

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen
Fokus „sexualisierte Gewalt“
Auswertung
klinischer und staatsanwaltschaftlicher Fallakten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Frauke Johanna Seibel

2011

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß

Koreferent: Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Bauerschmitz

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

1. Berichterstatterin/Berichterstatter: Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß

2. Berichterstatterin/Berichterstatter: Hr. Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Bauerschmitz

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß

Hr. Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Bauerschmitz

Hr. Oberstaatsanwalt H. Bremer

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt.

Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen.

Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Heidelberg, den 13.07.2011

Danksagung

Ich bedanke mich bei Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß für die freundliche Überlassung des Themas.

Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß, Institut für Rechtsmedizin zu Düsseldorf, und Hr. Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Bauerschmitz, Universitätsfrauenklinik Düsseldorf, gebührt Dank für die inhaltliche und strukturelle Unterstützung.

Hr. Oberstaatsanwalt Bremer, Staatsanwaltschaft Düsseldorf, ist für die freundliche zur Verfügung Stellung erforderlichen Akten und Räumlichkeiten zu danken.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 11 |
| 2 | Hintergrund | 12 |
| 2.1 | Gewaltdefinitionen | 15 |
| 2.2 | Sexualisierte Gewalt in Zahlen | 18 |
| 2.3 | Fragestellung | 21 |
| 2.4 | Rechtliche Rahmenbedingungen | 21 |
| 2.4.1 | Gewaltschutzgesetz | 22 |
| 2.4.2 | Polizeirecht | 24 |
| 2.4.3 | Strafrechtliche Verfolgung | 25 |
| 2.4.4 | Das Opferentschädigungsgesetz | 27 |
| 2.4.5 | Bedeutung der Gesetzeslage für das Opfer | 28 |
| 2.4.6 | Bedeutung der Gesetzeslage für die Ärzteschaft | 29 |
| 3 | Material und Methode | 31 |
| 3.1 | Material | 31 |
| 3.1.1 | Akten der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf | 31 |
| 3.1.2 | Akten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf | 33 |
| 3.2 | Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung | 34 |
| 3.2.1 | Erstellung des Datenbogens | 34 |
| 3.2.2 | Pre-Test | 35 |
| 3.2.3 | Der Exzerptbogen | 35 |
| 3.2.4 | Klinische Datenerhebung | 40 |
| 3.2.5 | Staatsanwaltschaftliche Datenerhebung | 40 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.3 | Auswertung | 41 |
| 4 | Ergebnisse | 42 |
| 4.1 | Ergebnisse der Datenerhebung aus Gynäkologischen Akten | 44 |
| 4.1.1 | Beteiligte/Motivlage/Ort des Geschehens | 44 |
| 4.1.2 | Geschehen und Zeitverhältnisse | 50 |
| 4.1.3 | Gewalthandlungen | 57 |
| 4.1.4 | Betreuung/Versorgung nach dem Geschehen | 66 |
| 4.1.5 | Auffälligkeiten bei Opfer und Täter | 70 |
| 4.2 | Ergebnisse der Datenerhebung aus staatsanwaltschaftlichen Akten | 71 |
| 4.2.1 | Beteiligte/Motivlage/Ort des Geschehens | 72 |
| 4.2.2 | Geschehen und Zeitverhältnisse | 81 |
| 4.2.3 | Gewalthandlungen | 87 |
| 4.2.4 | Betreuung/Versorgung nach dem Geschehen | 97 |
| 4.2.5 | Auffälligkeiten von Opfer und Täter | 102 |
| 5 | Diskussion | 105 |
| 5.1 | Einleitung | 105 |
| 5.2 | Häufigkeitsverteilung von Gewaltdelikten | 107 |
| 5.3 | Daten zur geschädigten Person | 110 |
| 5.3.1 | Alter und Geschlecht | 110 |
| 5.3.2 | Nationalität | 112 |
| 5.3.3 | Konsumverhalten und Vorerkrankungen | 113 |
| 5.4 | Daten zur beschuldigten Person | 114 |
| 5.4.1 | Alter und Geschlecht | 114 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.4.2 | Nationalität | 115 |
| 5.4.3 | Konsumverhalten und Vorerkrankungen | 116 |
| 5.5 | Beteiligte und Motivlage | 117 |
| 5.5.1 | Geschlechterkonstellation | 117 |
| 5.5.2 | Opfer-Täter-Beziehung | 117 |
| 5.5.3 | Tatmotiv | 119 |
| 5.6 | Setting des Geschehens | 121 |
| 5.6.1 | Tatort | 121 |
| 5.6.2 | Tatzeit | 123 |
| 5.7 | Medizinische Versorgung | 125 |
| 5.7.1 | Versorgung in der Gynäkologie der Universitätsklinikums Düsseldorf | 125 |
| 5.7.2 | Zugangsweg | 125 |
| 5.7.3 | Auftraggeber der Befunderhebung | 127 |
| 5.7.4 | Polizeiliche Anzeige | 127 |
| 5.7.5 | Untersuchungszeitpunkt | 128 |
| 5.7.6 | Untersuchungsbefunde | 129 |
| 5.7.7 | Diagnosesicherung | 132 |
| 5.7.8 | Spurensicherung | 134 |
| 5.7.9 | Objektivierbarkeit | 136 |
| 5.7.10 | Nachsorge | 137 |
| 5.8 | Verfahren zur Identifikation von Gewaltopfern | 139 |
| 5.9 | Abschließende Erörterung | 141 |
| 6 | Zusammenfassung | 144 |
| 7 | Literatur | 147 |

| | | |
|-----------|------------------------------|------------|
| 8 | Anhang | 159 |
| 9 | Abkürzungsverzeichnis | 171 |
| 10 | Abbildungsverzeichnis | 173 |
| 11 | Tabellenverzeichnis | 175 |

1 Einleitung

Obwohl in den letzten Jahren die Thematik um sexualisierte Gewalt mehr an öffentlichem Interesse gewonnen hat und bestehende Versorgungsstrukturen ausgebaut wurden, wurden bisher noch keine flächendeckenden Ergebnisse über die medizinische Versorgung von Gewaltopfern und die Vernetzung von medizinischen und rechtlichen sowie sozialen Anlaufstellen veröffentlicht. Auch für den Raum Düsseldorf sind entsprechende Daten noch nicht vorhanden.

Diese Arbeit ist eine deskriptive Darstellung der Situation zu sexualisierter Gewalt an Frauen für den Raum Düsseldorf beispielhaft anhand von Daten des Universitätsklinikums Düsseldorf und Daten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf. Eine umfängliche und repräsentative Datenlage zur medizinischen Versorgung von Gewaltopfern – insbesondere für Deutschland – ist bislang nur in geringem Maße vorhanden. Daher ist es Ziel dieser Arbeit, insbesondere anhand einer klinischen Aktenauswertung aktuelle Informationen zur Situation von Gewaltopfern zu gewinnen. Die Datenerfassung der hier vorgestellten Untersuchung wird analog zu Fallerefassungen am Kölner und Hamburger Institut für Rechtsmedizin gestaltet, um regionale Vergleiche zu ermöglichen. Abschließend sollen - basierend auf den Ergebnissen der Düsseldorfer Fallauswertung und deren vergleichender Betrachtung mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen - Empfehlungen zur Verbesserung bestehender Strukturen in der medizinischen Opferversorgung erörtert werden.

2 Hintergrund

Trotz zunehmender Enttabuisierung der Thematik um „sexuelle Gewalt“ bleibt diese Gewaltform auch heute noch ein alltägliches Problem unserer Gesellschaft, das mehr Aufmerksamkeit der Bevölkerung, im Speziellen der Ärzteschaft, bedarf. Denn es ist gerade die Ärzteschaft, der gegenüber die Betroffenen den Wunsch nach Ansprache haben und von der sie sich Hilfe erhoffen (Mark H. 2000); zumal insbesondere bei sexueller Gewalt das Aufsuchen einer Arztpraxis oder Klinik zum Ausschluss von Verletzungen, übertragbaren Erkrankungen oder zur Klärung einer ungewollten Schwangerschaft anzunehmen ist.

Diese Annahme stützt sich zum einen darauf, dass Ärzte den Status einer Vertrauensperson genießen, einerseits mit Sicherheit aufgrund der Schweigepflicht, andererseits als Ansprechpartner, bei dem man wegen Erkrankungen und Problemen - in dem ein oder anderen Fall ein Leben lang – schon öfter Hilfe gesucht hat. Diese Arzt-Patienten-Beziehung bietet daher den für das Opfer nötigen Vertrauensraum, die Gewaltproblematik anzusprechen. Diese Vertrauensperson kann beispielsweise der Hausarzt oder Gynäkologe sein, oder der Notarzt in Akutsituationen. Oft sind sie die einzigen Personen, auf die von Gewalt betroffene Frauen stoßen und die Möglichkeit geben, sie auf dieses Thema anzusprechen.

Gewiss nicht zu vernachlässigen ist auch die gute Erreichbarkeit des Arztes. Oft werden Opfer sexueller und/oder häuslicher Gewalt von ihren Tätern (Partnern) kontrolliert und es wird ihnen der Kontakt zu bestimmten Personen verboten. Der Besuch beim Arzt fällt dabei meist unter die vom Partner gewährte Zugänglichkeit, da ‚Menschen nun einmal zum Arzt gehen‘.

Ärztinnen und Ärzte sind oft die ersten professionellen Kontaktpersonen von Opfern von Gewalt und somit als Mitarbeiter einer Gesundheitseinrichtung Schnittstelle zwischen Opfer und Instanzen wie Polizei, Frauenhäusern und weiteren Anlaufstellen. So spielen Ärzte eine Schlüsselrolle sowohl in der adäquaten Opferhilfe als auch in der Prävention von Gewalt.

Aus Schamgefühl und Angst heraus geben Frauen die Misshandlung oder die Ursache von Verletzungen oft gar nicht an oder weisen nur versteckt darauf hin,

in der Hoffnung, dass der Arzt/die Ärztin die Problematik selbst erkennt und anspricht. Daher ist es wichtig, die Ärzteschaft und das Pflegepersonal für derartige Situationen zu sensibilisieren, sie auf den Umgang mit ihnen vorzubereiten und entsprechend zu schulen. So erschien zum Beispiel im Jahre 2002 in der Reihe ‚Materialien zu Gleichstellungspolitik‘ die Schrift ‚Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema Häusliche Gewalt‘ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (abgekürzt BMFSFJ) als Hilfestellung für verschiedene Berufsgruppen.

Darauf folgten bis heute eine Vielzahl von Leitfäden, zum Beispiel in unserer Region der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe (‚Diagnose Häusliche Gewalt‘, 2005). Diese Leitfäden zum Umgang mit Opfern von Gewalttaten und Vorlagen zur Dokumentation von Befunden wurden in fast allen Bundesländern zusammen mit zuständigen Ministerien und Ärztekammern entwickelt (Blättner B, Frerick B, Müller I. 2008). So wurden Broschüren beispielsweise durch die Ärztekammer Niedersachsen (Betrifft: Häusliche Gewalt, Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte), Bremen (‚Diagnose: Häusliche Gewalt, ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte‘), Hamburg (‚Leitfaden „Häusliche Gewalt“, Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement‘, 2006) und Baden-Württemberg (‚Häusliche Gewalt, Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind‘, 2008) herausgegeben.

Weiterhin sind speziell für Opfer sexueller Gewalt Informationen für Ärzte und Betroffene entwickelt worden. So enthält der Leitfaden des Landes Schleswig-Holstein einen ergänzenden Dokumentationsbogen bei Verdacht auf Sexualstraftaten (Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein 2004). Weiterhin kann das Land Hessen besonders erwähnt werden, das nicht nur Informationen für behandelnde Ärzte hinsichtlich Befunderhebung, Spurensicherung und Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt herausgegeben, sondern auch einen für sexuelle Gewalt spezifischen Dokumentationsbogen und Arztbrief entwickelt hat. Zudem wurde auch eine Broschüre zur Patienteninformation verfasst (Gage-Lindner u. Gemein 2007). Im Jahr 2009 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Ge-

burtshilfe e.V. (im Folgenden DGGG) ‚Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen‘ für die ‚ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung‘ veröffentlicht (DGGG 2009).

All diese Leitfäden sollen den Ärztinnen und Ärzten Hilfestellung bei den Fragen geben, wie man potentielle Gewaltopfer erkennt, wie man mit ihnen umgeht und wie die rechtliche Lage ist. Es werden Informationen zur ‚richtigen‘ und gerichtsverwertbaren Dokumentation gegeben und meist sind eigens entwickelte Dokumentationsbögen der Ärztekammern beigelegt.

Eine weitere Hilfestellung für die Befunddokumentation von Gewaltopfern liefert die Med-Doc-Card (www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin, Stand 10.07.2011), die dank des „Kitteltaschenformates“ eine stets griffbereite Handlungsanweisung bietet.

Diese Fülle von Informationsmaterial und Leitfäden macht die wichtige Rolle des Gesundheitssystems deutlich, die es im Rahmen der Befunddokumentation und Attestierung von Verletzungen bei der erfolgreichen Einleitung rechtlicher Schritte spielen kann. Denn um den Opfern Schutz zu gewährleisten und die straf- und familienrechtliche Ansprüche geltend machen zu können, sind gerichtlich verwertbare Aussagen über den gesundheitlichen Zustand des Opfers notwendig (Graß H, Rotschild MA 2004).

Im letzten Jahr wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Robert Koch Institut eine Broschüre veröffentlicht, die Präventions- und Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem und bestehende Anforderungen an die Ärzteschaft aufweist und Beispiele für gute Prävention und Intervention gibt (‚Gesundheitliche Folgen von Gewalt, unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen‘, Heft 42, 2008).

Auch regionale Projekte dienen dem gleichen Anliegen, notwendige Basisfertigkeiten an (niedergelassene) Ärztinnen und Ärzte zu vermitteln, um eine flächendeckende unmittelbare Versorgung von Gewaltopfern zu gewährleisten. An dieser Stelle sei als Beispiel das von der Rechtsmedizin Düsseldorf begleitete Modellprojekt ‚Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (MIGG)‘ ge-

nannt, das im Rahmen des ‚Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen‘ von der Bundesregierung unterstützt wird. Mit der Hilfe von gynäkologischen und hausärztlichen Praxen sollten an 3 regionalen Standorten unter Leitung der dort jeweilig ansässigen Institute für Rechtsmedizin Konzepte zur Optimierung der Betreuung von Gewaltopfern entwickelt und deren Anwendbarkeit überprüft werden, um schließlich ein ambulantes Versorgungsmodell zu entwickeln und dessen Implementierung beispielhaft zu beschreiben. Neben Düsseldorf sind Kiel und München weitere Standorte der Modellprojekt-Praxen (Modellprojekt "Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)" an Frauen 2008; www.migg-frauen.de). Ein weiterer Ansatz im Modellprojekt MIGG arbeitet über regionale psychosoziale Zentren der Frauenberatungsstellen in Berlin (assoziiert mit dem S.I.G.N.A.L.-Projekt) und im Ennepe-Ruhr-Kreis (assoziiert mit dem Gesine-Projekt).

2.1 Gewaltdefinitionen

An dieser Stelle wird eine Definition des allgemeinen Gewaltbegriffs, sowie der Begriffe „sexuelle Gewalt“ und „häusliche Gewalt“ dargelegt, die als Basis der weiteren Untersuchungen zugrundegelegt wurden. Dies ist notwendig, da eine einheitliche Definition dieser Begriffe nicht vorhanden ist; sie werden in verschiedenen Kontexten – rechtlich, soziologisch, politisch, etc. – unterschiedlich verwendet bzw. aufgefasst.

Die World Health Organisation (im Folgenden: WHO) definiert den allgemeinen Gewaltbegriff 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“ (WHO 2002).

Eine einheitliche oder gar allgemeingültige Definition des Begriffs „Häusliche Gewalt“ ist in der Literatur nur eingeschränkt vorhanden, da je nach Fachgebiet oder Institution die Auffassungen über die Auslegung des Begriffs „häuslich“ voneinander abweichen. Häusliche Gewalt ist nach Kavemann et al. als „Gewalt

zwischen erwachsenen Personen (unabhängig vom Tatort und gemeinsamen Wohnsitz), die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen“ definiert (Kavemann B., Leopold B., Schirmacher G. 2001). Etwas präziser fällt die Definition vom Runden Tisch des Berner Interventionsprojekts (abgekürzt bip) aus, wonach man von häuslicher Gewalt spricht, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung gegeneinander physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen (bip 2001).

Weiterführend kann nach Hellbernd und Wiener häusliche Gewalt in fünf Formen unterteilt werden, die meist in Kombination auftreten:

- *Körperliche Gewalt*: darunter fallen unter anderem tätliche Übergriffe wie Stöße, Tritte, Ohrfeigen, Schläge, Übergriffe mit Waffen, die im Extremfall tödlich enden
- *Sexualisierte Gewalt* wie Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Missbrauch, Zwang zur Prostitution
- *Psychische Gewalt* (Drohungen gegenüber der Frau und ihren Kindern, Beleidigungen, Einschüchterungen, Demütigungen)
- *Ökonomische Gewalt* (finanzielle Abhängigkeit, Arbeitsverbot, Zwang zur Arbeit, alleinige Verfügung über finanzielle Ressourcen)
- *Soziale Gewalt*: dazu zählen Kontaktverbot und Kontrolle als Mittel zur sozialen Isolierung der Betroffenen

(Wieners K., Hellbernd H. 2000; Brzank P., Hellbernd H., Maschewsky-Schneider U. 2006).

Entsprechend dieser Einteilung ist sexualisierte Gewalt ein Teil der Erscheinungsformen häuslicher Gewalt. Andererseits kann sexualisierte Gewalt ebenfalls als eigenständige Gewaltform aufgefasst werden.

Vor dem Hintergrund strafrechtlich relevanter Definitionen erfüllt ein Sachverhalt den Tatbestand der Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung, wenn jemand eine „Person mit Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des

Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder einer dritten Person an sich zu dulden oder an dem Täter oder einer dritten Person vorzunehmen“ (§177 Abs. 1 StGB).

Oft werden die Begriffe „sexuelle Gewalt“ und „sexualisierte Gewalt“ synonym verwendet, wobei die Betonung bei der sexualisierten Gewalt auf dem Missbrauch von Macht liegt, die durch das Mittel „sexuelle Übergriffe“ ausgeübt wird. Die britische Forscherin Liz Kelly (Hagemann-White 2001) spricht von der sexualisierten Gewalt als Teil eines „Kontinuums von Gewalt“, das durch die Formen von psychischer, physischer und sexueller Gewalt gebildet wird.

Da die Mehrheit der Opfer sexueller und häuslicher Gewalt Frauen sind, ist es an dieser Stelle angebracht, diesen Aspekt besonders zu berücksichtigen. Kelly's Definition kann durch die Erklärung der Vereinten Nationen zur Eliminierung der Gewalt gegen Frauen (UNO-Generalversammlung 1993) ergänzt werden: „Im Sinne dieser Erklärung bedeutet der Ausdruck «Gewalt gegen Frauen» jede gegen Frauen auf Grund ihrer Geschlechtszugehörigkeit gerichtete Gewalt-handlung, durch die Frauen körperlicher, sexueller oder psychologischer Schaden oder Leid zugefügt wird oder zugefügt werden kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung und der willkürlichen Freiheitsberaubung, gleichviel ob im öffentlichen oder im privaten Bereich.“ (Erklärung der UNO-Generalversammlung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen vom 20.12.1993, Artikel 1).

Eine ergänzende Ausführung dessen, was nach Ansicht der Vereinten Nationen unter Gewalt gegen Frauen zu verstehen ist, geht aus Artikel 2 der Erklärung der UNO-Generalversammlung hervor: „Unter Gewalt gegen Frauen sind, ohne darauf beschränkt zu sein, folgende Handlungen zu verstehen:

a) körperliche, sexuelle und psychologische Gewalt in der Familie, einschließlich körperlicher Misshandlungen, des sexuellen Missbrauchs von Mädchen im Haushalt, Gewalttätigkeit im Zusammenhang mit der Mitgift, Vergewaltigung in der Ehe, weibliche Beschneidung und andere für Frauen schädliche traditionelle Praktiken, Gewalt außerhalb der Ehe und Gewalttätigkeit im Zusammenhang mit Ausbeutung;

b) körperliche, sexuelle und psychologische Gewalt im Umfeld der Gemeinschaft, einschließlich Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Belästigung und Einschüchterung am Arbeitsplatz, in Bildungseinrichtungen und anderenorts, Frauenhandel und Zwangsprostitution;

c) staatliche oder staatlich geduldete körperliche, sexuelle und psychologische Gewalt, gleichviel wo sie vorkommt.“

(Erklärung der UNO-Generalversammlung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen, 1993)

2.2 Sexualisierte Gewalt in Zahlen

Zur Identifikation des Ausmaßes der Gewalttaten speziell gegen Frauen, insbesondere im häuslichen Bereich, ist die Problematik der Höhe der Dunkelziffer eine erschwerende Tatsache. Trotz zunehmender Enttabuisierung der Thematik in der Gesellschaft, sowie zahlreicher Möglichkeiten an Hilfestellung und rechtlicher Handhabe, liegt die Vermutung nahe, dass viele Betroffene noch immer den Gang an die Öffentlichkeit scheuen. Diese Vermutung kann durch die in Deutschland durchgeführte Repräsentativstudie aus dem Jahr 2004 gestützt werden. Diese hatte unter anderem zum Ergebnis, dass die Inanspruchnahme polizeilicher Hilfe oder die Anzeigenerstattung nach erlebter körperlicher Gewalt nur von einem Teil der betroffenen Frauen erfolgte. Der Anteil der sexuellen Gewalttaten, in denen eine polizeiliche Intervention erfolgte, lag bei nur 8%, angezeigt wurden sogar nur 5% der Taten (Müller U, Schröttle M 2004). Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass gerade bei sexuellen Gewalttaten die Hemmschwelle, polizeiliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, groß ist. Diese Umstände erscheinen maßgeblich an der hohen Dunkelziffer polizeilich erfasster Gewaltdelikte beteiligt zu sein.

Zu der beschriebenen Dunkelzifferproblematik äußerte der Kriminologe Helmut Kury, dass etwa 80% aller Fälle häuslicher Gewalt dem Dunkelfeld anzurechnen sind (Kury H 2001). Diese Aussage wird durch weitere Untersuchungen gestützt: so wurde das Verhältnis angezeigter zu allen ereigneten Taten an anderer Stelle auf 1:5 bis 1:10 geschätzt (Baurmann 1996). Es wurde festgestellt,

dass etwa jede siebte Frau Opfer sexueller Gewalttaten war, unabhängig davon, ob sie den Täter kannte oder nicht. Körperliche Übergriffe im Allgemeinen sollen jeder zweiten bis dritten Frau im Laufe ihres Lebens widerfahren sein (Wetzels et al. 1995; Schröttle 1999; Hagemann-White 2001).

Eine 1995 veröffentlichte Studie hatte zum Ergebnis, dass 8,6 % der Frauen zwischen 16 und 59 Jahren mindestens einmal im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Nötigung oder einer Vergewaltigung werden, zwei Drittel davon innerhalb des Haushalts oder der Familie (vgl. Wetzels et al. 1995).

Nur knapp zehn Jahre später wurden im Rahmen der deutschlandweit durchgeführten Prävalenzstudie (Müller U., Schröttle M. 2004) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (im Folgenden: BMFSFJ) zum Thema Gewalt gegen Frauen folgende exemplarische Zahlen veröffentlicht, die einen deutlichen Anstieg der beschriebenen Tatbestände darstellen (Grundgesamtheit: 10.264 Befragte im Alter zwischen 16 und 85 Jahren):

- 40% der Befragten gaben an, seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal Opfer von körperlicher und/oder sexueller Gewalt geworden zu sein.
- 32% der Teilnehmerinnen bestätigten, Opfer körperlicher Gewalt gewesen zu sein, 12% hatten seelische Gewalt erfahren.
- Körperliche (23%) und/oder sexuelle (7%) Gewalt in der aktuellen oder einer früheren Partnerschaft haben ein Viertel der befragten Frauen erfahren.
- Nicht weniger als 58% der Frauen sind unterschiedliche Formen sexueller Belästigung widerfahren.

(Müller U, Schröttle M 2004).

Im Betrachtungszeitraum der hier vorgestellten Düsseldorfer Auswertung (Kalenderjahr 2004) sind in Nordrhein-Westfalen laut polizeilicher Kriminalstatistik 12.503 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung angezeigt worden. Ergebnisse, die bei der Analyse der Statistik auffielen, werden im Folgenden dargestellt:

- Unter 12.503 Straftaten fanden sich 1.886 angezeigte Fälle von Vergewaltigungen und besonders schwere Fälle sexueller Nötigung nach §§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 Strafgesetzbuch (im Folgenden abgekürzt StGB).
- Es ist zu bemerken, dass 94% aller Fälle von Frauen und nur 106 Fälle von Männern zur Anzeige gebracht wurden.
- Eine weitere Feststellung bei der Analyse der Anzeigen war die, dass 42,3% der Opfer nicht das 21. Lebensjahr vollendet hatten.
- Die Zahl der Fälle sonstiger sexueller Nötigung nach § 177 Abs. 1 und 5 StGB lag im gleichen Jahr bei 1.506.

(Polizeiliche Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen 2004).

Aktuellere Zahlen aus dem Jahr 2008 liefert das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen mit seinem Bericht zur Kriminalitätsentwicklung. Demzufolge war das Fallaufkommen der vergangenen drei Jahre nahezu gleich hoch und belief sich im Jahr 2008 auf 11.861 Strafanzeigen zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Die Anzahl jeweiliger Straftatbestände war ebenso wie die Konstellation der Opferstruktur ähnlich (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008).

Um ein abgerundetes Bild der Gewaltprävalenz zu schaffen, werden an dieser Stelle die bisherigen Fallzahlen um Daten aus dem medizinischen Bereich ergänzt. Ergebnissen der zuvor bereits erwähnten deutschen Repräsentativstudie aus dem Jahr 2004 zufolge suchte nur etwa jede fünfte Frau, die körperliche Verletzungen erlitten hatte, medizinische Hilfe. In Fällen schwerwiegender Verletzungen nahmen immerhin 33% der Opfer körperlicher Gewalttaten und sogar 37% der Frauen, die Verletzungen durch körperliche/sexuelle Gewalt in Partnerschaften erfahren hatten, medizinische Versorgungsangebote in Anspruch. Nur jede fünfte Frau derer, die körperliche/sexuelle Gewalt in Partnerschaften erlebt hatte, wandte sich an einen Arzt (Müller U, Schröttle M 2004).

Aufgrund der zuvor dargestellten Dunkelzifferproblematik kann die angeführte Datenerhebung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und ist in Kenntnis der zu mutmaßenden Dunkelziffer kritisch zu betrachten.

2.3 Fragestellung

Wie aus Abschnitt 1.3 hervorgeht, ist die Dunkelziffer um Fälle von Gewaltopfern sehr hoch. Um dem Bedürfnis gerecht zu werden, Ärzten, Ermittlungsbehörden und weiteren betroffenen Institutionen hinreichende Informationen und Leitfäden zu dem Thema „sexuelle Gewaltopfer“ an die Hand zu geben und damit die Versorgung von Gewaltopfern zu optimieren, ist die Kenntnis um das Gefüge von Gewaltsituationen und deren Ausmaß und Ausprägung jedoch ein wichtiger Bestandteil einer fachlichen Information und für eine Sensibilisierung durchaus sinnvoll und notwendig.

Folglich ist es Ziel der hier vorgelegten Untersuchung, die bisherige Datenbasis anhand eigener, bevorzugt klinischer Aktenauswertungen zu verbessern. Basierend auf den in dieser Analyse erhobenen Daten soll abschließend eine Empfehlung zum Ausbau und zur Verbesserung der bestehenden lokalen Betreuungsangebote für Gewaltopfern gegeben werden.

2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die in den vorangegangenen Abschnitten angesprochene Thematik wird durch zahlreiche Gesetze und Verordnungen aufgegriffen, von denen im Folgenden die für diese Untersuchung wichtigsten herausgestellt und näher beleuchtet werden, um die Ergebnisse dieser Analyse vor dem Hintergrund der bestehenden Gesetzeslage kritisch betrachten zu können.

In Zusammenhang mit dieser Arbeit wird die Notwendigkeit der Kenntnis um eben diese Rechtslage seitens der Ärzteschaft deutlich. Ein Arzt, der mit der Behandlung und Begutachtung eines Gewaltopfers beauftragt wird – und dies könnte nahezu jedem praktisch tätigen Arzt widerfahren – muss die rechtlichen Definitionen von Vergewaltigung und sexueller Nötigung sowie die Tatbestände und Rechtsfolgen des Strafrechts kennen, und zwar schon zum Zeitpunkt der Untersuchung. Denn dieses Wissen stellt eine elementare Grundlage dar, auf deren Basis rechtlich verwertbare Befunde im Rahmen der medizinischen Dokumentation von Verletzungsfolgen zu erfassen sind. Nur, wenn der behandelnde Arzt weiß, welche Fragen der Richter im Zuge eines Gerichtsverfahrens stel-

len wird – und diese fußen auf den gesetzlichen Definitionen der entsprechenden Straftat - , kann er eben diese bei der Durchführung der körperlichen Untersuchung des Gewaltopfers berücksichtigen (Spann u. Rauch 1999).

Der verantwortungsvolle Umgang mit der detaillierten Dokumentation ist ausgesprochen bedeutsam, wenn es gilt, dem Opfer rechtliche Hilfe und Handhabe durch Beweismaterialien anhand medizinischer Dokumente zu ermöglichen.

2.4.1 Gewaltschutzgesetz

Seit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes am 1. Januar 2002 ist es dem Opfer von Gewalt und Drohungen möglich, mittels rechtlicher Handlungsanweisungen und Verbote wirksam gegen den Täter vorzugehen. Um eine gerichtliche Anordnungen geltend zu machen, ist ein Antrag des Opfers notwendig. Nach §§ 23 a Nr.7, 23 b Abs. 1 Nr.8, 8 a Gerichtsverfassungsgesetz liegt im Falle des gemeinsamen Wohnsitzes von Täter und Opfer die Antragsbearbeitung im Zuständigkeitsbereich des Familiengerichts, wohingegen bei getrennten Haushalten (generell oder seit mehr als sechs Monaten) die Gerichtsbarkeit beim Zivilgericht liegt (Heinke S 2005).

Im Tatbestand des gemeinsamen Wohnsitzes ist es von besonderer Wichtigkeit, im Falle häuslicher Gewalt diese Wohnsituation aufzuheben. Die Maßnahme der Wohnungszuweisung ermöglicht die befristete Zuweisung der (Ehe-)Wohnung zugunsten des Opfers Häuslicher Gewalt (§ 2 Gewaltschutzgesetz, BGB1.1, 2001), unabhängig vom Rechtsstand der Miet- oder Besitzverhältnisse. Diese Maßnahme hat vorrangig zum Ziel, dem Opfer Zeit zu verschaffen, sich über mögliche rechtliche Maßnahmen beraten zu lassen und deren Anwendung unbeeinflusst in Erwägung ziehen zu können. Speziell in Fällen hoher Dringlichkeit und einer unmittelbaren Gefahrensituation existiert die Beantragung der Schutzanordnungen im Eilverfahren als einstweilige Anordnungen, womit bereits vor ihrer Zustellung der Zuweisung die räumliche Entfernung des Täters wirksam gemacht wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Im Gewaltschutzgesetz sind ergänzende Schutzanordnungen wie Kontaktverbot, Näherungsverbot oder der Wohnungsverweis vorgesehen, die im Falle der Verletzung von Körper, Gesundheit oder Freiheit, Hausfriedensbruch, Drohung oder Stalking geltend gemacht werden können (§ 1 Gewaltschutzgesetz, BGB1.I, 2001). An dieser Stelle kommt nun die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation zu tragen, denn die schriftliche Erfassung der in diesem Paragraphen angesprochenen Körperverletzung kann dem Opfer von Gewalt wichtige Schutzmaßnahmen ermöglichen. Um die Fragen „wer, was, wie, wann, gegen wen“ der rechtlichen Seite beantworten zu können, ist eine detailgetreue Aufzeichnung von Verletzungsfolgen im Sinne von Lage, Form, Farbe, Ausprägung etc. vorzunehmen und durch Körperschemata, Zeichnungen und Fotos zu ergänzen. Nur so wird ein Gewaltgeschehen rekonstruierbar sein und dem Opfer dringend notwendiges Beweismaterial an die Hand gegeben. Zusätzlich können spontane Äußerungen eines Opfers und der psychische Gesamteindruck von rechtlicher Bedeutung werden und sollten daher ebenfalls ärztlich dokumentiert werden.

Ergänzend weist eine Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches mit dem § 1361 b BGB zusätzliche Möglichkeiten für Lösungen im Falle einer gemeinsamen Wohnung von geschädigter und beschuldigter Person auf. So ist es nach § 1361 b Abs. 1 BGB möglich, einem Ehegatten die Wohnung zum Teil oder komplett zu überlassen, beispielsweise um das Wohl von Kindern zu schützen. Eine Überlassung der gesamten Wohnung ist dann erforderlich, wenn der beschuldigte Ehegatte den Partner verletzt oder mit Verletzungen gedroht hat (§ 1361 b Abs. 2 BGB). In solch einem Fall hat der angeklagte Ehepartner es zu unterlassen, dem geschädigten Partner das Nutzungsrecht der Wohnung zu erschweren, eine Vergütung für die Nutzung kann er allerdings verlangen (§1361 b Abs. 3 BGB).

Die im vorherigen Abschnitt genannten Paragraphen verfolgen das Ziel des Opferschutzes. Sollte der Täter bei bestehenden Anordnungen gegen eben diese verstoßen, macht er sich laut § 4 des Gewaltschutzgesetzes strafbar, ohne

dass ein Strafantrag erforderlich ist (§ 4 Gewaltschutzgesetz, BGB1. I, 2001, Heinke 2005). Zur Problematik der Schuldfähigkeit des Täters besagt das Gewaltschutzgesetz, dass der Anwendungsbereich auch für Fall des missbräuchlichen Genusses von Alkohol und Drogen zur Tatzeit und der daraus resultierenden Unzurechnungsfähigkeit gilt. Die Anwendung des Gesetzes ist nur im Falle einer nachweislich psychischen Erkrankung des Täters aufgehoben (§1 Gewaltschutzgesetz, Abs.3, 2001).

Im Sonderfall der Misshandlung eines Kindes durch ein Elternteil findet nach § 3 das Gewaltschutzgesetz keine Anwendung, vielmehr gelten hier die Regelungen Kindschafts- und Vormundschaftsrecht (Bundesgesetzblatt 2001, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Justiz 2003).

2.4.2 Polizeirecht

Da das Polizeiwesen der Hoheit der Bundesländer obliegt, sind auch die Inhalte des Polizeirechts in jedem Bundesland voneinander abweichend. Zur weiteren Diskussion wird der Fokus auf das Polizeirecht des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen gelegt, da sämtliche Fälle der erhobenen Datenbestände aus der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf sowie der Staatsanwaltschaft Düsseldorf stammen.

Mit Bezug auf die Maßnahme der Wohnungszuweisung zugunsten des Opfers knüpft das Polizeirecht an den § 2 des Gewaltschutzgesetzes an.

In Konfliktsituationen im Rahmen häuslicher Gewalt war es der Polizei bisher nur möglich, den Täter durch einen Platzverweis von der gemeinsamen Wohnung beziehungsweise der des Opfers fernzuhalten. Kam der Täter diesem nicht nach, war es möglich, ihn in Gewahrsam zu nehmen (§ 34 Polizeigesetz Nordrhein-Westfalen, im Folgenden abgekürzt: PolG NRW). Da diese Maßnahmen nur temporären Charakter hatten, blieben Folgeeinsätze nicht aus. Mit Einführung des § 34a PolG NRW ‚Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot zum Schutz vor häuslicher Gewalt‘ ist es den Beamten möglich, den Täter län-

gerfristig der Wohnung und der unmittelbaren Umgebung zu verweisen. Eine entsprechende Definition des Geltungsbereiches (Wohnung, Garten, Büro, etc.) wird dabei vorgenommen. Das Rückkehrverbot von generell zehn Tagen (im Einzelfall kürzer) beginnt am Folgetag nach der Tat (§§ 31 VerwaltungsVerfahrensGesetz NRW i.V.m. 187-193 BGB). Wenn das Opfer innerhalb dieser Zeit einen Antrag auf zivilrechtlichen Schutz stellt, kann dieses Verbot auf die Dauer bis zum Tag der gerichtlichen Entscheidung (maximal weitere zehn Tage) verlängert werden. Sowohl der Wohnungsverweis als auch das Rückkehrverbot sind eine von der Art der Beziehung (Ehe, eheähnliche Gemeinschaft, Verwandtschaft) und der Eigentumsverhältnisse unabhängige Anordnung (§ 34 a PolG NRW). Desweiteren ist es der Polizei nach § 35 PolG NRW möglich, gegen den Willen des Opfers zu dessen Schutz dem Täter durch einen Platzverweis den Zutritt zur Wohnung und Kontakt zu verwehren und ihn gegebenenfalls in Gewahrsam zu nehmen, sollte sie die Gefahr als dringlich einschätzen.

2.4.3 Strafrechtliche Verfolgung

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung werden in Deutschland durch die im 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches verfassten §§ 174 bis 184 geregelt. Im folgenden Abschnitt werden die rechtlichen Folgen, die nach Feststellung der Gewalttat per Gesetz Anwendung finden, dargestellt.

Liegt eine Durchführung oder „nur“ die Nötigung zu sexuellen Handlungen an einer Person unter 16 bzw. 18 Jahren vor, erfährt der Urheber der Tat eine Freiheitsstrafe von 3 Monaten bis zu 5 Jahren. Dieses Strafmaß ist unabhängig vom Vorliegen eines Verwandtschaftsverhältnisses zwischen Täter und Opfer (leibliches oder angenommenes Kind) bzw. einem vorliegendem Betreuungs-, Ausbildungs- oder Erziehungsverhältnis (§ 174 Abs.1 StGB). Das Strafmaß für den Fall, dass der Angeklagte „sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt oder den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt“, liegt bei bis zu drei Jahren mit/ohne Geldstrafe, wobei auch der Versuch als strafbar gilt (§ 174 Abs.2 und 3 StGB). Wird allerdings

das „Unrecht der Tat als gering“ eingestuft, kann von einer Bestrafung abgesehen werden (§ 174 Abs. 4 StGB).

Wird eine Person durch Gewalt oder deren Androhung mit „gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist“, zur Duldung oder Vornahme sexueller Handlungen genötigt, beträgt das Strafmaß mindestens ein Jahr Freiheitsstrafe (§ 177 Abs. 1 StGB). In Fällen besonderer Schwere wird das Strafmaß - wie Vergewaltigung oder im Falle einer Gemeinschaftstat - auf zwei Jahre erweitert (§ 177 Abs.2 StGB). Erfolgt die Drohung unter Einsatz von Waffengewalt, so ist eine Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu verhängen (§ 177 Abs. 3 StGB). Bei Anwendung der Waffe bzw. schwerer Misshandlung des Opfers, eventuell mit der Gefahr des Todes, beträgt die Freiheitsstrafe mindestens fünf Jahre (§ 177 Abs. 4 StGB). In minder schweren Fällen kann das Strafmaß auf fünf (§ 177 Abs.1 StGB) bzw. zehn Jahre (§ 177 Abs. 3 und 4 StGB) begrenzt werden (§ 177 Abs. 5 StGB). Verschuldet „der Täter durch die sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung (§ 177 StGB) wenigstens leichtfertig den Tod des Opfers“, so droht nach § 178 StGB eine Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslanger Freiheitsstrafe.

Im Falle des sexuellen Missbrauchs einer widerstandsunfähigen Person (wegen geistiger/seelischer/körperlicher Krankheit, Behinderung, Suchtkrankheit, tiefgreifender Bewusstseinsstörung), liegt das Strafmaß bei einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, bei besonders schweren Fällen beträgt die Freiheitsstrafe mindestens ein Jahr (§ 179 Abs.1 und 3 StGB). Eine Bestrafung des Täters erfolgt auch dann, wenn er eine dritte Person in die sexuellen Handlungen mit einbezieht (§ 179 Abs. 2 StGB). Auch hier ist der alleinige Versuch bereits strafbar (§ 179 Abs. 4 StGB). Kommt es im genannten Sachverhalt zur Vergewaltigung, wird die Tat gemeinschaftlich begangen oder besteht die „Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung“, ist auf Freiheitsstrafe

nicht unter zwei Jahren zu erkennen, die in nur minder schweren Fällen auf maximal zehn Jahre ausgeweitet werden kann (§ 179 Abs. 5 und 6 StGB).

Der sexuelle Missbrauch von Jugendlichen wird wie folgt bestraft:

- Derjenige, der eine Person unter 18 Jahren missbraucht, erhält eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder eine Geldstrafe (§ 182 Abs.1 StGB).
- Die entgeltliche sexuelle Handlung durch eine Person unter 18 Jahren an einem Täter über 18 Jahren wird ebenfalls bestraft (§ 182 Abs. 2 StGB).
- Der Missbrauch einer Person unter 16 Jahren durch eine Person über 21 Jahren, ist auf eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder eine Geldstrafe zu erkennen (§ 182 Abs.3 StGB). Die Verfolgung dieses Falles erfolgt nur auf Antrag oder im Falle besonderen öffentlichen Interesses (§ 182 Abs. 5 StGB).
- Wiederum ist der Versuch bereits strafbar (§ 182 Abs.4 StGB).
- Ist das Unrecht als gering einzuschätzen, kann in den Fällen nach Absatz 1 und 3 von einer Strafe abgesehen werden.

2.4.4 Das Opferentschädigungsgesetz

Das Kernstück des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz, im Folgenden abgekürzt OEG) ist die Garantienpflicht des Staates, der nach dem Sozialstaatsprinzip für den Schutz seiner Bürger vor Gewalttaten und für Gewaltopfer im Falle von Erwerbslosigkeit und Bedürftigkeit verantwortlich ist. Wer durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen, tätlichen Angriff an der Gesundheit geschädigt ist, hat nach § 1 OEG Anspruch auf Versorgung (§ 1 Abs. 1 OEG). Da als tätlicher Angriff die „wenigstens fahrlässige Herbeiführung einer Gefahr für Leib und Leben eines anderen durch ein mit gemeingefährlichen Mitteln begangenes Verbrechen“ gilt (§ 1 Abs. 2 OEG), besteht also auch für die in dieser Analyse betrachteten Opfer von Sexualdelikten und den durch diese entstandene Verletzungen Anspruch auf Entschädigung. Um diese Ansprüche geltend machen zu können, soll auch in diesem Zu-

sammenhang einmal mehr die wichtige Bedeutung gerichtsverwertbarer medizinischer Dokumentationen angesprochen werden.

Die entstehenden Kosten an dem OEG werden „zu 40 % durch den Bund, die übrigen 60 % durch das Land, in dem die Schädigung stattfand“ getragen (§ 4 OEG). Das Land kann wiederum dem Täter gegenüber Schadensansprüche geltend machen (§ 5 OEG). In Nordrhein-Westfalen wurden beispielsweise im Jahr 2008 in 10,67% der 52.347 Gewalttaten Anträge auf Heilbehandlung der Schädigung, einkommensunabhängige Rentenleistungen (durch bleibende Schädigungsfolgen), sowie einkommensabhängige Leistungen mit Lohnersatzfunktion gestellt, wobei der Anteil anerkannter Anträge an diesen bei 37,68% lag (Weisser Ring 2008).

2.4.5 Bedeutung der Gesetzeslage für das Opfer

Schlussfolgernd können aus der vorab dargestellten Rechtslage wichtige Aspekte für das Opfer zusammengefasst werden.

So ist es beispielsweise im Falle von Gewalttaten durch die herbeigeführte Widerstandsunfähigkeit mittels psychotroper Substanzen (beispielsweise K.O-Tropfen) wichtig, einen Nachweis dieser Stoffe durch toxikologische Untersuchungen zu belegen. Auch wenn nach Angabe des Gewaltopfers einer Vergewaltigung keine offensichtlichen Verletzungen festzustellen sind, erscheint die Entnahme von Abstrichen zumindest im genitoanal und oralen Bereich als zwingend notwendig, um mittels einer geeigneten Spurensicherung einen vollzogenen Beischlaf beweisen zu können. Da die medizinische Dokumentation von Verletzungen enorm wichtig für die Gewährleistung von Schutz und Geltendmachung von Ansprüchen seitens des Opfers ist, sollten auch medizinisch als „Bagatellverletzung“ eingestufte Gewaltfolgen schriftlich erfasst werden.

Demnach kann die Kenntnis der Ärzteschaft von der bestehenden Rechtslage um die hier aufgeführten Sachverhalte als dringend erforderlich eingestuft werden.

2.4.6 Bedeutung der Gesetzeslage für die Ärzteschaft

In diesem Kontext ist die Rechtslage hinsichtlich der Dokumentationspflicht der Ärzteschaft zu erwähnen, die in der für den Bereich Düsseldorf geltenden ‚Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte‘ erfasst ist.

So gehört es zu den Allgemeinen ärztlichen Berufspflichten, den Beruf gewissenhaft auszuüben (§ 2 Abs.2).

Die Wahrung der Menschenwürde und Achtung des Patienten, vor allem seines Selbstbestimmungsrechtes (§7 Abs.1; Verhaltensregel Nr.1), sollte an dieser Stelle in Zusammenhang mit der Gewaltopferthematik auch erwähnt werden.

„Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist.“ „Soweit gesetzliche Vorschriften die ärztliche Schweigepflicht einschränken, soll die Patientin oder der Patient darüber unterrichtet werden.“ (§9 Abs.2). Generell darf der Arzt daher beispielsweise nicht die Polizei von einer Vergewaltigung in Kenntnis setzen, sollte das Opfer dieses nicht wollen. Sollte für den Arzt allerdings weitere vom Täter ausgehende Gefahr für die Patientin oder weitere Personen absehbar sein, ist eine Offenbarung seitens des Arztes möglich. Der Patient ist dann über die Weitergabe der Informationen an Dritte in Kenntnis zu setzen.

Laut Berufsordnung sind Ärzte weiterhin dazu verpflichtet „über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen“, da sie unter anderem „dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation“ dienen (§10 Abs.1). Auch wenn an dieser Stelle keine weiterführenden Angaben zu Detailtreue gemacht werden, so sind beispielsweise im Falle von Verletzungen all diese zu dokumentieren und im Sinne einer erforderlichen Aufzeichnung eventuell anhand eines Körperschemas zu spezifizieren. Die Dokumentation muss nach der Rechtssprechung Informationen über Umstände und Verlauf der Untersuchung sowie die objektiv festzustellende körperliche Befindlichkeit des Patienten wiedergeben (Weimer 2006).

Sollte beispielsweise die Situation einer Untersuchung eines Gewaltopfers und die Sicherung der Spuren die fachlichen Kompetenzen eines Arztes überschreiten, ist dieser nach den Behandlungsgrundsätzen der Berufsordnung dazu aufgerufen, rechtzeitig entsprechendes Fachpersonal hinzuzuziehen (Verhaltensregel Nr. 2).

3 Material und Methode

Die in der Einleitung beschriebene Problematik der hohen Dunkelfeldziffern zum Ausmaß der Gewalterfahrung von Menschen war Anlass dazu, im Rahmen der in dieser Arbeit durchgeführten Datenerhebungen, regionale Informationen zum Vorkommen von Gewaltdelikten und der medizinischen Versorgung betroffener Frauen zu erarbeiten. Mit Blick auf eine Reform der Gewaltopferversorgung am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) im Jahr 2007 (Implementierung einer Gewaltopferambulanz mit interdisziplinärer Versorgung von Gewaltopfern unter Einbindung des Instituts für Rechtsmedizin) sollte der Stand von entsprechenden Fallzahlen bezüglich einer Gewaltopferversorgung am UKD und deren Versorgungsqualität erhoben werden. Als diesbezüglicher Vergleichszeitraum wurde das Jahr 2004 ausgewählt, da für dieses Zeitfenster der bis zur Reform geltende Versorgungsstatus aus den Akten entnommen werden konnte. Die so erhobenen Falldaten stehen somit für eine gleichartige Vergleichsuntersuchung für einen Zeitraum „nach der Reform“ zur Frage einer Veränderung/Verbesserung der Gewaltopferversorgung zur Verfügung. Somit stellt die hier vorgelegte Auswertung eine so genannte „Ist-Stand-Erhebung“ dar, die in gleicher Weise an anderen Kliniken (z.B. Unfallchirurgie, Pädiatrie) durchgeführt wurde.

3.1 Material

3.1.1 Akten der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

Das Ziel, eine retrospektive Analyse zum Aufkommen von Fällen mit sexueller Gewalt im Patientengut der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf, wird über eine Datensammlung erreicht.

Als Zeitfenster für die Aktenauswertung wurde das Jahr 2004 bestimmt. Dieses wurde als Untersuchungszeitraum gewählt, da erwartet wurde, dass zwei Jahre nach Einführung des „Gesetzes zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung“ (Gewaltschutzgesetz) die Grundgesamtheit an Datensätzen vergrößert wird. Die grundlegende Annahme war,

dass aufgrund dieser rechtlichen Neuerungen und Möglichkeiten eine höhere Zahl Betroffener in einer der hier ausgewählten Disziplinen medizinische Hilfe suchen würde, um durch die Attestierung von Verletzungen im Bedarfsfall gerichtsverwertbare Dokumentationen vorweisen zu können. Ein weiterer Grund für die Wahl dieses Betrachtungszeitraumes war, dass im Jahr 2004 die nach Aktenlage erfassbare Gewaltopferversorgung das Bild einer regelhaften, dem medizinischen, gynäkologischen Standard entsprechende „übliche“ Patientenversorgung widerspiegelt. Die so erfasste Versorgungslage kann daher zum Vergleich für eine geplante spätere Analyse herangezogen werden, die einen Zeitraum nach 2007 erfassen wird.

Die hier vorgelegte Analyse zum Versorgungsstatus sexueller Gewalt in der Frauenklinik des Düsseldorfer Universitätsklinikums stellt somit eine „Status-quo“-Analyse dar, die eine Regel-Versorgung vor einer Veränderung der Betreuungsstrukturen (siehe oben) beschreibt. Im Anschluss an den Betrachtungszeitraum der vorliegenden Analyse wurde im Jahr 2005 an einem neuen Konzept zur Gewaltopferversorgung am Universitätsklinikum unter Federführung der Rechtsmedizin gearbeitet. Mit der Vorstellung des neuen klinikinternen Modells, das im März 2007 auch nach extern in das regionale Hilfsnetzwerk integriert wurde, erfolgte eine Änderung der Versorgungslage für Gewaltopfer. Eine zukünftig folgende Auswertung unter Beachtung der so geschaffenen neuen Versorgungsstrukturen kann dann vergleichend auf die hier generierten Daten aus 2004 zurückgreifen und die Bewertung des neuen Modells im Sinne einer Begleitforschung ermöglichen.

Zum Startzeitpunkt der Aktenauswertung (Sommer 2006) wurde die Grundannahme vorausgesetzt, dass die in den datenliefernden Archiven vorliegenden Patientenakten vollständig waren und ein Zeitfenster bearbeitet wurde, welches den „Regelfall“ einer Patientenbetreuung abbildete.

In dieser Arbeit wurden Patientenakten aus dem Archiv der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf ausgewertet. Voraussetzung für die Berücksichtigung eines Falles bei der Auswertung war eine schriftliche Dokumentation im Hinblick auf Formen von Gewalt. Diese Vorgabe ergab sich durch das Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universi-

tät Düsseldorf. Eine nachträgliche, subjektive Wertung auf Basis der Patientenakten sollte in keinem Fall erfolgen. Daraufhin wurden nur die Fälle in die Datenmaske aufgenommen, bei denen der Tatbestand der körperlichen Gewalt, sexuellen Missbrauchs, psychischer Misshandlung und/oder Vernachlässigung nach Aktenlage erfüllt war. Demnach galten die Fälle als gesichert, bei denen eine Verdachtsäußerung und/oder Diagnosestellung durch behandelnde Ärzte, Krankenschwestern oder andere Personen in Anamnesebögen, Untersuchungsprotokollen, Stationskurven, psychologischen Sitzungsprotokollen und/oder Arztbriefen schriftlich dokumentiert waren.

Als relevant galten Fälle, in denen die Opfer selbständig die gynäkologische Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf aufgesucht haben oder im Falle von Kindern in Begleitung der Eltern kamen, durch die eine Gewalttat angegeben oder der Verdacht geäußert wurde. Hinzugezählt wurden zudem Opfer, die von der Polizei geschickt oder von eben dieser zum Krankenhaus begleitet wurden. Einschlusskriterium war folglich ein von den Patientinnen beschriebenes und/oder von Seiten der Ärzte dokumentiertes Gewaltdelikt.

Die Anonymität der Patientendaten wurde datenschutzrechtlich garantiert. Am 08.09.2006 erfolgte das Votum (Studiennummer 2783) seitens der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf. Die Doktoranden verpflichteten sich zur Einhaltung der Schweigepflicht und dazu, die Auswertung nur gemäß dezidierter Angaben in den Patientenakten vorzunehmen.

3.1.2 Akten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf

Ergänzend zur Analyse gynäkologischer Fallakten des Universitätsklinikums Düsseldorf wurde eine retrospektive Fallanalyse von Akten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf durchgeführt. Diese ergänzende Erhebung wurde in die Auswertung integriert, um einen besseren Überblick über die Fallzahlen im Raum Düsseldorf und deren medizinische, rechtlich relevante Versorgungsqualität zu erhalten.

Als Zeitfenster für die Aktenauswertung wurde analog zur Auswertung der Datenbestände der Gynäkologie das Jahr 2004 bestimmt.

Zum Startzeitpunkt der Aktenauswertung (Frühjahr 2008) wurde die Grundannahme festgelegt, dass die von der Staatsanwaltschaft zur Verfügung gestellten Akten vollständig waren.

In Anlehnung an die Datenerhebung in der Gynäkologie mit dem Schwerpunkt der sexualisierten Gewalt, wurden in der Staatsanwaltschaft nur angezeigte Delikte zu §§ 177 (sexuelle Nötigung: Vergewaltigung), 179 (sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger) und 182 (sexueller Missbrauch von Jugendlichen) in die Datenmaske aufgenommen.

Die Anonymität personenbezogener Daten wurde auch hier datenschutzrechtlich garantiert.

3.2 Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Analyse der Akten wurde anhand eines standardisierten Exzerptbogens durchgeführt. Dieser Exzerptbogen (siehe Anlage) wurde von einer studentischen Arbeitsgruppe am UKD in Anlehnung an Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien der Rechtsmedizin Köln (Päsler 2010) und Hamburg erstellt.

3.2.1 Erstellung des Datenbogens

Zu Beginn der Erstellung des Exzerptbogens wurde von der Arbeitsgruppe eine Sammlung der Variablen erstellt, die bei der Fallauswertung der Krankenakten untersucht werden sollten. Als Basis hierfür dienten Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien. Dieses Vorgehen ermöglicht eine vergleichende Auswertung der an verschiedenen Orten generierten Daten.

Es erfolgte eine Gruppierung der Variablen und ihre Zuordnung zu übergeordneten Themen, die in einem Fragenkatalog zusammengefasst, die schriftliche Vorlage für die Auswertung von Patientenakten darstellten.

3.2.2 Pre-Test

Anhand des entworfenen Exzerptbogens wurde im Pre-Test dieses Auswertungsschema anhand 20 zufällig ausgewählter Akten auf seine Anwendbarkeit geprüft. Anschließend wurde eine Optimierung des Exzerptbogenentwurfs vorgenommen, da die Variablen möglichst umfänglich und detailliert Angaben zum Gewaltgeschehen und deren Folgen abbilden sollten.

Der so erstellte Exzerptbogen wurde sowohl für die Auswertung der Patientenakten aus der Universitätsfrauenklinik als auch in anderen Klinikbereichen des Universitätsklinikums gleichartig eingesetzt.

Diese Endversion des Exzerptbogens war Grundlage für die Erstellung einer PC-gestützten Datenmaske, in die die zunächst handschriftlich gesammelten extrahierten Falldaten eingegeben werden konnten. Die so erstellte Datenbank ermöglichte damit eine EDV gestützte Auswertung.

3.2.3 Der Exzerptbogen

Wie bereits erwähnt wurde als Instrument zur Datenerhebung ein Exzerptbogen entwickelt, der universell für die Auswertung der Fälle der verschiedenen Zielgruppen (Unfallchirurgie, Rechtsmedizin, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Gynäkologie) genutzt wurde.

Die so manuell erfassten Daten wurden in eine SQL- Datenbank eingepflegt und weiterverarbeitet. Auf diese Weise wurden die hier ausgewerteten Fälle der Gynäkologie und der Staatsanwaltschaft aufgearbeitet und separiert in der Datenbank gesammelt.

Der Exzerptbogen (komplette Darstellung siehe Anhang) besteht aus insgesamt vier Teilen und deren Unterpunkten. In der folgenden Tabelle wurden einzelne Abschnitte und deren Fokus für die Aktenauswertung zusammengefasst:

| Exzerptbogen zur Aktenauswertung – Zusammenfassung | | |
|--|--|--|
| Fokus | Stichworte, Überbegriffe | Hintergrund |
| Opfer | Geschlecht, Nationalität, Alter | Basisfakten zur Person des Opfers |
| Geschehen und Zeitverhältnisse | Zeit des Vorfalls, Zeit der ärztlichen Vorstellung, Erstversorgung, besondere Umstände | Basisfakten zum Geschehen und zum Weg in ärztliche Versorgung |
| Beteiligte und Motivlage | Tatverdächtige/r, Anamnesequelle, Örtlichkeit des Vorfalls | Basisfakten zum Hergang |
| Gewalthandlung | Untersuchungsbefund, Behandlung, Qualitätsaspekte der Behandlung (forensisch) | Details zum Hergang und dessen Folgen, forensisch relevante Qualitätskriterien für die Befundsicherung |
| Betreuung | Spezifische Betreuung, Nachsorge, Anzeige, Jugendamt | Details zur ärztlichen Versorgung und Nachsorge unter dem „Opfer-Aspekt“ |
| Psychische Befunde (dieser Teil wurde von den entsprechenden Doktoranden bearbeitet) | Besondere Aspekte zur Erfassung psychisch- psychiatrischer Befunde | Gesonderte Erhebung von Faktoren für die psychische, psychiatrische bzw. psychosomatische Beurteilung |

Tabelle 1: Inhaltzusammenfassung des Exzerptbogens

3.2.3.1 Teil 1-1: Opfer, Zeit und Erstversorgung

Im ersten Teil wurden personenbezogene Daten der geschädigten Person hinsichtlich des Geschlechts, Alter und Nationalität erfasst.

Bezogen auf die Erstversorgung wurden Angaben zu Vorfalls- und Behandlungsdatum sowie –uhrzeit und das dazwischenliegende Zeitintervall erfasst, sofern Informationen hierzu vorlagen, da dies für eine gerichtsverwertbare Dokumentation eine bedeutende Rolle spielt. Desweiteren wurde nach Informationen gesucht, durch wen die Erstversorgung erfolgte (Ort der Erstvorstellung und gegebenenfalls weiterer konsultierter medizinischer Einrichtungen) und die Art, wie sich der Patient dort vorstellte (privat, mit der Polizei, mit RTW).

3.2.3.2 Teil 1-2: Gewaltgeschehen – Beteiligte und Motivlage

Weiterhin wurden im ersten Teil die Zahl beschuldigter Personen und deren Basisdaten sowie ihr Verhältnis zur Geschädigten und die gegebene Geschlechterkonstellation aufgenommen.

Mögliche Motive (Beziehungskonflikt, sexuelles Motiv, materielle Bereicherung) und der Ort der Gewalt (Häusliche Umgebung, Öffentlicher Raum, Arbeitsplatz/-weg, Schule, Kindergarten, Fahrzeug) wurden ins Blickfeld der Betrachtung genommen, ebenso die Frage, von wem die Angaben zum Gewaltgeschehen gemacht wurden.

3.2.3.3 Teil 2-1: Beschreibung der Gewalt

Der zweite Teil des Erhebungsbogens diente zunächst der Erfassung von Informationen zur Art der stattgehabten Gewalt, aufgeschlüsselt nach seelischer, körperlicher (mit/ohne Werkzeug) und sexueller Gewalt sowie deren Sonderformen (sexuelle Nötigung, vaginaler/oraler/analer Geschlechtsverkehrs, genitale Manipulationen, Vorhandensein von Kondom, Gleitmittel und stattgehabtem Samenerguss).

Weiterhin wurden die Akten daraufhin untersucht, ob eine Strangulation/mechanische Asphyxie stattgefunden hat, um welche Zugriffsart es sich da-

bei handelte (Würgen, Drosseln, etc.) und ob diese eine bestimmte Symptomatik (Bewusstlosigkeit, Heiserkeit, Halsschmerzen etc.) zur Folge hatte.

In einem weiteren Schritt wurden die verschiedensten Untersuchungsbefunde und deren Lokalisationen erfasst und im Hinblick auf detaillierte Befunddokumentation untersucht. Bei den Untersuchungsbefunden wurden neben der Erfassung stumpfer und spitzer, geformter und ungeformter Gewalt und deren Formen, die Akten im Speziellen auf Strangulationsbefunde (zum Beispiel Würgemale und Drosselmarken), anogenitale Verletzungen und Symptome (Blutungen, Schmerzen, Einrisse, Schleimhautrötungen) bei sexuellem Übergriff und Vernachlässigung hin gesichtet.

Bezüglich der Sicherung von Spuren wurde auch aufgenommen, ob eine Reinigung des Körpers/des Genitals im Anschluss an die Tat vorgenommen wurde.

Schließlich wurde noch berücksichtigt, ob im Falle eines stationären Aufenthaltes eine Regel- oder Intensivstation Ort der Patientenversorgung war und ob in der Akte Befunde vorlagen, die die von der Patientin geschilderte Gewalt objektivierbar machten.

3.2.3.4 Teil 2-2: Art der Befunderhebung

In diesem Abschnitt wurden Daten erfasst, ob bei der Diagnose genaue Angaben über Art und Lokalisation der Verletzung vorlagen und eine nähere Befundbeschreibung (Größe, Form, Farbe, Rand, Tiefe) vorgenommen wurde.

Zusätzlich wurde auch geprüft, ob eine Blutalkoholkontrolle, eine toxikologische Untersuchung von Blut und/oder Urin auf Medikamente und Drogen und eine Spurensicherung (Blut, Sperma, Speichel; Abstriche; Nägel, Haare; Labor mit HIV-/Hepatitis-Serologie, Virologie und Bakteriologie) stattgefunden haben.

Angewandte bildgebende Diagnostik wurde ebenso wie angeordnete und durchgeführte Konsile zusätzlich berücksichtigt.

3.2.3.5 Teil 2-3: Weiteres Vorgehen und Nachsorge

In diesem Abschnitt des Exzerptbogens galt es zu erfassen, ob eine weitere Versorgung (sei es medizinisch, psychologisch, durch Frauenhäuser, Beratungsstellen usw.) eingeleitet wurde, ob es einen Auftrag für eine spezifische Befunderhebung zum Kontext Gewalt (Gutachten, Attest, anderes) gab oder Angaben gemacht wurden. Ob eine Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz oder gar eine Anzeige bezogen auf den Untersuchungsanlass vorlag, war ebenfalls Gegenstand dieses Abschnitts. Im Falle von Kindern sollte, wenn möglich, noch dokumentiert werden, ob eine Meldung ans Jugendamt erfolgte.

3.2.3.6 Teil 3: Besondere Hergangsumstände

Im dritten Teil wurden - falls vorhanden – Angaben über das Konsumverhalten (Alkohol, Medikamente, Drogen) und eventuell bekannte Vorerkrankungen von Opfer und Täter erfasst.

3.2.3.7 Teil 4: Psychisch-Psychiatrische Befundlage (oder Lebenssituation)

Dieser vierte und letzte Teil wurde nur für die Akten in den Fachbereichen der Psychiatrie und Psychosomatik bearbeitet und findet damit in dieser Arbeit keine weitere Beachtung.

3.2.4 Klinische Datenerhebung

Die Akten sind manuell einzeln gesichtet und auf Relevanz (Einschlusskriterien siehe Abschnitt 2.1.1) geprüft worden. Die gynäkologischen Unterlagen der Patientinnen in Form von Anamnese- und Untersuchungsbögen dienten als Grundlage der Datenerhebung ebenso wie spezielle Bögen des hiesigen Universitätsklinikums für die Untersuchung von Personen bei Verdacht auf eine Sexualstraftat. Bei stationär aufgenommenen Patientinnen wurden die vorliegenden Krankenakten ergänzend hinzugezogen. Beigefügte Konsile anderer Fachrichtungen wurden ebenfalls bei der Auswertung berücksichtigt.

Gegenstand der Auswertung waren alle Akten von Patientinnen, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2004 in einer der gynäkologischen Ambulanzen des Universitätsklinikums vorstellig waren bzw. stationär in der Gynäkologie behandelt wurden. Desweiteren inbegriffen waren Unterlagen von Patientinnen, die in einer anderen Abteilung des Universitätsklinikums stationär waren und gynäkologisch konsiliarisch vorgestellt wurden. Um die Anonymität der Patientinnen zu wahren, wurden keinerlei personenbezogene Individualdaten erhoben. Die Aktenauswertung erfolgte unter Zuweisung einer Fallnummer, die Reihenfolge der Auswertung ergab sich zufällig.

Nachdem die Sichtung im Archiv abgeschlossen war, wurden die mittels Exzerptbogen extrahierten Daten in einem weiteren Schritt in die Datenbank eingegeben. Auf diesem Weg konnten die Daten auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Redundanz überprüft und überarbeitet, sowie gegebenenfalls korrigiert werden.

3.2.5 Staatsanwaltschaftliche Datenerhebung

Auf der Grundlage einer Kooperation mit der Staatsanwaltschaft Düsseldorf erfolgte ergänzend eine Datenerhebung von Ermittlungsakten.

In dem Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2004 lagen 294 Akten zu Straftaten gemäß

- §177 Strafgesetzbuch (im Folgenden abgekürzt StGB): sexuelle Nötigung - Vergewaltigung,

- §179 StGB: sexueller Missbrauch Widerstandunfähiger,
- §182 StGB: sexueller Missbrauch von Jugendlichen,
- §224 StGB: gefährliche Körperverletzung,
- §226 StGB: schwere Körperverletzung

mit insgesamt 341 Beschuldigten vor.

Da der Fokus in Anlehnung an die Datenerhebung in der Gynäkologie auf der sexualisierten Gewalt lag, wurden in der Auswertung der Akten der Staatsanwaltschaft Fälle zu §§ 177, 179 und 182 berücksichtigt.

Die Durchsicht der Akten erfolgte in der Staatsanwaltschaft, die Datenerfassung nach gleichem Schema wie zuvor in der Gynäkologie.

Abzüglich der Akten, die zu anderen Abteilungen übersandt waren, Fällen von Körperverletzung und solchen vor dem Hintergrund der Anklage nach GewSchG, konnten 123 Fälle ausgewertet werden, von denen drei weitere entfielen, in denen das Opfer männlichen Geschlechts war.

Die so selektierten Fälle wurden in gleicher Weise ausgewertet und in die Datenbank aufgenommen, wie es für die Patientenfälle beschrieben wurde.

Es wurde keine Modifikation des Exzerptbogens für die staatsanwaltschaftlichen Akten vorgenommen, um ein vergleichbares Datenraster der Fälle zu erhalten.

3.3 Auswertung

Die Falldaten wurden nach Eingabe in die SQL-Datenbank mittels Microsoft Office Excel 2007 und mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Version 17.0) deskriptiv ausgewertet. Die Schriftfassung der Dissertation erfolgte in Microsoft Office Word 2007.

4 Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Aktenanalyse gemäß der in Kapitel 2.1 aufgeführten Selektionskriterien sowie den in Kapitel 2.2.4 dargelegten Auswertungsverfahren.

Im Betrachtungszeitraum des Jahres 2004 wurden 13.261 Fälle in der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf behandelt. Von diesen konnte in 7.435 Fällen die Akte im Archiv vorgefunden werden. Unter Berücksichtigung wiederholter Konsultationen (Patient wird doppelt gezählt) und nicht vorhandener Dokumentation in Form fehlender Akten im Archiv bildeten 4.709 Patienten die Grundgesamtheit für die Datenerhebung. Die Durchsicht dieser Akten erbrachte 33 Patientenfälle zum Themenfeld Gewalt, die in die statistische Auswertung eingegangen sind. Der Anteil der Gewaltopfer, gemessen an der Zahl behandelter Patientinnen in der Gynäkologie, lag demnach bei 0,7%. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass nach Angaben der Frauenklinik des Universitätsklinikums die meisten der Akten nicht im Archiv vorhanden sind, sondern bei den behandelnden Ärzten vorliegen – um im Falle späterer gerichtlicher Aussagen die notwendigen Unterlagen vorweisen zu können – und somit von höheren Opferzahlen ausgegangen werden kann.

Für den gleichen Zeitraum lagen in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf 294 Akten in Zusammenhang mit häuslicher Gewalt vor. Bei der Datenerhebung wurden, wie in Abschnitt 2.2.3 erläutert, Straftaten gemäß §§ 177, 179 und 182 StGB berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurden Fälle von Körperverletzung und solche nach § 1-4 Gewaltschutzgesetz (letztere aufgrund zu geringer Anzahl und Informationsdichte). Des Weiteren konnten 16 Fälle nicht untersucht werden, da zu diesen nur die so genannte Handakte vorlag, und damit keine auswertbaren Unterlagen vorhanden waren. Somit wurden der Auswertung der Gewalttaten auf Basis der Datenbestände der Staatsanwaltschaft 123 Fälle zugrunde gelegt. Anhand der beschriebenen Selektion konnten 41,8% der 2004 staatsanwaltlich erfassten Delikte sexueller Gewalt in die Auswertung einfließen. 32,5% der erfassten Fälle enthielten grundsätzlich eine medizinische Dokumentation, entweder in Form von Aufzeichnungen durch die Ärzteschaft an

verschiedenen Kliniken im Regierungsbezirk Düsseldorf und Umgebung oder Feststellungen durch Ärzte der Polizei.

Zur weiteren Darstellung der Ergebnisse beider Datenerhebungen werden folgende thematische Schwerpunkte gesetzt, die jeweils im Hinblick auf die Datenbestände der Gynäkologie bzw. der Staatsanwaltschaft erörtert werden:

- Beschreibung der vorliegenden Daten zu Opfern und Tätern nach den soziodemographischen Kriterien Alter, Geschlecht und Nationalität
- Angaben zur Tatzeit des Vorfalls, Zeitpunkt der Behandlung sowie dem dazwischen liegenden Zeitintervall
- Angaben zum Zugangsweg der Betroffenen zur Klinik, falls eine Konsultation erfolgte
- Informationen zur Täter-Opfer-Beziehung
- Geschlechterverteilung bei der Täter-Opfer-Konstellation
- Angaben zum Tatmotiv
- Angaben zum Tatort
- Darstellung der Untersuchungsbefunde, sowie Dokumentation besonderer Verletzungen und deren Lokalisationen
- Angaben zur Objektivierung der Gewalt (Passen die erhobenen Befunde zur Anamnese?)
- Beschreibung der Diagnosesicherung
- Spurensicherungsmaßnahmen
- Angabe zum Verfasser der Befunddokumentation (Klinikerarzt oder Rechtsmediziner)
- Informationen zur weiteren Versorgung bzw. Nachsorge
- Angaben zu Aufträgen spezifischer Befunddokumentation und Wegweisungen nach Gewaltschutzgesetz
- Angaben zum Konsumverhalten von Opfer und Täter bezüglich Alkohol, Drogen und Medikamenten und gegebenenfalls Erkenntnisse betreffend eventueller Vorerkrankungen

Soweit Angaben zu diesen hier aufgeführten Punkten vorlagen, wurden die genannten Themenbereiche zusätzlich hinsichtlich spezifischer Aspekte wie dem Alter des Opfers, der Art der Täter-Opfer-Beziehung und der Gewaltform, Wiederholung der Gewalttaten, Sonderformen der sexueller Gewalt bzw. der Strangulation ausgewertet. Bemerkenswerte Ergebnisse werden an entsprechender Stelle angeführt.

4.1 Ergebnisse der Datenerhebung aus Gynäkologischen Akten

4.1.1 Beteiligte/Motivlage/Ort des Geschehens

4.1.1.1 Basisdaten zur betroffenen Person

4.1.1.1.1 Altersverteilung

Die in der Datenauswertung des Datenbestandes der Klinik berücksichtigten Fälle beinhalten ausschließlich Tatbestände zu Opfern weiblichen Geschlechts.

Der Altersschwerpunkt lag bei den Altersklassen von sechs bis neun Jahren und 25 bis 29 Jahren, denen zusammen ein Drittel aller Patientinnen zugeordnet werden konnte (jeweils etwa 15%). Eine weitere Auffälligkeit war, dass mehr als die Hälfte der Opfer (54,5%) zum Zeitpunkt der körperlichen Untersuchung unter 18 Jahren und somit minderjährig waren. Das Durchschnittsalter der Opfer lag bei 20,4 Jahren. Die Frauen höherer Altersklassen waren folglich deutlich geringer vertreten. Eine graphische Darstellung dieser Ergebnisse ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

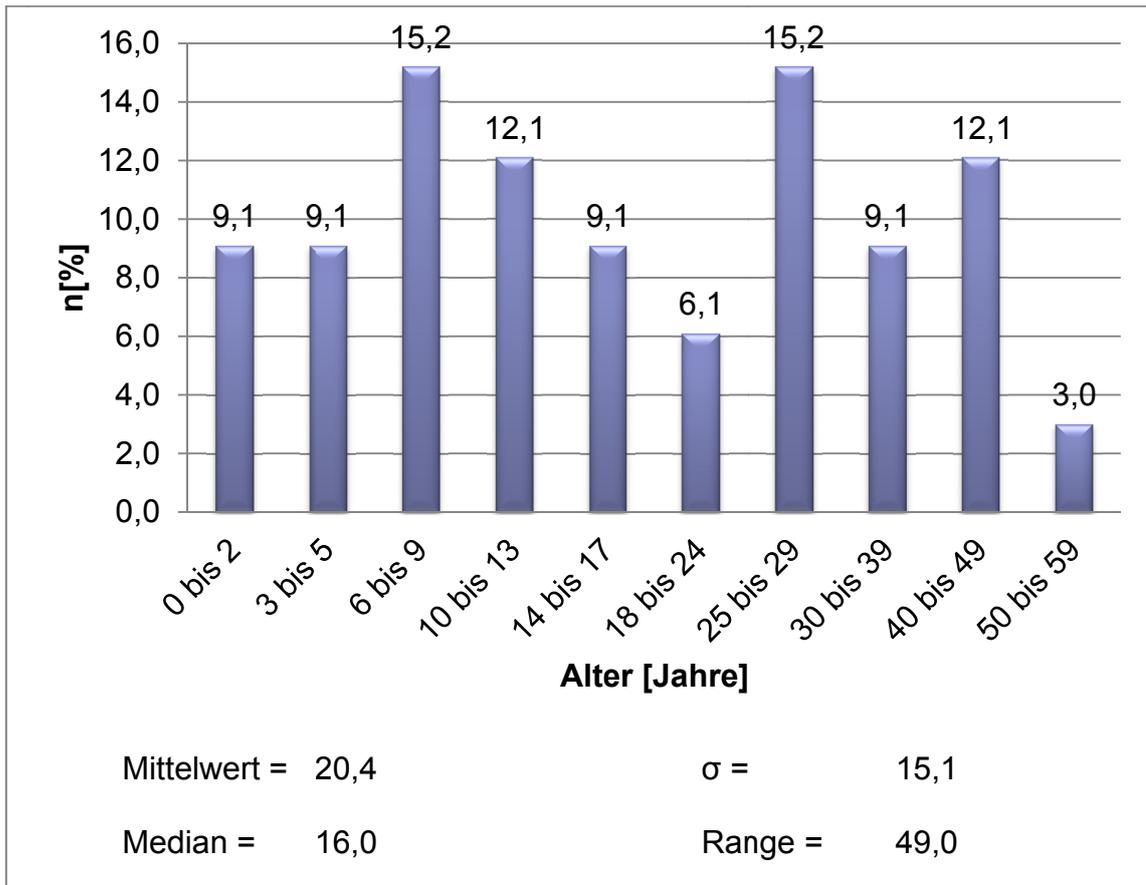


Abbildung 1: Übersicht der Altersverteilung aller Patientinnen der Gynäkologie des Universitätsklinikums Düsseldorf im Jahr 2004 mit einer Gewalterfahrung

4.1.1.1.2 Nationalität

Angaben zur Nationalität der Opfer gingen aus den vorliegenden Akten nicht hervor. Eine Aussage basierend auf den Namen wäre rein spekulativ gewesen und wurde deshalb unterlassen.

4.1.1.2 Basisdaten zur beschuldigten Person

Anschließend zur soziodemographischen Darstellung der Opfer wurden die Kriterien der tatverdächtigen Person betrachtet.

In nur zwei Fällen wurde das Alter des Täters dargelegt, das bei 16 bzw. 17 Jahren lag (keine Angabe in 93,3% der Fälle). Demnach waren keine weiterfüh-

renden Aussagen über eine möglicherweise vorherrschende Altersgruppe zu treffen.

In 25 Fällen mit Angabe zum Geschlecht des Täters (76%) war die überwiegende Zahl der Beschuldigten männlich (92%), nur acht Prozent der Beschuldigten waren weiblich.

Zur geographischen Herkunft der Beschuldigten lies sich mangels statistisch verwertbarer Daten keine Aussage treffen.

4.1.1.3 Art der Beziehung von Opfer und Täter

Von den 22 Fällen, in denen nach Aktenlage Informationen zu der Art der Beziehung zwischen Geschädigter und Beschuldigtem vorhanden waren, war ungefähr jedem zweiten Opfer der Täter unbekannt (zehn Fälle). Die übrigen zwölf Täter waren zu gleichen Anteilen Verwandte oder (Ex-)Partner des Opfers (Abbildung 2).

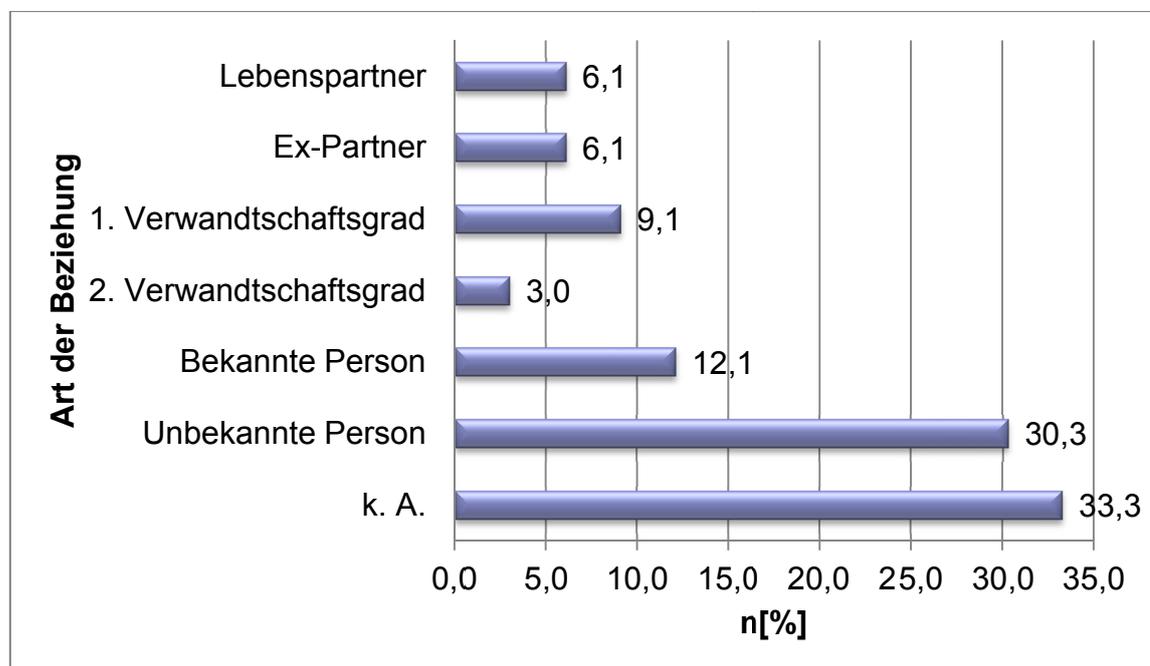


Abbildung 2: Übersicht der Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter

4.1.1.4 Geschlechterkonstellation

In der Mehrzahl der Fälle (69,7%) war der Täter männlichen Geschlechts, in nur zwei Fällen (6,1%) handelte es sich um eine Täterin; in acht Fällen (24,2%) wurde hierzu keine Aussage vom Opfer getroffen.

4.1.1.5 Motiv

Ein weiterer Teil der Untersuchung der Akten war, den jeweiligen Anlass für den gewalttätigen Übergriff herauszustellen. Bei den in Abbildung 3 aufgeführten Ergebnissen ist zu beachten, dass eine Mehrfachnennung möglich war. Nur in fünf Fällen ist vom Opfer angegeben worden, dass das Tatmotiv sexueller Art gewesen war. Zur weiterführenden Erörterung der Motivlage waren die Angaben sehr rar: Motiv des Beziehungskonflikts (dreimal) oder materielle Bereicherung (einmal). Insgesamt ließen die Datenbestände zum Tatmotiv mangels regelmäßiger Erfassung auch hier keine weitere Auswertung zu.

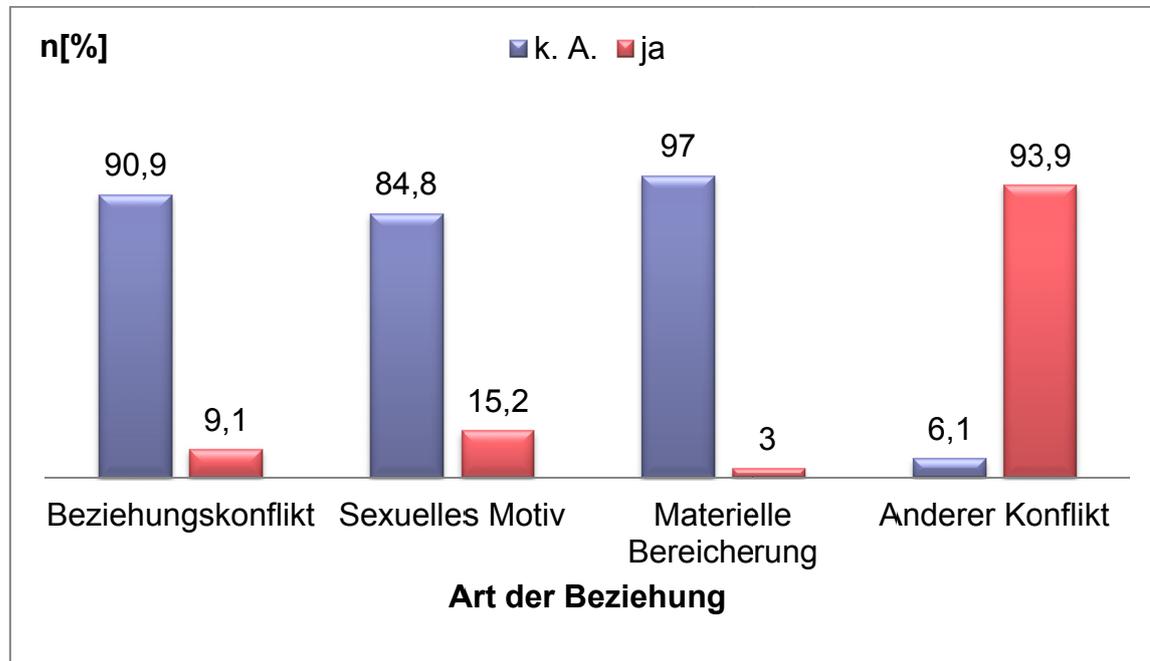


Abbildung 3: Verteilung der Motivkategorien

In Bezug auf das Alter fiel auf, dass in den fünf Fällen mit dem Hintergrund eines sexuellen Motivs alle Opfer in der Altersklasse unter 14 Jahren waren. Sexuell motivierte Taten wurden mehrheitlich (35,7%) durch eine bekannte Person begangen, die mit dem Opfer weder in einer partnerschaftlichen noch verwandtschaftlichen Beziehung standen. Unbekannte Personen wurden in diesem Zusammenhang genauso oft wie (Ex-)Partner beschuldigt (jeweils 14,9%). Von den drei bekannten Taten vor dem Hintergrund eines Beziehungskonfliktes wurden zwei durch den aktuellen und eine durch den früheren Partner verübt.

Den Akten war des Weiteren zu entnehmen, dass es bei benannten Beziehungskonflikten immer zu körperlichen Gewalttaten und einmal auch zu seelischer Gewaltausübung gekommen war. In Fällen sexuell motivierter Taten waren 10,7% der betroffenen Patientinnen Opfer seelischer Gewalt geworden, jede vierte Betroffene erlebte körperliche Gewalt.

Bei den drei Taten, die im Rahmen eines Beziehungskonfliktes stattfanden, war in zwei Fällen ein wiederholtes Gewalterleben bekannt; die 28 sexuell motivierten Taten waren in vier Fällen Teil wiederholter Gewaltausübungen. Alle Konflikte innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen (Partnerschaft bzw. Familie) hatten ein Sexualdelikt zur Folge. Sexuelle Motive führten bei 85,7% der Fälle zur Tat.

Die Überprüfung möglicher Zusammenhänge zwischen Motiv und der Sonderform des Sexualdeliktes zeigte, dass es bei allen Beziehungskonflikten zum ungewollten vaginalen Verkehr kam, in zwei Fällen zu oralem Verkehr, und in einem Fall auch analer Verkehr stattgefunden hat. Jeweils zwei Opfer von Beziehungskonflikten bzw. sexuell motivierten Taten wurden stranguliert.

4.1.1.6 Tatort

Wie man aus der Abbildung 4 entnehmen kann, lagen in der Hälfte der vorliegenden Fälle keine Informationen zum Tatort vor. Von den 17 Delikten mit bekanntem Tatort, ereigneten sich 30,3% in der häuslichen Umgebung der geschädigten oder beschuldigten Person bzw. in der gemeinsamen Wohnung, während 18,2% im öffentlichen Raum stattfanden.

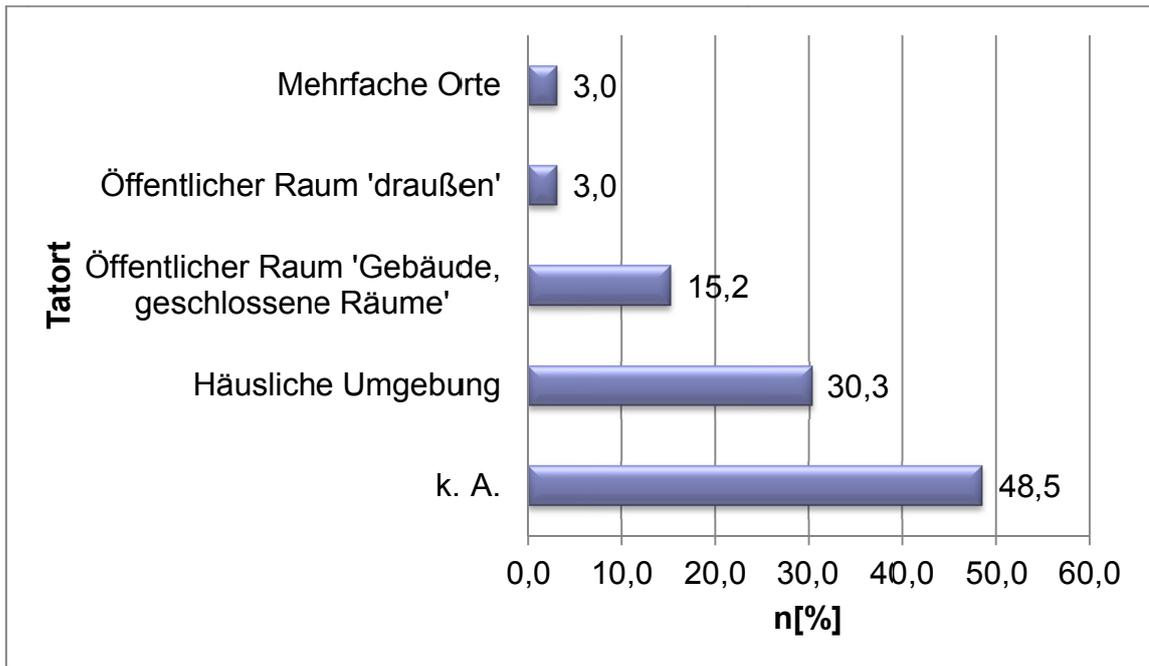


Abbildung 4: Tatorte der Gewaltdelikte

Die Betrachtung der Konstellation Tatort - Alter des Opfers zeigte, dass die Hälfte aller in häuslicher Umgebung stattgehabten Gewalttaten an Kindern unter 14 Jahren vorgenommen wurden. Alle Fälle, in denen der Lebenspartner oder ein Verwandter ersten Grades die Tat verübt hat, fanden im häuslichen Umfeld des Opfers oder des Täters bzw. beider statt. Übergriffe durch Bekannte der Opfer wurden nahezu gleich häufig im Umfeld der Wohnung (dreimal) wie im öffentlichen Raum (zweimal) getätigt. Körperliche und seelische Gewalttaten erfolgten meistens in der häuslichen Umgebung einer der bzw. beider Beteiligten. In den vier Fällen wiederholter Gewaltanwendung war der Tatort nur in zwei Fällen bekannt und ausschließlich dem Umfeld des Opfers/Täters anzurechnen. Nach Aktenlage fanden mehr Sexualdelikte in der häuslichen Umgebung (34,6%) als im öffentlichen Raum (23,0%) statt.

Der Tatort in den Fällen der angewandten Gewaltform „Strangulation“ war nur in einem von zwei Fällen bekannt – dieser wurde auch hier mit „häuslicher Umgebung“ benannt.

4.1.2 Geschehen und Zeitverhältnisse

Gegenstände der Datenauswertung zum Aspekt „Geschehen und Zeitverhältnisse“ sind der Zugangsweg zur Klinik und die zeitliche Abfolge von Zeitpunkt der Gewalttat und Konsultation der Klinik bzw. in der Zwischenzeit stattgefundene andere Konsultationen.

4.1.2.1 Zugangsweg

Bei der Untersuchung des Zugangswegs der Verletzten zum Uniklinikum Düsseldorf (Abbildung 5) zeigte sich, dass 42,4% der Frauen aus eigenem Antrieb heraus medizinische Hilfe im Klinikum in Anspruch genommen haben, wohingegen dies 36,3% im Auftrag der Polizei (die in zwei Fällen das Opfer allerdings nicht zur Klinik begleitete) taten. In 21,2% der Fälle lagen keine Angaben zum Zugangsweg vor. Weiterführende Angaben zur Begleitperson der Opfer zeigten, dass knapp die Hälfte der Patientinnen (48,4%) in Begleitung eines oder mehrerer Familienangehöriger das Klinikum aufgesucht haben. Hierbei ist auffallend, dass in den meisten Fällen die Mutter die Begleitperson war. Die Opfer waren in diesen Fällen im Alter zwischen zwei und 16 Jahren. Die Kriminalpolizei war in jedem dritten Fall (30,3%) anwesend. Bei 24,4% der Geschädigten ist eine gynäkologische Vorstellung mit Attestierung von Verletzungen konsiliarisch durch eine der Kinderkliniken, -ambulanzen oder –Intensivstationen in die Wege geleitet worden. Weitere Angaben sind der unten abgebildeten Tabelle 2 zu entnehmen.

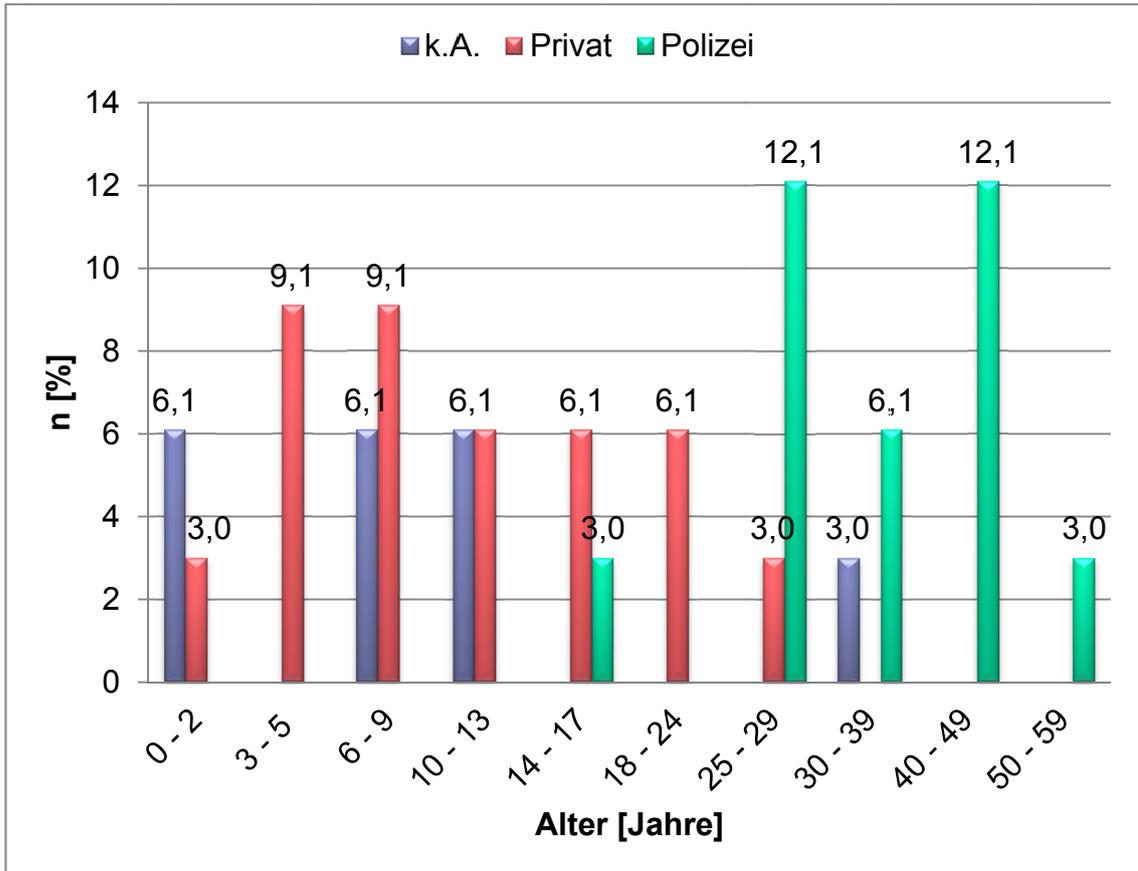


Abbildung 5: Zugangsweg der Gewaltopfer bezogen auf das Alter

| Sonstige | Häufigkeit (n=33) | Prozent |
|---|------------------------------|----------------|
| k. A. | 1 | 3,0% |
| mit der Mutter | 11 | 33,3% |
| mit der Mutter und Oma | 1 | 3,0% |
| mit dem Vater | 1 | 3,0% |
| mit den Eltern | 1 | 3,0% |
| Kripo und ein Elternteil | 2 | 6,1% |
| in Begleitung der Kripo | 8 | 24,2% |
| Konsil aus einer Kinderambulanz/-intensiv/-klinik | 8 | 24,2% |

Tabelle 2: Sonstige Angaben zum Zugangsweg

4.1.2.2 Zeit des Vorfalls und der ärztlichen Vorstellung

Die folgenden Ergebnisse der Datenanalyse beziehen sich auf den Betrachtungszeitraum des Kalenderjahres 2004, der in Kapitel 2.2.2 näher erläutert wurde. Dies gilt es zu beachten, da 2004 der betrachtete Zeitraum medizinischer Untersuchungen von Gewaltopfern war. Die Tat hatte sich hingegen nicht zwangsläufig in diesem Kalenderjahr ereignet. Insbesondere bei den Behandlungen zu Beginn des Jahres liegt es nahe, dass die Tat im Zeitraum vor 2004 verübt wurde. Die Darstellung der Verteilung der Vorfälle über die Monate bezieht sich folglich nicht ausschließlich auf das Jahr 2004. Dennoch sind Rückschlüsse auf eventuelle saisonale Häufungen nicht ausgeschlossen.

Die Erhebung der Verteilung der Tatzeitpunkte auf die Quartale des Jahres 2004 unterlag der Einschränkung, dass in 27,3% der Fälle keine Angaben zum Tag des Vorfalls vorlagen. Die Datenauswertung unter Beachtung der relativ schwachen Datenbasis ergab eine relative Gleichverteilung der Vorfälle über das erste (21,2%), zweite (18,2%) und vierte Quartal (24,2%). Der Anteil der

Vorfälle, die im Zeitraum von Juli bis September stattgefunden haben, betrug 9,1%. Die Abbildung 6 gibt die Verteilung der Vorfälle nach Monaten wieder.

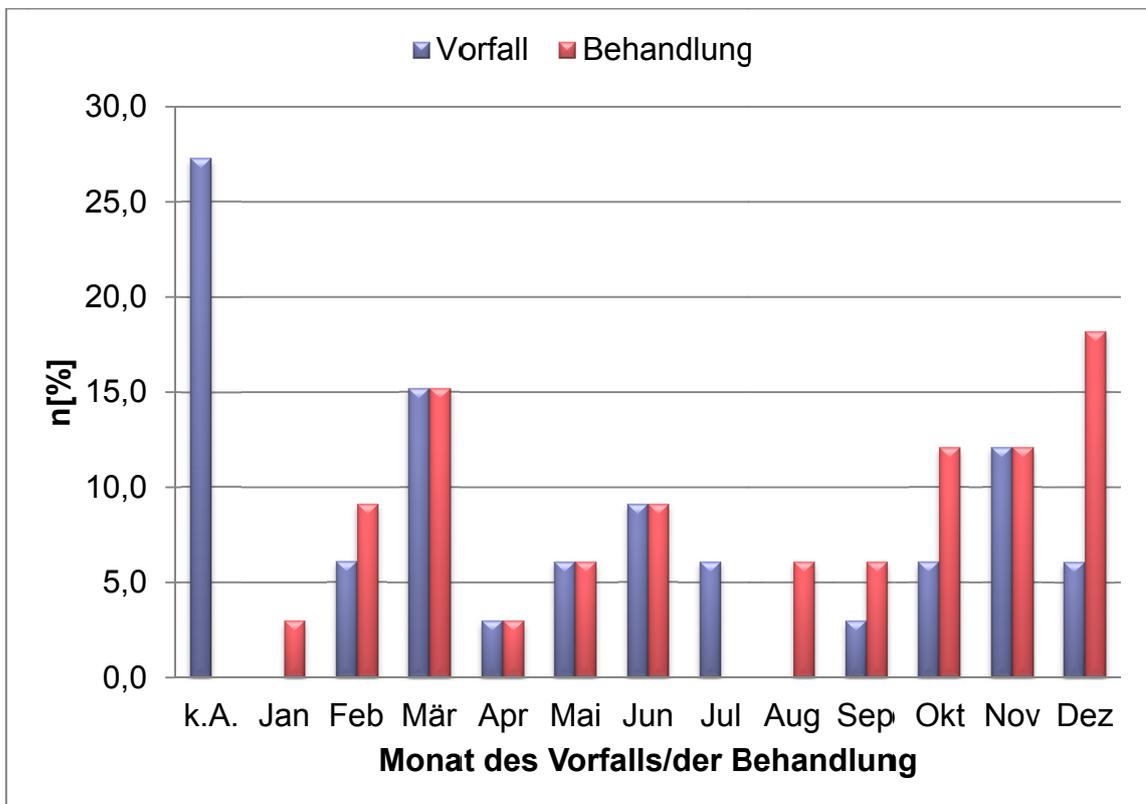


Abbildung 6: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall und Behandlung) hinsichtlich des Monats des Vorfalls und der Behandlung

Unter Betrachtung der Verteilung der Übergriffe auf die Wochentage (siehe Abbildung 7) zeigt sich, dass in 39,4% der Fälle keine Angaben zum Wochentag des Vorfalls vorlagen. Ein Drittel der gewalttätigen Übergriffe hat am Wochenende stattgefunden: vier Taten (12,1%) am Samstag und sieben (21,2%) am Sonntag. Mit Ausnahme des Freitages war die Verteilung unter der Woche recht ausgeglichen. Statistische Aussagen über eine präferierte Tageszeit des Vorfalls (siehe Abbildung 8) lassen sich kaum treffen, da bei 20 Tathergängen keine Information zur Uhrzeit vorlag. Von den übrigen 13 Betroffenen lag die Tatzeit, in der sie Opfer einer Gewalttat wurden, in absteigender Häufigkeit bei fünf Frauen (15,2%) in der Zeit von 18 Uhr bis Mitternacht, bei je drei Frauen (je 9,1%) in der Zeit zwischen 0 und 6 bzw. 6 und 12 Uhr und bei zwei Frauen (6,1%) zwischen 12 und 18 Uhr.

Die Datenbasis bezüglich des Untersuchungstages ließ eine Häufung der Behandlungen in einigen Monaten feststellen: mit 42,4% hat eine deutliche Mehrheit der Konsultationen der Gynäkologie aufgrund von Gewalt im letzten Quartal des Jahres stattgefunden. Mit 27,3% im ersten und 18,2% im zweiten Quartal war die Zahl der Fälle verteilt auf beide Jahreshälften ausgeglichen. Abbildung 6 gibt die Verteilung der Untersuchungen auf Monate wieder.

Basierend auf den meist am Wochenende stattfindenden Gewalttaten, ergab die Verteilung der Konsultationstage auf Wochentage folgendes Bild: 66,7% der Behandlungen haben in den ersten drei Tagen der Woche stattgefunden – die Hälfte hiervon an einem Mittwoch. Das Wochenende hingegen war nur bei fünf Opfern (15,2%) Zeitpunkt der Konsultation.

Den Behandlungstag selbst betreffend ließ sich die Aussage treffen, dass der vorherrschende Zeitraum der Untersuchungen zwischen 12 und 18 Uhr (33,3%) lag. In den frühen Morgenstunden, zwischen 0 und 6 Uhr, kamen nur vier Opfer (12,1%) in die Klinik. Die restlichen Fälle (abzüglich 9,1% - keine Angabe) waren nahezu gleichmäßig auf die Zeiträume 6 bis 12 und 18 bis 24 Uhr verteilt. Die Häufigkeitsverteilung der Fälle hinsichtlich des Tages des Vorfalls und der Untersuchung nach der Tageszeit geht aus der Abbildung 8 hervor.

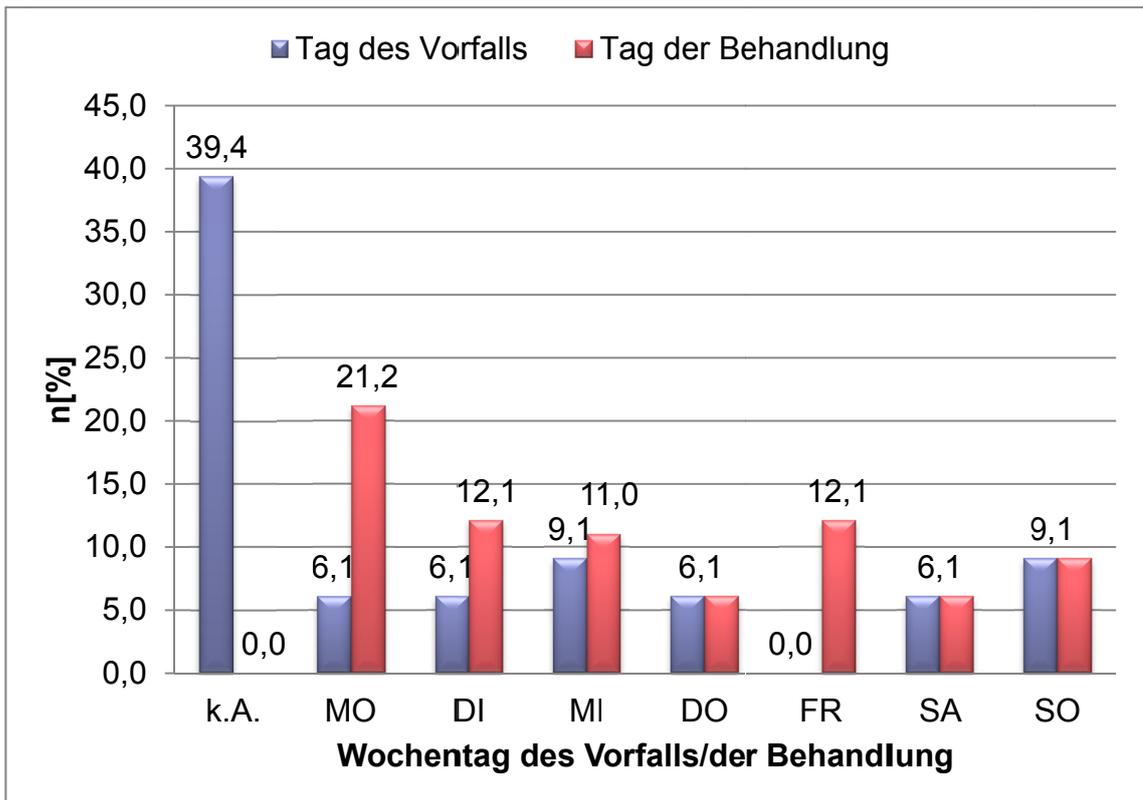


Abbildung 7: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich Wochentagen

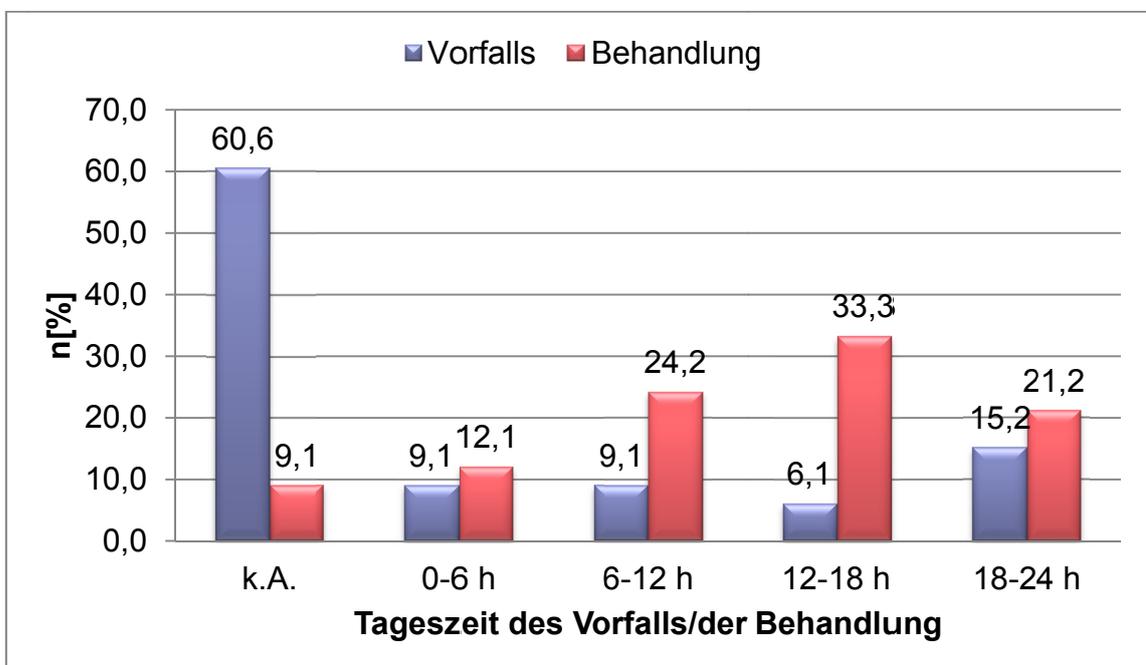


Abbildung 8: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich der Tageszeit

Betrachtet man nun abschließend die Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt des Vorfalls und der Behandlung, so wird das Ergebnis der Einschränkung unterworfen, dass in einem Drittel der Fälle keine Datenbasis aufgrund mangelnder regelhafter Erfassung von Zeitangaben vorhanden ist (Abbildung 9). 59,1% der Patientinnen, von denen Angaben zur Zeitspanne vorlagen, begaben sich innerhalb der ersten 24 Stunden in medizinische Betreuung. Es konnte also davon ausgegangen werden, dass die Untersuchung der Gewaltopfer zeitnah zum Geschehen stattgefunden hat.

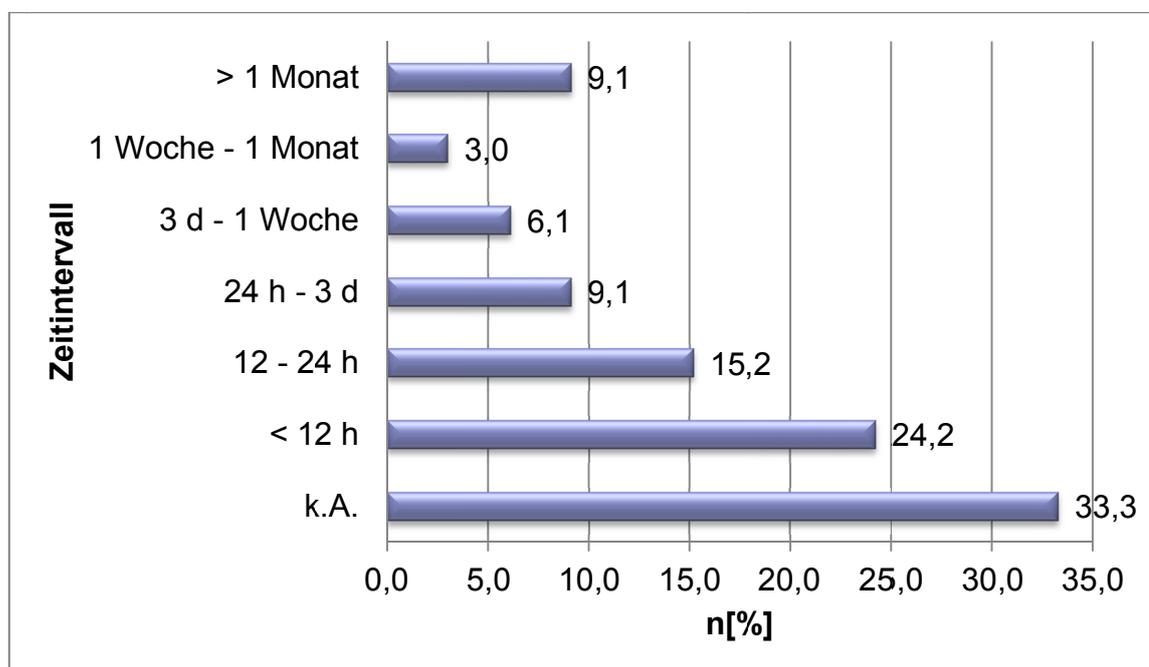


Abbildung 9: Übersicht über das Zeitintervall zwischen Vorfalls- und Behandlungsdatum

4.1.2.3 Versorgung in der Gynäkologie des Universitätsklinikums Düsseldorf

In 33% der Fälle haben die Opfer vor der Untersuchung in der gynäkologischen Ambulanz des Düsseldorfer Universitätsklinikums bereits einen anderen Arzt konsultiert. Von diesen elf Patientinnen wurden acht zuvor in einer anderen Abteilung des Universitätsklinikums aufgenommen. Eine Patientin suchte die Kinderklinik auf. Von drei Patientinnen ist angegeben worden, dass sie sich vor

Konsultation des Klinikums einer Untersuchung bei einem niedergelassenen Arzt unterzogen haben (Hausarzt oder Pädiater).

4.1.3 Gewalthandlungen

Die Datenerhebung der Gewalthandlung beinhaltet die dokumentierten Untersuchungsbefunde, die Frage nach Erfüllung der Objektivierbarkeit (stimmen Anamnese und Befunde überein), die Sicherung der Diagnose sowie von Spuren, ebenso wie die Befunddokumentation.

4.1.3.1 Untersuchungsbefund

Auf die Frage nach der Art der ausgeübten Gewalt, gaben nur drei Patientinnen (9,2%) an, dass sie seelische Gewalt erfahren hatten. Acht Frauen (24,2%) hingegen sagten aus, Opfer körperlicher Gewalt geworden zu sein, darunter eine Patientin, die unter Einsatz eines Werkzeuges verletzt wurde.

Die Summe der dokumentierten Verletzungsfolgen durch angegebene Gewaltdelikte belief sich aufgrund möglicher Mehrfachnennung auf 15 Verletzungen. Wie aus den Abbildungen 10 und 11 hervorgeht, traten die Misshandlungen an Oberarm, Oberschenkel bzw. am Gesäß am häufigsten auf. Wie in den vorherigen Betrachtungen ist aufgrund der geringen Anzahl der Nennungen keine repräsentative Aussage zu spezifischen Lokalisationen der Gewalttaten gegen Frauen auszumachen. Ergänzenden Befunddokumentationen zufolge waren in 46,7% der Untersuchungen Kratzspuren und in 40,0% Hämatome Begleiterscheinungen der Delikte (Abbildung 12).

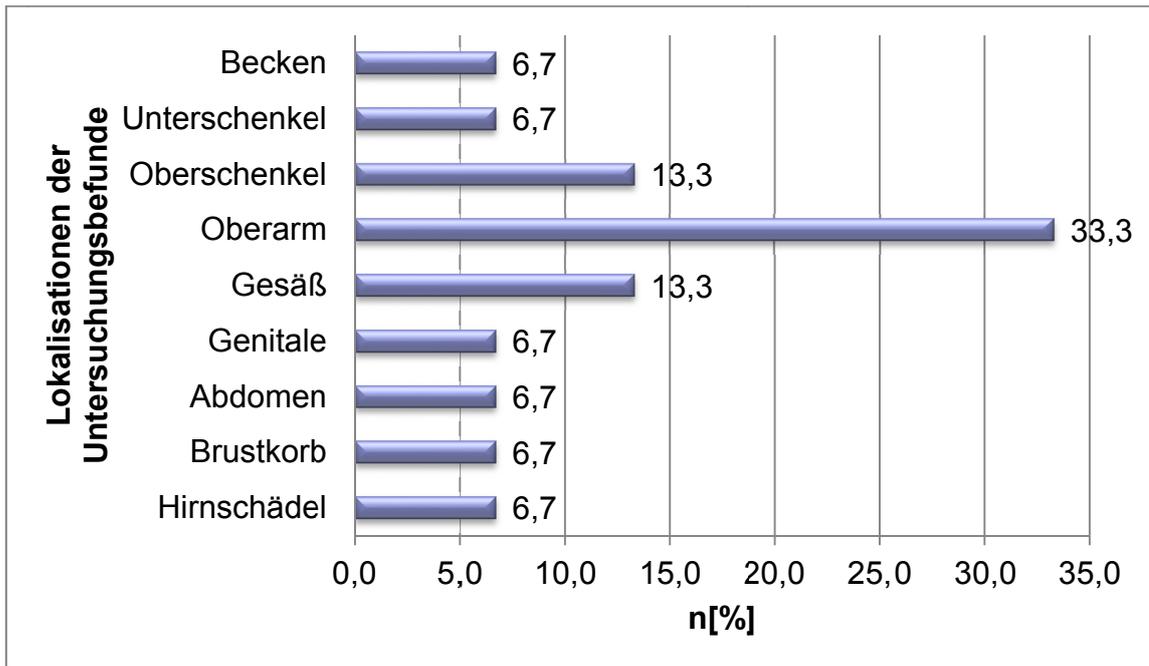


Abbildung 10: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde (Prozentuale Angabe bezogen auf die Gesamtzahl aller angegebenen Verletzungen)

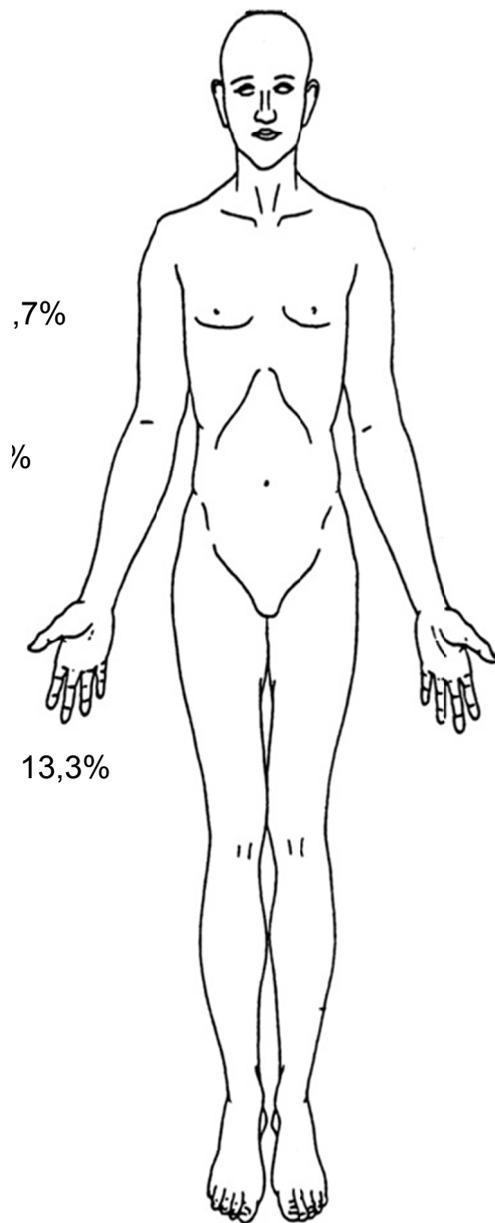


Abbildung 11: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde anhand eines Körperschemas

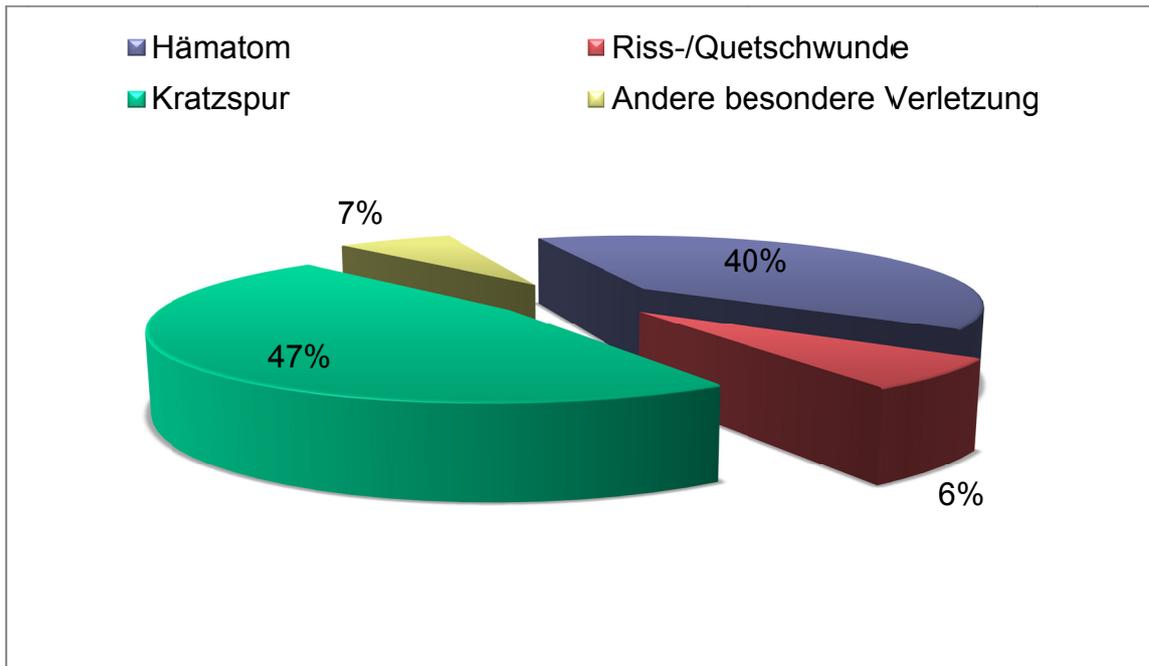


Abbildung 12: Art der Verletzung der Untersuchungsbefunde

4.1.3.2 Objektivierbarkeit der Gewalt

Eine Objektivierung von Gewalt liegt per Definition vor, wenn in den Akten ein Befund dokumentiert wurde, der als eindeutige Folge der stattgefundenen Gewalttat zu sehen ist. Zur Datenbasis ist folgendes anzumerken: nur in einem Drittel der Fälle (33,3%) konnten die dokumentierten Verletzungen mit der geschilderten Gewalttat in Zusammenhang gebracht werden. In 18,2% der Fälle war zwar durch die Patientin eine Gewalttat angegeben worden, entsprechende Befunde konnten allerdings nicht gesichert und eine positive Korrelation deshalb nicht hergestellt werden. Aufgrund mangelnder Untersuchungsbefunde konnte in 48,5% keine Aussage zu diesem Punkt getroffen werden.

Aus den Dokumentationen der Fälle, die den Ansprüchen der Nachvollziehbarkeit zwischen Verletzung und Gewalttat genügten, war zu entnehmen, dass die Opfer mehrheitlich den Altersgruppen von null bis 14 Jahren und 18 bis 30 Jahren zuzurechnen sind (jeweils vier von elf Fällen).

Im Hinblick auf den Beziehungsgrad zwischen Opfer und Täter fiel auf, dass bei den durch einen „entfernt bekannten Täter“ verübten Gewalttaten der Anteil objektivierbarer Vorfälle (18,2%) am geringsten war.

In Bezug auf die Gewalttaten, bei denen die Opfer laut deren Angabe seelische Gewalt erlitten haben, konnten durch entsprechende Befunde alle Tathergänge objektiviert werden. In fünf der acht Fälle seelischer Gewalt wurde zusätzlich das Widerfahren körperlicher Gewalt angegeben, wobei in allen fünf Fällen entsprechende Verletzungen in den Akten dokumentiert wurden.

In der Hälfte der vier Fälle mit wiederholter Gewaltanwendung konnte eine Objektivierung der Gewalt nachvollzogen werden.

Innerhalb der Gruppe der Betroffenen mit erlebtem Sexualdelikt war nur in 30,8% der Fälle eine Objektivierung möglich.

Bei einem der zwei benannten Vorfälle mit angegebener Strangulation war das Vorliegen entsprechender Verletzungen dokumentiert worden.

4.1.3.3 Diagnosesicherung

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, sind in der Mehrzahl der dokumentierten Gewaltfälle exakte Angaben zu Lokalisation (78,5%) und Art (69,7%) der Verletzung durch den Untersucher/ die Untersucherin gemacht worden. Eine weiterführende Dokumentation betreffend der Größe der Verletzungen war in 33,3% der Akten vorzufinden, in jeweils 24,2% lagen Angaben zum Ausmaß von deren Färbung (Hämatome) bzw. Begrenzung vor, und in je 9,1% wurden Feststellungen zu Form und Tiefe der Verletzungen gemacht. In nur vier Fällen ist ein Foto der Verletzungen angefertigt worden; eine Skizzierung der Befunde im Sinne einer Schemazeichnung wurde in keinem Fall vorgenommen (Tabelle 4). Bei der weiterführenden Untersuchung der Diagnosesicherung fiel besonders auf, dass nur

in einem von acht Fällen mit dokumentierter körperlicher Gewalt Fotos angefertigt wurden. Diese Erkenntnis ist besonders vor dem Hintergrund hervorzuheben, da speziell diese Formen von Dokumentation für die Gerichtsverwertbarkeit der medizinischen Akten im Falle einer Anklageerhebung seitens des Gewaltopfers von entscheidender Bedeutung sein können. Im Rahmen der Datenauswertung wurde zum Stichwort „Fotodokumentation“ bekannt, dass in der Ambulanz der Frauenklinik im Jahr 2004 kein Fotoapparat zur Verfügung stand.

| Diagnosesicherung | Angabe | Häufigkeit (n=33) | Prozent |
|--------------------------|---------------|------------------------------|----------------|
| Wo genau | ja | 26 | 78,8% |
| | nein | 7 | 21,2% |
| Was genau | ja | 23 | 69,7% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Nähere Beschreibung | ja | 17 | 51,5% |
| | nein | 16 | 48,5% |

Tabelle 3: Verteilung der Angaben zur Genauigkeit der Diagnosesicherung

| Diagnosesicherung | Angabe | Häufigkeit (n=33) | Prozent |
|--------------------------|---------------|------------------------------|----------------|
| Größe beschrieben | k. A. | 15 | 45,5% |
| | ja | 11 | 33,3% |
| | nein | 7 | 21,2% |
| Form beschrieben | k. A. | 15 | 45,5% |
| | ja | 3 | 9,1% |
| | nein | 15 | 45,5% |
| Farbe beschrieben | k. A. | 15 | 45,5% |
| | ja | 8 | 24,2% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Rand beschrieben | k. A. | 15 | 45,5% |
| | ja | 8 | 24,2% |
| | nein | 16 | 48,5% |
| Tiefe beschrieben | k. A. | 15 | 45,5% |
| | ja | 3 | 9,1% |
| | nein | 15 | 45,5% |
| Foto | k. A. | 0 | 0,0% |
| | ja | 4 | 12,1% |
| | nein | 29 | 87,9% |
| Schemazeichnung | k. A. | 0 | 0,0% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 33 | 100,0% |

Tabelle: 4 Übersicht der Fälle, in denen eine nähere Befundbeschreibung stattgefunden hat

4.1.3.4 Spurensicherung

Die Auswertung des Datenbestandes ergab, dass nur bei zwei Dritteln (65,4%) aller Sexualdelikte eine Sicherung von Spuren durchgeführt wurde. Bei zwei Opfern wurde keine Spurensicherung durchgeführt und in acht Fällen lagen

keine Angaben hierzu vor. Die am häufigsten durchgeführte Untersuchungsmethode war die Entnahme von Abstrichen zur Sicherung von Fremd-DNA nach Sexualdelikten: Bei zwei Dritteln aller Patientinnen wurde ein vaginaler Abstrich entnommen, wobei die Abstrichentnahme von Mund bzw. After insgesamt nur bei drei Patientinnen vorgenommen wurde. Schamhaare wurden bei 21,2% der Patientinnen asserviert. Mögliche Rückstände von Blut, Speichel und Schweiß der Täter hingegen wurden gar nicht gesichert. Tabelle 5 gibt weitere Informationen zu den verschiedenen Arten der Spurensicherung und deren Häufigkeit in der Anwendung.

Nur bei etwa jedem fünften Opfer eines Sexualdeliktes (23,1%) wurden Schamhaare der Patientin zur Analyse auf Spuren des Täters gesichert, wobei diese niedrige Zahl zum Teil auf Rasuren des Schambereiches zurückzuführen war. Mögliche Spermaspuren konnten nur in einem einzigen Fall gesichert werden. Eine Hepatitis- bzw. HIV-Serologie wurden bei weniger als der Hälfte der Opfer von Sexualdelikten abgenommen (38,5% Hepatitis-Serologie bzw. 42,3% HIV-Serologie). Lediglich bei zwei der 26 dokumentierten Fällen von Sexualdelikten wurde Blut für eine Blutalkoholuntersuchung entnommen. Toxikologische Untersuchungen auf Medikamente oder Drogen wurden nur bei einer Patientin durchgeführt, die eine Urinprobe für derartige Untersuchungen abgab. Toxikologische Blutuntersuchungen sind in keinem der vorliegenden Fälle erfolgt.

| Material | Angabe | Häufigkeit(n=33) | Prozent |
|------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| Blut | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 24 | 72,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Sperma | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 23 | 69,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Speichel | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 24 | 72,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Schweiß | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 24 | 72,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Gewebe | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 23 | 69,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Abstrich Vaginal | ja | 22 | 66,7% |
| | nein | 2 | 6,1% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Abstrich Oral | ja | 3 | 9,1% |
| | nein | 21 | 63,6% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Abstrich Anal | ja | 3 | 9,1% |
| | nein | 21 | 63,6% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Nagelränder | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 23 | 69,7% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |
| Haare | ja | 7 | 21,2% |
| | nein | 17 | 51,5% |
| | k. A. | 9 | 27,3% |

Tabelle 5: Übersicht der durchgeführten Formen der Spurensicherung

4.1.3.5 Befunddokumentation

Die Untersuchung der geschädigten Frauen wurde in jedem der dokumentierten Fälle von einem Klinikarzt der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf durchgeführt, der ebenfalls die anschließende Dokumentation der Verletzungen vornahm.

4.1.4 Betreuung/Versorgung nach dem Geschehen

Im Rahmen der Untersuchung der Thematik „Betreuung“ werden die Datenbestände im Hinblick auf die von den Opfern in Anspruch genommenen Nachsorgeangebote ausgewertet. Weitere Gegenstände der Auswertung sind die Anforderung spezifischer Befunderhebungen und polizeiliche Anzeigen.

4.1.4.1 Nachsorge

Eine an die Erstbehandlung angeschlossene weiterführende Betreuung der Opfer im Sinne einer (fast ausschließlich klinisch stationären) Nachsorge hat bei einem Drittel der Opfer stattgefunden. Auswertbare Informationen über die kontaktierten Institutionen bzw. die Orte der weiteren Betreuung waren den Akten lediglich bei zwei Patientinnen zu entnehmen, wobei deren Betreuung in psychologisch-psychiatrischen Disziplinen erfolgte. Detaillierte Angaben zur Inanspruchnahme der Nachsorgeangebote können der Tabelle 6 entnommen werden. Es kann festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote unabhängig davon erfolgte, ob sich das Opfer in einem Beziehungskonflikt befand, aufgrund dessen es zum Übergriff kam, oder nicht. Von den drei Patientinnen, die seelische Gewalt erfahren hatten, war den Akten in keinem Fall eine weiterführende Betreuung zu entnehmen. Abschließend kann anhand der Aktenlage festgestellt werden, dass nur 23,1% der Opfer von Sexualdelikten dokumentiert im Rahmen weiterer Nachsorgeangebote betreut wurden.

4.1.4.2 Aufträge für spezifische Befunderhebung

Bei 25 der insgesamt 33 Patientinnen wurde eine spezifische Befunderhebung (Tabelle 7) im Sinne einer Untersuchung durch einen Gynäkologen durchgeführt. Während bei 48,5% der Patientinnen der Auftraggeber auf Basis der zugrunde liegenden Akten nicht zu eruieren war, ist in 27,3% der Fälle eine Untersuchung durch die Ermittlungsbehörde eingeleitet worden. Bei den übrigen Patientinnen war ausschließlich die Pädiatrie Auftraggeber (für eine konsiliarische Untersuchung).

Der schriftliche Auftrag zur spezifischen Befunderhebung lag in 73,1% aller Sexualdelikte zum Untersuchungszeitpunkt vor.

4.1.4.3 Polizeiliche Anzeige

Eine polizeilich erfasste Anzeige wurde in vier Fällen bereits vor der Konsultation der Gynäkologie erstattet, wobei diese in drei Fällen zur Untersuchung vorgelegt wurde. In keinem Fall wurde von einer Anzeige im Anschluss an die Vorstellung in der Klinik berichtet (Tabelle 8). Drei von acht Opfern, denen durch einen Bekannten Gewalt widerfahren ist, brachten dies zur Anzeige. Unbekannte Täter und aktuelle sowie frühere Partner hingegen wurden nicht angezeigt. Im weiteren Verlauf der Aktenuntersuchung war es auffällig, dass nur eins von acht Opfern körperlicher Gewalt die Misshandlung angezeigt hat. Der Anteil angezeigter Sexualdelikte lag insgesamt bei nur 15,4%.

| Nachsorge | Angabe | Häufigkeit (n=33) | Prozent |
|--|---------------|------------------------------|----------------|
| Ambulant | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 9 | 27,3% |
| Stationär | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 9 | 27,3% |
| | nein | 1 | 3,0% |
| Andere Klinik | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 10 | 30,3% |
| | nein | 0 | 0,0% |
| Reha | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Psychologie/Psychiatrie | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 2 | 6,1% |
| | nein | 8 | 24,2% |
| Psychosomatik | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Frauenhaus/Betreutes Wohnen | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Unterbringung eines Kindes | k. A. | 24 | 72,7% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 9 | 27,3% |
| Kinderschutzambulanz/-beratungszentren | k. A. | 23 | 69,7% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 10 | 30,3% |
| Andere Nachsorge | k. A. | 24 | 72,7% |
| | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 8 | 24,2% |

Tabelle 6: Übersicht möglicher Nachsorgeangebote und die Häufigkeit deren Inanspruchnahme

| Spezifische Befunderhebung | Angabe | Häufigkeit | Prozent |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|
| Spezifische Befunderhebung | k. A. | 0 | 0,0% |
| | ja | 25 | 75,8% |
| | nein | 8 | 24,2% |
| Ärztliches Attest | k. A. | 8 | 24,2% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 25 | 75,8% |
| Ärztliches Verletzungsgutachten | k. A. | 8 | 24,2% |
| | ja | 1 | 3,0% |
| | nein | 24 | 72,7% |
| Auftraggeber | k. A. | 16 | 48,5% |
| | Ermittlungsbehörde | 9 | 27,3% |
| | Klinik | 8 | 24,2% |
| Anderer Auftraggeber | k. A. | 23 | 69,7% |
| | Eltern | 2 | 6,1% |
| | Pädiatrie | 8 | 24,2% |

Tabelle 7: Übersicht der Auftraggeber

| Anzeige... | Angabe | Häufigkeit (n=33) | Prozent |
|----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------------|
| ...bestand bereits | k. A. | 0 | 0,0% |
| | ja | 4 | 12,1% |
| | nein | 29 | 87,9% |
| ...lag bei Untersuchung vor | k. A. | 29 | 87,9% |
| | ja | 3 | 9,1% |
| | nein | 1 | 3,0% |
| ...wurde nach Behandlung gemacht | k. A. | 33 | 100,0% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 0 | 0,0% |

Tabelle 8: Angaben zum Vorliegen einer Anzeige

4.1.5 Auffälligkeiten bei Opfer und Täter

4.1.5.1 Konsumverhalten

Wie den Tabellen 9a und 9b zu entnehmen ist, konnten den Akten zu 25 Geschädigten (75,8%) und 32 Beschuldigten (96,7%) keine Angaben zu eventuell akutem(Tatzeitpunkt) oder chronischem Konsum von Alkohol, Medikamenten und Drogen entnommen werden. Aufgrund dessen können weder für das Opfer, noch für den Tatverdächtigen, Aussagen bezüglich eines Substanzmissbrauchs zum Tatzeitpunkt oder einer eventuell bestehenden Suchterkrankung getroffen werden.

| | k. A. | | ja | | nein | |
|------------------|-------|-------|----|-------|------|-------|
| | | | | | | |
| Angabe vorhanden | 0 | 0,0% | 9 | 27,3% | 24 | 72,7% |
| | | | | | | |
| akut | 25 | 75,8% | 3 | 9,1% | 5 | 15,2% |
| Alkohol | 28 | 84,8% | 3 | 9,1% | 2 | 6,1% |
| Medikamente | 30 | 90,1% | 2 | 6,1% | 1 | 3,0% |
| Drogen | 32 | 97,0% | 1 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| | | | | | | |
| chronisch | 25 | 75,8% | 6 | 18,2% | 2 | 6,1% |
| Alkohol | 30 | 90,9% | 3 | 9,1% | 0 | 0,0% |
| Medikamente | 28 | 84,8% | 4 | 12,1% | 1 | 3,0% |
| Drogen | 31 | 93,9% | 1 | 3,0% | 1 | 3,0% |

Tabelle 9a: Übersicht des Konsumverhaltens der Geschädigten

| | k. A. | | ja | | nein | |
|------------------|-------|--------|----|------|------|-------|
| | | | | | | |
| Angabe vorhanden | 1 | 3,0% | 1 | 3,0% | 31 | 93,9% |
| | | | | | | |
| akut | 32 | 97,0% | 1 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| Alkohol | 32 | 97,0% | 1 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| Medikamente | 32 | 97,0% | 1 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| Drogen | 32 | 97,0% | 1 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| | | | | | | |
| chronisch | 33 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Alkohol | 33 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Medikamente | 33 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Drogen | 33 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Tabelle 9b: Übersicht des Konsumverhaltens des Beschuldigten

4.1.5.2 Vorerkrankungen

Zu möglichen Vorerkrankungen von Opfer und Täter waren in den Akten keine Informationen enthalten.

4.2 Ergebnisse der Datenerhebung ausstaatsanwaltschaftlichen Akten

Wie in den Abschnitten 2.2.2 und 2.2.3 dargestellt, erfolgte die Datenerhebung zur Untersuchung von Fällen zu Opfern sexueller Gewalttaten anhand zweier voneinander unabhängiger Archive. Die Ergebnisse der Datenerhebung anhand der Datenbestände der Gynäkologie wurden bereits präsentiert. Im aktuellen Kapitel erfolgt die Vervollständigung der Ergebnisse durch die im Archiv der Düsseldorfer Staatsanwaltschaft vorgefundenen Fälle, die nach gleichen Stichpunkten wie die klinischen Daten erfasst wurden und nachfolgend dargestellt werden.

4.2.1 Beteiligte/Motivlage/Ort des Geschehens

4.2.1.1 Basisdaten zur betroffenen Person

4.2.1.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Grundgesamtheit der in der Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten berücksichtigten 123 Fälle ergab sich aus 120 Betroffenen weiblichen und einer Person männlichen Geschlechts. In zwei Fällen lagen keine Angaben zum Geschlecht des Opfers vor.

Da eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung im Falle eines einzigen männlichen Betroffenen keine repräsentativen Ergebnisse für das männliche Geschlecht hervorbringen würde, wird darauf verzichtet, diesen Einzelfall, ebenso wie die zwei Fälle ohne Angabe des Geschlechts, in die Betrachtung aufzunehmen. Weiterhin erfordert das Ziel, die Ergebnisse der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten mit denen der Gynäkologie vergleichen zu können, die alleinige Berücksichtigung weiblicher Gewaltopfer. Aufgrund dieser Gegebenheiten stellten die 120 Fälle weiblicher Opfer die Datenquelle dar.

Wie aus Abbildung 13 hervorgeht, gehörte ein Drittel der 120 Geschädigten zu der Altersgruppe der zwischen 18- und 25-Jährigen. Am zweithäufigsten fielen Frauen der Altersgruppen von 14 bis 18 und 30 bis 40 Jahren (18,3% und 17,5%) einer Gewalttat zum Opfer. Demnach waren fast 80% der Opfer zum Tatzeitpunkt im Alter zwischen 14 und 40 Jahren und damit im jugendlichen Alter bis mittleren Erwachsenenalter. Auffällig war, dass keine Opfer im Alter von drei bis 14 Jahren zu den Betroffenen zählten.

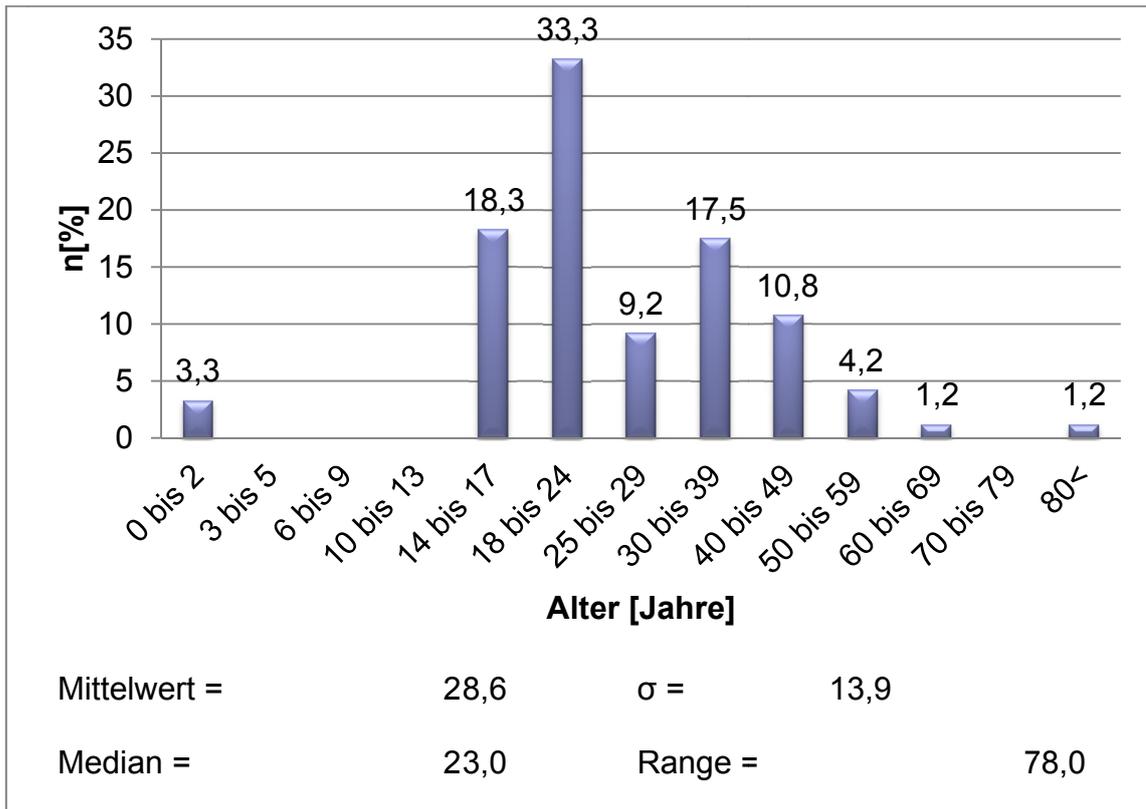


Abbildung 13: Übersicht der Altersverteilung der Fälle von Gewaltopfern, die im Jahr 2004 in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf bearbeitet wurden

4.2.1.1.2 Nationalität

Unter Berücksichtigung zweier Opfer mit doppelter Staatsbürgerschaft (deutsch-polnisch und deutsch-italienisch) waren 79 der 120 Frauen deutscher Nationalität (65,8%).

Unter den 21 Geschädigten mit nachgewiesener ausländischer Herkunft (17,5%) waren drei Frauen polnischer Nationalität und jeweils zwei Frauen italienischer, mazedonischer, serbischer bzw. ukrainischer Herkunft. Alle weiteren Herkunftsländer traten nur vereinzelt auf, sodass hier keine differenzierte Aufzählung vorgenommen wurde. In 20 Fällen (16,7%) lag keine Angabe zur Staatsangehörigkeit vor. Der Anteil deutscher Geschädigter war insgesamt mehr als dreifach so hoch wie der Anteil der ausländischen Opfer.

4.2.1.2 Basisdaten zur beschuldigten Person

4.2.1.2.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Aus den in der Auswertung berücksichtigten Akten ging hervor, dass in allen 120 aufgenommenen Fällen der Täter männlichen Geschlechts war. Abbildung 14 stellt die Altersverteilung der Täter dar. Wie zu erkennen ist, überwiegt die Zugehörigkeit der Täter zu der Altersklasse von 30 bis 39 Jahren (25,0%), gefolgt von der nächsthöheren Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren (23,3%). Mit 12,5% bzw. 11,7% waren die Altersklassen von 18 bis 24 und 50 bis 59 Jahren vertreten. Folglich kann keine Aussage über eine schwerpunktmäßige Altersverteilung getroffen werden. Auffällig war, dass im Gegensatz zu den Auskünften über die Altersklasse der Opfer, die Datendichte zu den Tätern um ein vielfaches höher war.

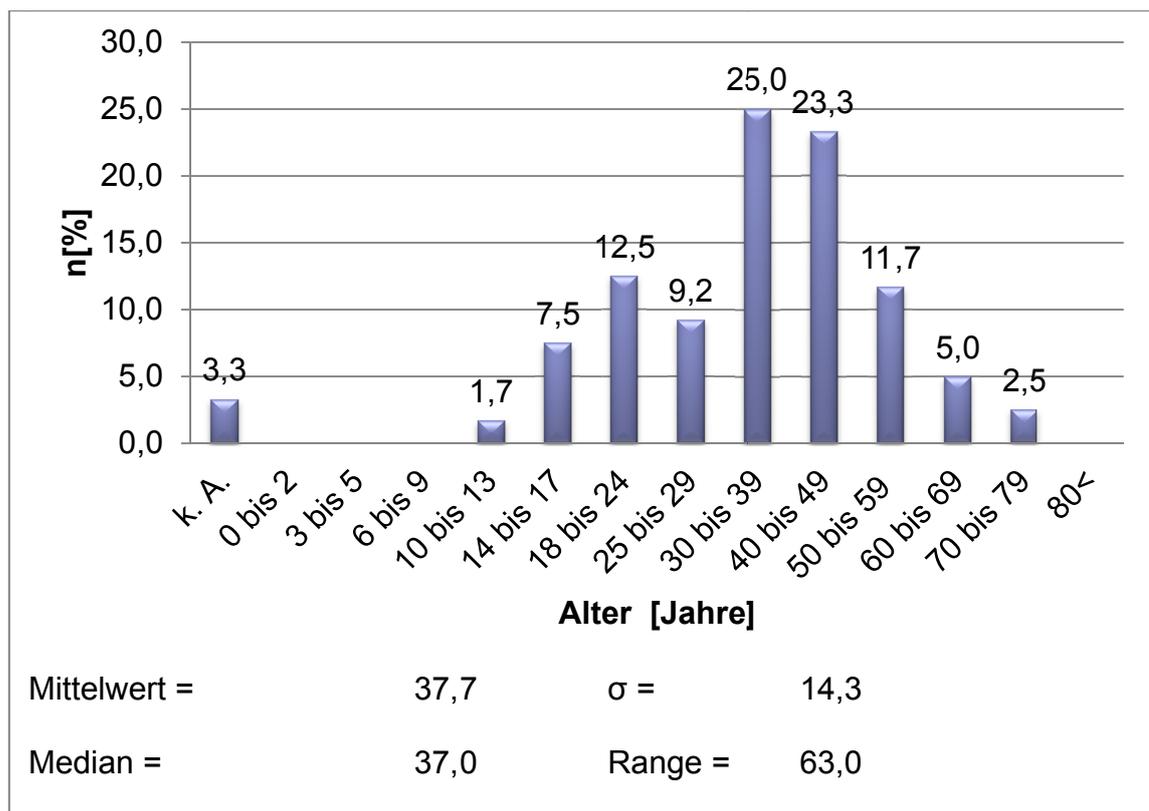


Abbildung 14: Übersicht der Altersverteilung der Beschuldigten der Fälle, die im Jahr 2004 in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf bearbeitet wurden

4.2.1.2.2 Nationalität

In 69 der 120 Fälle (57,5%) war der Tatbeschuldigte deutscher Staatsbürger; zum Vergleich: der Anteil Deutscher Staatsbürger an der Gesamtbevölkerung Düsseldorfs lag am 31.12.2007 bei 82,8% (http://www.duesseldorf.de/statistik/d_ueberblick/gesamt.shtml#Bevoelkerung, Stand 03.11.1020).

Die nächst häufig genannten Täter-Nationalitäten waren iranisch (fünfmal; 4,2%), mazedonisch, serbisch und türkisch (je viermal; 3,3%). Die Benennung weiterer Staatsbürgerschaften waren Einzelfälle; in 13 Fällen (10,8%) war keine Information zum Herkunftsland des Täters gegeben.

4.2.1.3 Art der Beziehung von Opfer und Täter

In der überwiegenden Anzahl der Fälle (42,5%) war der Täter ein Bekannter des Opfers, der mit dem Opfer weder verwandt war noch in einem partnerschaftlichen Verhältnis mit diesem stand. Am zweithäufigsten wurde der Lebenspartner als Täter genannt (16,7%), wobei der Ex-Partner oder eine gänzlich unbekannte Person (je 15,8%) nicht wesentlich seltener als Täter benannt wurde. Demnach ist beachtlich, dass in nur etwa einem Fünftel der Fälle der Täter unbekannt war, Taten durch den aktuellen oder früheren Partner immerhin ein Drittel der Fälle ausmachte. Fünf Prozent der Opfer gaben an, dass der Beschuldigte ihr Lebenspartner sei. Verwandte spielten nur eine unerhebliche Rolle. Eine Übersicht hierzu findet sich in Abbildung 15.

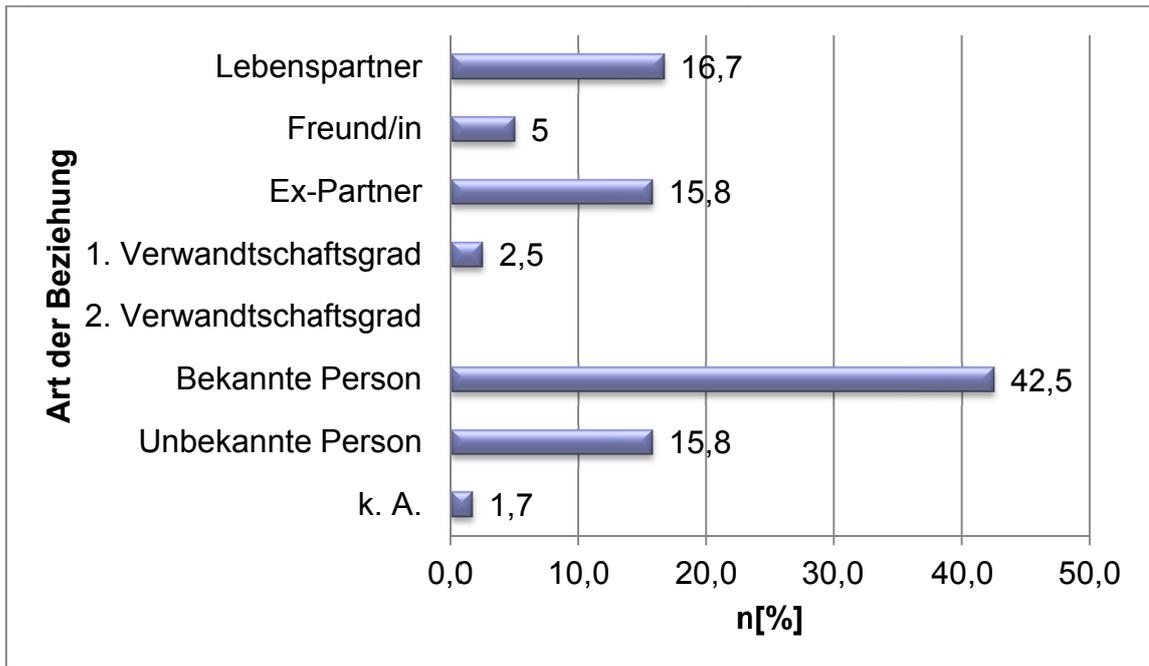


Abbildung 15: Übersicht der Art der Beziehung zwischen Opfer und Beschuldigter Person

4.2.1.4 Geschlechterkonstellation

Da die Auswertung der Akten der Staatsanwaltschaft Düsseldorf in Anlehnung zu der Auswertung der Akten aus den Archiven der Gynäkologie durchgeführt wurde, waren die berücksichtigten Opfer ausschließlich weiblichen Geschlechts. Wie bereits aufgeführt ist besonders erwähnenswert, dass in allen Fällen der Beschuldigte männlichen Geschlechts war.

4.2.1.5 Motiv

Wie aus Abbildung 16 deutlich hervorgeht, war (bei möglicher Mehrfachnennung) das Tatmotiv in signifikanten 95% der Fälle sexueller Natur. Bei 30,0% der Fälle lag der Tat zudem ein Beziehungskonflikt zugrunde.

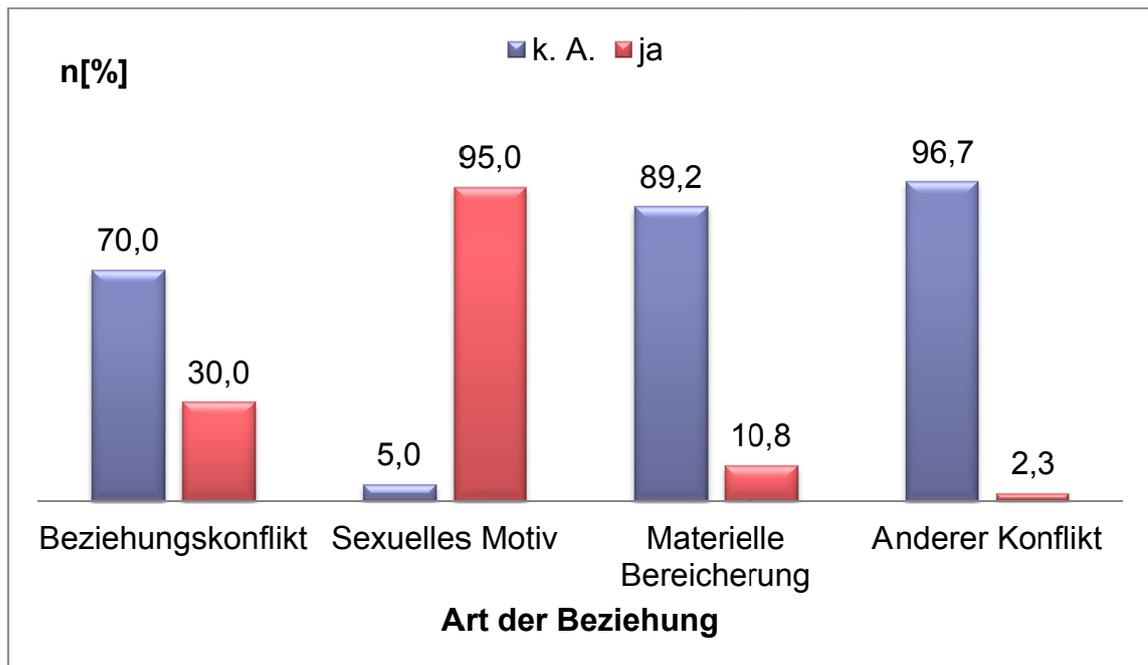


Abbildung 16: Verteilung der Motiv-Kategorien

Bei der Auswertung der Motivthematik unter Einbeziehung des Kriteriums „Alter des Opfers“ fiel folgendes auf: bei allen Opfern im Alterscluster unter 30 Jahren war jedes Mal ein sexuelles Motiv Hintergrund der Tat, wobei bei den Opfern über 30 Jahren dies in 86,0% der Fälle ein Motiv war. In der Altersgruppe über 30 Jahre wurde der Beziehungskonflikt in 51,2% aller Fälle als zusätzliches auslösendes Moment genannt. Eben dieser Beweggrund wurde von den Opfern im Alter zwischen 18 und 30 Jahren nur halb so oft (25,5%) genannt.

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Tatmotiv und der Art der Beziehung zwischen Beschuldigtem und Opfer zeigte, dass in fast allen Fällen (mit Ausnahme einer Person) mit den genannten Tätergruppen Ex-Partner, Bekannter, gänzlich Unbekannter oder Verwandter ersten Grades immer ein sexuelles Motiv der Hintergrund war. Von den 20 Opfern, die vom Lebenspartner misshandelt wurden, gaben 17 Personen einen bestehenden Beziehungskonflikt als Grund für die Gewalt an. Zudem fiel bei der Analyse auf, dass 12 der 19 Opfer mit Ex-Partner als Tatverdächtigen trotz getrennter Lebensverhältnisse einen Beziehungskonflikt angaben.

Im Falle eines Beziehungskonfliktes (36 Fälle) kam es in 91,7% der Fälle zu körperlicher und in 80,6% zu seelischer Gewaltanwendung (Mehrfachnennung möglich). Bei den dokumentierten Taten vor einem sexuell motivierten Hintergrund überwog mit 78,1% die Ausübung körperlicher gegenüber der seelischer Gewalt (47,4%).

Während es bei den dokumentierten Fällen mit ursächlichem Beziehungskonflikt in 88,9% wiederholt zu Gewaltanwendungen kam, wurde dies von nur 44,7% der Opfer mit primär sexuellem Tätermotiv geschildert.

In der Gruppe der sexuell motivierten Taten lag in 96,5% der Fälle ein Sexualdelikt vor. In 45,6% dieser Übergriffe kam es zur manuellen (genitalen) Manipulation und in 18,4% der Fälle zu vaginalem Geschlechtsverkehr. 51,8% der Frauen haben eine nicht explizit im Exzerptbogen festgehaltene Art sexueller Nötigung (siehe Anlage) erfahren. Vor dem Hintergrund eines Beziehungskonfliktes lag in 88,9% der Fälle ein Sexualdelikt vor. Der vaginale Geschlechtsverkehr spielte mit 27,8% gegenüber der manuellen (genitalen) Manipulation (19,4%) eine übergeordnete Rolle. Innerhalb dieser Motivgruppe kam es in 50,0% zu (weiteren) anderen Arten sexueller Nötigung.

In 8,8% der Taten (zehn Geschädigte) mit sexuellem Motiv kam es zur Strangulationen des Opfers, die in nahezu gleichen Anteilen durch Bedecken der Atemwege oder Würgen erfolgte. Von den sechs strangulierten Opfern innerhalb der Gruppe mit Beziehungskonflikt gaben alle an, gedrosselt worden zu sein; in vier Fällen wurden die Atemwege bedeckt, in zwei Fällen wurde das Opfer gewürgt.

4.2.1.6 Tatort

Wie aus Abbildung 17 hervorgeht, war die häusliche Umgebung mit 72 Nennungen (60,0%) der mit Abstand am häufigsten genannte Ort der Gewaltdelikte. Nennenswert ist auch noch der Öffentliche Raum, der einundzwanzigmal

(draußen; 17,5%) bzw. dreizehnmal (Gebäude; 10,8%) genannt wurde. Der Arbeitsplatz war nur in fünf Fällen Ort des Geschehens.

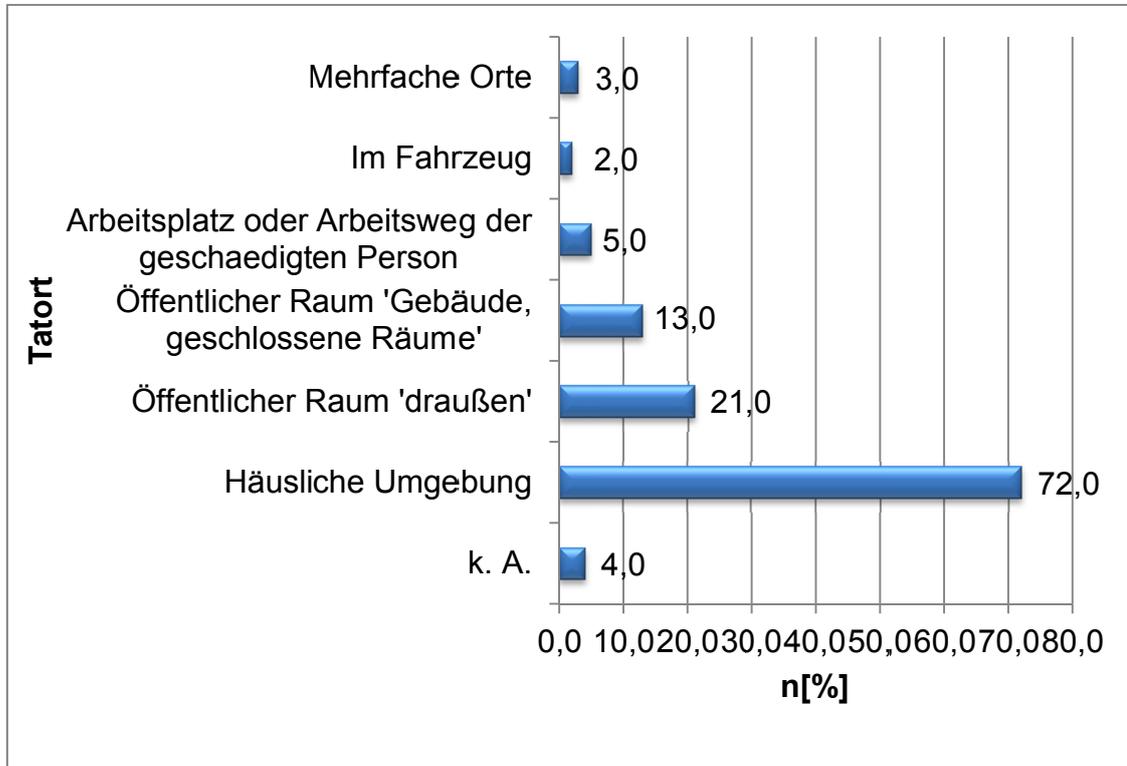


Abbildung 17: Tatorte der Gewaltdelikte

Während nach Aktenlage in der Altersgruppe der Opfer bis 14 Jahren keine auffallende Häufigkeit eines spezifischen Tatorts ergab, war in der Altersgruppe von 14 bis 18 Jahren die häusliche Umgebung (40,9%) vor dem öffentlichen Raum (draußen; 27,3%) der am meisten benannte Ort. Mit zunehmendem Alter gewann die häusliche Umgebung als Tatort immer mehr Bedeutung: bei den 18- bis 30-Jährigen war diese in 51,0% der Fälle Ort des Geschehens, in der Altersklasse der über 30-Jährigen wurde diese in 83,7% der Fälle als Tatortumgebung genannt.

Die Durchsicht der staatsanwaltschaftlichen Akten zeigte, dass die Art der Beziehung zwischen Geschädigter und Beschuldigtem offensichtlich mit dem Ort des Geschehens zusammenhing. Übergriffe durch den Lebenspartner fanden in

17 von 20 Fällen (85,0%) im häuslichen Bereich statt. Die Taten, die in der häuslichen Umgebung stattfanden, wurden zu 43,1% durch eine bekannte Person, in 23,6% durch den aktuellen Partner und in 19,4% durch den Ex-Partner verübt. Während bekannte Täter wesentlich öfter (31 Fälle) die Tat in häuslicher Umgebung begangen (gegenüber 15 Fällen im öffentlichen Raum), geschahen Übergriffe durch unbekannte Personen am häufigsten im öffentlichen Raum (draußen; acht Fälle), und eher selten (fünf Fälle) am Wohnort des Opfers oder Täters. In den Fällen, in denen als Tatort mehrere Orte genannt wurden (drei Fälle), war in jedem der Fälle der Ex-Partner der Täter.

Opfer, die sich zum Tatzeitpunkt in der häuslichen Umgebung befanden, erfuhr in 52,8% seelische und in 81,9% der Fälle körperliche Gewalt und gehörten zugleich zu denjenigen, denen am häufigsten gegenständliche Gewalt widerfahren ist. Weitgehend ähnliche Zusammenhänge konnten auch bei den Taten, die im öffentlichen Raum stattgefunden haben, festgestellt werden, wobei die Verübung seelischer Gewalt nicht derart häufig verzeichnet werden konnte. „Draußen“ war die angewandte Gewaltform in 81,0% der Fälle körperlicher Art, wohingegen in 19,0% Gewalt seelischer Art vorgenommen wurde. Bei einem Tathergang innerhalb geschlossener Räume ergab die Auswertung 69,2% (körperliche Gewalt) gegenüber 23,1% (seelische Gewalt). Es ist festzustellen, dass es bei den Taten im häuslichen Umfeld in mehr als der Hälfte der Fälle (55,6%) zu wiederholter Gewaltanwendung kam.

Bei der Betrachtung der Tatorte im Hinblick auf die Form der sexuellen Gewalt, war die häufigste Kombinationen mit 55,8% aller Fälle das Sexualdelikt in der häuslichen Umgebung, gefolgt von einer anderen Form der sexuellen Nötigung (28,3%) und der manuellen (genitalen) Manipulation (26,7%), beides je auch in häuslicher Umgebung.

Einen Zusammenhang zwischen Art der Strangulation und Tatort war nicht festzustellen, nicht zuletzt aufgrund der selten dokumentierten mechanischen Asphyxie.

4.2.2 Geschehen und Zeitverhältnisse

4.2.2.1 Zugangsweg

Bei den 120 staatsanwaltlich erfassten Fällen hat in 40 Fällen irgendeine Art medizinischer Dokumentation stattgefunden; entweder in Form von Aufzeichnungen von Untersuchungen durch einen Klinikarzt oder durch einen Polizeiarzt. Die medizinischen Untersuchungen erfolgten nicht nur an den Unikliniken, sondern auch an anderen Krankenhäusern. Da aus Gründen der Anonymität ein Abgleich der Fälle der Gynäkologie und der Staatsanwaltschaft nicht stattfand, können keine Angaben dazu erfolgen, welche der in der Gynäkologie aufgetretenen Straftaten in der Staatsanwalt als Fall geführt und bearbeitet wurden.

Es lag in nur 17,5% der Fälle eine Angabe bezüglich des Zugangsweges zu einer Klinik vor. Im überwiegenden Teil der Fälle (66,7%) wurde das Opfer von der Polizei zur Untersuchung begleitet, fünf Geschädigte suchten die Klinik aus eigenem Antrieb privat auf (23,8%) und nur zwei Opfer wurden vom Rettungswagen (im Folgenden abgekürzt: RTW) zur Untersuchung gebracht (9,5%). Wie aus Abbildung 18 hervorgeht, erreichten die Frauen im Alter zwischen 14 und 30 Jahren zu einem gleichen Anteil das Klinikum in Begleitung der Polizei oder privat, während die Opfer über 30 Jahren häufiger die Hilfe der Polizei in Anspruch nahmen.

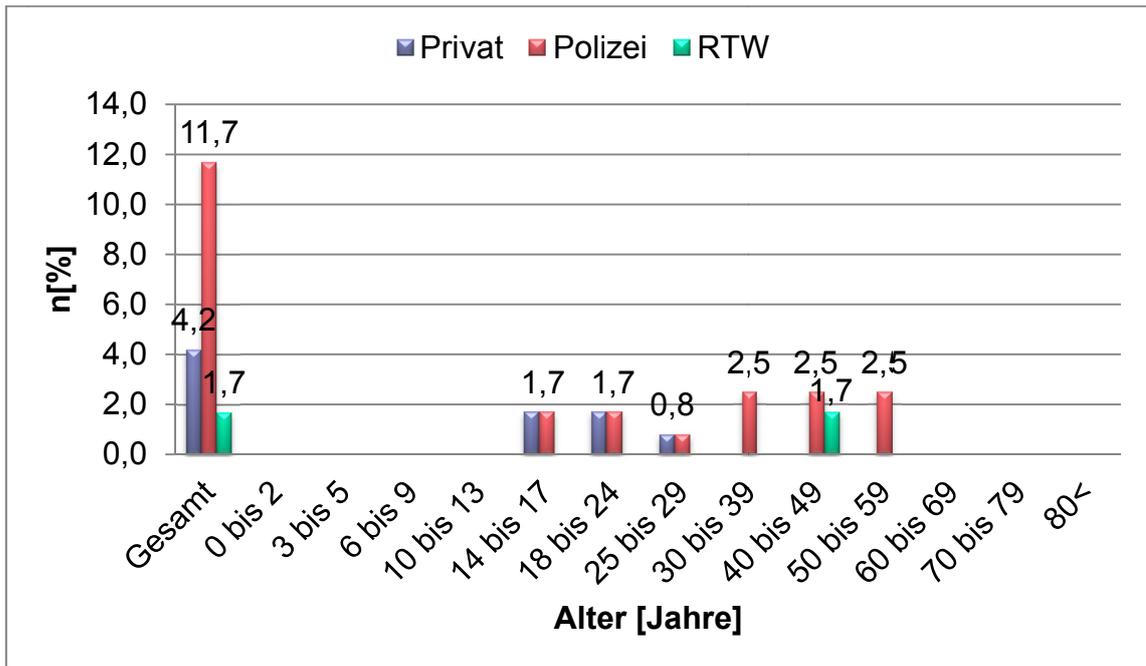


Abbildung 18: Zugangsweg der Gewaltopfer bezogen auf das Alter

4.2.2.2 Zeit des Vorfalls und der ärztlichen Vorstellung

Analog zur Fallauswertung der Akten der Universitätsfrauenklinik ist zu beachten, dass das Jahr 2004 den Zeitraum darstellt, in dem die hier betrachteten Fälle zur Anzeige gebracht wurden. Bei den hohen Anteilen der Fälle „ohne Angabe“ ist weiterhin hervorzuheben, dass nicht in jedem Fall der festgelegten Grundgesamtheit eine medizinische Untersuchung des Opfers erfolgte. Somit fielen zwar alle dokumentierten Untersuchungen zeitlich in das Kalenderjahr 2004, wobei der Untersuchungszeitpunkt jedoch nicht in jedem der Fälle mit dem Zeitpunkt des Vorfalls übereinstimmte. Wie bereits in Kapitel 2.2.2 dargestellt, ist bei der Verteilung der Vorfälle über die Monate zu beachten, dass diese sich nicht rein auf das alleinige Kalenderjahr 2004 bezogen. Untersuchungen in Bezug auf eine mögliche saisonale Häufung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung waren dennoch unter den genannten Einschränkungen möglich. Im Falle wiederholter Gewalttaten gegen ein Opfer wurde der Monat des polizeilich angezeigten Ereignisses als Tatzeitpunkt festgehalten.

Im Rahmen der polizeilichen Aufnahme wurden 18,3% der Taten im Mai erfasst, gefolgt vom Februar und Juni, die je 13,3% der Opfer als Tatzeitraum benannten, bzw. Juli, in dem 12,5% der Taten verübt wurden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass 40% der Vorfälle im zweiten Quartal stattfanden, bzw. je 24,2% im ersten und dritten und nur 11,7% im letzten Quartal des Jahres. Diese Informationen sowie Angaben zum Monat, in dem gegebenenfalls eine Behandlung stattgefunden hat, werden in Abbildung 19 abgebildet, wobei in 80,0% der Akten keine Angabe hierzu vermerkt war. In den Fällen mit Angabe zum Tatmonat stellte sich keine besondere quartalsmäßige Häufung heraus.

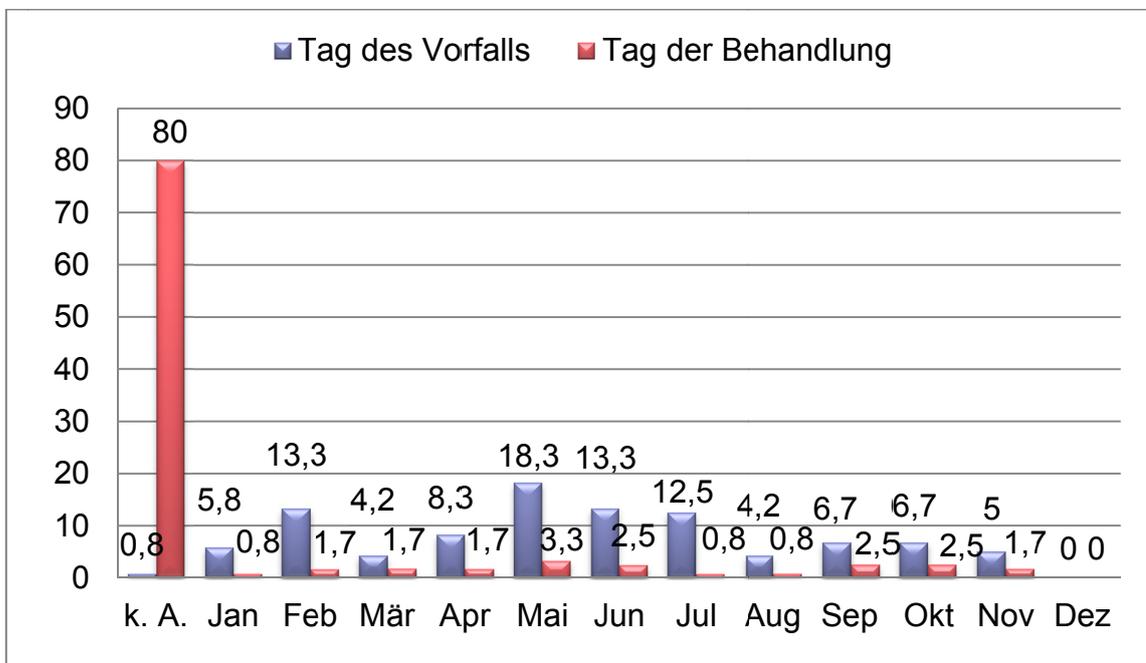


Abbildung 19: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall und Behandlung) hinsichtlich des Monats des Vorfalls und der Behandlung

Abbildung 20 stellt das Ergebnis der Datenerhebung betreffend des Wochentages, an dem die Tat verübt wurde, dar. 35,8% der Vorfälle fanden an einem Wochenende statt; schwerpunktmäßig dabei an einem Sonntag (23,3% aller Fälle). Bei der Untersuchung der Vorfälle unterhalb der Woche war die Verteilung gleichmäßig.

Aussagen über die Tageszeit gingen aus 77,5% der Akten hervor (Abbildung 21). Diese Datendichte untermauert die Aussage, dass die Gewalttaten vornehmlich im Zeitraum von 18 bis 24 Uhr verübt wurden (in 28 Fällen (23,3%), gefolgt von der Anzahl verübter Taten in der Zeitspanne von 12 bis 18 Uhr mit 26 Fällen (21,7%). In nur 14,2% der Fälle, wurde der Gewaltakt am Vormittag in der Zeit von 6 bis 12 Uhr ausgeübt.

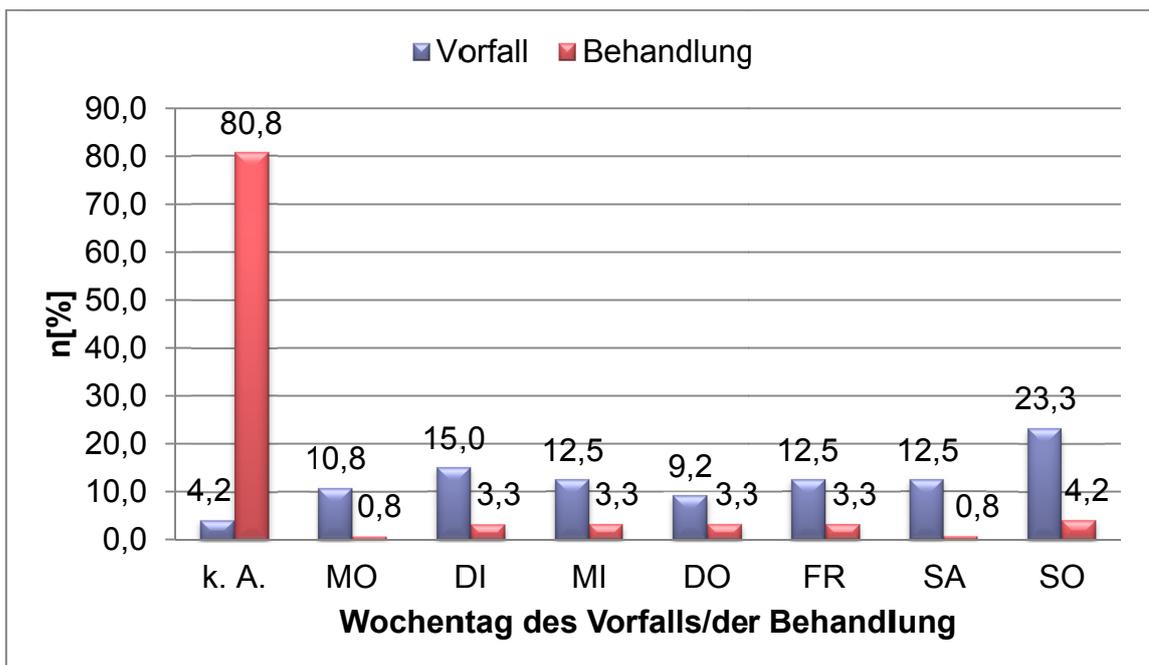


Abbildung 20: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) nach Wochentagen

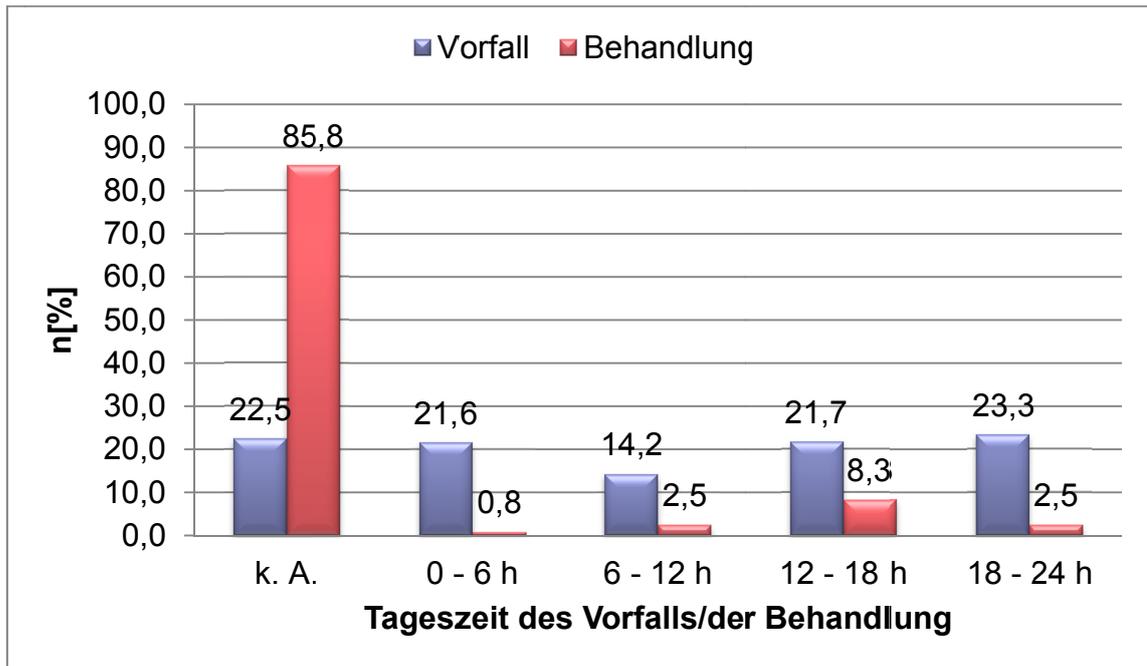


Abbildung 21: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich der Tageszeit

Gegenüber der aussagekräftigen Datenlage zum Zeitpunkt der Verübung der Gewalttat konnten bezüglich der Uhrzeit der Behandlung des Opfers nur in 17 Fällen Datenerhoben werden. In 58,8% der Fälle, und damit am häufigsten (10 Fälle) fand eine ärztliche Untersuchung des Opfers am Nachmittag (12 bis 18 Uhr) statt. Die restlichen Fälle verteilten sich gleichermaßen auf die Zeitspannen von 6 bis 12 Uhr und 18 bis 24 Uhr (in der Zeit von 0 bis 6 Uhr wurden nach Aktenlage keine Untersuchungen durchgeführt).

Abschließend konnte nur in 20 der 120 Fällen (16,7%) ein konkretes Zeitintervall zwischen Vorfall und Behandlung erfasst werden. Aufgrund der geringen Anzahl der Fälle konnte demzufolge keine repräsentative Aussage getroffen werden. Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass in den zeitlich dokumentierten Fällen die Zeitspanne zwischen Zeitpunkt der Gewalttat und Behandlung des Opfers mehrheitlich (60% entsprechend zwölf Fällen) weniger als zwölf Stunden betrug. Auch hier erfolgte die ärztliche Konsultation zeitnah zum Delikt. Damit ist dieses Ergebnis deckungsgleich mit den Ergebnissen der Aus-

wertung der gynäkologischen Akten. Eine Übersicht zum Zeitintervall ist in Abbildung 22 dargestellt.

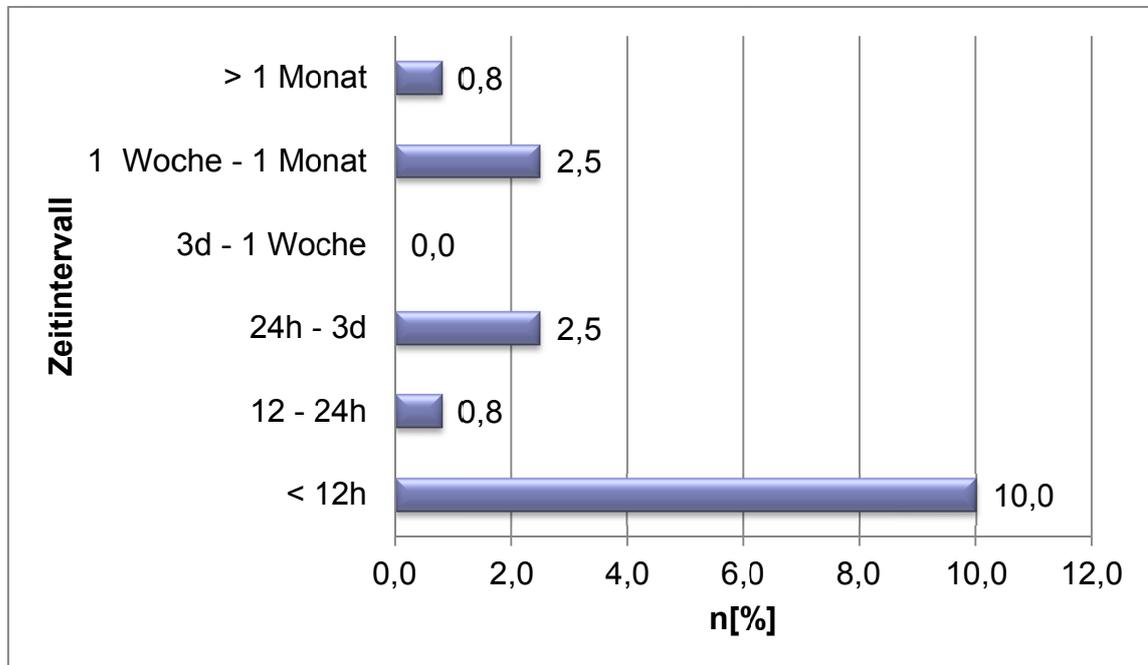


Abbildung 22: Zeitintervall zwischen Zeitpunkt des Vorfalles und der Behandlung

4.2.2.3 Erstversorgung

In 37 Fällen (30,8%) ging aus den staatsanwaltschaftlichen Akten hervor, dass das Opfer nach erlittener Gewalttat einen Arzt konsultierte. Unter diese Konsultation fielen Untersuchungen von Geschädigter und Beschuldigtem (zum Beispiel im Rahmen einer Blutalkoholkontrolle) in Kliniken, Praxen oder direkt auf der Polizeiwache. Neun Geschädigte waren Patientinnen der Universitätsklinik Düsseldorf, 16 Frauen (13,3%) suchten andere Kliniken auf, acht Frauen (6,7%) konsultierten niedergelassene Hausärzte. Insgesamt wurden zwölf Patientinnen (10,0%) im Fachbereich der Gynäkologie (Uniklinik, periphere Klinik, niedergelassener Gynäkologe) vorstellig.

4.2.3 Gewalthandlungen

4.2.3.1 Untersuchungsbefund

Bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen ging aus den erhobenen Datenbeständen hervor, dass 45,5% aller Frauen seelische Gewalt erfahren haben und 77,5% aller Befragten Opfer körperlicher Übergriffe wurden, wobei nur 7,5% der Frauen mittels eines Tatwerkzeug bedroht bzw. verletzt wurden. Folgende Auflistung soll einen Eindruck über Gegenstände darstellen, die als Werkzeuge zur Ausübung gegenständlicher Gewalt dienten – die Häufigkeit der Benennung entsprechender Tatwerkzeuge ist in Auflistung in Klammern vermerkt; teilweise kamen auch mehrere Werkzeuge während einer Tat zum Einsatz:

- Abgebrochene Autoantenne
- Hammer (zweimal)
- Messer (dreimal)
- Kabel
- Schraubendreher
- Dreirad
- Stiefel
- Schranktür
- Zigarette
- Feuerwaffe

Anhand der Aktenauswertung der staatsanwaltschaftlichen Datenbestände betrug die Summe der angegebenen Verletzungen 43. Wie aus den Abbildungen 23 und 24 hervorgeht, wurden der Oberarm und der Oberschenkel am häufigsten verletzt, gefolgt von Misshandlungen am Unterarm und Rücken. Verletzungen im Hals-, Brust- und Genitalbereich sowie in der Region von Wirbelsäule und Becken konnten nicht den Akten entnommen werden.

Zur Art der Verletzung wurden mit großer Häufigkeit Hämatome (in 39,5% der Fälle) neben Kratzspuren (23,3%) und Schürfungen (18,6%) identifiziert (Abbildung 25).

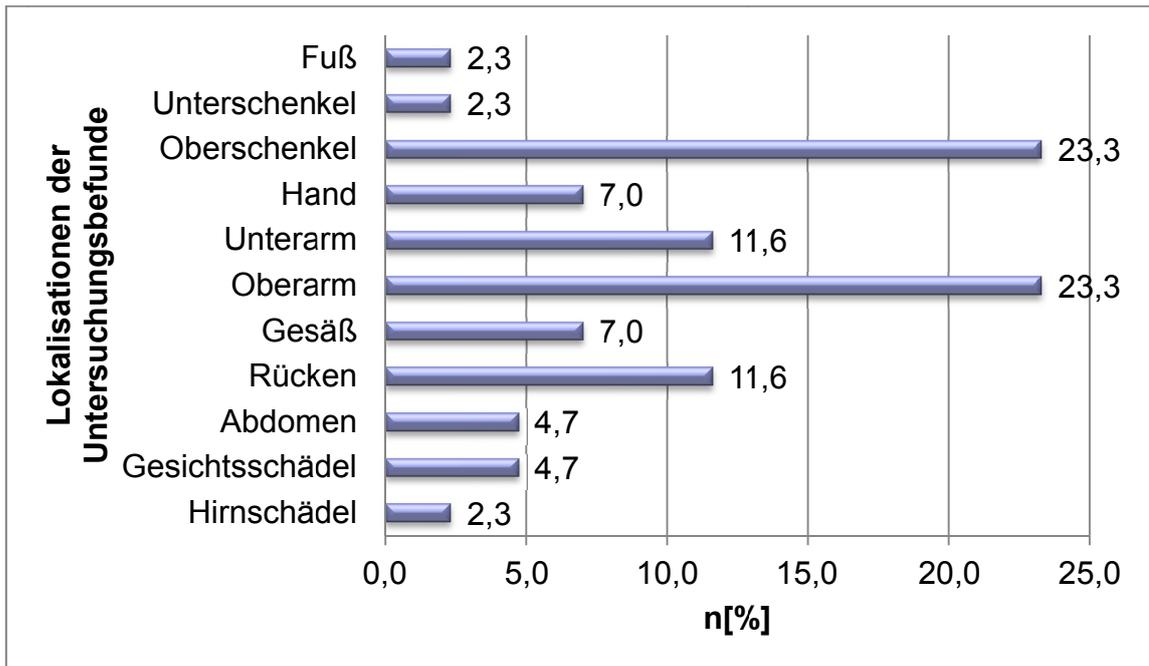


Abbildung 23: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde (Prozentuale Angabe bezogen auf die Gesamtzahl aller angegebenen Verletzungen)

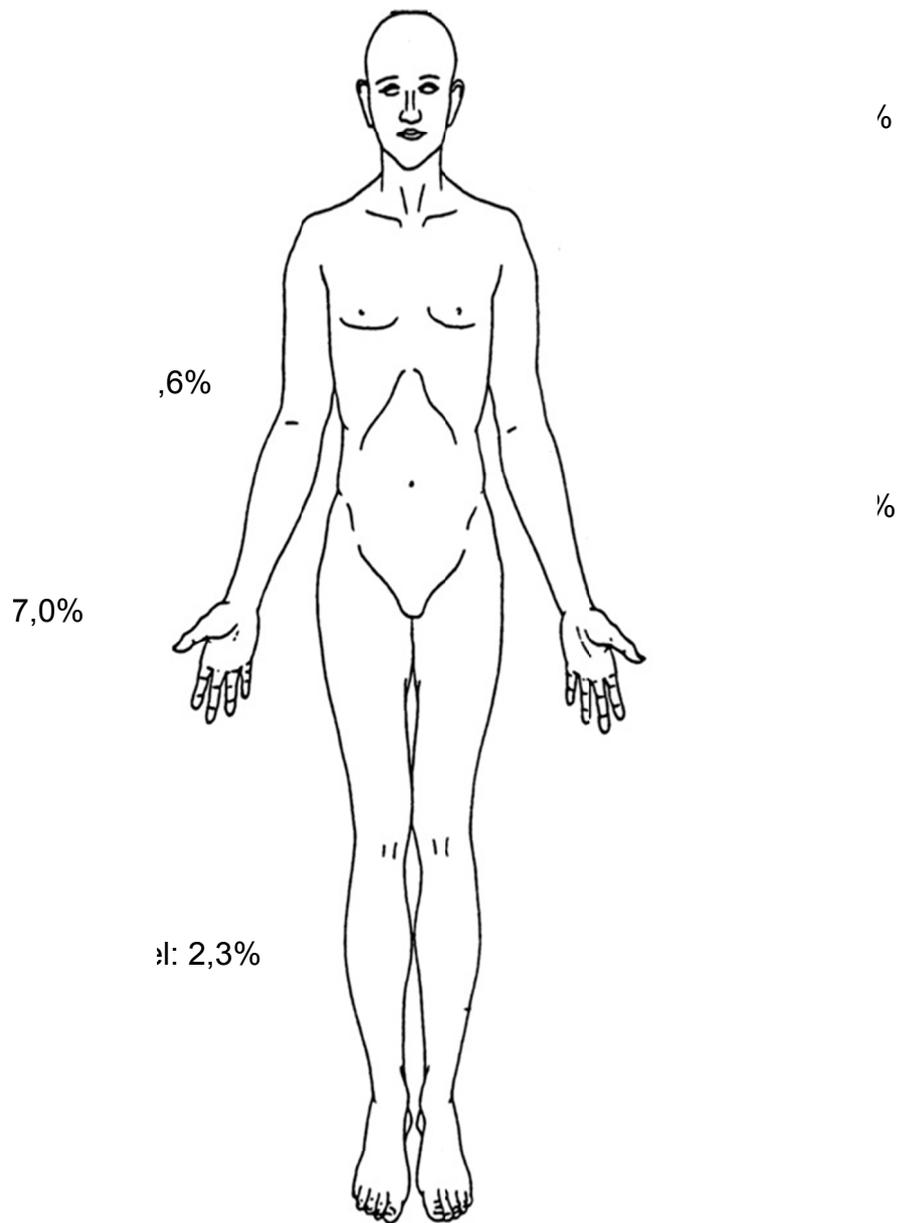


Abbildung 24: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde anhand eines Körperschemas

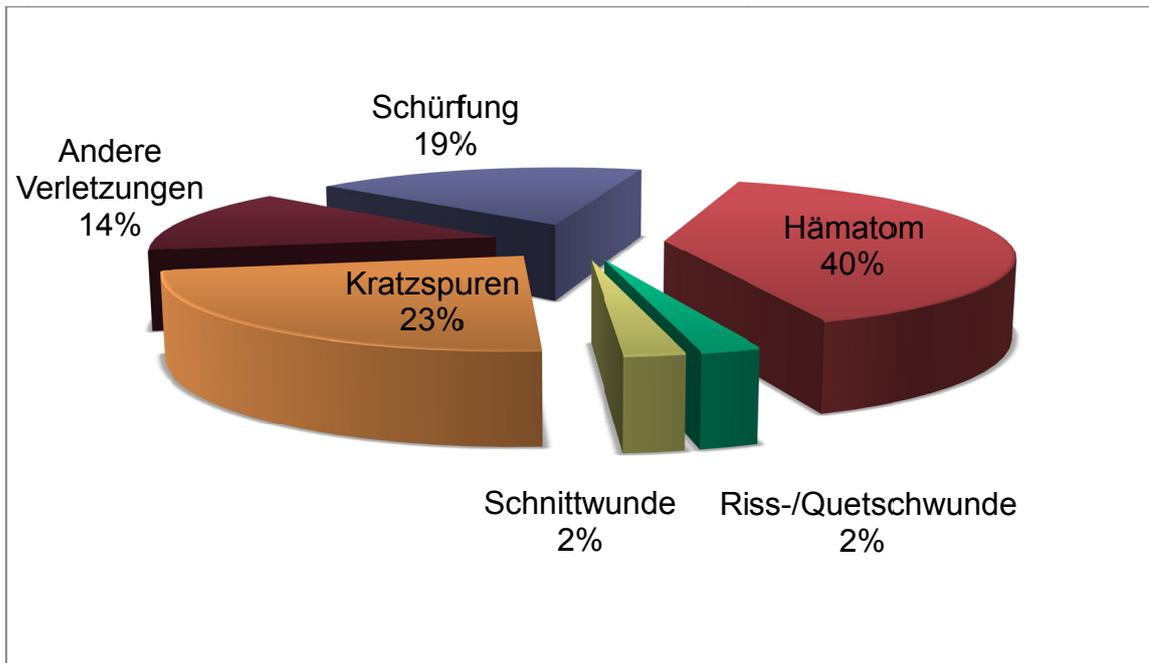


Abbildung 25: Art der Verletzung der Untersuchungsbefunde

Die breit gestreuten Ergebnisse der einzelnen Kategorien ließen im Zusammenhang der Aufstellung möglicher Korrelationen keine sinnhaften Schlüsse zu. Dies betrifft sowohl die Zuweisung typischer Verletzungen zu den Altersgruppen der Opfer als auch Regelmäßigkeiten zwischen Art der Beziehung, Art der Gewalt und ihrer Sonderform sowie Anwendung von Strangulationen.

4.2.3.2 Objektivierbarkeit der Gewalt

Analog zu den Datenauswertungen der gynäkologischen Akten gilt eine Objektivierung als gegeben, wenn der in den Akten als Befund dokumentierte Sachverhalt direkt als Folge und Beweis der stattgehabten Gewalt aufzufassen ist.

Da nicht in jedem Fall eine Untersuchung des Opfers stattgefunden hat, ist die Aussage hierzu schwierig zu treffen. Dementsprechend belief sich der Anteil der Fälle, in denen hierzu keine Angabe gemacht werden konnte auf 80%. Von den 120 Fällen war in 19 Akten (15,8%) eine Objektivierbarkeit durch vorliegende Befunde gegeben.

In den Fällen, in denen die Tat durch den Lebenspartner vorgenommen wurde, war das aufgenommene Geschehen in ca. einem Drittel der Fälle (35,0%) objektivierbar. Bei den Tatbeständen, in denen andere Beziehungsformen zwischen Beschuldigten und Opfern bestanden, war eine Objektivierbarkeit bei 15,8% der Taten gegeben.

Die Taten mit Anwendungen körperlicher Gewalt waren wesentlich häufiger (89,5%) objektivierbar als Vorfälle mit vorliegender seelischer Gewalt (47,4%), was mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Schwierigkeit der Dokumentation dieser Tatbestände zurückgeführt werden kann. Von den 19 Fällen mit wiederholtem Gewaltereignis waren 16,7% zu objektivieren. Nur 14,4% der 111 Sexualdelikte waren nach Aktenlage objektivierbar. Jedoch lag in 45,5% der Fälle mit angegebener Strangulation ein entsprechender Befund in der Akte vor.

4.2.3.3 Diagnosesicherung

Eine Diagnosesicherung hat in 26 der 120 Fälle (21,7%) stattgefunden. In 61,5% dieser dokumentierten Fälle wurden exakte Angaben zur Lokalisation und Art der Verletzungen in den Akten gemacht, wobei gleichzeitig in 34,6% der Befund näher beschrieben war. Dies geht aus Tabelle 10 hervor.

Eine umfassende Dokumentation zur Größe der Verletzung war in 29,9% der Fälle mit Diagnosesicherung vorzufinden. Hierbei wurde in je 34,6% ein Foto oder eine Schemazeichnung angefertigt. Während die Größe der Verletzung mit 26,9% noch relativ häufig dokumentiert wurde, sind Form und Farbe in nur 11,5% näher beschrieben worden; Rand und Tiefe wurden kaum erwähnt (Tabelle 11).

Die geringe Anzahl ausführlich dokumentierter Befunde ist auch hier – analog zu den Datenauswertungen in der Gynäkologie - im Sinne der Verwertbarkeit der Akten vor Gericht kritisch zu betrachten.

| Diagnosesicherung | Angabe | Häufigkeit (n=26) | Prozent |
|--------------------------|---------------|------------------------------|----------------|
| Wo genau | ja | 16 | 61,5% |
| | nein | 10 | 38,5% |
| Was genau | ja | 16 | 61,5% |
| | nein | 10 | 38,5% |
| Nähere Beschreibung | ja | 9 | 34,6% |
| | nein | 17 | 65,4% |

Tabelle 10: Verteilung der Angaben zur Genauigkeit der Diagnosesicherung (die relative Häufigkeit bezieht sich auf die 26 Fälle mit Diagnosesicherung)

| Diagnosesicherung | Angabe | Häufigkeit (n=26) | Prozent |
|--------------------------|---------------|------------------------------|----------------|
| Größe beschrieben | k. A. | 16 | 61,5% |
| | ja | 7 | 26,9% |
| | nein | 1 | 3,8% |
| Form beschrieben | k. A. | 16 | 61,5% |
| | ja | 3 | 11,5% |
| | nein | 5 | 19,2% |
| Farbe beschrieben | k. A. | 16 | 61,5% |
| | ja | 3 | 11,5% |
| | nein | 5 | 19,2% |
| Rand beschrieben | k. A. | 16 | 61,5% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 8 | 30,8% |
| Tiefe beschrieben | k. A. | 15 | 57,7% |
| | ja | 2 | 7,7% |
| | nein | 7 | 26,9% |
| Foto | k. A. | 1 | 3,8% |
| | ja | 9 | 34,6% |
| | nein | 16 | 61,5% |
| Schemazeichnung | k. A. | 0 | 0,0% |
| | ja | 9 | 34,6% |
| | nein | 17 | 65,4% |

Tabelle 11: Übersicht zur Verteilung näherer Angaben der Befundbeschreibung (die relative Häufigkeit bezieht sich auf die 26 Fälle mit Diagnosesicherung)

Bezogen auf das Alter der Opfer hat eine Diagnosesicherung bei 33,3% der über 30-Jährigen stattgefunden. Dagegen wurden bei 21,6% der 18- bis 30-Jährigen und 18,2% der 14- bis 18-Jährigen Maßnahmen zur Diagnosesiche-

rung eingeleitet. Bei den vier Opfern im Alter unter 14 Jahren fand in keinem Fall eine Sicherung der Diagnosen statt.

Auffälligkeiten bei der Überprüfung der Fälle mit Diagnosesicherung und möglicher Besonderheiten im Zusammenhang mit der Art der Täter-Opfer-Beziehung ergaben sich bei der Auswertung nicht.

Nur 20,0% der Opfer seelischer Gewalt und 23,7% der Opfer körperlicher Gewalt erfuhren eine Sicherung der Diagnosen.

In Fällen wiederholter Gewalttaten erfolgte die Sicherung nur bei 22,2% der Fälle. Lediglich 19,8% der Sexualdelikte wurden durch eine Diagnosesicherung dokumentiert. Die Sicherstellung von Befunden fand in 45,5% der Fälle, in denen es zur Strangulation des Opfers kam, statt.

4.2.3.4 Spurensicherung

In 31 der 120 Fälle (25,8%) ist irgendeine Art der Spurensicherung vorgenommen und dokumentiert worden. Die Tabelle 12 gibt Aufschluss über die verschiedenen Formen der Spurensicherung und die Häufigkeit ihrer Durchführung. Dass in 89 Fällen (74,2%) keine Angaben zu vorgefundenen Spuren vorhanden waren ist damit begründet, dass nicht jedes Opfer einer Untersuchung unterzogen wurde oder zugestimmt hat.

Die am häufigsten durchgeführte Form der Spurensicherung war der vaginale Abstrich (15%), zahlenmäßig vor der Sicherung von Haaren (10%). Mögliche Spermaspuren wurden in 5,8% aller Fälle gesichert. Alle anderen in Tabelle 12 aufgeführten Formen der Spurensicherung wurden in jeweils weniger als 3,3% der Fälle vorgenommen.

| Material | Angabe | Häufigkeit(n=33) | Prozent |
|------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| Blut | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 3 | 2,5% |
| | nein | 28 | 23,3% |
| Sperma | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 7 | 5,8% |
| | nein | 24 | 20,0% |
| Speichel | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 2 | 1,7% |
| | nein | 29 | 24,2% |
| Schweiß | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 1 | 0,8% |
| | nein | 30 | 25,0% |
| Gewebe | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 3 | 2,5% |
| | nein | 28 | 23,3% |
| Abstrich Vaginal | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 18 | 15,0% |
| | nein | 13 | 10,8% |
| Abstrich Oral | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 4 | 3,3% |
| | nein | 27 | 22,5% |
| Abstrich Anal | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 4 | 3,3% |
| | nein | 27 | 22,5% |
| Nagelränder | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 31 | 25,8% |
| Haare | k. A. | 89 | 74,2% |
| | ja | 12 | 10,0% |
| | nein | 19 | 15,8% |

Tabelle 12: Übersicht der Formen der Spurensicherung und die Häufigkeit ihrer Durchführung

Die Betrachtung der Fallgruppe von Opfern, bei denen eine Spurensicherung durchgeführt wurde, zeigte im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe keine Auffälligkeiten. An dieser Stelle waren weiterhin keine Zusammenhänge zwischen der Beziehung von Opfer und Beschuldigtem und dem Alter des Opfers erkennbar.

Die Überprüfung der Akten mit vorgenommener Spurensicherung hinsichtlich der Form von Gewalt zeigte, dass unabhängig davon, ob die Gewalt seelischer oder körperlicher Art war, nahezu gleich oft eine Spurensicherung vollzogen wurde (25,8%; 25,5%). Die These, dass bei wiederholten Gewalttaten häufiger Spuren gesichert würden, war nach Aktenlage nicht vertretbar.

Unter den Taten, die in den Akten als Sexualdelikt geführt wurden, wurde bei 28 Delikten (25,2%) eine angeordnete Spurensicherung umgesetzt. Es entfielen 90,3% aller Spurensicherung auf diese Sonderform von Gewalt.

In Fällen eines Übergriffs in Verbindung mit Strangulationen des Opfers, wurde bei vier von elf Opfern (36,5%) laut Dokumentation eine Sicherung von Spuren vorgenommen. Mit 12,9% machten die Taten mit Strangulation somit einen geringen Teil der durchgeführten Spurensicherungen aus.

Da die Auswertung der Akten der Staatsanwaltschaft analog zur Datenerhebung mittels gynäkologischer Akten durchgeführt wurde, wurden schwerpunktmäßig sexuell motivierte Taten auf Häufigkeit und Art der Spurensicherung überprüft. Unter diesen sexuell motivierten Taten waren 30 Fälle, bei denen Spuren gesichert wurden. Bemerkenswert ist, dass 96,5% aller durchgeführten Spurensicherungen bei Fällen mit sexuell motiviertem Hintergrund vorgenommen wurden. Allerdings fand nur in circa einem Viertel der Übergriffe mit sexuellem Motiv eine Spurensicherung statt.

Während der Untersuchungen im Rahmen der Spurensicherung wurden in 16,1% Blutalkoholkontrollen durchgeführt, zumeist bei dem Tatverdächtigen und seltener bei dem Opfer. Bei nur je zwei der hier betrachteten 31 Opfer (6,5%) ist im Zuge der Untersuchungen eine toxikologische Untersuchung von Blut bzw. Urin durchgeführt worden.

4.2.3.5 Befunddokumentation

Die Befunddokumentation wurde in 21 Fällen (17,5%) von einem Klinikarzt und in fünf weiteren Fällen (4,2%) von einem anderen Arzt vorgenommen. Eine Befunddokumentation im Sinne einer persönlichen Untersuchung des Opfers durch einen Rechtsmediziner hat es laut Aktenlage in keinem Fall gegeben. Allerdings war die Rechtsmedizin an einigen Stellen beispielsweise im Rahmen toxikologischer Untersuchungen oder DNA-Analysen an den Ermittlungen beteiligt. Die 21 von Klinikärzten dokumentierten Befunde wurden zu 95,2% bei Taten mit sexuellem Motiv angefertigt.

Letztlich waren 81,0% der Vorgänge mit Befunddokumentation Sexualdelikte. Allerdings ist zu erwähnen, dass in nur 15,3% aller Sexualdelikte eine Dokumentation von Befunden durch einen Klinikarzt durchgeführt wurde. Dies ist hinsichtlich der möglicherweise notwendigen Dokumentation von Befunden vor Gericht auffällig.

4.2.4 Betreuung/Versorgung nach dem Geschehen

4.2.4.1 Nachsorge

In insgesamt 14 Fällen (11,7%) war anhand der Akten ersichtlich, dass eine weiterführende Nachsorge stattgefunden hat. Mit 5,8% war die am häufigsten in Anspruch genommene Möglichkeit der Nachsorge eine psychologische oder psychiatrische Betreuung, die in fünf von sieben Fällen ambulant stattgefunden hat. Je drei Patienten sind am Universitätsklinikum Düsseldorf bzw. an einer anderen Klinik versorgt worden. Die Unterbringung in einem Frauenhaus oder einer betreuten Wohnform wurde von vier Frauen beansprucht. Insgesamt legt die Dokumentation die Vermutung nahe, dass nur selten Nachsorgeangebote in

Anspruch genommen werden bzw. eine entsprechende Dokumentation erfolgt. Eine Belegung dieser Aussage findet sich in der Übersicht von Tabelle 13.

Bezogen auf das Alter wurde eine Nachsorge bei den insgesamt 48 über 30-Jährigen am häufigsten umgesetzt (18,6%). Bei den unter 30-Jährigen wurde nach Aktenlage in weniger als 9,1% (in der Altersgruppe von 0 bis 14 Jahren gar nicht) an einer weiteren Versorgung teilgenommen.

Während nur 16,4% der Opfer sexueller Gewalt und nur 15,1% der Opfer von körperlicher Gewalt weitergehend versorgt wurde, war im Umkehrschluss im Falle einer Nachsorge zuvor immer körperliche Gewalt und in 64,3% seelische Gewalt Grund für die ursprüngliche Konsultation.

Da nach Aktenlage nur neun von 54 Opfern wiederholter Gewalttaten (16,7%) medizinisch versorgt oder sozial betreut wurden, schien die Tatsache der erneuten Gewalttat nicht zur Steigerung der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten zu führen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass in den meisten Fällen von Sexualdelikten dem Opfer Informationsmaterial durch die Polizei zu Anlaufstellen und möglichen Hilfsangeboten ausgehändigt wurden, aber nur in 10,8% aller vorgefallenen Sexualdelikte aus der Akte hervorging, dass eine Nachsorge im Sinne medizinischer oder sozialer Betreuung stattgefunden hat.

| Nachsorge | Angabe | Häufigkeit (n=120) | Prozent |
|--|---------------|-------------------------------|----------------|
| Ambulant | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 1 | 0,8% |
| | nein | 13 | 10,8% |
| Stationär | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 2 | 1,7% |
| | nein | 12 | 10,0% |
| Andere Klinik | k. A. | 117 | 97,5% |
| | ja | 3 | 2,5% |
| | nein | 0 | 0,0% |
| Reha | k. A. | 117 | 97,5% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 3 | 2,5% |
| Psychologie/Psychiatrie | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 7 | 5,8% |
| | nein | 7 | 5,8% |
| Psychosomatik | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 14 | 11,7% |
| Frauenhaus/Betreutes Wohnen | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 4 | 3,3% |
| | nein | 10 | 8,3% |
| Unterbringung eines Kindes | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 1 | 0,8% |
| | nein | 13 | 10,8% |
| Kinderschutzambulanz/-beratungszentren | k. A. | 106 | 88,3% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 14 | 11,7% |
| Andere Nachsorge | k. A. | 107 | 98,2% |
| | ja | 2 | 1,7% |
| | nein | 11 | 9,2% |

Tabelle 13: Übersicht möglicher Nachsorgeangebote und die Häufigkeit deren Inanspruchnahme

4.2.4.2 Aufträge für spezifische Befunderhebung

Die Ermittlungsbehörde erteilte bei 18 Opfern einen Auftrag zur spezifischen Befunderhebung. Informationen, wie die entsprechende Form des Auftrages aussah, waren den Akten nicht zu entnehmen (Tabelle 14).

Im Bezug auf das Alter ergab die Durchsicht der Akten, dass in der Altersgruppe über 30 Jahren bei 23,3% der Frauen Aufträge für eine spezifische Befunderhebung zu finden waren. Somit lag der Auftrag in dieser Altersklasse am häufigsten vor. Je jünger das Opfer der Gewalttat war, desto seltener wurde der Auftrag für eine medizinische Spezialuntersuchung bzw. ein ärztliches Verletzungsgutachten gegeben.

Im Zusammenhang der Beziehung zwischen Beschuldigtem und Geschädigter kam es innerhalb der Gruppe von Lebenspartner am häufigsten (wenn auch nur in fünf von 20 Fällen) zur Anordnung der spezifischen Befunderhebung. Aufträge erfolgten im Kontext körperlicher Gewalt (66,7%) deutlich häufiger als bei verübten seelischen Gewalttaten (27,8%).

Vorgänge mit wiederholter Gewaltanwendung machten 38,9% der Fälle mit Aufträgen für Gutachten aus. Auffällig bei der Tatbestandserhebung war, dass in nur 11,7% aller Sexualdelikte eine entsprechende Auftragsstellung stattgefunden hat. Der Tatbestand der Strangulation hatte offensichtlich keinen großen Einfluss auf die Entscheidung zur Beauftragung eines Gutachtens.

| Spezifische Befunderhebung | Angabe | Häufigkeit | Prozent |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|
| Spezifische Befunderhebung | k. A. | 1 | 0,8% |
| | ja | 18 | 15,0% |
| | nein | 101 | 84,2% |
| Ärztliches Attest | k. A. | 103 | 85,8% |
| | ja | 0 | 0,0% |
| | nein | 17 | 14,2% |
| Ärztliches Verletzungsgutachten | k. A. | 103 | 85,8% |
| | ja | 3 | 2,5% |
| | nein | 14 | 11,7% |
| Auftraggeber | k. A. | 102 | 85,0% |
| | Ermittlungsbehörde | 18 | 15,0% |
| | | | |

Tabelle 14: Übersicht der Auftraggeber

4.2.4.3 Polizeiliche Anzeige

Aufgrund der Tatsache, dass sich dieser zweite Teil der Aktenauswertung auf Datenbestände der Staatsanwaltschaft stützt, lag allen Fällen eine polizeiliche Anzeige zugrunde. Bei 15 Fällen lag nach Aktenlage im Falle einer ärztlichen Konsultation schon vor dieser eine Anzeige vor. In zehn dieser Fälle lag die Anzeige bei der Untersuchung vor. Während in 15 Fällen laut Aktennotiz der polizeilichen Erfassung eine ärztliche Konsultation des Opfers vorlag, lag bei zehn Patientinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Anzeige vor. Informationen darüber, ob im Anschluss an eine ärztliche Untersuchung im Einzelfall noch Anzeige erstattet wurde, lagen nicht vor.

Aufgrund der geringen Zahl von 15 Vorfällen in diesem Teil der Auswertung, brachte eine weitere Überprüfung im Bezug auf zuvor untersuchte Zusammenhänge keine spezifischen Ergebnisse.

4.2.5 Auffälligkeiten von Opfer und Täter

4.2.5.1 Konsumverhalten

In Tabelle 15 werden an dieser Stelle die aus den Akten entnommenen Informationen zum Konsumverhalten von Opfern und Beschuldigten dargestellt: 48 der geschädigten Frauen (40,0%) machten Angaben zu ihrem Konsumverhalten. Darunter gaben 38 Geschädigte (31,7%) an, zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss gestanden zu haben; vier hatten zuvor Drogen konsumiert oder Medikamente eingenommen. Das chronische Konsumverhalten betreffend, wurde bei sieben Opfern ein lange bestehender Alkoholabusus festgestellt, weitere sieben Frauen gaben regelmäßigen Drogen-bzw. Medikamentenkonsum zu Protokoll.

Von den insgesamt 40 Beschuldigten (33,3%) zu denen Angaben zum Konsumverhalten vorlagen, waren 35 Tatverdächtige (29,2%) zum Zeitpunkt der Tat alkoholisiert und drei (2,5%) standen unter dem Einfluss von Drogen. Ein Viertel der Beschuldigten, zu denen Angaben zum Konsumverhalten vorlagen, gaben chronischen Alkoholkonsum an und weitere fünf konsumierten regelmäßig Drogen.

Während sich ein chronisches Konsumverhalten im Sinne einer Abhängigkeits-erkrankung der Geschädigten ausschließlich bei den über 18-Jährigen zeigte, lag der Anteil der Tatverdächtigen, die zum Tatzeitpunkt akut Drogen/Alkohol/Medikamente konsumiert hatten, nach Altersgruppe bei:

- 41,9% der über 30-Jährigen
- 39,2% der Männer zwischen 18 bis 30 Jahren
- 13,6% der Täter in der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen.

| | k. A. | | ja | | nein | |
|------------------|--------------|-------|-----------|-------|-------------|-------|
| Angabe vorhanden | 0 | 0,0% | 48 | 40,0% | 72 | 60,0% |
| | | | | | | |
| akut | 75 | 62,5% | 41 | 34,2% | 4 | 3,3% |
| Alkohol | 77 | 64,2% | 38 | 31,7% | 5 | 4,2% |
| Medikamente | 115 | 95,8% | 1 | 0,8% | 4 | 3,3% |
| Drogen | 114 | 95,0% | 4 | 3,3% | 2 | 1,7% |
| | | | | | | |
| chronisch | 107 | 89,2% | 12 | 10,0% | 1 | 0,8% |
| Alkohol | 112 | 93,3% | 7 | 5,8% | 1 | 0,8% |
| Medikamente | 116 | 96,7% | 4 | 3,3% | 0 | 0,0% |
| Drogen | 117 | 97,5% | 3 | 2,5% | 0 | 0,0% |

Tabelle 15a: Angaben zum Konsumverhalten der Geschädigten

| | k. A. | | ja | | nein | |
|------------------|--------------|--------|-----------|-------|-------------|-------|
| Angabe vorhanden | 3 | 2,5% | 40 | 33,3% | 77 | 64,2% |
| | | | | | | |
| akut | 84 | 70,0% | 35 | 29,2% | 1 | 0,8% |
| Alkohol | 84 | 70,0% | 35 | 29,2% | 1 | 0,8% |
| Medikamente | 120 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Drogen | 117 | 97,5% | 3 | 2,5% | 0 | 0,0% |
| | | | | | | |
| chronisch | 106 | 88,3% | 14 | 11,7% | 0 | 0,0% |
| Alkohol | 110 | 91,7% | 10 | 8,3% | 0 | 0,0% |
| Medikamente | 119 | 99,2% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% |
| Drogen | 115 | 95,8% | 5 | 4,2% | 0 | 0,0% |

Tabelle 15b: Angaben zum Konsumverhalten des Beschuldigten

4.2.5.2 Vorerkrankungen

In den Akten von 21 der Geschädigten und 39 der Beschuldigten lagen Informationen zu einer Vorerkrankung im Sinne einer Abhängigkeitserkrankung oder psychischen Erkrankung vor, bzw. wurden Details zu sozialen Hintergründen, wie schwierigen Lebenssituationen dokumentiert (Prostitution, kriminelle Handlungen, Missbrauch im Kindesalter). Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl und häufigen Einzelschicksalen unterblieb eine dezidierte Darstellung von Vorerkrankungen der Geschädigten und Beschuldigten.

5 Diskussion

5.1 Einleitung

Während in Kapitel 1 die Thematik und der Hintergrund dieser Arbeit mit den grundlegenden Vokabeln erklärt wurde, baute Kapitel 2 auf den Erläuterung des vorangegangenen Kapitels auf, und es wurden die Datenquellen und die Erhebungsmethodik erörtert. Kapitel 3 stellt die Verbindung von Thematik und Methode zum Datenbestand dar, da an dieser Stelle die erhobenen Ergebnisse - getrennt nach Archivquelle Universitätsfrauenklinik und Archivquelle Staatsanwaltschaft – zu den jeweiligen Punkten der Exzerptbögen aufgeführt werden. Der Aufbau der Diskussion (Kapitel 4) ist im Gegensatz zum Ergebnisteil nicht an die Struktur des Exzerptbogens angelehnt. An dieser Stelle erfolgt die Abhandlung der Ergebnisse thematisch von generellen Informationen, solchen zu Opfer und Täter, den Beteiligten samt Motivlage, zu Tatort und –zeit bis hin zur Diskussion der medizinischen Versorgung. Anders als im Ergebnisteil werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der Auswertung der gynäkologischen Akten mit denen der staatsanwaltschaftlichen Akten gegenüberstellend zusammengeführt.

Ziel der Arbeit war es, die Resultate der Datenauswertungen hinsichtlich Häufigkeiten, Formen und Umständen von Sexualdelikten im Regierungsbezirk Düsseldorf mit dem Schwerpunkt der medizinischen Opferversorgung vorzustellen. Auf der Basis dieser Ergebnisse und vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Daten zur Thematik sexueller Gewalt erfolgt eine kritische Betrachtung bestehender Versorgungsangebote, die gegebenenfalls die Notwendigkeit einer Umstrukturierung der Versorgungslage beschreiben lässt.

Die zu Beginn dieser Dissertation angesprochenen Vergleichsarbeiten dienten als Basis für die Ausarbeitung der Thematik. Um die Diskussion ebenfalls auf dieser Grundlage zu eröffnen, werden die grundlegenden Untersuchungsgegenstände der Vergleichsarbeiten im Folgenden kurz erläutert.

Das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg-Eppendorf richtete im Jahre 1998 eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt ein, und hatte mit der Implementierung einer 24-Stunden-Bereitschaft Modellcharakter. Da das Projekt durch Fund-raising privat finanziert wurde, konnte dort den Opfern eine kostenlose Untersuchung, Begutachtung, Anfertigung von Fotos und Durchführung einer Spurensicherung angeboten werden. Des Weiteren wurde in der Untersuchungsstelle erstmals eine psychologische Krisenintervention und Beratung in einem rechtsmedizinischen Institut angeboten. Ab Februar 2003 wurden im Rahmen einer vor Ort stattgefundenen vergleichenden klinisch-rechtsmedizinischen Analyse Gewaltopfer (insbesondere bei Partnerschaftskonflikten) für einen zwölfmonatigen Erhebungszeitraum im Hinblick auf eine Typisierung von Verletzungsmustern untersucht (Seifert et al. 2006 a).

Im selben Jahr (2003) wurde in Köln ebenfalls ein Modelprojekt gegen häusliche Gewalt etabliert, das Gewaltopfern eine kostenlose ärztliche Untersuchung, die Befunddokumentation in Form eines rechtsverwertbares Attestes und Beurteilung erlittener Verletzungen anbot. Im Gegensatz zum Projekt der Hamburger Rechtsmedizin musste dieses Angebot der Kölner Einrichtung aufgrund von Problemen bei der Finanzierung 2006 vorübergehend eingestellt werden. Bei der im Rahmen dieses Projekts stattgefundenen Studie aus Köln wurden alle in der Rechtsmedizin Köln untersuchten Fälle von verletzten und getöteten Personen, die sich im Rahmen von (früheren) Partnerbeziehungen im Zeitraum 2000 bis 2004 ereignet haben, ausgewertet. Die Datenerhebung umfasste personenbezogene Daten zu Opfer und Täter, dem Tathergang und der anschließenden Untersuchung und Dokumentation (Päsler 2010).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass eventuelle Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Untersuchungen zum Teil auch auf die im Detail anders konzipierten Datenbanken zurückgeführt werden können.

5.2 Häufigkeitsverteilung von Gewaltdelikten

Da die in dieser Arbeit durchgeführten Datenerhebungen in der Gynäkologie und in der Staatsanwaltschaft die ersten ihrer Art im Raum Düsseldorf sind, war eine vergleichende Betrachtung mit früher erhobenen Daten nicht möglich. Auch innerhalb der Auswertung der Datenbestände wird ein Vergleich verschiedener Jahrgänge nicht angeführt, da sich beide Auswertung per grundlegender Definition der Rahmenbedingungen der Dissertation auf den Zeitraum eines Jahres, nämlich den des Jahres 2004, bezogen. Folglich entfiel die Möglichkeit, auf der Basis der hier erhobenen regionalen Daten einen Trend einer möglicherweise vermehrten Inanspruchnahme von (rechts)medizinischen Hilfsangeboten nach Einführung des Gewaltschutzgesetzes am 01.01.2002 zu verifizieren. Ein solcher Trend wurde im Rahmen von Untersuchungen in den Regionen Hamburg, Hannover, Leipzig und Köln (Seifert et al. 2004, Gahr B. et al. 2005, Päsler 2010) festgestellt.

Wie bereits im Ergebnisteil erläutert, konnten vor dem Hintergrund der Vollständigkeit der Kranken-Akten lediglich 4.709 von insgesamt 13.261 (35,5%) vorliegenden Fällen hinsichtlich des Vorliegens gewalttätiger Übergriffe überprüft werden. Letztlich konnten 33 Fälle im Archiv der Universitätsfrauenklinik erhoben werden, in denen Patientinnen eindeutig als Gewaltopfer identifiziert werden konnten, und somit für diese Arbeit als „relevante Fälle“ einzuordnen waren. Somit lag der Anteil Betroffener unter allen Patientinnen bei 0,7%. Diese Zahl erscheint – auch auf der Grundlage einer Erörterung mit der Ärzteschaft der Universitätsfrauenklinik geringer als subjektiv vermutet. Daher besteht die Möglichkeit, dass die hier dargestellten Ergebnisse nicht den Anspruch auf Allgemeingültigkeit für die Fälle mit Gewaltopfern in der Gynäkologie des Düsseldorfer Universitätsklinikums im Jahre 2004 haben könnten, eine Verifizierung ist aber methodisch nicht möglich.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass der Anteil betroffener Frauen im Einzugsgebiet der Klinik wesentlich höher sein dürfte, denn nach Müller und Schröttle nimmt nur etwa jede fünfte Frau nach einer Gewalterfahrung medizinische Hilfe in Anspruch (Müller u. Schröttle 2004). Ergebnissen einer Befragung

niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Berlin zum Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen in ärztlichen Praxen zur Folge nahmen Gynäkologinnen und Gynäkologen sexuelle Gewalt signifikant häufiger wahr (66,7%) als Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen (23,2%) (Mark 2001).

Demnach ist es notwendig bei der gynäkologischen Untersuchung eine Sensibilisierung der Ärzteschaft für das Thema vorzunehmen. Diese möglicherweise fehlende Beachtung von sexueller Gewalt im Rahmen eines Arzt-Patientinnen-Kontaktes liefert eine mögliche Erklärung für die geringe Fallzahl der gynäkologisch untersuchten Opfer von Gewalt im UKD.

Des Weiteren gaben die meisten niedergelassenen Ärzte (signifikant darunter alle befragten Gynäkologen) an, dass die Ansprache der Gewaltproblematik im Rahmen der Untersuchung davon abhängt, wie gut man die Patientin kennt (Mark 2001). Ergänzt durch die eher unpersönliche Beziehung von notfallmäßig aufgesuchtem Klinikarzt und Patientin und vor dem Hintergrund wechselnder betreuender Ärzte liegen somit zwei weitere mögliche Gründe für die hier erhobene geringe Fallzahl vor.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die offenbar seltene Identifikation von Gewalttaten durch die Ärzteschaft ist auch in der Haltung des Opfers zu suchen. Im Rahmen einer bereits 1997 durchgeführten Befragung von Frauen, die von ihrem Partner misshandelt worden waren, gaben 36% an, den Tatbestand dem behandelnden Arzt nur bei einer direkten Ansprache zu bestätigen, nur 25% würden es auch ohne Ansprache selbst äußern und 11% würden den Vorfall trotz einer Befragung nicht angeben (Mark 2001). Vor diesem Hintergrund ist es essentiell, dass die Ärzte Hinweise auf ein mögliches Gewalterleben der Patientinnen wahrnehmen und dies als Verletzungsursache erwägen, da betroffene Frauen beispielsweise oft aus Scham nicht selbst von der erlebten Gewalt berichten (Ritz-Timme u. Graß 2009). Im Verdachtsfall sollten sie die Frauen ansprechen und ermutigen, über ihre Erfahrungen zu sprechen (Blättner et al. 2008).

Da seitens der Staatsanwaltschaft keine Angaben zur Gesamtzahl von im Jahre 2004 erfassten Gewalttaten im Allgemeinen vorlagen, konnte der prozentuale Anteil der Delikte mit dem Hintergrund „sexuelle Gewalt“ an allen Gewaltdelikten nicht bestimmt werden. Von den 294 staatsanwaltschaftlichen Akten die der Thematik der Dissertation entsprachen, lag der Prozentsatz der auswertbaren Akten bei 41,8%. Analog zur Datenlage in der Gynäkologie ist eine abschließende Aussage zur tatsächlichen Fallzahl nur eingeschränkt möglich, wobei bei beiden Auswertungen ergänzend zu beachten ist, dass der jeweils geringe Anteil von überprüften Fällen meist auf nicht vorhandene Dokumentation im Rahmen von angelegten Akten zum Zeitpunkt der Datenauswertung zurückzuführen war.

Lässt man den lokal festgelegten Aspekt „Raum Düsseldorf“ außer Acht, und erweitert den Fokus auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen, so wurden im Betrachtungszeitraum (Kalenderjahr 2004) 12.503 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung angezeigt. Die Anzahl angezeigter Fälle von Vergewaltigungen und besonders schwerer Fälle sexueller Nötigung (nach §§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB) lag bei 1.886 (Anteil an 12.503 ca. 15%). Die Fallzahl sonstiger sexueller Nötigung nach § 177 Abs. 1 und 5 StGB lag im gleichen Jahr bei 1.506 (Anteil ca. 12%) (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2004). 4 Jahre später wurden 11.861 Strafanzeigen zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Landesgebiet erhoben. Tendenziell war die Fallzahl im Zeitraum 2004 bis 2008 nahezu gleich hoch und die Anzahl jeweiliger Straftatbestände und die Konstellation der Opferstruktur waren ähnlich (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008). Insofern ist davon auszugehen, dass sexuelle Gewalt stetig mit hoher Dunkelziffer vorkommt und vergleichsweise seltener sowohl ärztlich festgestellt als auch zur Anzeige gebracht wird.

5.3 Daten zur geschädigten Person

5.3.1 Alter und Geschlecht

Aufgrund der Tatsachen, dass gynäkologische Akten Gegenstand des ersten Teils der Auswertung waren, und die staatsanwaltschaftliche Auswertung in Analogie erfolgte, sind die betroffenen Personen ausschließlich weiblichen Geschlechts. Da von den 123 erhobenen staatsanwaltschaftlichen Fällen nur ein Fall mit einem männlichen Opfer vorlag (in zwei Fällen lagen keine Angaben vor), liegt die Vermutung nahe, dass vorwiegend Frauen Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung werden, sofern die Besonderheit des sexuellen Missbrauchs von Kindern außen vor bleibt. Diese Vermutung wird durch zahlreiche nationale und internationale Studien bestätigt. Hagemann-White und Bohne zufolge sind mehr als 90% der Opfer häuslicher Gewalt weiblichen Geschlechts (Hagemann-White, Bohne 2003). Weiterhin tritt häusliche Gewalt häufig in Kombination mit sexueller Gewalt auf: nach Ergebnissen der bundesweiten Prävalenzstudie von 2004 lag das Verhältnis von mehrfach sexuell viktimisierten zu den einfach viktimisierten Frauen bei drei Vierteln zu einem Viertel. Dies lässt darauf schließen, dass der Bekanntheitsgrad und die Enge der Beziehung von Opfer und Täter Einfluss auf die Häufigkeit erlebter sexueller Gewaltsituationen haben (Müller u. Schröttle 2004).

In der von der Kölner Rechtsmedizin durchgeführten Studie lag der Frauenanteil der verstorbenen Gewaltopfer bei 62% und bei den Lebendopfern sogar bei 70% (Päsler 2010). Der Anteil weiblicher Opfer an partnerschaftlicher Gewalt lag in einer Untersuchung der Hamburger Rechtsmedizin bei 92% (Seifert et al. 2006 a). Auf das Land Nordrhein-Westfalen bezogen lag der Anteil weiblicher Opfer, die eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung zur Anzeige brachten, bei 94% (2004) bzw. 98% (2008) (Landeskriminalamt 2004 u. 2008). Ergebnissen einer repräsentativen Studie zu häuslicher Gewalt gegen Frauen und Männer der British Crime Survey zufolge ist das weibliche Geschlecht nicht nur in einem höheren Ausmaß, sondern auch häufig in besonders schwererer Form, Gewalt ausgesetzt (Walby u. Allen 2004). Auch in einer irischen Studie zu Gewaltprävalenzen konnte bei Fällen von schwerer körperli-

cher Gewalt und Misshandlung in heterosexuellen Partnerschaften ein erhöhter Frauenanteil bei den Opfern (75%) festgestellt werden (Carmichael 2007).

Weiterhin gibt es wissenschaftliche Arbeiten bezüglich der Lebenszeitprävalenz von Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt wurden. Die in Deutschland durchgeführte Prävalenzstudie (Müller u. Schröttle 2004) gibt eine Lebenszeitprävalenz partnerschaftlicher Gewalt für Frauen von 25% an. Befragungen in Nord-London, sowie Angaben aus Guadalajara (Mexico), Lima (Peru) und der Midland Provinz in Zimbabwe zufolge wurde fast jede vierte Frau Opfer sexueller Gewalt durch ihren Intimpartner (WHO 2003). Vergleichbare Studien aus Großbritannien, Deutschland und den USA, die auf Untersuchungen von Erste-Hilfe-/Notfall-Patientinnen basieren, belegen, dass die Prävalenz, im Laufe des Lebens Opfer mindestens einer Form häuslicher Gewalt (darunter auch sexuelle Gewalt) zu werden, bei 21,7%, 37% bzw. sogar 50% liegt (Boyle u. Todd 2004, Brzank et al. 2004, Abbott et al. 1995).

Bezüglich des Alters der Geschädigten wichen die Ergebnisse der gynäkologischen und staatsanwaltschaftlichen Auswertung voneinander ab. Die Ergebnisse der Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten ergaben, im Gegensatz zu den gynäkologischen Dokumenten, kaum Fälle von Kindesmisshandlung. Diese Feststellung kann nicht an der gesonderten rechtlichen Betrachtung dieser liegen, da auch Fälle nach §182 (zu sexuellem Missbrauch von Personen unter 18 Jahren) zu den ausgewählten Verfahren zählten.

Der Anteil misshandelter Frauen unter 18 Jahren lag bei den staatsanwaltschaftlich verzeichneten Fällen bei 21,7%, wohingegen dieser Anteil bei den gynäkologisch erfassten Patientinnen doppelt so hoch war (54,5%). Lediglich anhand der Akten der Staatsanwaltschaft konnte ein prädisponierendes Alter der Opfer sexueller Gewalttaten ermittelt werden, da die Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren (33,3%) mit Abstand am häufigsten zu Betroffenen wurden. Der Altersdurchschnitt lag wiederum bei beiden Auswertungen in der Altersgruppe

der jungen Erwachsenen (20,4 bzw. 28,6 Jahre). Die Tatsache, dass bei den staatsanwaltschaftlichen Akten Frauen im Alter zwischen 14 und 40 Jahren 80% der Opfer ausmachten, lässt den Schluss zu, dass mehrheitlich Frauen im jugendlichen bis mittleren Erwachsenenalter Übergriffe anzeigen. Zu vergleichbaren Ergebnissen führten auch die Studie aus Köln: die Mehrheit der Betroffenen war zum Zeitpunkt der Tat volljährig. Bei den Begutachtungen lebender Frauen lag der Altersdurchschnitt bei 28 Jahren, der Anteil von Geschädigten unter 18 Jahren lag bei 72% (Päsler 2010). Bezogen auf das Gebiet Nordrhein-Westfalen lag der Anteil nicht volljähriger Betroffener (hier Personen unter 21 Jahren; bei der Staatsanwaltschaft unter 18 Jahren) bei ca. 42% (2004 und 2008)(Landeskriminalamt 2004 u. 2008).

5.3.2 Nationalität

Aussagen zur Thematik „Nationalität“ konnten nur mittels der staatsanwaltschaftlichen Akten getroffen werden, wobei auch hier in 16,4% der Fälle keine Angaben zur Herkunft des Opfers vorlagen. Von den 100 Opfern mit bekannter Nationalität waren 79 deutscher und 21 ausländischer Staatsbürgerschaft; demnach waren circa vier von fünf Frauen deutscher Nationalität. Vergleicht man diese Zahlen mit den Bevölkerungsdaten von Düsseldorf (Stand 31.12.2007), so waren 255.210 der insgesamt 305.081 (83,7%) in Düsseldorf zu diesem Zeitpunkt lebenden Frauen deutscher Herkunft. Der Anteil ausländischer Bürger lag mit 100.572 bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 585.054 Bürgern bei 17,2% (http://www.duesseldorf.de/statistik/d_ueberblick/gesamt.shtml#Bevoelkerung, Stand 03.04.2011). Studien des BMFSFJ zeigen deutlich, dass die Nationalität des Opfers durchaus mit der Prävalenz, Häufigkeit und Schwere von Gewalttaten zusammenhängt. Türkische und osteuropäische Frauen wurden im Nationalitätenvergleich häufiger Opfer, und die Verletzungen entstammten schwererer und bedrohlicherer Gewaltformen. Der Anteil von Opfern sexueller Gewaltformen an den Befragten innerhalb einer Nationalität lag bei 54% der Flüchtlingsfrauen in Deutschland, 38% der Türkinnen, 25% der deutschen Frauen und 25% der Osteuropäerinnen (Müller u. Schröttle 2004). Neueren Analysen nach waren

Türkinen doppelt so häufig von körperlicher/sexueller Gewalt betroffen wie deutsche Frauen (Schröttle u. Khelaifat 2008). Allerdings ist an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass ein direkter Vergleich der Daten nicht möglich ist, da es sich bei beiden Studien des BMFSFJ um Gemeindestichproben handelte, die vorliegende Arbeit ebenso wie die aus Köln aber retrospektive Fallanalysen sind.

Es darf allerdings gemutmaßt werden, dass insbesondere nicht deutsche Frauen noch seltener zum Arzt oder zur Polizei gehen als deutsche Frauen, da sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren zu unterstellen sind.

5.3.3 Konsumverhalten und Vorerkrankungen

Die Auswertungen der staatsanwaltschaftlichen Akten enthielten - im Gegensatz zu den gynäkologischen Akten - Hintergrundinformationen zu den an der Gewalttat beteiligten Personen. Bei 21 Betroffenen aus der Gruppe der Geschädigten (17,5%) war bekannt, dass sie aus schwierigen Verhältnissen stammten oder psychisch bzw. physisch erkrankt waren. Weiterführende Erkenntnisse konnten durch die Überprüfung der Akten der Staatsanwaltschaft in Bezug auf ein eventuelles Konsumverhalten seitens des Opfers gesichert werden: bei 31,7% der Opfer war bekannt, dass sie zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss standen. Dass Frauen zu dieser Zeit durch Drogen oder Medikamente beeinflusst waren, ging nur aus 3,3% der Akten hervor. Ein chronischer Substanz- bzw. Alkoholmissbrauch wurde jeweils in 5,8% der Fälle dokumentiert. Die gynäkologischen Akten enthielten in 75,8% keine Angaben zum Vorliegen eines bestehenden Alkohol- oder Drogenproblems. Nach Aktenlagewaren 9,1% akut alkoholisiert und in doppelt so vielen Fällen wurde ein chronischer Alkoholkonsum schriftlich festgehalten. Die Höhe der Blutalkoholkonzentration ist nur in Einzelfällen bestimmt worden.

Im Rahmen der in Köln durchgeführten Untersuchungen der Rechtsmedizin lagen ebenfalls nur lückenhafte Angaben zum Konsumverhalten vor, wobei auch hier die Blutalkoholkonzentration nicht regelhaft erfasst worden ist. Aller-

dings stellte sich heraus, dass der Konsum von Alkohol hauptsächlich durch weibliche Opfer erfolgte (Päsler 2010). Auch diese Ergebnisse lassen einen Zusammenhang zwischen selbstschädigendem Verhalten im Zuge des Alkoholkonsums und dem Gewalterleben erkennen. Hagemann-White und Kavemann benennen den Alkohol als „das häufigste den Handlungsspielraum begrenzende Problem“ (Hagemann-White u. Kavemann 2004). Mehrere internationale Studien zu dieser Thematik wurden von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und Drogenproblematik ausgewertet, nach deren Untersuchungsergebnissen eine häufige Feststellung von Alkohol beim Gewaltopfer (17-70%) gefunden werden konnte (Maffli u. Zumbrunn 2001).

Schließlich lässt der vornehmliche Konsum von Alkohol den Schluss zu, dass eine bestehende Suchtproblematik als Auslöser oder Folge von Gewalterfahrungen eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Im ärztlichen Kontakt sollte vermehrt auf den Aspekt von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum eingegangen werden, speziell auch unter dem Aspekt eines möglichen Einsatzes von so genannten K.O.-Mitteln.

5.4 Daten zur beschuldigten Person

Da bei der gynäkologischen Untersuchung der Fokus auf Seiten des Opfers lag, waren aus diesem Teil der Datenauswertung kaum Basisinformationen zur Person des Täters aus den Akten zu extrahieren. Aussagen zu diesem Punkt beziehen sich daher – falls nicht anders erwähnt – nur auf die Ergebnisse der staatsanwaltschaftlichen Falldokumentation, die ihrem Auftrag gemäß auch die Angaben zu möglichen Tatverdächtigen in den Blick nimmt.

5.4.1 Alter und Geschlecht

Den ausgewerteten gynäkologischen Daten nach waren 92% der Täter männlichen Geschlechts, den staatsanwaltschaftlichen Akten nach sogar 100%. Der Anteil männlicher Täter überwog so insgesamt deutlich.

Fast die Hälfte aller Täter staatsanwaltschaftlich geführter Fälle (47,5%) war im Alter zwischen 30 und 50 Jahren; jugendliche Täter (< 18 Jahren) machten nur einen Anteil von 9,2% aus. Etwas häufiger, mit je 11,7%, gehörten die Beschuldigten den Altersklassen 18 bis 25 und 50 bis 60 Jahre an.

Ergebnissen des Berichtes zur Kriminalitätsentwicklung in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahre 2008 nach war landesweit gesehen ca. jeder dritte Tatverdächtige erwachsen (Landeskriminalamt 2008). Der nach Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten gewonnene Eindruck, dass die Täter meistens erwachsen sind, kann hiermit verstärkt werden.

Die ergänzende Betrachtung der Kölner Untersuchungsergebnisse liefert einen Anteil von 80% der lebenden Frauen, die Opfer eines männlichen Täters wurden (Päsler 2010). Im Rahmen der klinisch-rechtsmedizinischen Analyse von Verletzungsmustern in Hamburg lag der Anteil männlicher Täter bei 91% (Seifert et al. 2006 a). Diese Ergebnisse lassen zusammen mit denen der Auswertung gynäkologischer und staatsanwaltschaftlicher Datensätze den Schluss zu, dass gewalttätige sexuell motivierte Übergriffe an Frauen erwartungsgemäß durch Männer verübt werden.

5.4.2 Nationalität

Der Anteil der Beschuldigten mit deutscher Nationalität lag bei 57,5% und der ausländischer Beschuldigter bei 31,7%. Der Anteil deutscher Täter war in den Düsseldorfer Auswertungen wesentlich niedriger als beispielsweise bei Ergebnissen der WiBIG (= Wissenschaftliche Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt), in denen 89% der angreifenden Personen deutsche Staatsbürger waren (Hagemann-White und Kavemann 2004).

In Köln erwies sich die Ermittlung der Staatsangehörigkeit des Täters ebenso wie bei den Auswertungen in Düsseldorf als schwierig, da auch dort der Schwerpunkt der Auswertung bei den Opfern lag. In den Fällen, in denen die Nationalität des Beschuldigten bekannt war, war der Täter meistens deutscher Staatsbürger (Päsler 2010).

5.4.3 Konsumverhalten und Vorerkrankungen

Nach Aktenlage stammten 39 aller Beschuldigten (32,5%) aus so genannten schwierigen Verhältnissen oder waren psychisch bzw. physisch erkrankt. Den Missbrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen bzw. Medikamenten betreffend ließ sich feststellen, dass 29,2% der Täter zum Zeitpunkt der Tat alkoholisiert waren und bei 11,7% ein chronisches Alkoholproblem dokumentiert wurde. Damit lagen die Ergebnisse des Datenbestandes staatsanwaltschaftlicher Akten in Bezug auf Daten aus dem Jahre 2008 im landesweiten Durchschnitt (32%) Nordrhein-Westfalens (Landeskriminalamt 2008). Der Anteil akut bzw. chronisch Drogen-konsumierender Patienten lag bei 2,5 bzw. 4,2%.

Sofern bei den Kölner Untersuchungen Angaben zum Konsumverhalten des Täters vorhanden waren, ließ sich meistens der Konsum von Alkohol feststellen. Bei den durch Männer verübten Gewalttaten lag der Anteil derer, die sich in Zusammenhang mit Alkoholgenuss ereigneten, bei 18% bei den lebenden Opfern (bei den verstorbenen belief sich der Anteil der Täter unter Alkoholeinfluss sogar auf 29%) (Päsler 2010).

Nach Anders et al. kommt es unter Alkohol zur Zunahme der Intensität und Frequenz von Gewalttaten (Anders et al. 2006). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kam im Rahmen seiner Prävalenzstudie im Jahre 2004 zu dem Ergebnis, dass die Gewalttäter in 50-55% der Fälle zum Zeitpunkt der Tat unter dem Einfluss von Alkohol- bzw. Drogen standen (Müller et al. 2004). Vier Jahre später konnte bei der Sekundäranalyse festgestellt werden, dass es unter erhöhtem Alkoholkonsum seitens männlicher Beziehungstäter doppelt so häufig zu sexuellen/körperlichen Übergriffen kam. Ein erhöhter Konsum von Alkohol seitens des Täters war bei der Ausübung von Gewalt außerdem insofern relevant, als dass der Anteil schwerer Misshandlungen an den Gewalttaten unter Alkohol höher lag als bei den Fällen, die sich nicht in Zusammenhang mit einer Alkoholproblematik ereigneten (Schröttle u. Ansorge 2008).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Alkoholabusus seitens des Täters ein relevantes Themengebiet im Zusammenhang mit der Verübung häuslicher/sexueller Gewalt darstellt. Oft wird die Beziehung zum Täter auf-

rechterhalten, da das Opfer Hoffnung auf eine Minderung des Alkoholkonsums und somit eine Besserung der Problematik hat (Hagemann-White u. Kavemann 2004). Hierin mag auch ein Grund für die geringe Offenbarung im Arztkontakt bzw. für die geringe Anzeige-Rate gesehen werden.

5.5 Beteiligte und Motivlage

5.5.1 Geschlechterkonstellation

Da bei beiden vorgenommenen Datenerhebungen ausschließlich weibliche Opfer im Fokus standen, lassen sich zum Themengebiet „Geschlechterkonstellation“ nur Aussagen zu dem Geschlecht des Täters bei weiblichen Opfern sagen. Da nach Aktenlage der Staatsanwaltschaft 100% der Beschuldigten männlich waren, und der Anteil von Männern laut gynäkologischer Aktensubstanz bei mindestens 69,7% lag (bei 24,2% keine Angaben), lässt dies die Aussage zu, dass Gewalttaten an Frauen in der überwiegenden Mehrheit von Männern verübt werden. Dies bestätigen auch andere Untersuchungen, zum Beispiel wie die zuvor schon erwähnte irische Studie, bei der ein Geschlechterverhältnis von 75% weiblichen zu 25% männlichen Opfern in einer heterosexuellen Partnerschaft ermittelt wurde.

5.5.2 Opfer-Täter-Beziehung

Die klinische Fallauswertung ließ in einem Drittel der Fälle keine Aussage zur Täter-Opfer-Beziehung zu. In den Fällen, in denen Informationen zum Verhältnis zwischen Geschädigter und Beschuldigtem vorlagen, war der Täter dem Opfer fast gleichhäufig völlig unbekannt wie bekannt. War der Täter bekannt, so war es zu gleichen Teilen der (Ex-)Partner, ein Verwandter oder ein entfernter Bekannter. Auch bei den in Köln erfassten Gewalttaten waren innerfamiliäre und partnerschaftliche (Ex-Partner mit einbezogen) Gewalt gleichhäufig vertreten. Der Anteil von Frauen, die Gewalt durch ihren (Ex-)Partner erfahren hatten, lag bei 86% (Päsler 2010). Sowohl die Kölner Studie (Päsler 2010), als auch die Prävalenzstudie des BMFSFJ (Müller et al. 2004) hatten zum Ergebnis, dass

Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche (ehemalige) Beziehungspartner ist.

Bei der Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten stellt sich ein gegenteiliges Bild dar, da hier nur 15,8% der Opfer dem Täter nicht bekannt waren. Mehrheitlich stammte der Angeklagte (42,5%) aus dem Bekanntenkreis des Opfers. Lebenspartner und Ex-Partner der Opfer wurden nahezu gleich häufig beschuldigt (16,7% bzw. 15,8%), der eigene Freund wurde nur in 5,0% genannt. Dies zeigt, dass die Gewalttaten häufiger durch Bekannte des Opfers verübt wurden (43,5%) als durch frühere oder aktuelle Partner (37,5%).

Beide im Zusammenhang dieser Dissertation durchgeführten Auswertungen lassen die Deutung zu, dass der Ex-Partner eine ebenso große Rolle bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung einer Frau spielt, wie der aktuelle Partner. In der Kölner Analyse lag der Anteil an partnerschaftlichen Übergriffen durch den Ex-Partner zwar nur bei 16% (Päsler 2010), zeigt dennoch die nicht zu vernachlässigende Rolle des früheren Partners auf. Der Aspekt des „Beziehungskonfliktes“ ist folglich ein wichtiger Aspekt der Untersuchung.

Diese Annahme lässt sich weiterhin durch rechtsmedizinische Untersuchungen vorsätzlicher Tötungsdelikte in der Schweiz stützen, deren Ergebnis zufolge Lebenspartner des Opfers den größten Anteil unter den Tätern darstellen (Curchod-Fernandez, La Harpe 2001). Basierend auf einer Analyse kriminalpolizeilicher Ermittlungsakten versuchter und vollendeter Tötungsdelikte in einem Regierungsbezirk Nordrhein-Westfalens, konnte in ca. 60% aller Fälle der frühere oder aktuelle Ehe- oder Lebenspartner des Opfers als Täter ausfindig gemacht werden (Herbers et al. 2007).

Der polizeilichen Kriminalstatistik des Betrachtungszeitraumes (2004) ist zu entnehmen, dass bei 65% der 1.885 Opfer einer Vergewaltigung oder besonders schweren sexuellen Nötigung eine Verwandtschaft oder Bekanntschaft des Opfers zum Tatverdächtigen bestand; aktuelle sowie frühere Ehe-/Lebenspartner wurden hier berücksichtigt (Landeskriminalamt 2004). Im Jahre 2008 lag der Anteil der durch Verwandte oder Bekannte verübten Taten mit ca. 59% geringfügig niedriger. Der Anteil von aktuellen Partnern (Eheleute und Lebensgefährten) an allen Fällen besonders schwerer sexueller Nötigung (1.605)

lag bei ca. 16%, ehemalige (Ehe-)Partner hatten einen Anteil von nahezu 9% daran (Landeskriminalamt 2008). Auch an dieser Stelle konnten die Ergebnisse dieser Arbeit mit denen der Analysen des Landeskriminalamts Nordrhein-Westfalen in Einklang gebracht werden.

Weltweit gesehen zählen häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung unabhängig von der sozialen Schicht zu den wesentlichen Gesundheitsrisiken von Frauen. Schätzungen zufolge kamen beispielsweise im Jahr 2000 weltweit ca. 520.000 Menschen (8,8 pro 100.000 Menschen) durch zwischenmenschliche Gewalt ums Leben (WHO 2003).

Abschließend ist festzustellen, dass das persönliche Verhältnis zwischen Opfer und Täter sowohl für eine zurückhaltende Äußerung im ärztlichen Gespräch als auch für ein zurückhaltendes Anzeigeverhalten zu Lasten des bekannten Täters als Ursache gesehen werden kann und somit die Dunkelzifferproblematik erklären kann.

5.5.3 Tatmotiv

Da die Ergiebigkeit der Datenbestände aus der Gynäkologie zum Punkt Tatmotiv bei den gynäkologischen Akten nur sehr gering war, wird an dieser Stelle der Blick der Auswertung auf die staatsanwaltschaftlichen Akten gerichtet werden.

Die Tatsache, dass Konflikte zwischen (früheren) Partnern bei jedem dritten angezeigten Delikte als Motiv der Tat benannt wurden, stellt die wichtige Rolle interpersoneller Beziehungen im Gefüge von Gewalt heraus. Allerdings nehmen derartige Problematiken erst mit zunehmendem Alter diese Bedeutung ein (bei 25,5% im Alter von 18 bis 30 Jahren, bei 51,2% im Alter über 30 Jahren). Laut staatsanwaltschaftlicher Aktenlage birgt ein Beziehungskonflikt gegenüber rein sexuell motivierten Taten eine erhöhte Gefahr für das Erleben seelischer Gewalt (80,6% gegenüber 47,4%).

Auch im Bezug auf die Wiederholung von Gewalttaten konnte eine Korrelation festgestellt werden: 88,9% der Taten mit ursächlichem Beziehungskonflikt hatten Wiederholungscharakter. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass eine konfliktreiche Beziehung offensichtlich große Gefahr eines wiederholten Gewalterle-

bens birgt. Weiterhin ist dies als Risiko für das Erleiden schwerer Verletzungen einzuschätzen, da mit der Zeit nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Intensität der Gewaltausübung in Partnerschaften zunimmt und es demnach häufiger zu schweren körperlichen Verletzungen kommt (Müller et al. 2004, Schröttle u. Ansorge 2008). Die erhöhte Gefahr, die von Wiederholungstaten ausgeht, macht deutlich, dass der Prävention dieser eine große Bedeutung zukommt. Polizisten, Ärzte und Vertreter entsprechender Anlaufstellen sind gefordert, die Gewaltsituation zu entschärfen, sei es durch Wegweisungen der Ermittlungsbehörde, die Unterbringung der Opfers in einem Frauenhaus oder durch andere Hilfsangebote. Dass der Tag nach dem Ereignis für ein entsprechendes Gespräch mit dem Opfer besser geeignet sei als der Tag des Ereignisses selbst, konnte durch eine Polizeibehörde in NRW festgestellt werden (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2004)

Während es bei sexuell motivierten Taten und solchen vor dem Hintergrund interpersoneller Probleme von Täter und Opfer mehrheitlich zum Sexualdelikt kam (96,5% bzw. 88,9%), wichen die Sonderformen der häufigsten Deliktarten voneinander ab: bei angegebenen Beziehungskonflikten wurde häufiger der vaginale Geschlechtsverkehr genannt als die manuelle (genitale) Manipulation (27,4% gegenüber 19,4%). Anders kam es bei sexuell motivierten Taten unabhängig davon, in welchem Verhältnis Täter und Opfer miteinander standen, offensichtlich häufiger zur manuellen Manipulation (45,6%) als zum vaginalen Geschlechtsverkehr (27,8%).

Auch in der Kölner Studie stellte sich ein bestehender Beziehungskonflikt als führende Problematik bei häuslichen Gewalttaten heraus. Der familiäre Konflikt war am zweithäufigsten Hintergrund der Tat, noch vor dem sexuellen Motiv (Päsler 2010).

Für den Arzt-Patientenkontakt ergibt sich aus diesen Ausführungen die Sinnhaftigkeit einer offenen Nachfrage zu möglicherweise bestehenden Beziehungskonflikten, die bei jedweder, auch nur angedeuteten Bejahung die ärztliche Aufmerksamkeit auf mögliche Zeichen für Gewalterleben und weiteres sensibles Nachfragen lenken sollte.

5.6 Setting des Geschehens

5.6.1 Tatort

Sowohl die Auswertung der Akten der Gynäkologie als auch die der Datenbestände der Staatsanwaltschaft ergaben die häusliche Umgebung als ‚Haupttatort‘ von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Aus den gynäkologischen Akten war lediglich in circa der Hälfte der Fälle (51,5%) der Ort des Geschehens zu eruieren, wobei in diesen Fällen mit 58,8% die häusliche Umgebung öfter genannt als der öffentliche Raum (35,3%).

Die angezeigten Delikte, bei denen in 96,7% ein Tatort ausgemacht werden konnte, hatten ebenfalls mit überwiegender Mehrheit (60,0%) die Umgebung von Opfer und/oder Täter als Schauplatz der Gewalt; der öffentliche Raum hingegen spielte auch bei dieser Fallauswertung eine untergeordnete Rolle (28,3%).

Entsprechend der Tendenz der zur Anzeige gebrachten Delikte nahm mit höherem Alter die Bedeutung der häuslichen Umgebung als Tatort sexueller Straftaten zu: so entsprach die Wohnung von Täter und/oder Opfer bei den 14- bis 18-Jährigen bei 40,9%, den 18- bis 30-Jährigen bei 51,0% und den über 30-Jährigen bei beachtlichen 83,7% dem Tatort.

Die im Umfeld des Opfers bzw. des Täters begangene Tat wurde häufiger durch entfernt bekannte Personen (43,1%) verübt als durch aktuelle (23,6%) oder frühere (19,4%) Partner. Im Umkehrschluss ließ sich feststellen, dass die meisten durch den Lebenspartner verübten Taten zuhause stattfanden (85,0%). Der Fallauswertung der Gynäkologie nach fanden alle durch Lebenspartner (und Verwandte ersten Grades) verübten Gewalttaten im Wohnbereich eines/beider Beteiligten statt.

Der Arbeitsplatz hingegen war bei den hier angezeigten Gewalttaten nicht prädisponierend (in 4,2% der Fälle als Tatort benannt); im Rahmen der Fallauswertung gynäkologischer Akten wurde er in keinem Fall erwähnt.

Im Allgemeinen ging aus den Dokumenten zu angezeigten Delikten hervor, dass bekannte Personen öfter im häuslichen Umfeld als im öffentlichen Raum gewalttätig wurden (31 gegenüber 15 Fällen) und bei unbekanntem Täter ent-

gegengesetztes Verhalten erhoben werden konnte (fünf in der häuslichen Umgebung, elf im öffentlichen Raum). Aus dieser Fallauswertung waren weitere Erkenntnisse über den Raum der häuslichen Umgebung als Tatort zu gewinnen: während es hier in 81,9% zu körperlicher und 52,8% seelischer Gewaltausübung kam, wurde im öffentlichen Raum die körperliche Gewalt nahezu ebenso häufig benannt (76,5%), die seelische Gewalt allerdings seltener als bei den zuhause verübten Taten (20,6%). Den gynäkologischen Akten nach fand sowohl körperliche als auch seelische Gewalt am häufigsten im häuslichen Umfeld statt.

Weiterhin zeigten die im privaten Umfeld erfolgten Übergriffe am häufigsten Wiederholungscharakter (55,6% der Taten in der häuslichen Umgebung).

Mit 55,8% war das Sexualdelikt in der häuslichen Umgebung die am häufigsten vorgefundene Konstellation der angezeigten Sonderform einer sexuellen Gewalttat an einem bestimmten Ort – gefolgt von der sexuellen Nötigung (28,3%) und der manuellen (genitalen) Manipulation an demselben Ort. Auch die in der Gynäkologie untersuchten Sexualdelikte fanden am häufigsten (34,6%) in der häuslichen Umgebung statt.

Zusammengefasst lassen diese Ergebnisse darauf schließen, dass die häusliche Umgebung von Opfer und/oder Täter einen offensichtlich schützenswerten Raum darstellen, da es für die Gewaltausübung durch den Täter präferiert wird.

Gestützt wird diese These durch die rechtsmedizinischen Untersuchungen in Köln (Päsler 2010), bei denen die betrachteten Fälle von Gewalt mehrheitlich in der häuslichen Umgebung des Opfers (17%), des Täters(2%) oder beider (50%) stattgefunden haben. Durch die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Prävalenzstudie aus dem Jahre 2004 kann die besondere Bedeutung der häuslichen Umgebung als vornehmlicher Ort der Gewalt zusätzlich herausgehoben werden. Hier war bei je ca. 70% der Frauen mit erlebter körperlicher oder sexueller Gewalt die eigene Wohnung Ort der Gewalttat (Müller u. Schröttle 2004). Vor diesem Hintergrund gewinnt das Gewaltschutzgesetz an Bedeutung, da es seit dessen Inkrafttreten möglich ist, beispielsweise im Falle einer gemeinsamen Wohnung den Täter auf bestimmte Zeit dieser zu verweisen. Schröttle und Ansorge konnten im Rahmen ihrer Un-

tersuchungen ermitteln, dass es bei zwei Dritteln der Gewalttaten zu Wiederholungen kam (Schröttle u. Ansorge 2008).

In diesem Kontext ist auch bedeutsam, dass gerade ein Übergriff, eine Verletzung der Privat- bzw. Intimsphäre des Opfers für die betroffene Frau besonders traumatisierend ist, da weder von Seiten eines Partners noch in privaten Räumen in der Regel ein solcher Übergriff zunächst erwartet werden kann.

5.6.2 Tatzeit

Bei der Betrachtung der Verteilung der Vorfälle über die Monate hinweg ist zu beachten, dass diese sich nicht auf das alleinige Kalenderjahr 2004 bezieht. Vor allem die zur Anzeige gebrachten gewalttätigen Übergriffe lagen in vereinzelt Fällen bereits einige Monate bis Jahre zurück, da das Opfer erst zu diesem Zeitpunkt den Entschluss fassen konnte, Anzeige zu erstatten.

Während die erste Auswertung (Gynäkologie) keine saisonale Häufung der betrachteten Gewalttaten aufwies, lies die zweite Auswertung ein vermehrtes Vorkommen in den Monaten Mai bis Juli (insgesamt 44,2%) erkennen. Ein Doppel-Peak im Februar – eventuell durch Karneval bedingt - sowie nachfolgend im Frühling grob bis zum Beginn der Sommerferien lässt darauf schließen, dass sich zu Jahreszeiten, in denen sich das Leben mehr nach draußen verlagert, mehr Sexualdelikte vorkommen.

Hinsichtlich des Wochentages war den gynäkologischen Akten nach (allerdings lagen in ca. 40% keine Angaben vor) in elf von 20 Fällen mit bekanntem Tag (55,0%) der Vorfall an einem Wochenende passiert (33,3% aller Fälle). Unter der Woche (45,0% bezogen auf die Fälle mit bekanntem Tag; 27,3% aller Fälle) war die Verteilung - mit Ausnahme des Freitags an dem keine Tat verzeichnet war - ausgeglichen. Ähnliche Ergebnisse lieferte die staatsanwaltschaftliche Auswertung, nach der sich 35,8% der Fälle am Wochenende ereigneten. 60% der Fälle fanden unter der Woche statt, wobei auch hier die Verteilung über die Wochentage gleichmäßig ausfiel. Allerdings konnte hier der Sonntag mit Abstand am häufigsten (23,3%) als Tag der Tat ausgemacht werden. Die Tatsache, dass bei beiden Auswertungen das Wochenende vornehmlicher Tatzeitraum

war, legt die Vermutung nahe, dass sich Opfer und Täter in dieser Zeit häufiger bzw. länger sehen und es tendenziell eher zur Austragung von Konflikten kommt, als unter der Woche.

Auch die Gewaltdelikte ohne Todesfolge, die Gegenstand von rechtsmedizinischen Untersuchungen in Köln waren, fanden überdurchschnittlich oft in der Zeit von Freitag bis Sonntag statt, wobei sich allein 29% der Fälle an Samstagen ereigneten. Eine tageszeitliche Häufung der Vorkommnisse lies sich allerdings nicht erkennen (Päsler 2010).

Ein Trend hinzu einer präferierten Uhrzeit lässt sich aus den gynäkologischen Akten nur schwer erfassen, da nur aus 13 Akten der genaue Zeitpunkt der Tat aus den Dokumenten zu extrahieren war. Am häufigsten wurde (von fünf Frauen) der Zeitraum von 18 bis 24 Uhr genannt. Dies ging auch aus der Auswertung der Akten der Staatsanwaltschaft hervor, bei der 77,5% der Datensätze nutzbare Angaben enthielten: 23,3% der Gewalttaten wurden im genannten Zeitraum zwischen 18 bis 24 Uhr verübt, allerdings dicht gefolgt von Taten in der Zeit zwischen 12 und 18 Uhr (21,7%). Beide Auswertungen lassen das Fazit zu, dass es vornehmlich in den späten Abendstunden zu entsprechenden Gewalttaten kommt.

Insgesamt ist der geringe Informationsgehalt, der aus den gynäkologischen Akten hervorging, als problematisch zu erachten, da eine detaillierte gewaltbezogene Anamnese offenbar nicht regelmäßig erhoben wurde. Sofern die betroffene Person bereits eine polizeiliche Anzeige erstattet hat, erfolgt in deren Kontext eine Befragung zu den Tatumständen und im ärztlichen Kontext kann darauf verzichtet werden, eine eigenständige Erhebung durchzuführen, zumal eine Retraumatisierung des Opfers durch eine Befragung natürlich zu beachten wäre. Dennoch ist es oft wichtig, dass sich die ärztliche Untersucherin, der Untersucher ein Bild über ein mögliches Geschehen machen kann, um die Untersuchung und die Suche nach möglichen Spuren daran auszurichten. Wurde noch keine Anzeige erstattet, kann die wortwörtliche Wiedergabe des Geschehens, nach behutsamer Befragung, und die Dokumentation der psychischen Befindlichkeit des Opfers für den weiteren Verlauf, z.B. bei späterer Anzeigenerstattung, durchaus beachtlich unterstützen. Insofern sei auch in diesem Kontext

auf die ärztliche Verantwortung in der Anamnese und Befunddokumentation hingewiesen.

5.7 Medizinische Versorgung

5.7.1 Versorgung in der Gynäkologie der Universitätsklinikums Düsseldorf

Von den in der gynäkologischen Auswertung betrachteten Opfern hatten ein Drittel vor der Vorstellung in der Gynäkologie der Universitätsklinik bereits einen anderen Arzt konsultiert. Acht der elf hier angesprochenen Geschädigten wurden in einer anderen Abteilung des Universitätsklinikums untersucht, mit einer Ausnahme alle in der Kinderklinik.

Unter den 37 angezeigten Gewalttaten mit Verdacht auf Vergewaltigung, in der Opfer und/oder Täter in Kontakt mit medizinischem Personal kamen, waren 16 Frauen Patientin einem nicht der Universität angeschlossenen Krankenhaus, neun wurden an der Universitätsklinik Düsseldorf behandelt und acht suchten einen niedergelassenen Arzt auf. Von zwölf Frauen war eine gynäkologische Untersuchung nach Aktenlage bekannt.

Da die Untersuchung eines Opfers nach sexuellem Gewalterleben durchaus mit einem den üblichen Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung übersteigenden Maß an Zeit und Aufwand verbunden ist, in der Regel aber insgesamt selten einen Arzt oder eine Ärztin in den jeweiligen Dienstzeiten „trifft“, wird die Einhaltung einer gewissen Systematik zur Kompensation der oft für diese Fälle fehlenden Routine um so wichtiger. Die bereits erwähnten Untersuchungsleitfäden sollten daher weitere Verbreitung und Beachtung finden. Diesbezüglich wäre eine Unterstützung von ärztlicher und polizeilicher Seite wünschenswert.

5.7.2 Zugangsweg

Bei den Ergebnissen der klinischen Fallauswertung ist zu beachten, dass nur Opfer, die in der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf vorstellig wurden, betrachtet wurden. Zur Untersuchung kamen die Frauen meistens aus eigenem Antrieb (42,4%) und etwas seltener im Auftrag der Poli-

zei (36,3%; bei den übrigen 21,2% waren keine entsprechenden Informationen gegeben). Bei den angezeigten Delikten (staatsanwaltschaftlicher Akten) lagen in nur 17,5% Informationen über den Zugangsweg zur ärztlichen Untersuchung vor. Hier kamen die Opfer mehrheitlich im Auftrag der Polizei (14 von 21 Fällen) und seltener privat (fünf von 21 Fällen). Die Unterschiede, die die Ergebnisse beider Datenerhebungen liefern, lassen sich sicherlich darauf zurückführen, dass nicht alle Opfer angezeigter Delikte einer medizinischen Untersuchung unterzogen wurden, andersherum nicht alle untersuchten Opfer das Gewalterleben zur Anzeige brachten.

In der Kölner Studie (Päsler 2010) zeigte sich im Gegensatz zur klinischen Situation in Düsseldorf ein deutlich höherer Anteil von Patientinnen (56%), deren rechtsmedizinische Untersuchung von der Polizei oder der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben wurde. Aus eigenem Antrieb kamen 26% der Patientinnen. Diese Ergebnisse sind eher mit denen der staatsanwaltschaftlichen Auswertung in Einklang zu bringen, in denen zwei Drittel der Patientinnen durch die Polizei die Klinik aufsuchten und nur ein Drittel selbst um die Attestierung erlittener Verletzungen bat.

Generell sind zur Inanspruchnahme medizinischer Leistung in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen folgende Daten erhoben worden: von den mehr als 10.000 in Deutschland befragten Frauen hatte jede fünfte, die von körperlicher/sexueller Gewalt betroffen war, aufgrund der Gewalterfahrung einen Arzt aufgesucht. Ein Drittel von ihnen nannte als Grund für die Konsultation die Schwere der Verletzungsfolgen. Beachtlich ist, dass außerhalb des Familien- und Freundeskreises Ärzte erste Ansprechpartner waren (Müller u. Schröttle 2004). Aus der S.I.G.N.A.L.-Patientinnenbefragung aus dem Jahre 1999 in Berlin (dort entstand im gleichen Jahr am Universitätsklinikum Benjamin Franklin das erste Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt innerhalb eines Krankenhauses) ging hervor, dass sogar mehr als die Hälfte der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen medizinische Hilfe aufsuchten, obwohl hier sogar nur 10% der Befragten angaben, einen Arzt als Ansprechpartner zu favorisieren (GiG-net 2008).

5.7.3 Auftraggeber der Befunderhebung

Nach Aktenlage der gynäkologischen Daten wurde in 78,8% eine spezifische Befunderhebung bzw. ein Verletzungsgutachten angefordert (letzteres allerdings nur in einem der hier angesprochenen 26 Fälle). In 19 Fällen konnten als Auftraggeber die Ermittlungsbehörde (neun Fälle), die Pädiatrie des Universitätsklinikums Düsseldorf (acht Fälle) und die Eltern (zwölf Fälle) eruiert werden.

Der staatsanwaltschaftlichen Fallauswertung nach war der Auftrag einer spezifischen Befunderhebung bei 18 Opfern (15,0%) ersichtlich und ging in jedem der Fälle von der Ermittlungsbehörde aus. Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Ergebnisse zeigte, dass schwerpunktmäßig bei Frauen im Alter über 30 Jahren der Auftrag gegeben wurde (55,6%). Die Inanspruchnahme einer medizinischen Befunderhebung erfolgte häufiger aufgrund des Erlebens körperlicher (66,7%) als seelischer Gewalt (27,8%). Besonders auffällig an dieser Stelle war die Tatsache, dass nur in 11,7% aller Sexualdelikte eine entsprechende Auftragsstellung in die Wege geleitet wurde, obwohl gerade bei diesen Gewalttaten oft mit der erfolgreichen Sicherung möglicher Spuren gerechnet werden konnte.

In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass sich das Vorhandensein spezifischer Anlaufstellen positiv auf das Verhalten im Hinblick auf Auftragsstellung für Atteste und medizinische Befunderhebungen auswirkt. So konnte die Rechtsmedizin in Hamburg-Eppendorf nach Einführung der Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt mit 24 Stunden Bereitschaft ein intensiviertes Zuweisungsverhalten durch die Polizei verzeichnen (Seifert et al 2006b). Ein gleicher Trend zeichnet sich auch für die Nutzung der ab 2007 implementierten Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf ab (persönliche Information PD Dr. med. H. Graß).

5.7.4 Polizeiliche Anzeige

Eine Anzeige im Vorfeld einer medizinischen Untersuchung lag laut vorliegender Datenlage in vier von 33 Fällen in der Gynäkologie vor. Der staatsanwaltschaftlichen Aktenlage zufolge kam es in 15 Fällen zu einer ärztlichen Konsulta-

tion vor polizeilicher Vorstellung. Von im Anschluss an die medizinische Behandlung erhobenen Strafanzeigen wurde in keinem Fall berichtet.

Bei der Auswertung der gynäkologisch untersuchten Vorfälle fiel auf, dass aktuelle und frühere Partner nicht vom Opfer angezeigt wurden - lediglich eines von acht Opfern körperlicher Gewalt brachte dies zur Anzeige. Somit betrug der Anteil angezeigter Sexualdelikte 15,4%. Ursächlich für diese geringe Quote bzw. für eine verzögerte Anzeigenerstattung können die Angst der Frauen vor einer höheren Gefährdung der eigenen Person oder die Hoffnung auf ein verändertes gewaltfreies Verhalten des Täters sein (Ritz-Timme u. Graß 2009). Damit in Einklang zu bringen ist die Tatsache, dass ein Großteil der in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf untersuchten Verfahren eingestellt wurde, da sich das Opfer weigerte, weiterführenden Angaben zu machen oder sogar die Anzeige zurückzog.

5.7.5 Untersuchungszeitpunkt

Bezüglich der hohen Anzahl von Fällen ohne Angabe zum Untersuchungszeitpunkt ist bei der Fallauswertung staatsanwaltschaftlicher Akten zu beachten, dass nicht in jedem Fall eine medizinische Untersuchung des Opfers erfolgte. So fanden zwar alle Untersuchungen im Jahr 2004 statt, allerdings stimmte der Untersuchungszeitpunkt nicht immer mit dem Zeitpunkt des Vorfalls überein.

Während sich bei der staatsanwaltschaftlichen Fallauswertung keine quartalsmäßige Häufung zeigte, erfolgten nach Aktenlage der gynäkologischen Datenerhebung vornehmlich im letzten Quartal des Jahres medizinische Untersuchungen. Aus dieser Auswertung ließ sich folglich eine Präferenz im Bezug auf den Behandlungstag ableiten, wobei der Mittwoch mit 33,3% der am häufigsten genannte Tag der ärztlichen Konsultation war. Mehrheitlich waren die ersten drei Wochentage (66,7%) als Tag der Untersuchung gegenüber dem Wochenende (15,2%) bevorzugt.

Trotz der Tatsache, dass bei der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten nur in 17 Fällen ein Untersuchungszeitpunkt angegeben war, so war in den Fällen mit vorhandener Information zur Uhrzeit der Nachmittag (12 bis 18 Uhr) Haupt-

behandlungszeitraum. Dass die Zeit zwischen 12 und 18 Uhr als präferierter Zeitraum der Behandlung von sexuellen Gewaltopfern diene, konnte durch die Erhebung gynäkologischer Daten bestätigt werden.

Die aus den Akten oftmals nicht dokumentierte Zeitspanne zwischen Gewalttat und medizinischer Untersuchung ist vor dem Hintergrund der Spurensicherung an dieser Stelle erneut kritisch zu betrachten, da dieser Information im Falle eines Gerichtsverfahrens große Bedeutung zukommen würde. Beiden Auswertungen nach erfolgte eine veranlasste Untersuchung in der überwiegenden Mehrheit der Fälle innerhalb der ersten zwölf Stunden nach der Tat. Dieses Ergebnis ist im Hinblick darauf zufriedenstellend, dass bei Opfern von Sexualdelikten die Wahrscheinlichkeit für die erfolgreiche Dokumentation von Verletzungen umso höher ist, je eher die Untersuchung der Geschädigten erfolgt (Klopfstein et al 2006). In der Hamburger Studie erfolgten im 24-stündigem Bereitschaftsdienst zwei Drittel aller Dokumentationen in den ersten 24 Stunden nach der Tat (Seifert et al 2004). Somit wird das Ziel einer zeitnahen Untersuchung des Gewaltopfers in der Mehrheit der Fälle erreicht.

5.7.6 Untersuchungsbefunde

Im Rahmen der Auswertung der Untersuchungsbefunde wurde erneut eine lückenhafte Dokumentation des Geschehens von medizinischer Seite festgestellt. Informationen hinsichtlich der Art der Gewalt ging aus den gynäkologischen Akten wesentlich seltener hervor als aus den staatsanwaltschaftlichen: die seelische Gewalterfahrung wurde hier nur in 9,2% aller Fälle (gegenüber 45,8%) erfasst, körperliche Gewalt wurde bei 24,2% angesprochen (gegenüber 77,5).

Die in der Gynäkologie erfassten Daten zur körperlichen Gewalt lassen sich mit Daten aus Hamburg in Einklang bringen. An der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt waren 25% der Frauen Opfer nicht-sexualisierter Gewalt in Partnerschaften, 16% waren von sexualisierter Gewalt betroffen (Seifert et al. 2006 b). Im Rahmen der Prävalenzstudie in Deutschland konnte mit 23% eine Prävalenz von körperlicher Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften ermittelt werden, die ähnlich hoch ist wie in den zuvor ge-

nannten Untersuchungen aus Düsseldorf und Hamburg. Deutschland lag hier europaweit betrachtet im mittleren bis oberen Bereich. Die Prävalenz sexueller Gewalttaten in Paarbeziehungen lag der Umfrage nach in Deutschland bei 7%, in Europa zwischen 2% (Großbritannien) und 17% (Belgien). Insgesamt wurden von 58% der mehr als 10.000 Befragten Situationen sexueller Belästigung erlebt, 42% hatten psychische Gewalt erfahren. Bezogen auf alle Befragten war jede fünfte Frau mindestens einmal Nachstellungen, Belästigungen, Drohung oder Stalking betroffen, wobei der Anteil von Frauen mit derartigen Erlebnissen in Paarbeziehungen sogar 55% betrug. Zu körperlichen Verletzungen kam es bei 55% der Frauen mit körperlicher und 44% der Frauen mit sexueller Gewalterfahrung. Das Erleben von Gewalt unter Anwendung von Waffen bestätigten 8% der befragten Frauen (Müller u. Schröttle 2004). Ergebnissen des British Crime Survey zufolge werden 23% der Frauen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren Opfer physischer Gewalt durch den aktuellen oder früheren Partner, wobei von diesen zwei Betroffene pro Woche aufgrund dessen sterben (Mirlees-Black 1999).

Die Lebendopfer der in Köln evaluierten Fälle von Partnergewalt waren zu 60% von rein körperlicher und 30% instrumenteller Gewalt betroffen. Im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt wurde von 20% der Frauen das Erleben mindestens eines Sexualdeliktes genannt (Päsler 2010). Der im Vergleich zu den anderen hier aufgeführten Daten hohe Anteil von gesicherten Sexualdelikten in Hamburg könnte, ebenso wie in Köln, die freiwillige Inanspruchnahme zur Attestierung von Verletzungen zur Ursache haben (Seifert et al. 2006 b).

Weiterführend wird an dieser Stelle auch die Erfassung von Folgen seelischer Traumatisierung angesprochen, die in der hier vorliegenden Arbeit nur selten dezidiert erfasst werden konnte. Mögliche Ansätze zur Trauma-Dokumentation können durch eine Beschreibung des Auftretens und Verhaltens der Geschädigten, Art und Weise der Äußerungen zum Geschehen sowie die wörtliche Wiedergabe von Zitaten erfolgen (Ritz-Timme u. Graß 2009).

Hinsichtlich präferierter Lokalisationen von Verletzungen ging aus beiden vorgenommenen Datenerhebungen hervor, dass an Oberarm und Oberschenkel des Opfers am häufigsten Spuren der gewalttätigen Auseinandersetzung zu

erkennen waren. Dies ist insofern beachtlich, da diese Stellen in der Regel erst am entkleideten Opfer sichtbar werden und damit die Dringlichkeit einer Ganzkörperuntersuchung hervorgehoben wird. Offensichtliche Lokalisationen wie das Gesicht oder die Hände waren nur vereinzelt beschrieben. Vor allem die Spuren am Oberarm lassen auf eine abwehrende Haltung des Opfers und damit auf die Gewaltsituation schließen. Die Erkenntnis, dass die obere Extremität oft Lokalisation der Verletzungen in gewalttätigen Auseinandersetzung im häuslichen Umfeld ist, kann durch die Ergebnisse einer Vielzahl von Arbeiten verifiziert werden (Seifert et al. 2006 a, Anders et al. 2006, Päsler 2010). Ein vermehrtes Vorkommen von Gewaltspuren am Schädel konnte im Gegensatz zu anderen Arbeiten (Brzank 2003, Seifert et al. 2006 a, Anders et al. 2006, Hügler 2008, Päsler 2010) nicht anhand der Düsseldorfer Akten aus Staatsanwaltschaft und Frauenklinik bestätigt werden. Seifert et al. machen in diesem Zusammenhang auf die besondere Gefahr aufmerksam, die in Zusammenhang mit Partnergewalt im Sinne eines gehäuften Auftretens von Gewalt gegen den Hals besteht (Seifert et al. 2006 a). Diese Erkenntnis kann anhand der erhobenen Datensätze unterstützt werden, die mehrheitlich das Hämatom (40,0% bzw. 39,5% aller Verletzungen) und Kratzspuren (46,7% bzw. 23,3%) herausstellten. Die Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten ließ erkennen, dass auch Schürfwunden ebenfalls relativ häufig (18,6%) Zeichen der gewalttätigen Auseinandersetzung waren.

Ebenfalls den Ergebnissen der Befragung niedergelassener Ärzte in Berlin aus dem Jahre 2001 zufolge war das Hämatom mit fast 80% das am häufigsten erkannte körperliche Symptom der gewalttätigen Auseinandersetzung. Leichtere Verletzungen wie Kratz- und Schürfwunden, Kontusionen und Prellungen wurden in 23,1% der Fälle benannt (Mark 2001). Auch bei der in Deutschland durchgeführten Befragung von mehr als 10.000 Frauen waren Hämatome neben Prellungen die am häufigsten (89%) aufgetretene Verletzungsfolge der Auseinandersetzung. Wenn auch nur von 44% der Interviewten in der S.I.G.N.A.L.-Patientinnenbefragung angegeben, überwogen auch hier Hämatome sowie Prellungen, Würgemale und Schwellungen bei den Verletzungen durch häusliche Gewalt (Brzank 2003).

Aus ärztlicher Sicht ist beachtlich, dass die Relevanz von Verletzungsspuren bei Gewaltdelikten nicht den gleichen Einschätzungskriterien unterliegt wie aus rein medizinischer Sicht. Neben behandlungspflichtigen Verletzungen sind gerade auch so genannten Bagatell-Verletzungen, die keiner ärztlichen Versorgung bedürfen, bedeutsam und sollten der Aufmerksamkeit bei der Untersuchung nicht entgehen. Die Nutzung von standardisierten Untersuchungsleitfäden kann auch zu diesem Aspekt gute Dienste leisten.

5.7.7 Diagnosesicherung

Bei den angezeigten Delikten ist zu beachten, dass nur in 26 Fällen (21,7%) eine Diagnosesicherung stattgefunden hat. Im Rahmen der meist polizeilich veranlassten medizinischen Untersuchung vor dem Hintergrund angezeigter Gewalttaten war die Diagnosesicherung weniger detailliert ausgefallen, als die der gynäkologischen Patientinnen des Universitätsklinikums, da hier die betroffenen Frauen häufiger aus eigenem Antrieb kamen: aussagekräftige Informationen zur Lokalisation der Verletzungen lagen bei 61,5 % (gegenüber 78,8%) vor, zur Art der Verletzungen ebenfalls (gegenüber 69,7%). Dies lässt die Vermutung zu, dass das Vorliegen einer Anzeige zum Zeitpunkt der Untersuchung sich nicht zwangsläufig positiv auf die Detailtreue der Dokumentation auswirkt.

Die Rechtsmediziner der Universität Düsseldorf machen auf die Erfordernisse einer genauen Dokumentation zur Lokalisation und Art der Verletzung und eine nähere Beschreibung dieser hinsichtlich Form, Farbe, Größe, Randkontur und Tiefe aufmerksam (Ritz-Timme u. Graß 2009). Die Erfassung dieser Details eröffnet folglich die Möglichkeit einer genaueren Eingrenzung des Gewaltzeitpunktes und der Art der Gewalteinwirkung. Dadurch kann schließlich in Zusammenschau mit der erhobenen Anamnese eine richtige Interpretation der Ergebnisse erfolgen (Gahr et al. 2005). Wie die Ergebnisse der hier vorgelegten Arbeit zeigen, wurden diese Anforderungen zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht weitreichend genug erfüllt. Deshalb wird an dieser Stelle auf die Garantenpflicht der Ärzteschaft, Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen auf-

merksam gemacht, die eine sorgfältige, wenn auch aufwendige, Dokumentation erfordert (Blättner et al. 2008).

Die in der gynäkologischen Abteilung der Universitätsklinik Düsseldorf erhobenen Befunde wurden häufiger mit einem höheren Detaillierungsgrad beschrieben (51,5%) als in den vergleichsweise angeführten Untersuchungen der Staatsanwaltschaft (34,6%). Allerdings wurden im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen der staatsanwaltschaftlich geführten Gewaltopfer in einem Drittel der Fälle ein Foto und eine Schemazeichnung der Verletzungen zur Diagnosesicherung angefertigt. Im Zuge der gynäkologischen Untersuchung an der Uniklinik wurden die Befunde nur in vier Fällen (12,1%) mittels eines Fotos dokumentiert, wobei nur in einem der acht Fälle mit körperlicher Gewalt eine Fotodokumentation erfolgte. Eine Schemazeichnung wurde hier in keinem der Fälle angefertigt. Auch an dieser Stelle fällt die lückenhafte Erstellung vor Gericht verwendbarer Befunddokumente auf.

Mit zunehmendem Alter der Opfer fand nach staatsanwaltschaftlicher Aktenlage öfter eine Dokumentation der Befunde statt: der Anteil von Gewaltopfern, bei denen eine Diagnosesicherung durchgeführt wurde, lag innerhalb der Altersklasse der 14- bis 18-Jährigen bei 18,2%, bei den 18- bis 30-Jährigen bei 21,6% und bei den über 30-Jährigen bei 33,3%. Erneut negativ auffallend war in diesem Zusammenhang, dass nur in 19,8% aller angezeigten Sexualdelikte eine Diagnosesicherung durch einen Arzt erfolgte, die für die Verwertbarkeit der Verletzungen vor Gericht von großer Bedeutung ist. Des Weiteren wurde festgestellt, dass bei der Untersuchung der Opfer durch einen Arzt die gewaltbezogene Anamnese oft nur wenig detailreich bis gar nicht dokumentiert war. Auch diese Tatsache erweist sich als problematisch, da die gewaltbezogene Anamnese neben der exakten Dokumentation für die Geltendmachung straf- und familienrechtlicher Ansprüche, unabhängig davon, ob diese absehbar ist oder nicht, unerlässlich ist. Die Möglichkeit der exakten Rekonstruktion der Tat ist neben größtmöglicher Evidenz bedeutend (Seifert et al. 2006 b). Auch Graß und Rothschild sprechen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit verfassungsgerichtlich verwertbarer Aussagen über den gesundheitlichen Zustand des Opfers einer Gewalttat an. Dies ist unumgänglich, um den Schutz des Ge-

waltopfers gewährleisten zu können (Graß u. Rothschild 2004). Die umfassende Erörterung des Gewaltgeschehens und der entsprechenden Dokumentation ist notwendig, da Verletzungsbefunde morphologisch meist einzeitig erscheinen und deswegen mehrzeitige Befunde oft erst durch die Anamnese objektivierbar werden (Seifert et al. 2006 a). Weiterhin ist zu beachten, dass die nicht gerichtsfeste Dokumentation von Verletzungen durch Gewalt die Gefahr eines Freispruches des Täters und einer sekundären Traumatisierung des Opfers birgt (Ritz-Timme u. Graß 2009). Allerdings gilt es nach Gage-Lindner keine irrelevanten Informationen mit möglicherweise nachteiligem Effekt zu dokumentieren, da im Rahmen eines Gerichtsverfahrens alle Beteiligten Einsicht in die Dokumente haben können (Gage-Lindner 2003). Die Anforderungen an die Attestierung von Gewaltverletzungen sind demnach andere als an gewöhnliche ärztliche Atteste, da diese Dokumentation im juristischen Sinne ein Beweisstück darstellt (Seifert et al. 2006 b).

Um Ärzten einen Einblick in die Thematik häuslicher bzw. sexueller Gewaltdelikte und Hilfestellung bei deren fachgerechter Dokumentation zu geben, ist bundesweit eine Vielfalt von Informationsmaterialien, Leitfäden und Dokumentationsbögen erstellt worden (vgl. 1.1). Durch das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sollte nun auch eine Schulung niedergelassener Ärzte sowie die Entwicklung von Maßnahmen für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit Gewaltopfern angestrebt werden (Ritz-Timme u. Graß 2009).

5.7.8 Spurensicherung

Bei der Grundgesamtheit der gynäkologisch untersuchten Frauen wurde in circa 70% der Fälle eine Spurensicherung vorgenommen, wohingegen bei der Gesamtheit angezeigter Delikte nur in etwa jedem vierten Fall Spuren gesichert wurden. Beide erhobenen Datenbestände brachten als weiteres Ergebnis hervor, dass im Rahmen der Sicherung von Spuren vaginale Abstriche am häufigsten durchgeführt wurden (2/3 aller Fälle in der Gynäkologie; 18 von 31 Fällen in

der Staatsanwaltschaft). Zudem konnte festgestellt werden, dass zur Asservierung der DNA-Spuren des Täters am zweithäufigsten Haare gesichert wurden.

Ob es sich bei der ausgeübten Gewalt um körperlicher oder seelischer Formen handelte, hatte den Akten nach keine Auswirkung auf die Häufigkeit der Durchführung einer Spurensicherung, die jeweils bei circa jedem vierten Opfervorgekommen wurde.

Da der Anteil von Gewaltdelikten mit wiederholtem Ereignis nur 29% der Taten mit Spurensicherung ausmachte, führt ein wiederholtes Auftreten nicht öfter zu entsprechenden Untersuchungen. Die Tatsache, dass insgesamt (beide Auswertungen berücksichtigt) nur bei acht Opfern eine Blutalkoholkontrolle durchgeführt wurde, obwohl 38 Frauen zum Tatzeitpunkt nachgewiesenermaßen alkoholisiert waren, deutet erneut auf eine diesbezüglich mangelnde Beweissicherung hin. Toxikologische Untersuchungen von Blut oder Urin sind in jeweils weniger als drei von insgesamt 153 Fällen vorgenommen worden. Eine Hepatitis- bzw. HIV-Serologie ist nach gynäkologischer Aktenlage in 38,5% bzw. 42,3% aller Sexualdelikte erfolgt, nach staatsanwaltschaftlicher Aktenlage nur in 2,7% bzw. 3,6%.

Betrachtet man diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der Tatsache, dass nach Rauch, Weissenrieder und Peschers die genitale/anale/orale Spurensicherung und eventuell auch die mikrobiologische Untersuchung in engem zeitlichen Zusammenhang zur Tat bei angegebener sexueller Gewalttat ebenso wie auch bei Verdacht auf diese durchzuführen ist (Rauch et al. 2004), erweist sich die im betrachteten Zeitraum durchgeführte Spurensicherung als lückenhaft. Auch hier können standardisierte Leitfäden unterstützend eingesetzt werden, da auch die Aspekte von möglichem Konsum psychotroper Substanzen, die Fragen nach sexuell übertragbaren Erkrankungen und einer Abstrich-Entnahme für mögliche DNA-Spuren darin berücksichtigt werden.

5.7.9 Objektivierbarkeit

Die Beantwortung der Frage nach der Objektivierbarkeit der Gewalttaten ließ sich mittels der Aktenauswertungen von Gynäkologie und Staatsanwaltschaft schwer beantworten, da in vielen Datensätzen keine Aussage hierzu vorgefunden wurde (keine Aussage in 48,5% der gynäkologischen und in 80,0% der staatsanwaltschaftlichen Akten) bzw. der durch das Opfer angegebene Verletzungsvorgang mit entsprechenden Befunden nicht in Einklang gebracht werden konnte (in 18,2% der gynäkologischen- bzw. in 4,2% der staatsanwaltschaftlichen Akten). Schließlich war nach Aktenlage nur in 33,3% (Gynäkologie) bzw. 15,8% (Staatsanwaltschaft) aller Vorfälle die angegebene Gewalt objektivierbar.

Die Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten ließ – erwartungsgemäß – erkennen, dass die Fälle mit körperlicher Gewalt wesentlich öfter objektivierbar waren (89,5%) als die mit seelischer Gewalt (47,4%). Dies lag zum einen daran, dass Spuren seelisch erfahrener Gewalt schwieriger zu erfassen sind. Es lässt allerdings auch den Schluss zu, dass die Untersuchenden hinsichtlich der Erfassung psychischer Folgen von Gewalt sensibilisiert und geschult werden sollten. Die Tatsache, dass nur 30,8% der gynäkologisch betreuten Sexualdelikte und nur 14,4% der angezeigten Sexualdelikte objektivierbar waren, weist auf die nicht regelmäßig durchgeführten Untersuchungen samt Spurensicherung hin. Dies kann als ein Hinweis dafür gewertet werden, dass die meisten Untersuchungsbefunde nicht sicher objektiviert werden können und dies mutmaßlich auf den Umstand zurückgeführt werden kann, dass keine ausreichende Sachkenntnis zur Befunddokumentation vorhanden gewesen sein mag. An den praktischen Belangen orientierte Schulungen zur aussagekräftigen Befundsicherung von Verletzungsbefunden erscheinen sinnvoll.

Die Betrachtung der Ergebnisse beider Auswertungen zeigte, dass die Hälfte aller Fälle mit erlebter Strangulation objektivierbar war. An dieser Stelle ist auch zu hinterfragen, ob nicht rechtsmedizinische Ärzte diskrete Spuren überhaupt als Zeichen einer erlebten Gewalttat wahrnehmen. Je nach Zeitintervall zwischen Vorfall und ärztlicher Untersuchung könnten Spuren eventuell nicht mehr

sichtbar sein oder gar von vornherein gefehlt haben, was die Problematik um eine Objektivierbarkeit von Verletzungszeichen hervorhebt.

Im Rahmen der rechtsmedizinischen Auswertung in Köln konnten zwar mehrheitlich die Angaben zum Vorfall mit entsprechenden Befunden objektiviert werden, allerdings war es signifikant, dass bei den unter 18-Jährigen 37% der Vorfälle nicht objektivierbar waren. Die Vermutung einer vorliegenden Falschaussage hinsichtlich des Vorfalls vor dem Hintergrund einer potenziellen Täterschaft der Eltern liegt daher nahe (Päsler 2010). An dieser Stelle wird deutlich, dass der Arzt sich bei der Anamnese des Opfers auf dessen Angaben fokussieren muss. Um dem Opfer die Möglichkeit zu geben, frei zu sprechen, gilt es für die behandelnde Ärzte zu beachten, Eltern oder andere Begleiter zu bitten, sich außerhalb des Untersuchungszimmers aufzuhalten, wenn es die Situation erfordert.

5.7.10 Nachsorge

Die von der Gynäkologie der Uniklinik betreuten Gewaltopfer erfuhren nach Aktenlage in einem Drittel der Fälle eine weitere Betreuung, vornehmlich in einer anderen Klinik, und das fast ausschließlich stationär. Genauere Angaben zur Annahme eines solchen Betreuungsangebotes bzw. hinsichtlich der Inanspruchnahme außerklinischer Hilfsangebote im Sinne einer Unterbringung in einem Frauenhaus waren an dieser Stelle nicht zu erfassen.

11,7% aller staatsanwaltschaftlich geführten Vorgänge enthielten Informationen zur weiteren Versorgung der Opfer sexueller Gewalttaten. Die Hälfte dieser 14 angesprochenen Opfer nahm eine psychologische/psychiatrische Betreuung (hauptsächlich ambulant) in Anspruch. Nur von vier Frauen wurde die Unterbringung in einem Frauenhaus oder einer betreuten Wohnform erwähnt, drei Frauen wurden in einem Krankenhaus weiter versorgt. Diese geringen Anteile der Gruppen betroffener Frauen, die eine weitere Versorgung erfuhren, ist als problematisch zu betrachten. Speziell für Frauen, die auf sich alleine gestellt sind, sind Kontakte zu Beratungsstellen und die konsiliarische Einbeziehung

psychologischer und psychiatrischer Sachverständiger wichtige Möglichkeiten zusätzlicher Unterstützung (Seifert et al. 2006 b).

Im Rahmen der Untersuchung war des Weiteren auffällig, dass für Opfer angezeigter Sexualdelikte, denen in der Regel zuvor Informationsmaterial zu Hilfeangeboten ausgehändigt wurde, in der Konsequenz nur für 10,8% aller Betroffenen eine Inanspruchnahme der Angebote aus den Akten hervorging. Auch nach gynäkologischer Aktenlage wurde nur jedes fünfte Opfer eines Sexualdeliktes im Rahmen weiterer Nachsorgeangebote betreut. Ein möglicher Grund mag in der fehlenden nachgelagerten Dokumentation einer Inanspruchnahme liegen, andererseits darf jedoch auch nicht außer Acht gelassen werden, dass mutmaßlich vielen Betroffenen nicht ausreichend oder eindringlich genug ein Nachsorgeangebot unterbreitet wird.

Das Alter des Opfers korrelierte mit dem Aspekt der Nachsorge-Nutzung, da 18,6% der Opfer über 30 Jahren eine weitere Betreuung in Anspruch nahmen, jedoch lediglich 9,1% der Frauen unter 30 Jahren. Dass nach Ergebnissen der gynäkologischen Auswertung hingegen 70% der Opfer, die weiter betreut wurden, unter 14 Jahren waren, ist darauf zurückzuführen, dass viele Kinder aus der Kinderklinik, wo sie weiter versorgt wurden, konsiliarisch vorgestellt worden sind.

Da nach Aktenlage in der Staatsanwaltschaft nur neun von 54 Gewalttaten (16,7%) mit Wiederholungscharaktermedizinisch versorgt oder sozial betreut wurden, schien die Tatsache der erneuten Gewalttat nicht zur Steigerung der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten zu führen.

Bei den in Köln betrachteten Fällen partnerschaftlicher Gewalt erfolgte, ähnlich wie an der Gynäkologie der Universitätsklinik Düsseldorf, nach Aktenlage in weniger als der Hälfte der Fälle eine weitere Betreuung bzw. Vermittlung von Hilfsangeboten. Dies konnte dort allerdings auf eine schon vor Konsultation der Rechtsmedizin erfolgte Kontaktaufnahme mit Hilfseinrichtungen zurückgeführt werden (Päsler 2010). Ein Netzwerk von Anlaufstellen, Kliniken und Ermittlungsbehörde ließ sich aus den Akten der gynäkologischen Abteilung nicht ab-

leiten, da weder die Aushändigung von Handzetteln, noch eine Vermittlung an weitere Hilfseinrichtung wie beispielsweise Frauenhäuser dokumentiert war. Inwieweit die Implementierung einer Anlaufstelle für Gewaltopfer der Rechtsmedizin Düsseldorf und deren Arbeit hinsichtlich des Ausbaus der Netzwerkstruktur um die Gewaltopferversorgung sowie der Sensibilisierung verschiedener Abteilungen des Universitätsklinikums für diese Thematik Erfolg brachte, ist in nachfolgenden Untersuchungen zu prüfen.

5.8 Verfahren zur Identifikation von Gewaltopfern

Vor dem Hintergrund der zu Beginn der hier vorliegenden Untersuchung angesprochenen Dunkelfeldproblematik (vgl. Abschnitt 1.3), dem Wunsch der Betroffenen auf ihre Situation angesprochen zu werden (vgl. Abschnitt 4.2) und der in dieser Auswertung festgestellten lückenhaften Dokumentation gerichtswertbarer Informationen und Befunde, wird an dieser Stelle abschließend zur Diskussion der Ergebnisse die Thematik um ein Screening von Gewaltopfern erörtert.

Noch bevor das Thema um Screening-Verfahren zu Identifikation von Gewaltopfern im deutschsprachigen Raum aufkam, wurden im englischsprachigen Raum verschiedene Interviews entwickelt. Im Folgenden werden einige Screening-Verfahren exemplarisch vorgestellt. Der „Index of Spouse Abuse“ (ISA) (Hudson 1981) ist ein in den USA entwickelter Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung von Ausmaß und Schweregrad körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt. Der ISA wurde entwickelt, um bei der Behandlung von missbrauchten Frauen Fortschritte in der Therapie erfassen und bewerten zu können. Er wird nur Frauen vorgelegt, die sich innerhalb der vergangenen zwölf Monate in einer partnerschaftlichen Beziehung befanden, und umfasst 30 Fragen zu „physischer Gewalt“ und „nicht physischer Gewalt“ (Nyberg 2008).

Das „Woman Abuse Screening Tool“ (WAST) (Brown 1996 u. 2000) ist ein weiterer Fragebogen. Hier werden anhand von acht Items zum Erleiden psychi-

scher, physischer und sexueller Gewalt innerhalb der letzten zwölf Monate die Opfer befragt (Nyberg 2008). Als ein weiteres Beispiel wird das „Partner Violence Screen“ (PVS) (Feldhaus 1997) angeführt. Diese Methodik erfasst in einem allgemeinen Interview mittels drei Items die Aspekte der körperlichen Gewalt, sowie Bewertung des Opfers bezüglich der eigenen Sicherheit hinsichtlich aktueller oder früherer Partner. Es wurde erstmalig 1994 auf den Notfallstationen zweier Krankenhäuser in Denver eingesetzt (Nyberg 2008).

Im Jahre 2008 wurde von der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel/Schweiz erstmals ein deutschsprachiges Screening-Instrument für häusliche Gewalt gegen Frauen vorgestellt. Grundlage für dieses „Screening Partnergewalt“ war die Methodik des zuvor erwähnten „Partner Violence Screen“ (PVS), also ein Screening im Rahmen eines Interviews bezüglich häuslicher Gewalt. Die bereits beschriebenen drei PVS Items wurden hier um zwei weitere Fragen ergänzt. Zum einen wurde der Patient über die Erfahrung von sexueller Gewalt befragt, zum anderen wurde der eventuell bestehende Zusammenhang zwischen der Gewalterfahrung und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe thematisiert. In dieser Studie wurde nicht nur eine Zwölf-Monatsversion, sondern auch eine Lebenszeitversion entwickelt, die neben der zeitnahen Situation des Patienten im Laufe des zurückliegenden Jahres auch die Situation seit der Volljährigkeit erfasst. Dieses von Nyberg et al. entwickelte Screening-Interview ermöglicht eine frühzeitige Identifikation von Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind. Die Dauer des Interviews für beide Versionen beträgt ca. fünf Minuten. Zum Zeitpunkt der Implementierung wurde das Verfahren mittels einer Studie getestet. Als Ergebnis bewerteten zahlreiche Teilnehmerinnen die Chance, mit einer Fachperson und einer geschützten Situation offen über das Gewalterleben reden zu können, als durchweg positiv (Nyberg et al. 2008).

Insgesamt können solche Instrumente hilfreich sein, sie sind aber auch mit Vorsicht zu handhaben, da die gestellten Fragen oft – die hohe Treffsicherheit begründend – sehr direkt sind und sicher nicht in jedem Kontext eines Arzt-Patientinnen-Kontaktes so gestellt werden sollten bzw. können. Vor diesem Hintergrund ist auch verständlich, dass bis dato keine klare Empfehlung für die

Durchführung von Screeningverfahren gegeben werden konnte (s.a. Ramsay et al. 2002).

5.9 Abschließende Erörterung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Gründe dafür, im Rahmen einer ärztlichen Konsultation nicht über Gewalterfahrungen zu sprechen, vielfältig sind. Nicht nur auf Seite der Patientinnen, sondern auch auf der Ärzteseite kann ein persönliches Schamgefühl bzw. eine Unsicherheit der Thematisierung von Gewalt hinderlich sein. Des Weiteren steht aus Sicht der Ärzteschaft die Annahme im Raum, dass die Nicht-Identifizierung einer von Gewalt betroffene Patientin der Vielzahl der Aufgaben und der Kürze von Zeitfenstern zur Betreuung einzelner Patienten geschuldet ist.

Trotz der Ergebnisse von Ramsay et al. (2002), die im Rahmen eines Reviews zum Screening von häuslicher Gewalt keine Empfehlung für ein Routine-Screening geben, sollte das Gesundheitswesen mittels unterschiedlicher Ansätze und Methoden ihren Beitrag dazu leisten, Betroffene zu identifizieren, fallspezifisch zu betreuen und zu behandeln sowie zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist zu sagen, dass die Implementierung von – entsprechend vorsichtig zu stellenden - Screening-Fragen zu erlebter Gewalt zumindest eine gute Möglichkeit darstellt, innerhalb kurzer Zeit betroffene Frauen zu identifizieren und diesen zeitnahentsprechende Hilfsangebote zukommen zu lassen. Andererseits ist zu beachten, dass auch wenn tatsächlich Betroffene die Ansprache durch professionelle Mitglieder des Gesundheitssystems wünschen, kritisch zu betrachten bleibt, wie dies von Nicht-Betroffenen und damit der Mehrheit anerkannt würde. Aufgrund der fraglichen Akzeptanz seitens der Bevölkerung bezüglich einer generellen Ansprache der Thematik bei Arztbesuchen, ist ein funktionierendes Netzwerk, in dessen Rahmen Kliniken, Polizei, Hilfseinrichtungen und Angehörigen für die Gewaltthematik im häuslichen Bereich sensibilisiert und entsprechend geschult werden, zwingend notwendig, um Betroffene erkennen und ansprechen zu können. Die Ausarbeitung von Materialien, die über medizinische und rechtliche Seiten der Dokumentation von Gewalt aufklä-

ren, wird, ebenso wie die Thematisierung im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen für Ärzte und Vertreter des Gesundheitswesens, empfohlen.

Eine weitere anzustrebende Kooperation ist die entsprechender Fachrichtungen mit Gewaltopfer-Patienten, wie der Unfallchirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie etc., und der Rechtsmedizin. Die Untersuchung von Gewaltopfern im „Tandem“ (Gynäkologie zusammen mit Rechtsmedizin) könnte ebenfalls positive Auswirkungen im Hinblick auf die verbesserte Qualität von Anamnese, Untersuchung und Dokumentation haben. Die fachspezifische gynäkologische Untersuchung beispielsweise im Falle einer Vergewaltigung könnte durch die rechtsmedizinische Untersuchung eine gute Ergänzung finden und würde dem Opfer zusätzlich ein gerichtsverwertbares Gutachten an die Hand geben. Beispielhaft ist hier das neue Versorgungskonzept der Gewaltopferambulanz am UKD zusehen, das seit 2007 einem Gewaltopfer eine kostenlose Untersuchung unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei anbietet.

Bei den hier angesprochenen Konzepten einer verbesserten Versorgung ist die Thematik um entstehende Kosten und deren Träger nicht zu vernachlässigen. Derzeitiger Stand der Kostenabwicklung ist nach Klaus Völlings, Abteilungsleiter Administratives Patientenmanagement des Universitätsklinikums Düsseldorf, folgender: kommt ein Gewaltopfer aus eigenem Antrieb zur Gynäkologie zwecks Untersuchung, kann dies über einen Notfallschein (30 Euro) abgerechnet werden. Wird das Opfer direkt von der Polizei gebracht, wird die Abrechnung an die zuständige Polizeidienststelle gerichtet. In der Rechtsmedizin wird für die Gewaltopferambulanz eine Fallkostenpauschale von 50 Euro erstattet. Kostenträger ist die Stadt Düsseldorf/Kriminalpräventiver Rat Düsseldorf. Die Daten werden anonymisiert an die Stadt Düsseldorf weitergereicht. Aufträge der Staatsanwaltschaft oder der Polizei werden im Rahmen der üblichen Gutachtenrechnungsstellung abgewickelt.

An dieser Stelle sind auch die entstehenden Kosten gegenüber der Vergütung kritisch zu hinterfragen. Beispielsweise werden medizinisch sinnvolle serologi-

sche Untersuchungen wie die Testung bzgl. HIV und Hepatitis nicht von Seiten der Polizei übernommen. Ebenso werden die Kosten für Kontrazeption nicht durch die Staatsanwaltschaft bzw. Kriminalpolizei, sondern durch das Uniklinikum getragen. Diese Beispiele stellen sicherlich Kritikpunkte hinsichtlich der derzeitigen Kostenübernahme dar. Eine klare, einheitliche und den gesundheitlichen Erfordernissen angepasste Kostenabwicklung gilt als wichtig und zielführend, um auch die administrativen Verantwortlichen in Klinik und Praxis für eine Unterstützung der Gewaltopferversorgung gewinnen zu können. Die sichere Finanzierung einer Gewaltopferversorgung darf daher bei der gesamten Diskussion der Thematik nicht außer Acht bleiben.

Bei einer erfolgreichen Umsetzung zuvor aufgeführter Empfehlungen sollte das Ziel im Blick sein, Betroffene häufiger zu identifizieren, Verletzungen und Umstände gerichtsverwertbar zu dokumentieren, sowie die Opfer über rechtliche und medizinische Möglichkeiten aufzuklären und sie weiteren betreuenden Institutionen zuzuführen. Dies kann durch eine intensivierete Opferbefragung (Ort, Zeit, Dauer, Umstände, Beziehungsgefüge, detaillierte Erfassung etc. des Vorfalls), gründliche körperliche Untersuchung und detaillierte Erfassung von Verletzungsfolgen (Lage, Größe, Ausdehnung, Alter etc.) sowie den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung (um die geschädigte Person erfolgreich an nachsorgende Institutionen zu verweisen) erreicht werden.

Die Auswertung geplanter Follow-up Studien zu dieser Thematik, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Dokumentation, ist für die Überprüfung der Implementierung neuer Versorgungsansätze folglich von großem Interesse.

6 Zusammenfassung

Zum Themenfeld Gewalt wurden 33 Patientenfälle in der Gynäkologie und 120 Fälle in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf ausgewertet, bei denen im Jahr 2004 die medizinische Versorgung in der gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf erfolgt ist, beziehungsweise die in diesem Jahr zur Anzeige gebracht wurden. Betrachtet wurden Patientinnen, denen sexualisierte Gewalt widerfahren ist, sowie Fälle sexueller Nötigung, Vergewaltigung, sexuellen Missbrauchs.

In Bezug auf das Alter lag das Durchschnittsalter der Opfer, die in der Gynäkologie behandelt wurden, bei 20,4 Jahren und bei den staatsanwaltschaftlich geführten Opfern bei 28,6 Jahren. Während im Rahmen der Auswertung gynäkologischer Akten keine repräsentativen Angaben zum Alter der Tatverdächtigen gemacht werden konnten, lag das Durchschnittsalter der Tatverdächtigen bei den betrachteten staatsanwaltschaftlichen Fällen bei 37,7 Jahren.

In beiden Auswertungen handelte es sich bei den Geschädigten ausschließlich um Frauen, bei den Beschuldigten nur um Männer.

Bezogen auf die Nationalität konnte bei der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten herausgestellt werden, dass sowohl Opfer (65,8%) als auch Täter (57,5%) in mehr als der Hälfte der Fälle deutscher Herkunft waren. Der Anteil deutscher Staatsbürger an der Gesamtbevölkerung Düsseldorfs betrug im Jahr 2004 83,1%, zuletzt am 31.10.2010 82,6%; der Anteil ausländischer Bürger bezogen auf Opfer und Täter von Sexualdelikten liegt also höher als allgemein Ihr Anteil an der Bevölkerung (http://www.duesseldorf.de/statistik/stadtforschung/download/bevoelkerung/jb2010_05_01_10_52.pdf, Stand 03.04.2011).

Gleichem Aktenpool zufolge standen 31,7% der Opfer und 29,2% der Angeklagten zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss; unter Einfluss von Drogen oder Medikamente standen je weniger als 4%.

Während sich bei den in der Gynäkologie betrachteten Fällen Opfer und Angeklagter ebenso häufig bekannt wie unbekannt waren, wurden die in der Staatsanwaltschaft betrachteten Gewalttaten mehrheitlich durch Bekannte des Opfers

verübt. Ob der Partner der aktuelle oder frühere war, spielte offensichtlich keine Rolle; Partner und Ex-Partner wurden bei beiden Datenerhebungen gleich häufig der Gewalttat bezichtigt.

Nach Ergebnissen der Auswertung staatsanwaltschaftlicher Akten waren Partnerschaftskonflikte in einem Drittel der Fälle ursächlich für das Gewaltgeschehen und hatten in 88,9% dieser Fälle Wiederholungscharakter.

Ort des Geschehens war bei beiden Datenerhebungen mehrheitlich die häusliche Umgebung.

Tatzeitraum war bei der Erhebung gynäkologischer und staatsanwaltschaftlicher Daten vornehmlich das Wochenende, zumeist in der Zeit zwischen 18 und 24 Uhr. Präferierter Zeitraum der Untersuchung und Behandlung von Opfern sexualisierter Gewalt war bei beiden Datenerhebungen zufolge der Nachmittag (12 bis 18 Uhr).

Den gynäkologischen Akten war zu entnehmen, dass die Opfer öfter aus eigenem Antrieb kamen (42,4%), als dass sie von der Polizei gebracht wurden (36,3%).

Sowohl in der Gynäkologie als auch in der Staatsanwaltschaft war in den Akten körperliche Gewalt (24,2% bzw. 77,5%) gegenüber der seelischen (9,2% bzw. 45,8%) die dominierende Form der Gewaltanwendung.

Hauptlokalisationen von Verletzungen waren bei beiden Datenerhebungen zufolge Oberarm und –schenkel. In beiden Betrachtungen war das Hämatom mit circa 40% die am häufigsten dokumentierte Art der Verletzung.

Eine Spurensicherung erfolgte bei circa 70% der gynäkologischen Patientinnen und nur etwa einem Viertel der staatsanwaltschaftlichen Fälle.

Die Objektivierbarkeit der Daten war bei beiden Datenerhebungen in weniger als einem Drittel der Fälle gegeben.

Eine weitere medizinische oder soziale Betreuung erfolgte bei den Patientinnen der Gynäkologie nur in einem Drittel der Fälle, bei den angezeigten Delikten noch seltener.

Den staatsanwaltschaftlichen Akten konnte nicht entnommen werden, welchen Einfluss die medizinische Untersuchung des Gewaltopfers und entsprechende Dokumentationen für das Gerichtsverfahren hatten.

Schließlich ist zu bedenken, dass Schlussfolgerungen nur auf solche Fälle von Sexualstraftaten angewendet werden können, die bei der Polizei angezeigt und damit staatsanwaltschaftlich geführt wurden oder deren Opfer sich in der Gynäkologie des Universitätsklinikums Düsseldorf vorstellten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit, insbesondere die noch verbesserungsfähige Dokumentation, weisen auf die Bedeutung der Gewaltopferthematik und die Notwendigkeit einer Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen hin.

Eine bereits geplante Follow-up Studie zu dieser Thematik erscheint sehr sinnvoll um neue Versorgungskonzepte und deren Implementierung zu überprüfen. So könnte festgestellt werden, welche Änderungen beispielsweise die 2007 gegründete Gewaltopferambulanz am UKD mit sich brachte, zum Beispiel ob mehr der am UKD vorstellig gewordenen Gewaltopfer der Rechtsmedizin zugeführt wurden. Sicherlich wäre dahingehend auch wichtig zu überprüfen, welchen Informationsgewinn die zusätzliche rechtsmedizinische Dokumentation bringt. Ob eine Verbesserung der ärztlichen Dokumentation von Verletzungsfolgen in den jeweiligen Fachbereichen stattgefunden hat, wäre ebenfalls zu überprüfen. Für die Versorgung der Gewaltopfer an sich wäre schließlich entscheidend zu untersuchen, ob sie in mehr Hilfsangebote und Informationsmaterial erhalten und eine nachsorgende Betreuung medizinischer oder psychologischer in die Wege geleitet wird.

7 Literatur

Ärzttekammer Nordrhein (2007): Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 in der Fassung vom 17.3.2007

Abbott J, Johnson R, Koziol-Mc Lain J (1995): Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. In: Journal of the American Medical Association, 273, (22): 1763–1767.

Amt für Statistik und Wahlen Landeshauptstadt Düsseldorf, Bevölkerungszahlen,
http://www.duesseldorf.de/statistik/d_ueberblick/gesamt.shtml#Bevoelkerung
(Stand 03.04.2011)

Anders S, Seifert D, Heinmann A, Zinke M, Püschel K (2006): Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. Hamburger Ärzteblatt 4: 190-193

Anders S et al. 2006; Brandau H. et al. 1997; Brückner M 1998 (2006; 1997; 1998): Fünf Grundtypen häuslicher Gewalt.

Baurmann M C (1996): Sexualität, Gewalt und psychische Folgen. BKA-Forschungsreihe Bd.15. Wiesbaden: BKA (2.Aufl.).

Bip 2001 Berner Interventionsprojekt

Blättner B, Frerick B, Müller I.: Ärzte sollen genau hinsehen. Deutsche Ärzteblatt 2008, Jg 105, 1-2: A23-26

Boyle A, Todd C: Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2004; 20: 438–42.

Brown JB, Lent B, Brett P, Sas G, Pederson L (1996): Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. *J Fam Med*; 28: 422–428

Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. (2000): Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting. *J Fam Pract*; 49: 896–903

Brzank P (2003): Häusliche Gewalt bei Patientinnen einer Ersten Hilfe-Versorgung . Eine Befragung im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Magisterarbeit Public Health. TU-Berlin.

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L. – Begleitforschung. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 164–9.

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2006): Häusliche Gewalt gegen Frauen und Gesundheit: Besonderer Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S.24-42

Brzank P (2009): (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten - Einführung und Überblick. Herausgegeben von Berlin BRD Social Science and Public Health Institute. (Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -). Online verfügbar unter <https://wwwmail.uni-duesseldorf.de/horde->

3.0.5/imp/view.php?Horde=67e28c1c5df1f0c4d28891431b3149b9&ctype=appli-
cati-
on%2Fpdf&popup_view=1&index=152&mailbox=Doktorarbeit&actionID=view_a
ttach&id=2&mimecache=f54077fbc0575224ef6fd99f3fc4c47a, Stand
27.02.2009

Bund-Länder-Arbeitsgruppe 'Häusliche Gewalt' (2002): Standards und Empfeh-
lungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt, insbesonde-
re zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes. Herausge-
geben von Senioren Frauen und Jugend Bundesministerium für Familie. Berlin
(Materialien zur Gleichstellungspolitik).

Bundesgesetzblatt (2001): Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen
Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der
Überlassung der Ehewohnung bei Trennung. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 67
vom 17.12.2001, S. 3513-3518

Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (2002):
Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Ge-
waltschutzgesetz - GewSchG), zuletzt aktualisiert am 20.07.2009

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend; Bundesministeri-
um der Justiz (2002): Mehr Schutz bei Häuslicher Gewalt. Informationen zum
neuen Gewaltschutzgesetz. Herausgegeben von Senioren Frauen und Jugend
Bundesministerium für Familie und Bundesministerium der Justiz, zuletzt aktua-
lisiert am 18.03.2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesmi-
nisterium der Justiz (2003): Broschüre „Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. In-

formationen zum Gewaltschutzgesetz“, siehe auch www.bmj.bund.de, Stand 07.10.2010

Carmichael M(2007): Experience of Domestic Violence: Findings from the 2005 Northern Ireland Crime Survey. Research and Statistical Bulletin 5/2007, siehe auch http://www.nio.gov.uk/experience_of_domestic_violence__findings_from_the_2005_northern_ireland_crime_survey.pdf, Stand 10.07.2011

Curchod-Fernandez C, La Harpe R: Täterbezogene Analyse vorsätzlicher Tötungsdelikte im Kanton Genf (1971–1990). Arch Kriminol 2001; 207: 12–8.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR) (2009): Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung.

http://www.dggg.de/publikationen/stellungnahmen/?eID=dam_frontend_push&docID=510 (Stand 28.02.2010)

Erklärung der UNO-Generalversammlung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen vom 20.12.1993

GENERALVERSAMMLUNG - Gegenstand: Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen. — Resolution 48/104 vom 20. Dezember 1993, (http://www.humanrights.ch/home/upload/pdf/050330_erklarung_gg_gewalt.pdf Stand 14.12.2009)

Feldhaus KM, Koziol-McClain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT (1997): Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. JAMA; 277: 1357–1361. Deutsche Übersetzung: Riecher-Rössler A, Aston J. Psychiatrische Poliklinik Basel, 2001

Gage-Lindner N: Ärztliche Dokumentation der Gewalt gegen Frauen – wozu sie gut sein kann. GEORGIA Nr. 5 – Som.Sem 2003.

Gage-Lindner N, Gemein FJ (2007): Befunderhebung, Spurensicherung, Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt. Information für die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt. Dokumentation und Untersuchung bei sexualisierter Gewalt. Arztbrief. Information für die Patientin, den Patienten. Wichtig für die Patientin und den Patienten. Hessisches Sozialministerium, Referat Öffentlichkeitsarbeit

Gahr B, Graß H, Breitmeier D, Kleemann WJ (2005): Untersuchungen von Gewaltopfern („Lebendbegutachtungen“) in den rechtsmedizinischen Instituten Hannover, Köln und Leipzig. Archiv für Kriminologie 216, S. 7-14

Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung, vom 11. Dezember 2001 (BGB1. I S. 3513)

GiG-net (Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis) (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis, Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich. Opladen & Farmington Hills

Graß H, Rothschild MA: Klinische Rechtsmedizin, Aufgaben und Herausforderung im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin, Springer Medizin Verlag 2004 (14):188-92

Hagemann-White C (2001): Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen. Erschienen in: Gewalt gegen Frauen – „Häusliche Gewalt macht Frauen und Kinder krank“ zu Fachtagung am 19.November 2001 in Rostock. Hrsg.:

die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern.

Hagemann-White C, Bohne S: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück 2003.

Hagemann-White C, Kavemann B (2004): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG)

Heinke S (2005): Praktische Erfahrungen mit dem Gewaltschutzgesetz, aktuelle Informationen, Verbandszeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes e. V., 2, S.7-8

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider H (2005): Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm.
Köln&rft_id=[<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=18204.html>] Online bei [[Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]] in 4 PDF-Dateien: Einleitung (235,1 KB), Handbuch für die Praxis (793,5 KB), Bericht der Begleitforschung (1,1 MB), Anhang (110,6 KB) zum freien Downloaden: [[Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung]].

Herbers K, Lütgert H, Lamprecht J (2007): Tötungsdelikte an Frauen durch (Ex-)Intimpartner – Polizeiliche und nicht-polizeiliche Erkenntnisse zur Tatortvorgeschichte. In: Kriminalistik (6): 377-385

Hudson WW, Rau McIntosh S (1981): The Assessment of Spouse Abuse: TwoQuantifiable Dimensions. Journal of Marriage and the Family; 43: 873– 888.
Deutsche Übersetzung: Riecher-Rössler A, Aston J. Psychiatrische Poliklinik
Basel, 2001

Kavemann B, Leopold B, Schirmacher G (2001): Wir sind ein Kooperationsmo-
dell, kein Konfrontationsmodell. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung
des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG). Schriftenreihe
des BMFSFJ; Bd.193. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln

Kelly L/Radford J: Sexual Violence Against Women and Girls: An approach to
an International Overview, in: Dobash R.E./ Dobash R.P. (Ed.): Rethinking Vio-
lence against Women, Thousand Oaks/London/New Delhi1998

Klopfstein U, Schön C, Plattner T (2006): Sexuelle Gewalt. Rechtliche und Prak-
tische Konsequenzen. gynäkol. prax. 30: 709 – 721

Kury H: Das Dunkelfeld der Kriminalität. Oder: Selektionsmechanismen und
andere Verfälschungsstrukturen Kriminalistik 2/01, 55. Jg. 2001, S. 74

Landeskriminalamt Nordrhein Westfalen, Dezernat 32 (2005): Polizeiliche Kri-
minalstatistik Nordrhein-Westfalen 2004

Landeskriminalamt Nordrhein Westfalen, Dezernat 32 – Kriminalistisch-
Kriminologische Forschungsstelle, Polizeiliche Kriminalstatistik, Zentralstelle
Evaluation, Sachgebiet 32.2 – Polizeiliche Kriminalstatistik
(2009):Kriminalitätsentwicklung in Nordrhein-Westfalen 2008

Leuze-Mohr M (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen - eine straffreie Zone?
Baden-Baden: [[Nomos]].

Maffli E, Zumbrunn A (2001): Alkohol und Gewalt im sozialen Nahraum. Pilotstudien im Kanton Zürich mit anschließender überregionaler Expertenbefragung. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) Forschungsbericht Nr. 37

Mark H (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Herausgegeben von Tectum Verlag, zuletzt aktualisiert am 10.06.2007,

Mark H (2006): Gewalt und Gesundheit. 1. Aufl. München: Dr. Hut.

Med-Doc-Card (www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin, Stand 10.07.2011)

Mirlees-Black C (1999): Domestic violence: findings from a new British crime survey self completion questionnaire. Home Office research study 191. London: Home Office.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2004): Gewalt gegen Frauen und sexueller Missbrauch von Kindern. 3. Bericht zum Handlungskonzept der Landesregierung

Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein (2004): Diagnose: Gewalt Leitfaden für den Umgang mit Patientinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

<http://www.schleswig->

[hol-](http://www.schleswig-)

[stein.de/MJGI/DE/Frauen/Downloads__Frauen/DiagnoseGewalt,templateId=raw,property=publicationFile.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/MJGI/DE/Frauen/Downloads__Frauen/DiagnoseGewalt,templateId=raw,property=publicationFile.pdf) (Stand 28.02.2010)

Modellprojekt "Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)" an Frauen -
www.MIGG-Frauen.de - © 2008

Müller U, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse

Müller U ; Schröttle M (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin. Herausgegeben von BMFSJ, zuletzt aktualisiert am x

Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler A (2008): Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. Herausgeber Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. Fortschr Neurol Psychiat 2008; 76: 28–36

NRW, Innenministerium (2007): Broschüre "Häusliche Gewalt und polizeiliches Handeln" - Information für die Polizei und andere Beteiligte, Stand: Dezember 2007. Herausgegeben von Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Familie Frauen und Integration Landes Nordrhein-Westfalen Des Ministerium für Generationen und Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, zuletzt aktualisiert am 17.12.2007,

Päsler E (2010):Häusliche Gewalt – ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin

Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“

für die Jahre 2000 bis 2004

Ramsey J, Richardson J, Carter YH, Davidson L, Feder G (2002): Should healthprofessionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ; 325:314.

Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U: Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Dtsch Arztebl 2004; 101 (40): A 2682.

Ritz-Timme S, Graß H (2009): Häusliche Gewalt - Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt? Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 7, 13. Februar 2009

Schröttle M, Ansorge N (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung der Ergebnisse eines Forschungsprojektes des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld. Hrsg.: BMFSFJ

Schröttle M, Khelaifat N (2008): Gesundheit - Gewalt - Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse. Hrsg.: BMFSFJ

Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J, Gehl A, Heinemann A, Püschel K (2004): Modellprojekt zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg, Rechtsmedizin 2004 (14): 182-187

Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröder J, Püschel K (2006 a): Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. Rechtsmedizin 2006 (16): 205- 212

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006 b): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt 103 (33): 2168 - 2173

Spann W, Rauch E (1999): Sexualdelikt und ärztliche Begutachtung. Mit Fallbeispielen aus der ärztlichen Praxis. ecomed verlagsgesellschaft AG & Co. KG. Landsberg

Walby S, Allen J (2004): Domestic Violence, sexual assault and stalking. Findings from the British Crime Survey. Home Office Research Study 276. London

Watsons D, Parsons S National Crime Council (2005): Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse. Dublin

Weimer, Tobias (2006): Ärztliche Dokumentation: Im Streitfall auf der sicheren Seite. Deutsches Ärzteblatt 103 (40): [15]. Supplement PRAXiS

Wetzels P, Greve W, Meckelenburg E, Bilsky W, Pfeiffer C (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen: Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Stuttgart.

Schröttle M (1999): Politik und Gewalt im Geschlechterverhältnis. Eine empirische Untersuchung über Ausmaß, Ursachen und Hintergründe von Gewalt gegen Frauen in ostdeutschen Paarbeziehungen vor und nach der deutsch-deutschen Wiedervereinigung. Bielefeld

Weisser Ring: https://www.weisser-ring.de/fileadmin/content/OEG_01.pdf
(Stand 02.03.2010)

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2003): Weltreport Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Geneva: World Health Organisation.

Wetzels, Peter u. a.: Opfererfahrungen in engen sozialen Beziehungen. In: ders.: Kriminalität im Leben alter Menschen. Stuttgart, Berlin, Köln.

Wieners K.; Hellbernd H. (2000): Gewalt macht krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. Herausgegeben von In: Länderbericht der Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWHNET. Hannover, 2000.

World Health organization (WHO) (2002) (Hg): World Report on Health and Violence,
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html,
Stand 08.05.2011

www.migg-frauen.de, 11.10.2010

www.duesseldorf.de/statistik/stadtforschung/download/bevoelkerung/jb2010_05_01_10_52.pdf, Stand 10.07.2010

8 Anhang

Exzerptbogen

- * Fallnummer X
- * Teil 1-1 Frage 9 - 20
- * Teil 1-2 Frage 21 - 31
- * Teil 2-1 Frage 32 - 45
- * Teil 2-2 Frage 46 - 53
- * Teil 2-3 Frage 54 - 58

- * Teil 3 Frage 59 - 61

Fallnummer: X

0 Ermittlungsbehörde

1 Unfallchirurgie

2 Pädiatrie

3 Gynäkologie

4 Psychiatrie

5 Psychosomatik

6 Kinder und Jugend Psychiatrie

7 Rechtsmedizin

8 Ambulant/Stationär: Ambulant/Stationär/k.A.

Lebend/Sektion: Lebend/Sektion/k.A.

Fallnummer: X

Teil 1-1 Personen und Zeit

Geschädigte Person:

9 Geschlecht: m/w

10 Nationalität:

11 Altersgruppe:[Jahre]

12 Körperlänge: [cm]

13 Körpergewicht: [kg]

14 Status bei Entlassung: Lebend/Verstorben
Verstorben aufgrund der Gewalteinwirkung: ja/nein

15 Jahr: 2004

16 Vorfallsdatum (VD): TT/MM

17 Behandlungsdatum (BD): TT/MM

18 Zeitintervall zwischen VD und BD:

k.A.

<12 Stunden

12-24 Stunden

24 Stunden – 3Tage

3Tage – 1Woche

1Woche – 1Monat

>1Monat

19 Wie ist der/die Verletzte gekommen:

Sonstige:

20 Erstversorgung:

Wurde nach dem Vorfall und vor der hier ausgewerteten Behandlung
ein anderer Arzt aufgesucht: ja/nein/k.A.

Wenn Ja:

Uniklinik Düsseldorf: ja/nein/k.A.

Wenn ja, welche Fachrichtung: Andere:

Wenn nein, wo dann: Andere:

Fallnummer: X

Teil 1-2 Angaben zum Gewaltgeschehen - Beteiligte und Motivlage

Beschuldigte Person:

21 Geschlecht: m/w/k.A.

22 Alter:

23 Nationalität:

24 Beschuldigte Person bekannt: ja/nein/k.A.

25 Art der Beziehung:

K.A.

Lebenspartner/in

Ex-Partner/in

Anderes Familienmitglied 1.Verwandschaftsgrad z.B. Geschwister, Kinder

Anderes Familienmitglied 2.Verwandschaftsgrad z.B. Tante, Onkel..

Freund/in

Bekannte Person

Unbekannte Person

Freitext

26 Zahl der beschuldigten Personen:

(1 - 99 → 99 = keine Angaben aber mehrere Personen)

27 Geschlechterkonstellation, Täter - Opfer: k.A. m → w m → m w → m w → w

28 Motiv:

Beziehungskonflikt: ja/nein/k.A.

Sexuelles Motiv: ja/nein/k.A.

Materielle Bereicherung: ja/nein/k.A.

Anderer Konflikt: ja/nein/k.A.

Spezifizierung anderer Konflikt:

29 Ort der Gewalt:

k.A.

Häusliche Umgebung

Öffentlicher Raum "draußen"

Öffentlicher Raum "Gebäude, geschlossene Räume"

Besondere öffentliche Räumlichkeiten "Polizei/Justiz/Gefängnis"

Arbeitsplatz oder Arbeitsweg der geschädigten Person

Schule/Kindergarten oder auf dem Weg dorthin

Im Fahrzeug

Mehrfache Orte

Andere Orte:

30 Anamnese:

Nach Angaben der geschädigten Person: ja/nein/k.A.

Nach Angaben von anderen anwesenden Personen, z.B. Angehörige:
ja/nein/k.A.

Andere:

31 Gewalteinwirkung:

(nur durch Fallakten gesicherte werden selektiert)

Patient hat selbst Gewalteinwirkung angegeben: ja/nein/k.A.

Gewaltbenennung durch Dritte/Fremdanamnese: ja/nein/k.A.

Gewaltopferführung/-begleitung durch die Polizei: ja/nein/k.A.

Arzt Verdacht dokumentiert: ja/nein/k.A.

Bei Rechtsmedizin:

Durch Polizei: ja/nein/k.A.

Nach rechtsmedizinischem Gutachten: ja/nein/k.A.

Anhaltspunkte für Selbstbeibringung: ja/nein/nicht bestimmbar

Zeichen früherer Verletzungen: ja/nein/nicht bestimmbar

Selbst beigebracht: ja/nein/k.A.

Fremd beigebracht: ja/nein/k.A.

Fallnummer: X

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt

32 Art der Gewalt:

Seelische Gewalt/Gewaltandrohung: ja/nein/k.A.

Körperliche Gewalt: ja/nein/k.A.

Bei körperlicher Gewalt:

Ohne Werkzeug: ja/nein/k.A.

Mit Werkzeug: ja/nein/k.A.

Welches ?

33 Einmaliges Ereignis: ja/nein/k.A.

34 Wiederholtes Ereignis: ja/nein/k.A.

Benanntes Zeitfenster: Monate/Wochen [Monate]

35 Sonderform:

Sexualdelikt: ja/nein/k.A.

Art des Geschlechtsverkehrs:

Vaginal: ja/nein/k. A.

Oral: ja/nein/k.A.

Anal: ja/nein/k.A.

Manuelle (genitale) Manipulation: ja/nein/k.A.

Einführen von Gegenständen: ja/nein/k.A.

Andere sexuelle Nötigung: ja/nein/k.A.

Welche?

k.A.

Andere (ungewöhnliche) Handlungen:

k.A.

Kondom: ja/nein/k.A.

Gleitmittel: ja/nein/k.A.

Samenerguss: ja/nein/k.A.

Freitext:

k.A.

36 Sonderform des Übergriffs:

Strangulation/mechanische Asphyxie: ja/nein/k.A.

Zugriffsart:

Würgen: ja/nein/k.A.

Drosseln: ja/nein/k.A.

Aufhängen: ja/nein/k.A.

Bedecken der Atemwege: ja/nein/k.A.

Knebeln: ja/nein/k.A.

Brustkompression: ja/nein/k.A.

Schwitzkasten: ja/nein/k.A.

Freitext:

37 Folgen/Symptome:

Symptomatik nach angegebener Strangulation: ja/nein/k.A.

Bewusstlosigkeit: ja/nein/k.A.

Urin-/Kotabgang: ja/nein/k.A.

Heiserkeit: ja/nein/k.A.

Halsschmerzen: ja/nein/k.A.

Schluckbeschwerden: ja/nein/k.A.

Freitext:

38 Benutzte Gegenstände:

k.A.

39 Untersuchungsbefund:

1 = Hirnschädel, 2 = Gesichtsschädel, 3 = Nacken, 4 = Hals, 5 = Brustkorb,

6 = Brüste, 7 = Abdomen, 8 = Rücken, 9 = Genitale, 10 = Gesäß,
11 = obere Extremität (a = Oberarm, b = Unterarm, c = Hand),
12 = untere Extremität, (e = Oberschenkel, f = Unterschenkel, g = Fuß),
13 = Wirbelsäule, 14 = Becken

Lokalisation jeweils nach Schema: Zahl 1 von 14 + Buchstabe (bei 11 und 12)
trennen mit einem Semikolon ; . z.B: 1; 12e

Stumpfe ungeformte Gewalt:

Schürfung:

Ablederung:

Hämatom:

Riss-/Quetschwunde:

Stumpfe geformte Gewalt:

Halbscharfe Gewalt:

Stichverletzung:

Scharfe Gewalt:

Schnittverletzung:

Schussverletzung:

Hitzeschaden:

Kälteschaden:

Stromschädigung:

Freitext Art der Gewalt: Befund:

Besondere Verletzungen: ja/nein/k.A.

Frakturen: ja/nein/k.A.

Bissverletzung: ja/nein/k.A..

Fesselungsspuren: ja/nein/k.A.

Widerlagerverletzung: ja/nein/k.A.

Griffspuren: ja/nein/k.A.

Abwehrspuren: ja/nein/k.A.

Ritzverletzung: ja/nein/k.A.

Kratzspuren: ja/nein/k.A.

Trittspuren: ja/nein/k.A.

Wundinfektion: ja/nein/k.A.

Commotio: ja/nein/k.A.

Schütteltrauma: ja/nein/k.A.

Andere Verletzungsarten: ja/nein/k.A.

Welche:

Andere besondere Lokalisationen:

z.B. Auge, Zähne..

40 Spezielle Strangulationsbefunde, Angaben liegen vor: ja/nein

Würgemale: ja/nein/k.A.
Drosselmarke: ja/nein/k.A.
Petechien, wenn ja plus Lokalisation: ja/nein/k.A.
Augenbindehäute: ja/nein/k.A.
Lidhäute: ja/nein/k.A.
Gesicht: ja/nein/k.A.
Mundschleimhaut: ja/nein/k.A.
Retroaurikulär(hinter dem Ohr): ja/nein/k.A.

41 Spezielle anogenitale Symptome bei sexuellem Übergriff:

Blutung:

Vaginal: ja/nein/k. A.

Anal: ja/nein/k.A.

Anderes: ja/nein/k.A.

Schmerzen:

Vaginal: ja/nein/k. A.

Anal: ja/nein/k.A.

Anderes: ja/nein/k.A.

Einrisse in:

Scheide: ja/nein/k.A.

Harnröhre: ja/nein/k.A.

Anus: ja/nein/k.A.

Schleimhautreötung:

Vaginal: ja/nein/k. A.

Anal: ja/nein/k.A.

Anderes: ja/nein/k.A.

42 Sexueller Übergriff, ergänzende Angaben:

Körper und Genitalreinigung nach Vorfall: ja/nein/k.A.

Extragenitale Verletzung: ja/nein/k.A.

a) Körperverletzung: ja/nein/k.A.

b) Strangulation/mechanische Asphyxie: ja/nein/k.A.

43 Vernachlässigung:

(Wiedergabe der Einschätzung aus der Akte/des behandelnden Arztes)

Unternahrung: ja/nein/k.A.

Bekleidung:

Unangepasst: ja/nein/k.A.

Zu viel: ja/nein/k.A.

Zu wenig: ja/nein/k.A.

Mangelhaft gepflegt: ja/nein/k.A..
Körperlicher Pflegemangel: ja/nein/k.A.
Parasiten: ja/nein/k.A.
Körperlicher Entwicklungsrückstand: ja/nein/k.A.
Intellektueller Entwicklungsrückstand: ja/nein/k.A.
Freitext:
k.A.

44 Objektivierung der Gewalt:

Befund in der Akte (z.B. Verletzung oder psychische Sicherung): ja/nein/k.A.
Nein: wenn Angabe des Patienten vorliegt, aber kein zugehöriger Befund in der Akte ist.

45 Patientenversorgung bei stationärem Aufenthalt:

Regelstation: k.A.
Intensivstation: k.A.

Fallnummer: X

Teil 2-2 Art der Befunderhebung

(besonders relevant für RM-Daten)

46 Diagnosesicherung mittels:

Befund schriftlich: ja/nein
Unter Ausweisung welcher Angaben:
Wo genau benannt am Körper: ja/nein
Was genau liegt als Befund vor: ja/nein
Wurde der Befund näher beschrieben: ja/nein
(bitte hier alles Zutreffende markieren!)
Größe: ja/nein
Form: ja/nein
Farbe: ja/nein
Rand: ja/nein
Tiefe: ja/nein
Weiteres:
k.A.
Foto: ja/nein
Eintrag der Befunde in eine Schemazeichnung: ja/nein

47 Blutalkoholkontrolle (BAK): ja/nein Befund: [%o]

48 Toxikologie:

Urin: ja/nein

Medikamente im Urin: ja/nein

Drogen im Urin: ja/nein

Blut: ja/nein

Befund:

Medikamente im Blut: ja/nein

Drogen im Blut: ja/nein

49 Tatwerkzeug sichergestellt: ja/nein/k.A.

50 Spurensicherung: ja/nein/k.A.

Blutspuren: ja/nein

Spermaspuren: ja/nein

Speichelspuren: ja/nein

Schweißspuren: ja/nein

Gewebspartikel: ja/nein

Abstriche:

Oral: ja/nein

Vaginal: ja/nein

Anal: ja/nein

Andere:

Nagelränder: ja/nein

(Scham)haare: ja/nein

Labor: ja/nein

Hep: ja/nein

HIV: ja/nein

Andere Virologie: ja/nein

Andere Bakteriologie: ja/nein

Kleidung:

Anderes:

Rechtsmedizinischer Sektionsfall: ja/nein/k.A.

Feingewebliche Untersuchung parenchymatöser Organe: ja/nein/k.A.

51 Bildgebende Diagnostik:

Sonographie: ja/nein

Röntgen: ja/nein

Computertomographie: ja/nein

Sonstige:

52 Konsile:

Angeordnet: ja/ nein, Fachrichtung:

Durchgeführt: ja/nein, Fachrichtung:

Gegebenenfalls wichtige Ergebnisse in Textform:

k.A.

53 Befunddokumentation durch:

Klinikerarzt: ja/nein

Rechtsmedizin: ja/nein

Fallnummer: X

Teil 2-3 Weiteres Vorgehen

54 Weitere Versorgung/Nachsorge: ja/nein/k.A.

Medizinische Versorgung ambulant: ja/nein

Medizinische Versorgung stationär: ja/nein

Wenn ja wohin:

Andere Klinik: ja/nein

Reha: ja/nein

Freitext:

Psychologisch-psychiatrische Versorgung: ja/nein

Wenn ja: ambulant/stationär

Psychosomatische Versorgung: ja/nein

Wenn ja: ambulant/stationär

Frauenhaus/betreutes Wohnen für Erwachsene: ja/nein

Unterbringung eines Kindes: ja/nein

Kinderschutzambulanz/spezielle Kinderberatungszentren: ja/nein

Andere Beratungsstellen: ja/nein

Freitext:

55 Finden sich in der Akte Aufträge für spezifische Befunderhebung/Gutachten zum Kontext Gewalt: ja/nein

Wenn ja dann:

Art des Auftrags:

Ärztliches Attest: ja/nein

Ärztliches Verletzungsgutachten: ja/nein

Anderes:

Dazugehöriger Auftraggeber:

Ermittlungsbehörde/Klinik/Patient/Selbst/Andere

56 Finden sich nach häuslicher Gewalt Angaben dazu, ob eine Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz vorlag: ja/nein

57 Ist bekannt, ob eine polizeiliche Anzeige bezogen auf den Untersuchungsanlass vorliegt: ja/nein

Wenn ja:

Polizeiliche Anzeige liegt bei Behandlung vor: ja/nein

Polizeiliche Anzeige wird während/nach Behandlung gemacht: ja/nein

Durch Arzt/durch Patient/durch Dritte

58 Speziell bei Kindern:

Meldung an das Jugendamt: ja/nein

Meldung durch Arzt: ja/nein

Meldung durch Andere: ja/nein

Freitext:

Und/oder Einschalten des klinikeigenen Sozialdienstes: ja/nein

Fallnummer: X

Teil 3: Besondere Hergangsumstände

59 Konsumverhalten geschädigte Person:

Angaben vorhanden: ja/nein

Wenn ja:

Akut: ja/nein

Alkohol: ja/nein

Medikamente: ja/nein

Drogen: ja/nein

Chronisch: ja/nein

Alkohol: ja/nein

Medikamente: ja/nein

Drogen: ja/nein

60 Konsumverhalten beschuldigte Person:

Angaben vorhanden: ja/nein

Wenn ja:

Akut: ja/nein

Alkohol: ja/nein

Medikamente: ja/nein

Drogen: ja/nein

Chronisch: ja/nein

Alkohol: ja/nein

Medikamente: ja/nein

Drogen: ja/nein

61 Vorerkrankungen:

Beschuldigte Person:

Geschädigte Person:

9 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| Abs. | Absatz |
| BGB | Bundesgetzbuch |
| bip | Berner Interventionsprojekt |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| DGGG | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| DNA | Desoxyribonucleinsäure |
| EDV | Elektronische Datenverarbeitung |
| Etc. | et cetera |
| Et al. | et alii/aliae/alia |
| GewSchG | Gewaltschutzgesetz |
| GiG | Gewalt im Geschlechterverhältnis |
| HIV | Humanes Immundefizienz-Virus |
| ISA | Index of Spouse Abuse |
| i.V.m. | in Verbindung mit |
| k.A. | keine Angabe |
| K.O. | knock out |
| MIGG | Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen |
| OEG | Opferentschädigungsgesetz |
| PC | Personal Computer |
| PoIG NRW | Polizeigesetz Nordrhein-Westfalen |
| PVS | Partner Violence Screen |
| RTW | Rettungswagen |

| | |
|-------|--|
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences |
| SQL | Structured Query Language |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| Tab. | Tabelle |
| UKD | Universitätsklinikum Düsseldorf |
| UNO | United Nations Organization |
| Vgl. | vergleiche |
| WAST | Women Abuse Screening Tool |
| WHO | World Health Organisation |
| WiBIG | Wissenschaftliche Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt |

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Übersicht der Altersverteilung aller Patientinnen der Gynäkologie des Universitätsklinikums Düsseldorf im Jahr 2004 mit einer Gewalterfahrung

Abb. 11: Übersicht der Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter

Abb. 12: Verteilung der Motivkategorien

Abb. 13: Tatorte der Gewaltdelikte

Abb.14: Zugangsweg der Gewaltopfer bezogen auf das Alter

Abb. 15: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall und Behandlung) hinsichtlich des Monats des Vorfalls und der Behandlung

Abb. 16: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich Wochentagen

Abb.17: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich der Tageszeit

Abb. 18: Übersicht über das Zeitintervall zwischen Vorfalls- und Behandlungsdatum

Abb.19: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde (Prozentuale Angabe bezogen auf die Gesamtzahl aller angegebenen Verletzungen)

Abb. 11: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde anhand eines Körperschemas

Abb. 12: Art der Verletzung der Untersuchungsbefunde

Abb.13: Übersicht der Altersverteilung der Fälle von Gewaltopfern, die im Jahr 2004 in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf bearbeitet wurden

Abb.14: Übersicht der Altersverteilung der Beschuldigten der Fälle, die im Jahr

2004 in der Staatsanwaltschaft Düsseldorf bearbeitet wurden

Abb. 15: Übersicht der Art der Beziehung zwischen Opfer und Beschuldigter
Person

Abb.16: Verteilung der Motiv-Kategorien

Abb.17: Tatorte der Gewaltdelikte

Abb.18: Zugangsweg der Gewaltopfer bezogen auf das Alter

Abb.19: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall und Behandlung) hinsichtlich
des Monats des Vorfalls und der Behandlung

Abb.20: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) nach
Wochentagen

Abb. 21: Übersicht der Verteilung der Fälle (Vorfall/Behandlung) hinsichtlich der
Tageszeit

Abb.22: Zeitintervall zwischen Zeitpunkt des Vorfalls und der Behandlung

Abb. 23: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde (Prozentuale
Angabe bezogen auf die Gesamtzahl aller angegebenen
Verletzungen)

Abb.24: Übersicht der Lokalisationen der Untersuchungsbefunde anhand eines
Körperschemas

Abb. 25: Art der Verletzung der Untersuchungsbefunde

11 Tabellenverzeichnis

Tab.1: Inhaltzusammenfassung des Exzerptbogens

Tab.2: Sonstige Angaben zum Zugangsweg

Tab.3: Verteilung der Angaben zur Genauigkeit der Diagnosesicherung

Tab.4: Übersicht der Fälle, in denen eine nähere
Befundbeschreibung stattgefunden hat

Tab.5: Übersicht der durchgeführten Formen der Spurensicherung

Tab.6: Übersicht möglicher Nachsorgeangebote und die Häufigkeit deren
Inanspruchnahme

Tab.7: Übersicht der Auftraggeber

Tab.8: Angaben zum Vorliegen einer Anzeige

Tab.9a: Übersicht des Konsumverhaltens der Geschädigten

Tab.9b: Übersicht des Konsumverhaltens des Beschuldigten

Tab. 10: Verteilung der Angaben zur Genauigkeit der Diagnosesicherung (die
relative Häufigkeit bezieht sich auf die 26 Fälle mit Diagnosesicherung)

Tab. 11: Übersicht zur Verteilung näherer Angaben der Befundbeschreibung
(die relative Häufigkeit bezieht sich auf die 26 Fälle mit
Diagnosesicherung)

Tab.12: Übersicht der Formen der Spurensicherung und die Häufigkeit ihrer
Durchführung

Tab.13: Übersicht möglicher Nachsorgeangebote und die Häufigkeit deren
Inanspruchnahme

Tab.14: Übersicht der Auftraggeber

Tab.15a: Angaben zum Konsumverhalten der Geschädigten

Tab.15b: Angaben zum Konsumverhalten des Beschuldigten

