indirekt durch bewaffnete Auseinandersetzungen ihr Leben, gut die Hälfte davon waren Zivilisten (190). Nicht nur der Erste und Zweite Weltkrieg kosteten Millionen von Menschen das Leben, sondern auch der stalinistische Terror und der Große Sprung nach vorn in China (1958–1960) erwiesen sich in dieser Hinsicht als eine ungeheure menschliche Katastrophe. Noch heute weiß man nicht genau, wie viele Menschen in diesen Perioden ihr Leben lassen mussten.

Millionen von Menschen starben im Verlauf bewaffneter Auseinandersetzungen, die genauen Zahlen werden wir nie erfahren. In vielen Teilen der Welt werden Sterbefälle und Verletzungen kaum registriert und in Zeiten bewaffneter Auseinandersetzungen führt meist niemand Statistiken (191). Außerdem haben die Konfliktparteien unter Umständen vielfältige Gründe, um die Beweise für das von ihnen verursachte Massensterben und Verderben zu verbergen oder zu manipulieren.

Tausende sterben also jedes Jahr durch bewaffnete Auseinandersetzungen. Daneben aber erleidet eine ungeheure Zahl von Menschen Verletzungen, die sie zum Teil für immer zu Behinderten machen. Es gibt nur selten genaue Angaben über den Umfang von konfliktbedingten Behinderungen, doch die wenigen vorhandenen Zahlen unterstreichen die anhaltenden Auswirkungen bewaffneter Auseinandersetzungen. In Äthiopien führten bewaffnete Auseinandersetzungen beispielsweise zu über einer Million Toten, etwa die Hälfte davon unter der Zivilbevölkerung. Etwa ein Drittel der 300 000 Soldaten, die nach Beendigung des Konflikts von der Front zurückkehrten, war verletzt oder behindert und mindestens 40 000 Menschen hatten bis zu mehreren Gliedmaßen verloren (192). In Kambodscha verloren 36 000 Menschen, d. h. jeder 236. Einwohner des Landes, Gliedmaßen, weil sie unabsichtlich eine Tretmine ausgelöst hatten (193). In einigen Konflikten gehörte es zur bewussten Konfliktstrategie der Parteien, die Zivilbevölkerung zu verstümmeln, um sie zu demoralisieren und die sozialen Strukturen zu zerstören. Berühmte Beispiele sind der Bürgerkrieg in Mozambique in den 1980er Jahren und der noch nicht so lange zurück liegende Konflikt in Sierra Leone, in dessen Verlauf die gegen Regierungstruppen kämpfenden Rebellen vielen Menschen Ohren abschnitten, Lippen zerfetzten oder Gliedmaßen abhackten (194).

Auch Vergewaltigung wurde in vielen Konflikten als systematische Waffe eingesetzt, u. a. während des Zweiten Weltkriegs in Korea, während des Unabhängigkeitskriegs in Bangladesch und bei bewaffneten Auseinandersetzungen in Algerien, Indien (Kaschmir), Indonesien, Liberia, Ruanda, Uganda und im ehemaligen Jugoslawien. Soldaten vergewaltigten die Frauen, Töchter, Mütter und Schwestern ihres Gegners in dem Versuch, diesen zu demütigen und sich insgesamt

- Das 20. Jahrhundert war eines der gewalttätigsten in der Geschichte der Menschheit. Über die Hälfte der Menschen, die weltweit durch bewaffnete Auseinandersetzungen ums Leben kamen, waren Zivilisten.

am Feind zu rächen. Beispielsweise wurden nach Schätzungen im Konflikt von Bosnien-Herzegowina zwischen 10 000 und 60 000 Frauen von Soldaten vergewaltigt (195).

Die Folgen kollektiver Gewalt

Durch die Kampfhandlungen von bewaffneten Konflikten werden Leben und Gesundheit der Menschen direkt gefährdet, daneben aber führen sie auch indirekt auf unterschiedliche Weise zu einem Anstieg der Sterblichkeit und Morbidität unter der Zivilbevölkerung. Durch bewaffnete Auseinandersetzungen wird beispielsweise die Infrastruktur zerstört, lebenswichtige Dienste wie die ärztliche Versorgung und der öffentliche Gesundheitsdienst, der u. a. für Impfungen zuständig ist, sind nicht mehr funktionsfähig, wodurch sich die Gefahr eines Ausbruchs von Infektionskrankheiten erhöht. In Bosnien-Herzegowina wurden 1994 beispielsweise unter 35% der Kinder geimpft. Vor Ausbruch der Kämpfe waren es im Vergleich dazu 95% (196, 197). Generell gilt, dass die Säuglingssterblichkeit in Zeiten bewaffneter Auseinandersetzungen hochschnellt.

Die mit bewaffneten Auseinandersetzungen einhergehende Gewalt und Grausamkeit führt zu zahlreichen psychischen und verhaltensbedingten Problemen, nämlich zu Depressionen und Angstzuständen, zu Suizidverhalten, Alkoholmissbrauch und posttraumatischen Stresszuständen. Psychische Traumata können sich zudem auch in gestörtem und asozialem Verhalten äußern, ihren Ausdruck z. B. in Familienkonflikten und gegen andere gerichtete Aggressivität finden. Diese Probleme verschärfen sich häufig dadurch, dass noch Waffen vorhanden sind und die Menschen nach der langen Belastung durch die bewaffneten Auseinandersetzungen gegenüber Gewalttätigkeiten abgestumpft sind. Die Auswirkungen von Konflikten auf die psychische Gesundheit sind jedoch außerordentlich komplex und unvorhersehbar. Zahlreiche Faktoren spielen dabei eine Rolle, beispielsweise der Charakter des Konflikts, die Art der erfahrenen Traumata und Stressbelastung, das kulturelle Umfeld und die Ressourcen, die der einzelne Mensch und die Gemeinschaft zur Verbesserung ihrer Lage einbringen können (198).

Konflikte zerreißen Handels- und sonstige Geschäftsverbindungen und ziehen Ressourcen aus lebenswichtigen Diensten und Sektoren ab, weil sie für die Verteidigung gebraucht werden (199, 200). Häufig werden gerade Lebensmittelproduktion und -distribution in Konflikten zielgerichtet zerstört (201). Durch Hungersnot kamen in bewaffneten Auseinandersetzungen oder bei Völkermord im 20. Jahrhundert schätzungsweise 40 Millionen Menschen ums Leben.

- Kleinkinder und Flüchtlinge sind in Zeiten bewaffneter Auseinandersetzungen der Gefahr von Krankheit und Tod am stärksten ausgesetzt. Die Morbiditäts- und Mortalitätsrate dieser beiden Gruppen kann dramatisch hochschnellen.
- Zahlreiche gesundheitliche Probleme, u. a. Depression und Angstzustände, Suizidverhalten, Alkoholmissbrauch und posttraumatische Stresstörungen, sind in Zeiten bewaffneter Konflikte ebenfalls üblich.
- Durch bewaffnete Auseinandersetzungen wird die Infrastruktur zerstört, lebenswichtige Dienste wie die ärztliche Versorgung sind nicht mehr funktionsfähig. Auch der Handel sowie die Lebensmittelproduktion und -versorgung leiden und Tausende von Menschen werden aus ihrem Zuhause vertrieben.

Die durch bewaffnete Auseinandersetzungen verursachten sozialen Wirren bereiten den Boden für sexuelle Gewalt und die erzwungene Migration großer Bevölkerungsgruppen (202, 203). Bei diesen Auswirkungen handelt es sich nicht einfach nur um die unglücklichen Nebenprodukte von Konflikten, sondern oftmals hegen die Konfliktparteien die konkrete Absicht, eine Bevölkerung zu unterdrücken oder zu beherrschen.

Die Dynamik gewalttätiger Auseinandersetzungen

Gewaltkonflikte haben im Allgemeinen tiefe Wurzeln und sind vielleicht das Resultat lang anhaltender Spannungen zwischen verschiedenen Gruppen. Die Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict ermittelte eine Reihe von Faktoren, die einen Staat in die Gefahrenzone von Gewaltkonflikten rücken (204). Dazu gehören:

- Fehlende demokratische Prozesse und ungleich verteilte Möglichkeiten der Machtbeteiligung. Besonders hoch ist das Risiko, wenn sich Macht auf ethnische oder religiöse Identität gründet und die politische Führung die Bevölkerung unterdrückt und zur Missachtung der Menschenrechte neigt.
- Soziale Ungleichheit, gekennzeichnet durch krasse Verteilungsungerechtigkeiten und den fehlenden Zugang zu Ressourcen. Konflikte werden vor allem bei wirtschaftlichem Abschwung wahrscheinlich, der die sozialen Ungleichheiten verstärkt und den Kampf um die Ressourcen verschärft.
- Von einer einzigen Bevölkerungsgruppe kontrollierte Naturschätze wie Edelsteine, Öl, Holz und Pflanzen zur Drogenherstellung. In den letzten Jahrzehnten spielte der Kampf um Diamanten in Zentralafrika, um Holz und Edelsteine in Kambodscha und um die Kontrolle des Anbaus von Drogenpflanzen in Afghanistan, Kolumbien und Myanmar bei bewaffneten Auseinandersetzungen eine entscheidende Rolle.
- Rasche demographische Veränderungen, die die staatliche Kapazität zur Bereitstellung von unentbehrlichen Diensten und Arbeitsplätzen übersteigen.

Ein wichtiger Faktor ist auch die Verfügbarkeit von Waffen, vor allem in Nachkriegssituationen, wenn zwar demobilisiert wurde, die Waffen jedoch noch nicht eingezogen oder noch keine Arbeitsplätze für die ehemaligen Soldaten geschaffen wurden.

Einige Elemente der Globalisierung scheinen Konflikte zu schüren (205). Vor allem die Aufsplitterung und die Randständigkeit einiger Länder und Bevölkerungsgruppierungen, der intensive Wettbewerb um Ressourcen und die zunehmenden Verteilungsungerechtigkeiten in einigen Gesellschaften führen wahrscheinlich zu Bedingungen, unter denen sich auch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass politische Konflikte mit gewaltsamen Mitteln ausgetragen werden. Vielleicht reicht kein Faktor allein aus, um einen Konflikt auszulösen, zusammen aber könnten sie die Bedingungen für den Ausbruch von Gewalt schaffen.

Die Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict ermittelte eine Reihe von Faktoren, die einen Staat in die Gefahrenzone von Gewaltkonflikten rücken. Dazu gehören:

- fehlende demokratische Prozesse und ungleich verteilte Möglichkeiten der Machtbeteiligung,
- soziale Ungleichheit, gekennzeichnet durch krasse Verteilungsungerechtigkeiten und den fehlenden Zugang zu Ressourcen,
- von einer einzigen Bevölkerungsgruppe kontrollierte Naturschätze,
- rasche demographische Veränderungen, die die staatliche Kapazität zur Bereitstellung von unentbehrlichen Diensten und Arbeitsplätzen übersteigen.

WIE LÄSST SICH GEWALT VERHINDERN?

Gewalt ist ein vielschichtiges Problem mit biologischen, psychologischen, sozialen und umweltbedingten Wurzeln. Es gibt für dieses Problem keine einfache und auch nicht nur eine Lösung. Gegen Gewalt muss man vielmehr auf vielen Ebenen und in zahlreichen gesellschaftlichen Bereichen gleichzeitig vorgehen. Ausgehend von der Perspektive, die das ökologische Modell eröffnet, lassen sich Programme und Konzepte zur Verhütung von Gewalt auf Einzelpersonen, auf Beziehungen, Bevölkerungsgruppen und ganze Gesellschaften ausrichten und in Zusammenarbeit mit verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren in Schulen, an Arbeitsplätzen, in anderen Einrichtungen und im Strafvollzug umsetzen. Gewalt lässt sich erfolgreich am ehesten verhüten, wenn man dabei umfassend und auf gesicherter wissenschaftlicher Grundlage vorgeht. Im Allgemeinen sind dabei die bereits in der frühen Kindheit und über lange Zeit hinweg greifenden Ansätze eher wirksam als kurzfristige Programme.

Der folgende Abschnitt vermittelt nur einen kurzen Abriss der vielfältigen Programme, die überall an der Welt darauf abzielen, Gewalt einzudämmen und dagegen vorzugehen.

Auf den Einzelnen bezogene Ansätze

Bei dem Versuch, von Einzelpersonen ausgehende Gewalt zu verhindern, verfolgt man in erster Linie zwei Ziele. Erstens sollen Kinder und Jugendliche zu gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen erzogen werden, was ihnen in ihrem Entwicklungsprozess Schutz bietet. Zweitens will man beim einzelnen Menschen, der bereits gewalttätig geworden ist oder Gefahr läuft, sich selbst ein Leid anzutun, einen Einstellungs- und Verhaltenswandel bewirken. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass Menschen ihre Meinungsverschiedenheiten und Konflikte austragen können, ohne dabei auf die Ausübung von Gewalt zurückzugreifen.

Folgende Ansätze konzentrieren sich auf Überzeugungen und Verhaltensweisen des Einzelnen:

- Bildungsprogramme – den Schülern werden Anreize geboten, damit sie einen weiterführenden Schulabschluss anstreben, sozial benachteiligte Jugendliche und Heranwachsende erhalten eine Berufsschulbildung. In gezielten Programmen wird über das Thema Drogenmissbrauch aufgeklärt.
- Soziale Entwicklungsprogramme – dazu gehören Programme, die Mobbing verhindern sollen, sowie persönlichkeitsbereichernde Programme für Vorschulkinder, die schulische Leistungsfähigkeit und soziale Beziehungskompetenz verbessern sollen. Soziale Entwicklungsprogramme sollen Kindern und Erwachsenen insbesondere helfen, ihre Sozialkompetenz zu verbessern, mit Affekten wie Wut umzugehen, Konflikte zu lösen und sich eine moralische Lebensperspektive zu eröffnen.
- Therapeutische Programme – dazu gehört die Beratung von Gewaltopfern und Personen, die Gefahr laufen, Hand an sich zu legen, außerdem beinhalten diese Programme Stützgruppen und Verhaltenstherapien bei Depressionen und anderen psychischen Störungen, die zum Selbstmord führen können.
- Behandlungsprogramme – diese richten sich an Menschen, die Gefahr laufen, Hand an sich zu legen, und schließen die ärztliche Behandlung ein, wenn jemand an psychischen Störungen leidet. Es gibt auch Programme für Sexualtäter und Menschen, die ihre Partner

oder Kinder missbrauchen. Dabei handelt es sich typischerweise um Gruppenprogramme, bei denen die Geschlechterrollenproblematik aufgerollt wird und die Teilnehmer lernen, mit Affekten wie Wut und Zorn umzugehen und die Verantwortung für ihr eigenes Handeln zu übernehmen.

Die Wirksamkeit dieser unterschiedlichen Ansätze hängt von zahlreichen Faktoren ab. Beispielsweise zählen soziale Entwicklungsprogramme, deren Schwerpunkt auf Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenz liegt, zu den wirksamsten Strategien zur Verhütung von Jugendgewalt, scheinen aber effektiver zu sein, wenn sie unter Vorschulkindern und Grundschulern durchgeführt, statt Schülern der Sekundarstufe angeboten werden (206–208).

Beratungsprogramme für Männer, die ihre Partnerinnen missbrauchen, konnten bei einigen Männern erfolgreich Verhaltensänderungen bewirken (209, 210), die Abbruchrate ist jedoch im Allgemeinen sehr hoch und viele, die an diese Programme verwiesen werden, gehen gar nicht erst hin (209, 211). Verhaltenstherapien für Suizidgefährdete haben sich dagegen bis zu einem gewissen Grad als nützlich erwiesen, da sie offensichtlich Selbstmordgedanken und -verhalten einschränken (212, 213).

- Auf den einzelnen Menschen bezogene Ansätze konzentrieren sich in erster Linie darauf, bei Kindern und jungen Menschen im Verlauf ihrer Entwicklung gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen einzuschleifen und bei Menschen, die bereits gewalttätig geworden sind oder Gefahr laufen, sich selbst zu verletzen, einen Einstellungs- und Verhaltenswandel zu bewirken.

Gegen Beziehungsdefizite gerichtete Ansätze

Diese Ansätze konzentrieren sich hauptsächlich darauf, die Art der Beziehungen zu beeinflussen, die Opfer und Täter mit den Menschen eingehen, zu denen sie den engsten zwischenmenschlichen Kontakt haben. Ganz typisch richtet man das Augenmerk dabei auf familiäre Probleme, beispielsweise Ehekonflikte, fehlende Gefühlsbindung zwischen Eltern und Kindern, Disziplinschwierigkeiten oder mangelnde Beaufsichtigung der Kinder sowie auf den negativen Einfluss von Gleichaltrigen.

Folgende Ansätze richten sich auf den Abbau von Beziehungsdefiziten:

- Erlernen der Elternrolle – diese Programme zielen darauf ab, die Gefühlsbindung zwischen Eltern und Kindern zu verbessern, die Eltern zu konsequenten Erziehungsmethoden anzuhalten und ihnen zu helfen, bei der Erziehung ihrer Kinder Selbstbeherrschung zu entwickeln. Elternprogramme können dort eingesetzt werden, wo die Gefahr besteht, dass Kinder von ihren Eltern misshandelt werden, dienen aber auch der Verhütung künftiger Straftaten in Fällen, in denen das Verhalten von Kindern Anlass zur Besorgnis gibt.
- Mentorprogramme – im Rahmen dieser Programme erhält ein Jugendlicher, insbesondere wenn er zu asozialen Verhaltensweisen neigt, einen erwachsenen, nicht zur Familie gehörigen „Mentor“, der als positives Rollenmodell dienen und den Jugendlichen leiten kann.
- Familientherapie – mit diesen Programmen sollen die Kommunikation und die zwischenmenschlichen Beziehungen unter Familienmitgliedern verbessert werden, außerdem vermitteln sie Problemlösungskompetenz, die Eltern und Kindern helfen soll.

- Hausbesuche – diese Programme beinhalten regelmäßige Hausbesuche durch eine Pflegefachkraft oder eine andere Gesundheitsfachkraft bei Familien, die im Hinblick auf die fürsorgliche Betreuung ihrer Kinder besondere Unterstützung und Anleitung brauchen, oder in Fällen, bei denen die deutliche Gefahr besteht, dass ein Kind falsch behandelt wird. Solche Programme sollen ebenfalls spätere Straffälligkeit abwenden. Die Maßnahmen umfassen Beratung, Schulung und die Überweisung an Spezialisten oder an andere Stellen.
- Schulung der Beziehungskompetenz – in diesen Programmen werden normalerweise Gruppen von Frauen und Männern zusammengebracht, wobei ein Diskussionsleiter mit ihnen für die Entstehung von Gewalt wichtige Fragen der Geschlechterrollen und Beziehungsprobleme erörtert und sie die Lebenskompetenz erwerben, um mit Problemen dieser Art fertig zu werden.

Alle genannten Programme haben sich in einigen Umfeldern als effektiv erwiesen. Beispielsweise konnte man in Entwicklungs- wie in Industrieländern durch Hausbesuche die Kindesmisshandlung durch Eltern wirksam eindämmen, wobei sich diese Programme auch sehr vielversprechend angelassen haben, wenn es darum ging, langfristig die Gewalt unter Jugendlichen abzubauen (214–216). Auch Elternterapie und Familientherapie wirken sich langfristig positiv auf gewalttätiges und straffälliges Verhalten aus und sind auf die Dauer gesehen billiger als andere Behandlungsprogramme (43, 217–219).

Bekanntere Programme zur Schulung von Beziehungskompetenz sind u. a. „Stepping Stones“ und „Men as Partners“, die zwar ursprünglich für Afrika konzipiert wurden, inzwischen aber, an die örtlichen Verhältnisse angepasst, auch in einem großen Teil der Entwicklungsländer anderer Kontinente übernommen wurden (220, 221). Die qualitative Auswertung des Stepping Stones-

- Die auf Beziehungsdefizite gerichteten Ansätze wollen die Beziehungen beeinflussen, die Opfer und Täter mit den Menschen eingehen, zu denen sie den engsten zwischenmenschlichen Kontakt haben. Das Augenmerk richtet sich dabei vor allem auf familiäre Probleme und den negativen Einfluss von Gleichaltrigen.

Programms in Afrika und Asien erbrachte, dass es Männern half, mit anderen Menschen zu kommunizieren, dass es ihnen neue Achtung vor Frauen einflößte und sie in die Lage versetzte, Verantwortung für ihr Verhalten zu übernehmen (222).

Auf die Gemeinschaft bezogene Anstrengungen

Der Versuch, Gewalt in der Gemeinschaft zu verhindern, setzt vornehmlich bei der Bewusstseinsarbeit an. Die Öffentlichkeit muss diese Probleme offen debattieren, die Bürger müssen selbst reagieren lernen. Außerdem aber muss man die sozialen und materiellen Ursachen von Gewalt im Nahbereich der Menschen beseitigen und dafür sorgen, dass die Opfer Fürsorge und Unterstützung erfahren.

Folgende Ansätze richten sich gegen Gewalt fördernde Faktoren in der Gemeinschaft:

- Aufklärungskampagnen in den Medien, mit denen ganze Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, oder Aufklärungskampagnen für bestimmte Umfelder wie Schulen, Arbeitsplätze, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und andere Institutionen.

- Umweltverbesserungen, beispielsweise bessere Straßenbeleuchtung, die Schaffung sicherer Schulwege sowie die Überwachung und Beseitigung von Umweltschadstoffen, die sich nachteilig auf die kindliche Entwicklung auswirken könnten.
- Außerschulische Beschäftigungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, z. B. Sport, Theater, Kunst und Musik.
- Schulung von Polizei, Gesundheitsfachkräften, Lehrern und Erziehern, damit sie besser imstande sind, die unterschiedlichen Formen von Gewalt zu erkennen und darauf zu reagieren.
- Bürgernahe Polizeiarbeit, so dass die unterschiedlichsten Bürgergruppierungen in der Polizei einen Partner sehen.
- Programme für konkrete Umfelder wie Schulen, Arbeitsplätze, Flüchtlingslager und Pflegeinstitutionen, darunter Krankenhäuser, Kliniken für Dienste der Gesundheitsversorgung und Einrichtungen für die Langzeitpflege alter Menschen. Bei diesen Programmen liegt der Schwerpunkt auf der Veränderung des institutionellen Umfelds durch sachgerechte Konzepte, Leitlinien und Protokolle.
- Koordinierte bürgernahe Maßnahmen, an denen sich zahlreiche Sektoren beteiligen und die auf die Verbesserung von Diensten und Programmen abzielen.

Aufklärungskampagnen haben sich in einigen Fällen als nützlich erwiesen, so z. B. die Multimedienkampagne *Soul City* in Südafrika. In dieser Kampagne wurden viele Formen der zwischenmenschlichen Gewalt aufgegriffen, u. a. Mobbing, Bandengewalt, Gewalt durch Intimpartner, Vergewaltigung und sexuelle Belästigung. Bei der Auswertung der Erwachsenenfernsehserie *Soul City* konnte festgestellt werden, dass die Zuschauer mehr wussten und ihr Problembewusstsein geweckt war und dass sich ihre Einstellung und ihre sozialen Normen in Bezug auf häusliche Gewalt und Geschlechterbeziehungen geändert hatten. Die Bevölkerung zeigt sich inzwischen erheblich bereit, ihr Verhalten zu ändern und sich gegen Gewalt zu wehren, und zwar sowohl in den Städten wie auf dem Land, wobei diese Bereitschaft für Männer und Frauen gilt.

Initiativen, die Polizei und Bürger einander näher bringen sollen, wurden einigermaßen erfolgreich in Rio de Janeiro, Brasilien, und in San José, Costa Rica, erprobt (223, 224), müssen aber noch gründlicher ausgewertet werden, bevor sich endgültig feststellen lässt, wie wirksam sie waren. Ganz wichtig für die Verhütung vieler Formen von Gewalt ist, dass Polizeibeamte und Erbringer von Gesundheitsversorgung besser geschult werden, wobei die Fakten allerdings darauf hindeuten, dass mit Schulung allein der Kampf gegen die Gewalt nicht zu gewinnen ist. Sie muss mit dem verstärkten Bemühen einhergehen, Einstellungen und organisatorische Kultur zu verändern (225–227).

Vernetzung und multisektorale Zusammenarbeit werden in der konkreten Arbeit mit der Bevölkerung immer häufiger als wirksames Mittel gegen Gewalt eingesetzt. Man bildet Koordinationsräte, organisationsübergreifende Fora und Ähnliches, die eine Vielzahl von Bürgern, wie

- Bei den auf die Gemeinschaft bezogenen Anstrengungen geht es darum, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Gewaltproblematik zu wecken, die Bürger zum Handeln anzuregen und für die Betreuung und Unterstützung der Opfer zu sorgen.

z. B. Stadtpolitiker, Gesundheits- und Sozialarbeiter in der Gemeinde, Mitglieder von Frauengruppen, schulische Mitarbeiter und die religiösen und politischen Behörden am Ort in die Arbeit einbinden. Sie

übernehmen normalerweise die Funktion, Informationen und Sachkenntnis weiter zu vermitteln, Probleme bei der Erbringung von Diensten aufzuzeigen und unter der Bevölkerung das Bewusstsein für eine bestimmte Form der Gewalt oder auch mehrere ihrer Erscheinungsformen zu wecken und die Bürger zur Gegenwehr zu motivieren.

Gesellschaftliche Ansätze

Gesellschaftliche Ansätze zur Bekämpfung von Gewalt konzentrieren sich auf kulturelle, soziale und wirtschaftliche Faktoren und auf die Frage, wie diese unterschiedliche Umfelder und ganze Gemeinschaften prägen.

Folgende Ansätze konzentrieren sich auf diese breiteren gesellschaftlichen Faktoren:

- Gesetzliche und rechtliche Abhilfemaßnahmen, neue oder verbesserte Gesetze, die sich gegen sexuelle Gewalt und Gewalt durch Intimpartner oder gegen die körperliche Bestrafung von Kindern in der Familie, in der Schule oder in anderen Zusammenhängen richten; Gesetze, die eine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -missbrauch und Misshandlung alter Menschen vorsehen, sowie Verfahren für die Handhabung von Fällen familiärer und sexueller Gewalt.
- Internationale Verträge – viele internationale Verträge und Übereinkommen sind für die Verhütung von Gewalt wichtig. Sie geben der nationalen Gesetzgebung Standards vor, sind zugleich aber auch unschätzbare Instrumente der Überzeugungsarbeit.
- Politische Kursänderungen zur Verminderung von Armut und Verteilungsungerechtigkeit und zur Verbesserung der Unterstützung für Familien – z. B. soziale Hilfe und wirtschaftliche Entwicklung, Schaffung von Arbeitsplätzen, verbesserte Bildungschancen, Elternurlaub, Beschäftigungsmöglichkeiten für Mütter und Kinderbetreuungsangebote.
- Bemühungen um die Veränderung sozialer und kultureller Normen. Diese sind besonders wichtig bei der Auseinandersetzung mit der Geschlechterrollenproblematik, mit Fragen der Diskriminierung aufgrund von Rasse oder ethnischer Herkunft und bei der Bekämpfung gesundheitsschädlicher herkömmlicher Praktiken, die unter Umständen alle tief im Sozialgefüge verankert sind.
- Umsetzung von Entwaffnungs- und Demobilisierungsprogrammen in Ländern, die gerade erst bewaffnete Auseinandersetzungen hinter sich haben. Dazu gehören auch zivile Beschäftigungsmöglichkeiten für die ehemaligen Kombattanten.

Man geht davon aus, dass sich Kindesmissbrauch und -vernachlässigung wesentlich vermindern lassen, wenn es gelingt, erfolgreich gegen die Armut vorzugehen, das Bildungsniveau anzuheben und Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen sowie die Verfügbarkeit und Qualität der Kinderbetreuung zu verbessern. Forschungsergebnisse aus mehreren Ländern deuten darauf hin, dass gute Möglichkeiten der Betreuung von Kleinkindern soziale und wirtschaftliche Verteilungsungerechtigkeiten ausgleichen und die kindliche Entwicklung sowie die schulische Leistungsfähigkeit von Kindern verbessern können (228). Diese Resultate können sich auch positiv auf die Jugendgewalt auswirken.

In zahlreichen Ländern wurden Maßnahmen zur Verringerung der Schusswaffengewalt durchgeführt. Dazu zählen die strengere polizeiliche Überwachung des illegalen Schusswaffenbesitzes oder die Straffung der für die Lagerung von Schusswaffen geltenden Regeln, um den Diebstahl

- Gesellschaftliche Ansätze konzentrieren sich auf die kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die Gewaltbereitschaft fördern, und betonen die Veränderungen, die vom Gesetzgeber, bei der Polizei und im breiteren sozialen und kulturellen Umfeld vorgenommen werden müssen, damit die Gewalt in unterschiedlichen Settings und ganzen Gemeinschaften zurückgeht.

von Schusswaffen und den Handel mit gestohlenen Waffen zu unterbinden. Solche Maßnahmen haben sich in einigen Umfeldern als erfolgreicher Weg zur Reduzierung von Tötungsdelikten und Selbstmordraten erwiesen (229–232). Selbstmorde konnten außerdem erfolgreich durch strengere Auflagen für den Verkauf von toxischen Landwirtschaftschemikalien und von Arzneimitteln verhindert werden. Ähnlich hilfreich war die Beseitigung von gesundheitsschädlichen Elementen wie Kohlenmonoxid aus Haushaltsgas und Auspuffgasen. Als beispielsweise in Samoa der Verkauf des Pflanzengifts Paraquat, das häufig als Selbstmordmittel diente, eingeschränkt wurde, sank die Selbstmordziffer innerhalb von drei Jahren drastisch (233).

Einige wichtige Lücken

Die vorausgegangenen Abschnitte boten einen kurzen Einblick in die Fülle der weltweit zur Eindämmung und Bekämpfung von Gewalt durchgeführten Programme. Sie machen auch deutlich, dass nur sehr wenige Programme gründlich auf ihre Wirksamkeit hin bewertet wurden. Die Evaluierung muss bei allen Aktivitäten einen höheren Stellenwert erhalten, wenn man wissen möchte, welche Maßnahmen zur Verhütung von Gewalt wirklich greifen und wo die Ressourcen eingesetzt werden sollten, damit sie die größte Wirkung zeitigen. Dabei gilt es jedoch unbedingt zu berücksichtigen, dass gründliche wissenschaftliche Untersuchungen zeitaufwendig sind und man keine Sofortresultate erwarten kann. Die Neigung, nur in erprobte Ansätze zu investieren, sollte nicht verhindern, dass auch viel versprechende neue Methoden eine Chance erhalten.

Eine Reihe von Mängeln ist ebenfalls offensichtlich. Wie bereits gesagt, hapert es bei den Programmen für die Primärprävention, d. h. es fehlt im Vergleich zu den Ansätzen der sekundären und tertiären Prävention an Maßnahmen, die Gewalt gar nicht erst entstehen lassen. Außerdem sind die Programme in ihren Schwerpunkten unausgewogen. Im Vergleich zu Programmen, die bei Charakter- und Beziehungsfaktoren ansetzen, werden auf die Gemeinschaft und Gesellschaft abzielende Strategien unterbetont.

- Bisher wurden nur relativ wenige Ansätze gründlich auf ihre Wirksamkeit hin bewertet; die Evaluierung muss deshalb bei allen Aktivitäten einen höheren Stellenwert erhalten.
- Im Vergleich zu den Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention sind nicht genügend Programme auf die Primärprävention ausgerichtet.
- Im Vergleich zu Programmen, die bei Charakter- oder Beziehungsfaktoren ansetzen, werden auf die Gemeinschaft und Gesellschaft abzielende Programme unterbetont.
- In Entwicklungsländern müssen dringend sehr viel mehr Präventionsprogramme aufgebaut oder vorhandenen Gegebenheiten angepasst, erprobt und ausgewertet werden.

Hinzu kommt, dass die meisten Programme zur Verhütung von Gewalt für Industrieländer aufgestellt und auch dort erprobt wurden. Man müsste dringend sehr viel mehr Präventionsprogramme in Entwicklungsländern aufbauen oder vorhandene Programme an die dortigen Gegebenheiten anpassen, sie erproben und auswerten, um so festzustellen, was in sehr viel mehr Umfeldern funktioniert.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die Vielschichtigkeit des Gewaltphänomens macht es erforderlich, dass sich Regierungen und alle mit der Problematik Befassten auf allen Entscheidungsebenen, d. h. bürgernah, auf nationaler und auf internationaler Ebene, damit auseinandersetzen. Die folgenden Empfehlungen spiegeln diese Notwendigkeit des multisektoralen und gemeinschaftlichen Handelns wider.

Empfehlung 1. Schaffung, Umsetzung und begleitende Überwachung eines nationalen Aktionsplans für die Prävention von Gewalt

Ein nationaler Aktionsplan ist wichtig für die Verhütung von Gewalt und für die Förderung wirksamer und nachhaltiger Maßnahmen. Ein solcher Plan sollte sich auf einen von den unterschiedlichsten staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren, darunter von einschlägigen Interessenvertretern, erzielten Konsens gründen. Er muss die personellen und finanziellen Ressourcen berücksichtigen, die unmittelbar und künftig für die Umsetzung des Plans zur Verfügung stehen, und sollte u. a. folgende Elemente enthalten: Überprüfung und Reform der bestehenden Gesetzgebung und Politik, Aufbau von Datenerhebungs- und Forschungskapazitäten, Ausbau der für Gewaltopfer zur Verfügung stehenden Dienste sowie Weiterentwicklung und Auswertung von Präventionsmaßnahmen. Der Plan sollte außerdem einen Zeitplan enthalten und einen Evaluationsmechanismus vorschreiben, wobei eine konkrete Organisation damit beauftragt werden sollte, die Fortschritte zu verfolgen und regelmäßige Berichte vorzulegen. Zudem sollte der Plan Koordinationsmechanismen auf örtlicher, nationaler und internationaler Ebene vorsehen, um die Zusammenarbeit zwischen allen Sektoren, die zur Verhütung von Gewalt beitragen könnten, zu ermöglichen; das gilt beispielsweise für die Ressorts Strafrechtspflege, Bildung, Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Empfehlung 2. Ausbau der Kapazität für die Erhebung von Daten zur Gewaltproblematik

Die einzelnen Länder müssen imstande sein, Daten zur Gewaltproblematik zu erheben und zu analysieren, um Prioritäten setzen, die Planung von Programmen steuern und die Fortschritte verfolgen zu können. In einigen Ländern wäre es vielleicht am effizientesten, wenn die Regierung eine Institution, eine Organisation oder ein ministerielles Referat mit der Zusammenstellung und dem Vergleich der Informationen beauftragen würde, die von Gesundheits-, Strafvollzugs- und anderen Behörden einlaufen, die ihrerseits regelmäßig mit Gewaltopfern und -tätern zu tun haben. In Ländern mit begrenzten Ressourcen könnte diese Stelle auch die unter Empfehlung 1 erwähnte Beobachtungsfunktion übernehmen.

Die Datenerhebung ist auf allen Ebenen wichtig, doch die Qualität und Vollständigkeit der Daten entscheidet sich bereits auf der örtlichen Ebene. Man braucht einfache Systeme, die sich kosteneffektiv umsetzen lassen, mit denen die Mitarbeiter auch umgehen können und die nationalen und internationalen Standards entsprechen. Außerdem sollte ein systematischer Datenaustausch unter den einschlägigen (z. B. für Gesundheit, Strafrechtspflege und Sozialpolitik zuständigen) Behörden und anderen interessierten Parteien möglich sein, so wie auch die Sachkenntnis zur Durchführung von vergleichenden Analysen vorhanden sein muss.

Auf internationaler Ebene fehlen zur Zeit noch weltweit akzeptierte Standards für die Erhebung von Daten zur Gewaltproblematik, die den internationalen und interkulturellen Datenvergleich

verbessern würden. Abhilfe könnten international akzeptierte Standards wie die *International classification of external causes of injuries* (234) und die von der Weltgesundheitsorganisation und den Centers for Disease Control and Prevention der Vereinigten Staaten aufgestellten *Injury surveillance guidelines* (235) bieten.

Empfehlung 3. Festlegung von Forschungsprioritäten und Unterstützung von Forschungsarbeiten zu den Ursachen, Folgen, Kosten und zur Verhütung von Gewalt

Das Phänomen Gewalt bietet sich aus vielerlei Gründen als Forschungsobjekt an, am wichtigsten ist jedoch ein besserer Einblick in die Problematik in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen, damit sachgerechte Gegenmaßnahmen aufgestellt und evaluiert werden können. Auf nationaler Ebene kann die Forschung durch die staatliche Politik gefördert werden, entweder durch die direkte Einbeziehung staatlicher Einrichtungen (in vielen Sozial- oder Innenministerien sowie Strafvollzugsbehörden gibt es interne Forschungsprogramme) oder auch durch die Finanzierung wissenschaftlicher Einrichtungen und unabhängiger Wissenschaftler.

Forschung kann und sollte aber auch bürgernah stattfinden. Den größten Nutzen erzielt man hier, wenn die örtlichen Behörden alle potenziellen Partner mit einschlägiger Sachkenntnis in die Arbeit einbeziehen, u. a. Hochschuldisziplinen (Medizin, Sozialwissenschaften, Kriminologie und Epidemiologie), andere Forschungseinrichtungen und nichtstaatliche Organisationen.

Einige absolut vorrangige globale Probleme müssen in internationalen Forschungsvorhaben angegangen werden. Beispiele sind: der Zusammenhang zwischen Gewalt und verschiedenen Aspekten der Globalisierung, darunter deren wirtschaftliche, umweltbezogene und kulturelle Auswirkungen; die verschiedenen Kulturen und Gesellschaften gemeinsamen Risiko- und Schutzfaktoren und viel versprechende, in den unterschiedlichsten Zusammenhängen brauchbare Präventionsansätze.

Empfehlung 4. Förderung von Maßnahmen der Primärprävention

Die Bedeutung der Primärprävention durchzieht wie ein roter Faden den gesamten *World report on violence and health*. Einige wichtige Maßnahmen der Primärprävention von Gewalt sind die folgenden:

- Schwangerschaftsfürsorge und perinatale Betreuung von Müttern sowie vorschulische und soziale Entwicklungsprogramme für Kinder und Jugendliche,
- Vorbereitung der künftigen Eltern auf ihre Elternrolle und auf die Interaktionsmuster in der Familie,
- Verbesserung der physischen wie der sozioökonomischen städtischen Infrastruktur,
- Maßnahmen zur Verringerung von Schusswaffenverletzungen und zur Verbesserung der Sicherheit im Zusammenhang mit dem Besitz von Schusswaffen,
- Medienkampagnen zur Beeinflussung von Einstellungen, Verhaltensweisen und sozialen Normen.

Die ersten beiden Punkte sind wichtig für die Verringerung des Kindesmissbrauchs und der Vernachlässigung von Kindern sowie für die Reduzierung der in der Jugend und im Erwachsenenalter begangenen Gewalttaten. Eine verbesserte Infrastruktur kann wesentlichen Einfluss auf verschiedene Erscheinungsformen von Gewalt haben. Konkret müssen hier Umweltfaktoren in der

jeweiligen Gemeinschaft aufgegriffen werden; es gilt die Orte zu finden, an denen es häufig zu Gewalttätigkeiten kommt, die Faktoren, die den Ort gefährlich machen, zu untersuchen und diese Faktoren zu ändern oder zu beseitigen. Außerdem muss durch verstärkte Investitionen und verbesserte Bildungschancen und wirtschaftliche Möglichkeiten die sozioökonomische Infrastruktur der einzelnen Gemeinde gestärkt werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe für nationale und örtliche Maßnahmen ist die Verhütung von Schusswaffenverletzungen und die Verbesserung der Sicherheit im Zusammenhang mit dem Besitz von Schusswaffen. Bisher liegen zwar noch keine schlüssigen Forschungsergebnisse darüber vor, inwieweit die in den Medien ausgestellte Gewalt einen Einfluss auf verschiedene Formen von Gewalt unter der Bevölkerung hat, doch die Medien können zur Veränderung gewaltbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen und sozialer Normen beitragen. Je nach den an einem bestimmten Ort vorherrschenden Gegebenheiten greifen die meisten dieser Primärpräventionsmaßnahmen ineinander und können so ihre Wirkung insgesamt entscheidend verstärken.

Empfehlung 5. Stärkung der Maßnahmen für Gewaltopfer

Die Gesundheitssysteme in den Ländern sollten sich insgesamt um eine hochwertige Betreuung der Opfer aller Formen von Gewalt bemühen und dafür sorgen, dass die erforderlichen Rehabilitations- und Unterstützungsangebote vorhanden sind, um weitere Komplikationen zu vermeiden. Vorrang haben dabei:

- die Verbesserung der Notfalldienste und der Fähigkeit des Gesundheitssektors zur Behandlung und Rehabilitation der Opfer,
- das Erkennen von Anzeichen für Gewaltzwischenfälle oder ständige Gewaltsituationen und die Überweisung der Opfer an die für Nachsorge und Unterstützung zuständigen Stellen,
- die Absicherung, dass Gesundheits- und Rechtswesen, Polizeiarbeit und soziale Dienste eine erneute Viktimisierung früherer Gewaltopfer vermeiden und die Dienste eventuelle Täter wirksam an erneuten Gewalttätigkeiten hindern,
- soziale Unterstützung, Präventionsprogramme und sonstige Dienste zum Schutz von gewaltgefährdeten Familien und zum Abbau von Stress für die Fürsorgepersonen,
- Einbau der Gewaltprävention in die Curricula für MedizinerInnen und PflegefachschülerInnen.

Jede dieser Maßnahmen trägt dazu bei, die Auswirkungen der Gewalt auf den einzelnen Menschen und die Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem auf ein Mindestmaß zu beschränken. Bei der Planung und Umsetzung dieser Maßnahmen muss man jedoch sicher gehen, dass keine „erneute Viktimisierung“ stattfindet, d. h. dass die Opfer, die der Gefahr weiterer gewalttätiger Übergriffe vonseiten der Täter ausgesetzt sind, sicher untergebracht werden, dass die Familie oder Gemeinschaft die Gewalttat missbilligt oder die Täter sonstige negative Folgen zu fürchten haben.

Empfehlung 6. Einbeziehung der Gewaltprävention in die Sozial- und Bildungspolitik und damit Förderung von Gleichberechtigung der Geschlechter und sozialer Gerechtigkeit

Ein Großteil der Gewalt hat mit der fehlenden Gleichberechtigung der Geschlechter und mit sozialen Ungleichheiten zu tun, die weite Teile der Bevölkerung einem erhöhten Risiko aussetzen. Die Erfahrungen aus Ländern, die den Status von Frauen verbessert und soziale Diskriminierung abgebaut haben, deuten darauf hin, dass hier eine ganze Bandbreite von Maßnahmen erforderlich ist, die Gesetzes- und Rechtsreformen einschließt, aber auch Kampagnen notwendig macht, die das Problembewusstsein der Öffentlichkeit schärfen. Außerdem müssen Polizei und andere im öffentlichen Dienst Tätige geschult und in ihrer Tätigkeit systematisch begleitet werden und man braucht Bildungsangebote und wirtschaftliche Anreize für benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

In weiten Teilen der Welt stehen die Sozialpolitik und die damit verbundenen Programme unter erheblichem Druck. Viele Länder haben erleben müssen, dass die Realeinkommen sinken, die grundlegende Infrastruktur zerfällt und die Qualität und Quantität von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialleistungen ständig abnehmen. Da diese Bedingungen eng mit der Existenz von Gewalt verzahnt sind, müssen die Regierungen alles in ihrer Macht Stehende tun um den Sozialschutz aufrecht zu erhalten. Notfalls müssen sie im Staatshaushalt andere Prioritäten setzen.

Empfehlung 7. Verbesserung der Zusammenarbeit und Austausch von Informationen über die Möglichkeiten der Gewaltprävention

Die Arbeitsbeziehungen zwischen den an der Prävention von Gewalt interessierten internationalen Organisationen, Regierungen, Wissenschaftlern, Netzwerken und nichtstaatlichen Organisationen müssen verbessert werden, damit das vorhandene Wissen besser weitergegeben wird, man sich auf die Ziele der Präventionsmaßnahmen einigen und diese koordinieren kann. Erleichtert werden sollte dies durch die Schaffung von Koordinationsmechanismen, damit zugleich auch sinnlose Doppelgleisigkeiten vermieden werden können und man die Vorteile des geballten Wissens, der vernetzten Zusammenarbeit, der gemeinsamen Finanzierung und der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen in den Ländern ausnutzen kann.

Der Beitrag von Gruppen, die für die Lösung bestimmter Probleme eintreten, sich beispielsweise gegen die Gewalt an Frauen, den Missbrauch der Menschenrechte, die Misshandlung alter Menschen und gegen Selbstmord wenden, sollte anerkannt und durch praktische Maßnahmen gefördert werden. Man könnte diesen Gruppierungen z. B. bei wichtigen internationalen Konferenzen einen offiziellen Status einräumen und sie in offizielle Arbeitsgruppen einbeziehen. Experten, die sich mit unterschiedlichen Erscheinungsformen der Gewalt auseinandersetzen, sollten Hilfestellung durch Fora erhalten, die den Informationsaustausch, gemeinsame Forschungsvorhaben und Überzeugungsarbeit erleichtern.

Empfehlung 8. Förderung von internationalen Verträgen, Gesetzen und anderen Mechanismen zum Schutz der Menschenrechte und zur Überwachung ihrer Einhaltung

Im Laufe der letzten fünfzig Jahre haben die Nationalregierungen eine Fülle internationaler Rechtsvereinbarungen unterzeichnet, die direkte Bedeutung für die Gewaltproblematik und die Verhütung von Gewalt haben. In diesen Vereinbarungen werden der nationalen Gesetzgebung Standards vorgegeben und Verhaltensnormen und -grenzen verankert.

Viele Länder sind inzwischen ein Stück weiter gekommen und haben ihre Gesetze entsprechend ihren internationalen Verpflichtungen und Versprechen geändert, in anderen ist dies jedoch nicht geschehen. Wenn die Ursache der fehlenden Fortschritte in knappen Ressourcen oder fehlenden Informationen zu suchen ist, sollte die internationale Gemeinschaft stärker helfen. In anderen Fällen muss man entschieden für Änderungen in Gesetzgebung und Rechtspraxis eintreten.

Empfehlung 9. Suche nach praktischen, international vereinbarten Maßnahmen zur Bekämpfung des weltweiten Drogen- und Waffenhandels

Der weltweite Drogen- und Waffenhandel ist in Entwicklungs- wie in Industrieländern von der Gewaltproblematik nicht zu trennen. Selbst bescheidene Fortschritte an dieser Front helfen, das Ausmaß und den Grad der von Millionen von Menschen erlittenen Gewalt zu verringern. Bisher scheint für diese Probleme jedoch noch keine Lösung in Sicht zu sein, trotz der Tatsache, dass sich die Welt ihrer Tragweite durchaus bewusst ist. Public-Health-Strategien könnten dazu beitragen, die Auswirkungen dieser Probleme auf örtlicher wie auf nationaler Ebene zu reduzieren, und sollten deshalb bei globalen Maßnahmen einen sehr viel höheren Stellenwert erhalten.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

Unser Wissen ist zwar noch lückenhaft und es besteht ein dringender Forschungsbedarf, doch die bisherigen Erfahrungen haben uns bereits einige wichtige Lehren darüber vermittelt, wie Gewalt zu verhüten ist und sich ihre Folgen mildern lassen. Dazu gehören die folgenden:

Gewalt ist oftmals vorhersehbar und verhütbar. Wie der *World report on violence and health* deutlich gemacht hat, scheinen bestimmte Faktoren starke Gewaltindikatoren zu sein, auch wenn sich ein direkter Kausalzusammenhang zuweilen nur schwer nachweisen lässt. Die Ermittlung und Messung dieser Faktoren kann Entscheidungsträgern das rechtzeitige Warnsignal geben, dass hier gehandelt werden muss. Inzwischen wächst laufend die Bandbreite der Handlungsinstrumente, die durch immer neue gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse angewiesen werden.

Investitionen in vorbeugende Maßnahmen zeitigen konkrete Resultate. Weltweit neigen die Behörden dazu, erst dann tätig zu werden, wenn die Gewalt bereits offenkundig geworden ist. Doch die Investition in Gewaltprävention, insbesondere in primärpräventive Maßnahmen, die die Probleme gar nicht erst aufkommen lassen, könnte sich als kostenwirksamer erweisen und große und nachhaltige Vorteile bringen.

Unabdingbar für die Maßnahmenplanung ist, dass man begreift, in welchen Kontexten Gewalt entsteht. Gewalt kommt in allen Gesellschaften vor, doch ihr Kontext, das heißt die Umstände, die sie hervorbringen, ihr Charakter und die Einstellung der Gesellschaft zu diesem Problem sind im jeweiligen Umfeld völlig unterschiedlich. Wo immer Präventionsprogramme geplant werden, bildet die Erkenntnis der kontextuellen Zusammenhänge von Gewalt eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass die Maßnahmen direkt auf die Zielgruppe zugeschnitten werden können.

Unterschiedliche Erscheinungsformen von Gewalt sind auf vielfache Weise entscheidend miteinander verzahnt und oftmals durch die gleichen Risikofaktoren gekennzeichnet. Leider interessierte sich die Forschung bisher häufig immer nur für Einzelphänomene und ließ deshalb eine Gesamtschau vermissen. Das trifft auch auf die bisherigen Maßnahmen zur Verhütung der verschiedenen Formen von Gewalt zu. Wenn sich diese Aufspaltung überwinden ließe, würden die Maßnahmen wahrscheinlich breiter und wirksamer greifen.

Die Ressourcen sollten auf die gewaltanfälligsten Gruppen konzentriert werden. Gewalt ist, wie viele andere Gesundheitsprobleme, nicht neutral. Sie ist zwar in allen Sozialschichten zu finden, doch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen konsequent, dass die niedrigsten sozioökonomischen Schichten am stärksten gefährdet sind. In den meisten Gesellschaften profitieren die Armen ganz allgemein am wenigsten von den verschiedenen staatlichen Schutz- und Fürsorgeangeboten. Soll Gewalt wirklich verhütet werden, dann dürfen ihre Bedürfnisse nicht länger vernachlässigt werden.

Selbstzufriedene Gleichgültigkeit ist eine Barriere, die es im Kampf gegen Gewalt zu überwinden gilt. Sie ist ein starker Hemmschuh, der Gewalt fördert und es ungeheuer schwer macht, darauf zu reagieren. Das trifft insbesondere auf die Haltung zu, die in der Gewalt ein unveränderliches Element der menschlichen Gesellschaft sieht, ähnlich wie die eng damit verbundene Ungleichheit der Geschlechter. Selbstzufriedenheit wird häufig noch durch Eigeninteressen verstärkt,

wie im Zusammenhang mit dem gesellschaftlich sanktionierten Recht der Männer, ihre Frauen „zurechtzuweisen“. Zwischenmenschliche und kollektive Gewalt lässt sich nur dann eindämmen, wenn man die selbstzufriedene Gleichgültigkeit gegenüber jeglicher Form von Gewalt bekämpft.

Ohne die politische Entschlossenheit, Gewalt zu bekämpfen, bleibt den Public-Health-Bemühungen der Erfolg versagt. Bürgerinitiativen, Einzelpersonen und Institutionen können zwar viel erreichen, doch letztlich hängt der Erfolg von Public-Health-Maßnahmen vom politischen Engagement ab. Entscheidend ist dies auf der nationalen Ebene, wo die politischen und gesetzlichen Entscheidungen fallen und die übergeordneten Finanzierungsbeschlüsse getroffen werden, aber auch auf den nachgeordneten Ebenen bis hinunter in die einzelne Gemeinde, wo die Verantwortung für die tägliche Verwaltung von Politik und Programmen liegt. Oftmals bedarf es der nachhaltigen Bemühungen vieler gesellschaftlicher Sektoren, um die Politik zum Handeln zu bewegen.

Gewalt ist nicht unvermeidbar. Wir können viel tun, um sie zu bekämpfen und zu verhüten. Die Welt hat das Ausmaß dieser Aufgabe noch nicht vollständig erfasst und hat auch noch nicht alle Instrumente, um sie zu lösen. Doch die globale Wissensgrundlage wird immer solider und inzwischen wurden auch bereits viele nützliche Erfahrungen gewonnen.

Der *World report on violence and health* soll zu dieser Wissensgrundlage beitragen. Der Bericht wird hoffentlich dazu anregen, dass man sich mit verstärkter Zusammenarbeit, neuen Ideen und Engagement darum bemüht, Gewalt überall auf der Welt zu verhüten, und er soll eine solche Zusammenarbeit leichter machen.

LITERATURHINWEISE

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/VIP/99.11).
2. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 1993, 12:186–197.
3. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, DC, United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979 (publication 70–550/1).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
6. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
7. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
8. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *The Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
9. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
10. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
11. Diekstra RFW, Garnefsky NA. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviours: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1995, 25:36–57.
12. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
13. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.

14. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
15. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
16. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
17. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
18. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
19. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
20. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
21. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
22. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
23. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
24. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
25. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
26. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.

27. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
28. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
29. Tolan P, Guerra N. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
30. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
31. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
32. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
33. Thornberry TP, Huizina D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
34. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
35. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251–273.
36. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
37. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
38. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
39. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
40. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.

41. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
42. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
43. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; and National Institutes of Health, 2001.
44. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
45. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
46. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3: Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377–570.
47. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
48. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
49. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
50. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.
51. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
52. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
53. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).

54. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.
55. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
56. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
57. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35–49.
58. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
59. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat: Bulletin of the Canadian Centre for Justice Statistics*, 1994, 14:1–22.
60. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
61. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
62. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1994.
63. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
64. Granados Shiroma, M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.]* Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
65. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
66. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia: a summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
67. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.

68. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9–11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
69. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180–216.
70. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
71. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. [Violence behind closed doors: the battered women.]* Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
72. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
73. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (Internet communication at web site <http://www.nnh.org/risk>).
74. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
75. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
76. Levinson D. *Violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
77. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371–392.
78. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
79. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
80. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
81. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.

82. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
83. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
84. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
85. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
86. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
87. Menick DM. Les contours psychosociaux de l’infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
88. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
89. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
90. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
91. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
92. *Equality, development and peace*. New York, United Nations Children’s Fund, 2000.
93. Zununegui MV, Morales JM, Martinez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
94. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
95. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
96. Kim DH et al. Children’s experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.

97. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
98. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the parent–child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249–270.
99. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
100. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
101. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
102. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
103. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
104. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
105. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
106. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent–child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
107. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
108. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
109. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
110. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world’s people*. London, HelpAge International, 1999.
111. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.

112. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
113. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
114. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
115. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
116. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
117. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
118. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
119. Homer AC, Gillear C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
120. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
121. O’Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
122. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
123. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
124. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, HelpAge International, 1999.
125. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development News*, 2000, 6:9.
126. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
127. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women’s health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.

128. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
129. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
130. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
131. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
132. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).
133. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
134. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
135. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
136. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
137. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú. [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru.]* Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
138. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
139. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
140. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.

141. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).
142. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
143. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case–control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
144. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
145. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
146. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
147. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
148. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
149. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
150. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
151. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
152. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
153. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.

154. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
155. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
156. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
157. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
158. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
159. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. [Central America in the 90s: youth problems.] San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
160. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
161. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
162. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
163. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
164. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990-1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
165. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
166. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
167. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.

168. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307
169. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
170. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in southeast Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
171. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
172. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
174. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
175. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
176. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
178. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
179. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
180. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
181. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.

182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1996, 26:175–180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 2001, 31:62–70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
186. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
187. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
188. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
189. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
190. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ and London, Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
194. *Getting away with murder, mutilation and rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3).

195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
196. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
199. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
200. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
203. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi S. Globalization, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Globalization and health policy* (in press).
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
207. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
209. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. In: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
210. Gondolf E. *A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (In-

ternet communication at web site <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).

211. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
212. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
213. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
214. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
215. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and anti-social behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
216. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
217. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
218. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, NY, Guilford, 1992:117–138.
219. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
220. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
221. *Men as partners*. New York, NY, AVSC International, 1998.
222. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
223. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.

-
224. Jarquin E, Carrillo F. *La económica política de la reforma judicial. [The political economy of judicial reform.]* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
 225. Bradley J et al. Whole-site training: a new approach to the organization of training. New York, NY, AVSC International, 1998.
 226. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
 227. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. [Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group]. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
 228. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
 229. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
 230. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.
 231. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
 232. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
 233. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*, Leiden, Brill, 1995:173–206.
 234. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. International classification of external causes of injuries. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
 235. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, world Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).

**Das WHO Regionalbüro
für Europa**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belgien
Bosnien-Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien and Montenegro
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechische Republik
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
Weißrussland
Zypern

Gewalt verkürzt jedes Jahr überall auf der Welt das Leben von Millionen von Menschen und zerstört das Leben von weiteren Millionen. Sie kennt keine geografischen Grenzen und keine Grenzen von Rasse, Alter oder Einkommen. Sie trifft Kinder, Frauen, junge und alte Menschen. Sie schleicht sich in das Zuhause der Menschen, in Schulen und an Arbeitsplätzen ein. Frauen und Männer haben überall das Recht, ihr Leben ohne Furcht vor Gewalt leben zu können und ihre Kinder in einer nicht von Gewalt geprägten Umwelt aufwachsen zu sehen. Wir müssen ihnen helfen und dafür sorgen, dass sie dieses Recht genießen können, indem wir deutlich zu verstehen geben, dass sich Gewalt verhüten lässt, und indem wir gemeinsam die Ursachen von Gewalt aufdecken und beseitigen.

Kofi Annan, Generalsekretär der Vereinten Nationen,
Nobelpreisträger, 2001

Massaker, die Vertreibung ganzer Bevölkerungen, Verteilungsgerechtigkeiten bei der Gesundheitsversorgung – in den Zusammenhängen, in denen MSF arbeitet, ist Gewalt, insbesondere politische Gewalt, oft eine der Hauptursachen von Sterblichkeit. Die Tatsache, dass diese Kategorie in epidemiologischen Registern nicht vorkommt, zeigt oft, in welcher Zwangslage sich Ärzte und Experten gegenüber den Machthabern befinden. Wir begrüßen es, dass der Bericht diese Mauer des Schweigens durchbricht.

Morten Rostrup, Präsident des Internationalen Rats von Médecins Sans Frontières (MSF),
Nobelpreisträger, 1999

Wir brauchen weltweit dringend die entschlosseneren Bereitschaft, Gewalt zu verhüten. Deshalb begrüße ich diesen Bericht wärmstens. Zum ersten Mal wurde alles verfügbare Wissen in einer Veröffentlichung zusammengetragen. Alle Bürger der Welt, die Organisationen der Vereinten Nationen und die Regierungen müssen Hand in Hand daran arbeiten, die Empfehlungen dieses Berichts umzusetzen.

Jody Williams, International Campaign to Ban Landmines,
Nobelpreisträger, 1997

Solange die Menschheit Konflikte mit Gewalt zu lösen versucht, wird die Welt weder Frieden noch Sicherheit erleben und unsere Gesundheit wird weiter leiden. Dieser Bericht ist wichtig, weil er uns die Augen dafür öffnen kann, dass Gewalt ein Problem für die Gesundheit der Bevölkerungen darstellt, und weil er uns eine Quelle der Hoffnung für die Zukunft eröffnet. Erst wenn wir erkennen, dass Gewalt uns körperlich wie seelisch vernichtet, werden wir vielleicht gemeinsam gegen ihre Wurzeln und Folgen angehen. Der Bericht ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Oscar Arias, Ehemaliger Präsident von Costa Rica,
Nobelpreisträger, 1987

Die WHO lässt uns alle Formen von Gewalt im globalen Zusammenhang sehen und hat damit einen wesentlichen Beitrag geleistet. Der ungeheure menschliche und soziale Preis der Gewalt als Problem der öffentlichen Gesundheit wurde bislang nur unzulänglich aufgegriffen. Mit diesem Bericht werden sich alle im Gesundheitsbereich Tätigen und andere dazu ermutigt sehen, sich in dem Kampf gegen die Gewalt noch engagierter einzusetzen. Seit über zwanzig Jahren schon halten die IPPNW an der Überzeugung fest, dass Kernwaffen und Krieg der äußerste Ausdruck von Gewalt sind und beseitigt werden müssen, wenn wir unseren noch ungeborenen Nachfahren einen bewohnbaren Planeten hinterlassen wollen.

Anton Chazov und Bernard Lown, International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW), Nobelpreisträger, 1985

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18 E-Mail: postmaster@euro.who.int

Website: www.euro.who.int