

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktorin: Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme

Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie
-
Schwerpunkt häusliche Gewalt

Dissertation

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

Katharina Schumann

2012

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

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

Dekan

Referentin: Priv.-Doz. Dr. Graß

Korreferent: Priv.-Doz. Dr. Jungbluth

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Jungbluth, P., Wild, M., Hakimi, M., Dassler, K., Möller-Herckenhoff, L., Windolf, J., Ritz-Timme, S., Graß, H. (2011), Qualität der Befunddokumentation und weiterführenden Betreuung von Gewaltopfern am Beispiel einer unfallchirurgischen Notaufnahme einer Großstadt, Z Orthop Unfall 2011; 149:1-9

Jungbluth, P., Grassmann, J.-P., Wild, M., Betsch, M., Dassler, K., Möller-Herckenhoff, L., Hakimi, M., Ritz-Timme, S., Graß, H. (2012), Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz, Rechtsmedizin 2012; 22:163-168

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Thema häusliche Gewalt hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. In der Klinik und der Praxis ist es wichtig, die Ärzte zu sensibilisieren, um Gewaltopfer besser erkennen zu können. Ein weiterer wichtiger Schritt besteht in der Verbesserung der gerichtsfesten Dokumentation und der Vermittlung von Angeboten zur nachgelagerten Betreuung im psychosozialen Netzwerk. Viele Gewaltopfer stellen sich zuerst in einer Notfallambulanz vor, um sich behandeln zu lassen, deshalb ist in diesem Bereich eine Optimierung der Gewaltopferversorgung von besonderer Bedeutung. Die These, dass die bisher übliche Versorgung im Rahmen einer solchen Notfallkonsultation für Gewaltopfer mit ihren vielfältigen Problemfeldern unzureichend ist, wurde in der vorliegenden Studie überprüft.

Material und Methoden: Es erfolgte eine retrospektive Auswertung aller ambulanten und stationären Patientenakten der Unfallchirurgie am UKD des Jahres 2004 durch einen einheitlichen Datenbogen bezüglich eines möglichen Gewalterlebens. Die erfassten Fälle wurden in häusliche, öffentliche und unklare Gewalt unterteilt sowie nach verschiedenen Stichworten ausgewertet.

Ergebnisse: Es konnten 347 Gewaltopfer (5% der ausgewerteten Patientenakten) identifiziert werden. Davon traten 31% im öffentlichen Raum und 17% im häuslichen Bereich auf, wobei die restlichen 52% unklar blieben. Die Opfer häuslicher Gewalt waren älter als die Opfer der anderen Gewaltkategorien und es überwog der weibliche Anteil der Opfer. Besonders fiel die unvollständige Anamnese und die nicht gerichtsfeste Dokumentation auf, so dass zum Beispiel das typische Merkmal, die Mehrzeitigkeit von häuslicher Gewalt, den Akten nur in seltenen Fällen entnommen werden konnte. Es zeigten sich vor allem eher leichte Verletzungen (stumpfe Gewalt) am Kopf, Rumpf und den oberen Extremitäten.

Schlussfolgerung: Ein traumatologisches Zentrum ist eine wichtige zentrale Anlaufstelle für Gewaltopfer. Die nachgewiesenen Lücken in der Gewaltopferversorgung belegen die Wichtigkeit der Schulung resp. Sensibilisierung der Ärzte und des medizinischen Personals zur Optimierung der fachspezifischen sowie fachübergreifenden Versorgung von Gewaltopfern und die Vernetzung der bestehenden Hilfsnetzwerkstrukturen mit dem interdisziplinären Netzwerk zur Gewaltopferbetreuung am UKD.

Abkürzungsverzeichnis

a	ambulant
BIG	Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CAHRV	Coordination Action on Human Rights Violations
GO	Gewaltopfer
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
m	männlich
MAGS	Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales
MIGG	„Medizinische Intervention gegen Gewalt“ an Frauen
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MNR-Klinik	Zentrum für Innere Medizin, Neurologie und Radiologie
N-GO	Nicht-Gewaltopfer
NRW	Nordrhein-Westfalen
s	stationär
SD	Standardabweichung
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
w	weiblich

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Situationsdarstellung	3
1.2	Definition wesentlicher Begriffe	6
1.3	Fragestellung	8
2.	Material und Methode	11
2.1	Datenerhebung	11
2.2	Datenbogen.....	11
2.3	Datenauswertung	13
3.	Ergebnisse	14
3.1	Fallzahlen.....	14
3.2	Altersstruktur und Geschlechterverteilung	16
3.3	Geschehen und Zeitverhältnisse	20
3.3.1	Zeitpunkt des Vorfalls sowie der Behandlung	20
3.3.2	Erstversorgung	25
3.4	Beteiligte und Motivlage	25
3.4.1	Anamnesequelle.....	25
3.4.2	Ort der Gewalt	26
3.4.3	Geschlechterkonstellation und Art der Beziehung zwischen beschuldigter und betroffener Person (Opfer).....	26
3.4.4	Schilderung des Geschehens	29
3.5	Art der Gewalt	29
3.5.1	Ein- oder mehrzeitige Gewalt.....	29
3.5.2	Gewaltform	29
3.5.3	Lokalisation	32
3.5.4	Verletzungsarten.....	34
3.6	Qualität der ärztlichen Dokumentation.....	38
3.7	Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung	39
3.8	Gewalt und Alkohol-/Drogenkonsum.....	43
4.	Diskussion.....	45
4.1	Einleitung	45
4.2	Fallzahlen.....	46
4.3	Altersstruktur	47
4.4	Zeitliche Verhältnisse einer Gewalthandlung sowie der ärztlichen Vorstellung und weitere Angaben zum Geschehen und zur medizinischen Betreuung...49	
4.4.1	Zeitverhältnisse	49
4.4.2	Transportmittel und Erstversorgung.....	51

4.5	Weitere Angaben zum Gewaltgeschehen und den daran beteiligten Personen.....	52
4.5.1	Anamnesequelle.....	52
4.5.2	Örtlichkeit des Vorfalls.....	53
4.5.3	Art der Beziehung und Anzahl der Aggressoren.....	55
4.5.4	Schilderung des Geschehens.....	57
4.6	Art der Gewalt.....	57
4.6.1	Ein- oder mehrzeitige Gewalt.....	57
4.6.2	Gewaltform.....	58
4.6.3	Lokalisation der Verletzungen.....	59
4.6.4	Verletzungsarten.....	61
4.7	Qualität der ärztlichen Dokumentation.....	63
4.8	Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung.....	67
4.9	Gewalt und Alkohol- /Drogenkonsum.....	70
4.10	Abschlussbeurteilung.....	73
5.	Fazit.....	77
6.	Literaturverzeichnis.....	78
7.	Anhang (Datenbogen).....	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung des Exzerptbogens	12
Tabelle 2: Anteilige Beteiligung der Gewaltopfer am Gesamtpatientenkollektiv	15
Tabelle 3: Verteilung der Gewaltopfer.....	16
Tabelle 4: Verletzungsarten häusliche Gewalt	34
Tabelle 5: Verletzungsarten unklare Gewalt	35

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer in Düsseldorf.....	10
Abb. 2: Übersicht Patientenzahlen und Anteil der Gewaltopfer.....	14
Abb. 3: Altersstruktur der Gewaltopfer.....	18
Abb. 4: Verteilung der Gewaltopfer bzgl. Behandlungsstatus und Geschlecht.....	19
Abb. 5: Auftreten und Behandlung von Gewalt in den einzelnen Monaten.....	21
Abb. 6: Auftreten und Behandlung von Gewalt an den einzelnen Wochentagen	22
Abb. 7: Tageszeit des Gewaltereignisses	23
Abb. 8: Tageszeit der ärztlichen Versorgung	24
Abb. 9: Intervall zwischen Vorfalls- und Behandlungszeit.....	24
Abb. 10: Geschlechterkonstellation (Täter : Opfer) der häuslichen Gewalt.....	27
Abb. 11: Opfer-Täter Beziehung der häuslichen Gewalt.....	28
Abb. 12: „Grobe“ Aufteilung der Opfer-Täter Beziehung der häuslichen Gewalt	28
Abb. 13: Art der Gewalt	30
Abb. 14: Lokalisation der Verletzungen der Opfer häuslicher Gewalt	32
Abb. 15: Lokalisation der Verletzungen der Opfer unklarer Gewalt.....	33
Abb. 16: Art und Lokalisation von stumpfer Gewalt nach häuslicher Gewalt.....	36
Abb. 17: Art und Lokalisation von stumpfer Gewalt nach unklarer Gewalt.....	37
Abb. 18: Konsiliarische Vorstellung der weiblichen Gewaltopfer häuslicher Gewalt...	40
Abb. 19: Ambulante Nachsorge der häuslichen Gewaltopfer.....	41
Abb. 20: Konsiliarische Vorstellung der Gewaltopfer unklarer Gewalt	42
Abb. 21: Ambulante Nachsorge der unklaren Gewaltopfer	43
Abb. 22: Übersicht über den akuten Alkoholkonsum der Gewaltopfer	44

1. Einleitung

Häusliche Gewalt (Gewalt gegen den Lebenspartner) gibt es in allen Ländern, allen Kulturen und allen sozialen Schichten der Gesellschaft, wenngleich Angehörige einiger Bevölkerungsgruppen (z. B. niedriges Einkommen) stärker Gefahr laufen, einem gewalttätigen Partner ausgesetzt zu sein als andere (Gonzales de Olarte, 1999). Sie ist kein individuelles Problem einzelner Familien, sondern diesem Phänomen liegt ein komplexes gesellschaftliches Problem zugrunde und umfasst alle Formen von körperlicher, sexueller, psychischer, sozialer bis hin zu ökonomischer Gewalt.

Seit den 80er und verstärkt den 90er Jahren wird durch die fortschreitende Enttabuisierung des Gewaltthemas sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als auch in den medizinischen Fachgesellschaften dem Thema „Gewalt“ allgemein, der häuslichen Gewalt (Gewalt zwischen Lebenspartnern) als auch besonders der Gewalt gegenüber Kindern zunehmend Bedeutung beigemessen und diese als gesellschaftliches Problem erkannt. Das beinhaltet sowohl medizinische und psychologische als auch soziale und juristische Aspekte (Butchart, 2008; MAGS (Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales), 2005; Meuleners, 2008).

Um Gewalt gegen Frauen wirkungsvoll und nachhaltig zu bekämpfen, stellte die Bundesregierung im Jahr 1999 einen Aktionsplan mit einem umfassenden Konzept zur Gewaltbekämpfung vor. Die Schwerpunkte lagen in der Prävention, der Rechtslage, der Kooperation zwischen Institutionen und Projekten, der Vernetzung der Hilfsangebote, der Täterarbeit, der Sensibilisierung von Fachleuten und Öffentlichkeit sowie der internationalen Zusammenarbeit. Bei der Prävention wurde großer Wert auf die Öffentlichkeitsarbeit mit u. a. Aufklärungskampagnen, Broschüren und Veröffentlichungen von Untersuchungsergebnissen gelegt. Dieses Konzept sollte aber nicht nur die polizeiliche und gerichtliche Praxis, sondern auch Schulungen und Kooperationen, insbesondere aber den Aufbau und den Erhalt eines möglichst flächendeckenden Netzes an Hilfsangeboten (Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen, Notrufe, spezielle Therapieeinrichtungen, Interventionsstellen) fördern. Die Bundesregierung wollte in diesem Rahmen prüfen, inwieweit durch gesetzgeberische Maßnahmen der Schutz von Frauen vor Gewalt verbessert werden kann. Dies führte letztendlich zur Einführung des sogenannten Gewaltschutzgesetzes am 01.01.2002 (Bundesgesetzblatt, 2001). Die Polizei hat nun die Möglichkeit, einen Täter für mehrere Tage aus der Wohnung und aus der unmittelbaren Umgebung des Opfers zu verweisen bevor eine gerichtliche Anordnung vorliegt. Außerdem muss die Polizei eine Gefährdungseinschätzung vornehmen und

konkrete Hilfsangebote unterbreiten. Bei benannten oder augenscheinlichen Verletzungen wird das Opfer gebeten, ein ärztliches Attest zum Verletzungsbefund beizubringen.

Daraus darf geschlossen werden, dass speziell im medizinischen Bereich, v. a. in chirurgischen Ambulanzen, eine zunehmende Zahl von Betroffenen um Hilfe ersucht, einerseits zur medizinischen Versorgung, aber andererseits auch eine Attestierung der erlittenen Verletzungen erwartet, um unter Umständen weitere rechtliche Schritte auf der Grundlage einer solchen Dokumentation veranlassen zu können. Dem Arzt/der Ärztin kommt demnach eine Schlüsselrolle zu, liegt hier doch die Verantwortung nicht nur für eine notwendige medizinische Versorgung, sondern auch für die angemessene Befundsicherung. Diese Verantwortung ergibt sich aus der insbesondere in der Erst- und/oder Notfallversorgung gegebenen ersten und oft einzigen Möglichkeit für die primäre Erfassung des Verletzungsbildes (Deutsches Ärzteblatt, 2004).

Bei den Verletzungen der Gewaltopfer geht es in erster Linie um deren Identifikation als Gewaltfolgen sowie deren „gerichts feste“ Dokumentation. Nicht selten stellen sich Personen, speziell Frauen im Kontext mit häuslicher oder sexueller Gewalt, in einer ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus vor, ohne über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen (MAGS, 2005). Dies führt unter anderem zu einer hohen Dunkelziffer. Aus diesem Grund ist es wichtig, Gewaltfolgen zunächst überhaupt zu erkennen, im weiteren die Opfer sensibel anzusprechen, zu behandeln, die Verletzungen „gerichts fest“ zu dokumentieren, sachgerecht zu reagieren und die Betroffenen möglichst kompetent in nachgelagerte Hilfsangebote zu verweisen (Ärzttekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe, 2005; BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), 2004).

Als Reaktion auf die veränderte Wahrnehmung von Gewalt in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen wurden zur besseren Versorgung und Betreuung von Gewaltopfern vielfältige Initiativen ergriffen. Es wurde unter anderem 1993 die Berliner Initiative gegen häusliche Gewalt (BIG e. V.) und 1997 das S.I.G.N.A.L.-Projekt ins Leben gerufen, welches seit 2002 als Verein (S.I.G.N.A.L.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e. V.) eingetragen ist. Zudem wurde 2004 das GESINE-Netzwerk gegründet und die einzelnen Landesärztekammern brachten verschiedene Leitfäden gegen häusliche Gewalt heraus. Für den universitären Standort Düsseldorf wurde in den Jahren 2005/2006 konkret ein interdisziplinäres Versorgungskonzept erarbeitet und 2007 darin eingebettet eine rechtsmedizinische Ambulanz eingerichtet. Die im Rahmen der klinischen Versorgung identifizierten Gewaltopfer werden beraten und bei entsprechender Ausprägung der Gewaltfolgen können sich diese Personen einer rechtsmedizinischen Befundsicherung unterziehen, in welcher nach einer Gewalttat die Verletzungen dokumentiert und sachgerecht interpretiert werden können. Juristisch ist eine

ausführliche, aussagekräftige und schließlich auch leserliche Befunddokumentation und Interpretation von wesentlicher Bedeutung und meistens ist nur die rechtsmedizinische Dokumentation vor Gericht aufgrund ihrer fachspezifischen Ausrichtung sicher verwertbar (Gage-Linder, 2003).

Eine gewaltopferzentrierte Versorgung und Betreuung von Personen, die Opfer häuslicher Gewalt gewordenen sind, ist sehr wichtig. Allerdings zeichnet sich in den Kliniken und Praxen trotz der relativ hohen Prävalenz von dieser Gewaltform aktuell ein ganz anderes Bild ab. Aus einer Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdner Universitätsklinikums geht hervor, dass medizinische Fachkräfte häusliche Gewalt bei ihren Patienten nur selten wahrnehmen und zudem Hilfsangebote relativ unbekannt sind (Epple et al., 2011).

1.1 Situationsdarstellung

Die medizinische Versorgung von Personen, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind, ist vielschichtig. Es kann neben den akuten körperlichen Verletzungsfolgen, den direkten psychischen und psychosozialen Problemen, welche sich z. B. in Angstgefühlen, psychischem Stress und Konzentrationsschwierigkeiten, sowie einem erhöhten Alkohol- und Medikamentenkonsum äußern können, auch zu chronischen somatischen, psychischen und psycho-somatischen Störungen kommen. Die häusliche Gewalt mit körperlicher und seelischer Misshandlung zählt weltweit zu den wesentlichen Gesundheitsrisiken, betrifft alle gesellschaftlichen Schichten und vor allem Frauen (Davis, 2008).

Um eine Vorstellung vom Ausmaß von häuslicher Gewalt in der hiesigen Gesellschaft zu bekommen, wurde im Jahr 2004 die erste repräsentative deutsche Studie veröffentlicht. Diese ergab, dass 37% der befragten Frauen zwischen 16 und 85 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben körperliche Gewalt erfahren haben (Brzank, 2006). Gemäß dieser Untersuchung wird etwa jede vierte Frau in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben Opfer körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner/-innen. In vielen Fällen suchen diese Frauen daraufhin Ärztinnen oder Ärzte auf (BMFSFJ, 2004; Brzank, 2006). Gemäß Davis (2008) handelt es sich bei jeder fünften Frau, welche infolge von Verletzungen in einer unfallchirurgischen Notaufnahme behandelt wird, um ein Gewaltopfer.

In der ersten internationalen Gewaltprävalenzstudie, welche überwiegend außereuropäische Länder einbezog, variierte die körperliche Gewalt gegen Frauen von

13% in Japan bis 61% in der Provinz Peru. Japan hatte mit 6% zudem das geringste Vorkommen an sexueller Gewalt und Äthiopien mit 59% das höchste (Garcia-Moreno, 2005). Für die Prävalenz der europäischen Länder wurde eine sekundäranalytisch vergleichende Studie des Forschungsnetzwerkes CAHRV (Coordination Action on Human Rights Violations) ausgewertet. Nach dieser Studie hat etwa jede dritte bis fünfte Frau in den untersuchten Ländern Deutschland, Schweden, Frankreich, Finnland und Litauen im Verlauf ihres Lebens körperliche Gewalt durch einen aktuellen und/oder früheren Partner erfahren. 6-12% waren nach eigenen Angaben von sexueller Gewalt durch aktuelle/frühere Partner betroffen (Schröttle et al., 2006). In einer großen repräsentativen Untersuchung in Deutschland 2003, in welcher bundesweit über 10.000 Frauen nach ihren Gewalterfahrungen befragt wurden, kam man zu dem Ergebnis, dass rund 25% der in Deutschland lebenden Frauen körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder früherer Partner/-innen erlebt haben (BMFSFJ, 2008). Insgesamt gaben in Untersuchungen in allen Teilen der Welt zwischen 10% und 69% der Frauen an, dass sie irgendwann in ihrem Leben einmal von einem männlichen Intimpartner tätlich angegriffen worden sind (WHO, 2003).

Wenn man sich dann im Vergleich dazu die Prävalenz von häuslicher Gewalt in Erste-Hilfe-Einrichtungen und Notaufnahmen anschaut, schwankt diese zwischen 22% und 35% in Europa (Boyle, 2003; Brzank et al., 2004) und bis über 50% in den USA und Asien (Abbott et al., 1995; Krug et al., 2002).

Unter Bezugnahme auf diese Häufigkeiten von Gewaltopfern und der Wahrscheinlichkeit, dass diese auch medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, stellt die Betreuung von Gewaltopfern gerade im Gesundheitswesen eine wichtige Aufgabe dar, da Verletzte nach Gewalteinwirkungen neben der angemessenen ärztlichen Diagnostik und Behandlung weitere, für die Prognose wichtige Maßnahmen, wie z. B. sensible Ansprache, aussagekräftige Befunddokumentation und Verweisung in nachgelagerte Hilfeangebote benötigen. Das bedeutet, dass die Optimierung der Gewaltopferversorgung ein bedeutendes Sachgebiet ist, welches in der medizinischen Versorgung bisher kaum berücksichtigt worden ist (Davis, 2008; Davis et al., 2003).

Die USA hat als Vorreiter bereits seit Anfang der 90er Jahre Interventionsprojekte gegen Gewalt etabliert. Dort umfasst eine adäquate Versorgung folgende Handlungsstandards: eine routinemäßige Befragung aller Patienten/-innen nach Gewalterfahrungen, Abklären der Gefährdung und Schutzbedürfnis der betroffenen Patienten, gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden und die Vermittlung weitergehender Beratungs- und Unterstützungsangebote (Hellbernd, 2002). Die Prävention und Intervention gegen Gewalt wird als interdisziplinäre Aufgabe

verstanden, an der alle involvierten Berufsgruppen beteiligt sind und umfasst eine enge Zusammenarbeit mit kommunalen Einrichtungen zur Unterstützung für Opfer von Gewalt.

In Deutschland wurde in Anlehnung an das amerikanische Modell als erster Versuch das <S.I.G.N.A.L. – Interventionsprojekt gegen Gewalt an Frauen> im Oktober 1999 am Berliner Universitätsklinikum etabliert. Das Ziel war, gewaltbetroffenen Frauen eine bedarfsgerechte Versorgung und Unterstützung anzubieten und die Tabuisierung der häuslichen Gewalt zu durchbrechen.

Die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft hat sich erst seit Anfang des neuen Jahrtausends verstärkt auf das Problem der häuslichen Gewalt gerichtet. Dies führte dann z. B. zur Verfassung von Leitfäden und standardisierten Dokumentationsbögen der Landesärztekammern (Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe, 2005; BMFSFJ, 2004). In NRW (Nordrhein-Westfalen) wurden zahlreiche Traumambulanzen aufgebaut (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2008) und an einigen rechtsmedizinischen Instituten rechtsmedizinische Ambulanzen zur Versorgung von Gewaltopfern geschaffen. Eine flächendeckende, unmittelbare Versorgung von Gewaltopfern kann aber durch die Rechtsmedizin nicht gewährleistet werden. Aus diesem Grund bieten viele rechtsmedizinische Institute neben den konkreten Befunderhebungen und Begutachtungen inzwischen auch Informationen, Schulungen und Beratungen für medizinisches Personal an, um eine verbesserte Abdeckung in der Fläche zu gewährleisten (Graß und Ritz-Timme, 2005).

Vor dem Hintergrund, dass in einer Studie von Mark (2000), welche in einzelnen Berliner Bezirken durchgeführt wurde, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nur jeden zehnten Fall häuslicher Gewalt erkennen, scheint eine Schulung in diesem Bereich auch angebracht zu sein.

Das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ an Frauen (MIGG, 2008), welches 2008 mit einer dreijährigen Laufzeit etabliert wurde, beabsichtigte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu schulen, damit sie die Versorgung von Gewaltopfern übernehmen können. Ebenso sollten diese Praxen in die schon bestehenden Hilfsnetzwerke eingebunden werden. Dieses Modell wurde an fünf Standorten erprobt, unter anderem in Düsseldorf (www.migg-frauen.de). Nach erfolgreichem Abschluss dieses Projektes sollen die gewonnenen Erkenntnisse in ein allgemein einsetzbares Curriculum sowie in eine Handreichung zur Implementierung von Betreuungsstandards und Vernetzungsnotwendigkeiten im Hilfesystem einfließen. Die schon bestehenden Hilfsangebote sollen so bestärkt und eine Integration des Gesundheitswesens verstärkt werden.

Insgesamt finden sich in Deutschland inzwischen verschiedenste Hilfsangebote, von Beratungsstellen bis hin zu Traumaambulanzen. Vielerorts haben sich seit Einführung des Gewaltschutzgesetzes die Betreuungsnetzwerke erweitert, oder es wurden spezifische Verbundsysteme zur Betreuung von Opfern aufgebaut. Oft fehlt allerdings eine konkrete Vernetzung dieser Strukturen untereinander sowie eine Integration der medizinischen Hilfsangebote und gesundheitlichen Versorgung. Ein Ziel ist es, die Vernetzung der einzelnen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu fördern und auszubauen sowie eine Vernetzung mit den medizinischen Versorgungsstrukturen in die Wege zu leiten. Dafür ist es wichtig, dass in den Kliniken und Praxen ein Umdenken einsetzt und eine an Gewaltopfer angepasste Versorgung und Betreuung durchgeführt wird.

1.2 Definition wesentlicher Begriffe

• Definition von Gewalt nach der WHO

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen 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.“
(Weltbericht, Weltgesundheitsorganisation, 2003)

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

Als Gewalt bezeichnet wird demnach nur, wenn absichtlich, mit anderen Worten „gewollt“, mit körperlichem Zwang oder physischer Macht gedroht bzw. sie angewandt wird. Zudem wird der daraus folgende Schaden, ob nun konkret oder zu erwarten, klar beschrieben.

• Definition der „häuslichen Gewalt“

Eine frühe Definition von Hagemann-White sollte der engen Beziehung der Gewalt zur Geschlechtlichkeit Rechnung tragen:

"Unter Gewalt verstehen wir die Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität eines Menschen durch einen anderen. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich noch genauer auf diejenige Gewalt, die mit der Geschlechtlichkeit des Opfers wie des Täters zusammenhängt. Hierfür prägten wir den Begriff: Gewalt im Geschlechterverhältnis. Dazu gehören sowohl die Befriedigung sexueller Wünsche auf Kosten eines Opfers oder gegen dessen Willen wie auch alle Verletzungen, die aufgrund einer vorhandenen geschlechtlichen Beziehung (oder zwecks Durchsetzung einer solchen) zugefügt werden."
(Hagemann-White, 1992)

Später kristallisierte sich immer mehr ein neuer Begriff „häusliche Gewalt“ als eine Form der Gewalt im Geschlechterverhältnis und Beziehungsgefüge heraus. Eine weitverbreitete Definition der BIG lautet: *„Der Begriff häusliche Gewalt umfasst die Formen der physischen, sexuellen, psychischen, sozialen und emotionalen Gewalt, die zwischen Menschen stattfindet, die in nahen Beziehungen zueinander stehen oder gestanden haben. Das sind in erster Linie Erwachsene in ehelichen und nicht ehelichen Lebensgemeinschaften, aber auch in anderen Verwandtschaftsbeziehungen. Die häusliche Gewalt wird fast ausschließlich von Männern gegen Frauen ausgeübt und zwar überwiegend im vermeintlichen Schutzraum des eigenen Zuhauses. Sie ist an das strukturelle Machtverhältnis zwischen Männern und Frauen gebunden“* (BIG e. V., o. J.).

Das bedeutet, dass häusliche Gewalt als Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern definiert wird, dies schließt gleichgeschlechtliche Beziehung nicht aus. Unter „häuslicher Gewalt“ werden auch Kindsmisbrauch, Misshandlung alter Menschen, Gewalt unter Familienmitgliedern des ersten und zweiten Verwandtschaftsgrades und auch Gewalt durch angeheiratete Personen verstanden. Insgesamt ist das Definitionsfeld für „häusliche Gewalt“ somit recht breit angelegt. Im deutschen Sprachgebrauch wird von „häuslicher Gewalt“, „familiärer Gewalt“ oder „Gewalt in Partnerschaft“ und im englischen Sprachgebrauch von „domestic violence“ oder „intimate partner violence“ gesprochen, wobei vorrangig die Gewalt zwischen Partnern bzw. Ex-Partnern verstanden wird. Die Gewalt gegen Kinder wird in der Regel als spezifisches Problemfeld mit Fokus auf die hier besonderen Hilfemaßnahmen und Einbeziehungen der pädiatrischen Gesundheitsfürsorge betrachtet.

• Definition „Gewalt im öffentlichen Raum“

Unter dem Begriff „öffentliche Gewalt“ wurden im Rahmen des Forschungsprojektes am UKD solche Fälle zusammengefasst, welche außerhalb des familiären Umfeldes stattfanden. Darunter wurden zum einen Auseinandersetzungen zwischen unbekanntem Personen oder aber auch zwischen Freunden, welche in keiner verwandtschaftlichen, familiären oder näheren Beziehung zueinander standen, gezählt. Die Gewalt am Arbeitsplatz und an Schulen wurde mit unter diesen Obergriff gefasst, erhielt allerdings als Untergruppe noch eine zusätzliche Bedeutung. Diese Fälle wurden von denjenigen mit Zuordnungsmöglichkeit zum Stichwort „häusliche Gewalt“ getrennt ausgewertet und werden in dieser Auswertung nicht weiter berücksichtigt, siehe dazu auch das Kapitel 2.3 „Datenauswertung“, Seite 13.

1.3 Fragestellung

Mit dieser Studie soll anhand des Patientengutes eines Traumazentrums, hier Teil eines Universitätsklinikums mit überregionalem Einzugsgebiet, untersucht werden, wie in unfallchirurgischem, regelhaften Behandlungsablauf zurzeit auf die Bedürfnisse von Gewaltopfern eingegangen wird. Ziel war eine Evaluation der Häufigkeit und Verletzungsschwere infolge von häuslicher Gewalt sowie eine Erhebung zur Qualität der forensischen Befunddokumentation in einem traumatologischen Notfallzentrum zur Überprüfung der Notwendigkeit einer interdisziplinären Verbundversorgung zur gezielten Betreuung von Gewaltopfern. Dies vor dem Hintergrund, dass die so abgebildeten Betreuungskonzepte den bisherigen und für solche medizinische Angebote weit verbreiteten „Standard“ beschreiben dürften.

Unter der Arbeitshypothese, dass diese Standards den Bedürfnissen von Gewaltopfern in dieser Weise nicht umfassend genug gerecht werden, soll die Untersuchung zwei wesentliche Ziele verfolgen:

Erstens soll die These geprüft werden, dass die medizinischen Angebote unzureichend mit dem psychosozialen Hilfesystem vernetzt sind, dass eine Beratung und Verweisung durch die Medizin in entsprechende Hilfsangebote fehlen und dass die medizinische Befunddokumentation unter gewaltopferzentrierten, forensischen Aspekten unzureichend ist. Um diese These zu überprüfen, wurden die Patientenakten mittels eines umfangreichen Datenerhebungsbogens systematisch ausgewertet. Näheres dazu siehe unter Kapitel 2 „Material und Methode“, Seite 11.

Zweites soll ein Datensatz im Sinne eines „Basis“-Datensatzes für eine nachgelagerte Untersuchung mit gleichem Behandlungsrahmen, jedoch nach Implementierung eines neuen Vorsorgekonzeptes am UKD ab 2006 erhoben werden.

In Düsseldorf gibt es ein gut entwickeltes soziales Netzwerk, aber keine regelhafte und standardisierte Einbindung von ärztlichen Versorgungsstrukturen mit dem medizinischen Versorgungsangebot des UKD. Nach einer Vorbereitungsphase in 2006 gibt es seit Anfang März 2007 ein neues Konzept am UKD, um die Betreuung der Gewaltopfer zu verbessern. Ausgehend von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (Konstituierung 2006) wurde unter Integration eines rechtsmedizinisch schon vorhandenen Untersuchungsangebotes für Gewaltopfer ein UKD-Netzwerk geschaffen, eine Gewaltopfer-Ambulanz implementiert und ein standardisiertes Betreuungskonzept mit einer externen Vernetzung gestaltet.

Die UKD-Ambulanz für Gewaltopfer vernetzt unter der Führung des Instituts für Rechtsmedizin alle Fachbereiche innerhalb des Klinikums, die an der Versorgung von Gewaltopfern beteiligt sind. Sie gewährleistet die medizinische Behandlung körperlicher und seelischer Verletzungen, eine „gerichts feste“ Dokumentation von Verletzungen als Basis einer späteren Begutachtung, eine Sicherung von Untersuchungsmaterial für Spurenuntersuchungen und Weitervermittlung in andere Einrichtungen des Düsseldorfer Hilfsnetzwerkes für Gewaltopfer.

Dieses Behandlungskonzept wird auch ohne vorherige polizeiliche Anzeigeerstattung angeboten, ist also unabhängig von einer Offenbarung des Opfers gegenüber einer Ermittlungsbehörde. Es erfolgt keine automatische Meldung des Vorfalls durch die behandelnden Ärzte gegenüber der Polizei (ärztliche Schweigepflicht).

Außerdem besteht für die Betroffenen sowie für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal die Möglichkeit, telefonisch in Kontakt mit speziell geschulten Mitarbeitern zu treten. Diese können z. B. die Opfer zu den Ärztinnen und Ärzten vermitteln, die ihnen unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation am besten helfen können. Schwerpunkte sind die Gynäkologie, die Kinderheilkunde, die Unfallchirurgie, die Psychiatrie und die Psychosomatik.

Ferner werden Schulungen und Weiterbildungen für Klinikpersonal (Ärzterschaft und Pflegepersonal) und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (MIGG Projekt) angeboten. Auf der Internetseite des Institutes für Rechtsmedizin finden sich vielfältige Informationen, unter anderem Dokumentationsbögen, Leitfäden über häusliche Gewalt, Körperschemata, Links zu Beratungsangeboten und Hilfsorganisationen sowie Hinweise zu Publikationen. Unter anderem wurde eine kompakte, informative Anleitung zur Befunddokumentation bei Gewaltopfern im Kitteltaschenformat genutzt, die sogenannte Med-Doc-Card (Bezug über

2. Material und Methode

2.1 Datenerhebung

Am Universitätsklinikum Düsseldorf wurde für das Jahr 2004 (01.01.-31.12.2004) eine retrospektive Aktenanalyse aller ambulanten und stationären Patienten der Klinik für Unfall- und Handchirurgie bezüglich eines Gewalterlebens mit Hilfe eines einheitlichen Datenbogens durchgeführt. In dieser Auswertung wurden nur Fälle berücksichtigt, in denen dezidiert Angaben zum Gewalterleben dokumentiert waren, entweder durch die Aussage der verletzten Person selbst, der Polizei, einer etwaigen Begleitperson oder durch den Verdacht des behandelnden Arztes.

Die so erfassten Fälle wurden unterteilt in häusliche und öffentliche (nicht häusliche) Gewalt und anschließend nach verschiedenen Stichworten – Alter, Geschlecht, Geschehen und Zeitverhältnisse, Beteiligte und Motivlage, Art der Gewalt, Qualität der ärztlichen Dokumentation, Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung sowie Gewalt und Alkohol-/Drogenkonsum – ausgewertet. Alle nicht derartig einzuordnenden Fälle wurden als „unklar“ deklariert und separat dargestellt, siehe dazu auch Kapitel 2.3 „Datenauswertung“, Seite 13.

Der für die Analyse angefertigte Datenbogen war anonymisiert und enthielt keine personenbezogenen Angaben. Vor Einsichtnahme der Akten wurde das Vorhaben mit der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf abgesprochen. Ein positives Votum vom 08.09.2006 liegt vor (Studiennummer 2783).

2.2 Datenbogen

Die Erarbeitung des Erhebungsbogens erfolgte in einer Doktorandenarbeitsgruppe, bestehend aus acht Doktoranden unter rechtsmedizinischer Leitung, da die Datenerhebung in verschiedenen Kliniken/Instituten der Universität zu übergeordneter, vergleichender sowie einer differenzierten fachspezifischen Fragestellung durchgeführt wurde. Dazu gehörten die Unfallchirurgie, die Rechtsmedizin, die Pädiatrie, die Gynäkologie, die Psychiatrie und die Psychosomatik.

Der standardisierte Datenbogen wurde klar strukturiert und enthielt im Wesentlichen vorformulierte Stichworte. Zusätzlich wurde Raum für frei formulierte Angaben eingeräumt, um ergänzende, nicht durch die Vorgaben abgedeckte Inhalte aus den Patientenakten erfassen zu können. Nach einem Pretest und einer anschließenden Modifikation wurde der Datenbogen für die Aktenanalyse genutzt.

Der Erhebungsbogen ist im Anhang eingefügt und setzt sich aus den in Tabelle 1 aufgeführten Teilen zusammen.

Exzerptbogen zur Aktenauswertung – Zusammenfassung*		
Fokus	Stichworte, Überbegriffe	Hintergrund
Opfer	Geschlecht, 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	Details zur ärztlichen Versorgung und Nachsorge unter dem „Opfer-Aspekt“

Tabelle 1: Zusammenfassung des Exzerptbogens

**Übersicht (Originalvorlage) siehe Anhang*

2.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv nach unterschiedlichen Stichworten (näheres siehe Kapitel 2.2 „Datenbogen“, Seite 11).

Die gesamte Dissertation wurde mit Microsoft Word© auf einem Einzelplatz-Computer geschrieben. Alle Daten aus den in die Auswertung eingegangenen Erhebungsbögen wurden in Microsoft Excel© erfasst. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv statistisch mit Microsoft Excel©. Die Prozentzahlen wurden auf ganze Zahlen gerundet.

Die daraus ermittelten Ergebnisse wurden in Tabellen und Diagrammen unter Verwendung von Microsoft Word© und Microsoft Excel© dargestellt.

Es erfolgte keine eigenständige Interpretation von Patientenakten bezüglich einer Definition als „Opfer von Gewalt“. Die Ethikkommission sah hier erhebliche Bedenken. Somit wurden als Gewaltopfer in der Aktendurchsicht nur die Fälle erfasst, bei denen entweder die Person selbst, die Polizei oder Dritte ein Gewalterleben angegeben haben, oder ärztlich ein Verdacht dokumentiert wurde. Vergleichsdaten zum Gesamtkollektiv der unfallchirurgischen Patientenversorgung nach Alter, Geschlecht, stationär sowie ambulant wurde von Seiten der Klinikverwaltung zur Verfügung gestellt. Die eigene Auswertung im Rahmen einer deskriptiven statistischen Darstellung verwendet bei der relativen Häufigkeit auf ganze Zahlen gerundete Werte.

• Definition von „unklaren Fällen“

Während der Auswertung fiel auf, dass einige Patientenakten nicht eindeutig in häusliche und öffentliche Gewalt differenziert werden konnten. Bei diesen Akten fehlten die Angaben zum „Täter“, zum Vorfalort und/oder zum Tathergang, so dass man aus der Anamnese keine Rückschlüsse auf die Opfer-Täter-Beziehung ziehen konnte. Häufig wurde die allgemeine Formulierung „tätliche Auseinandersetzung“ verwendet, die keine näheren Schlussfolgerungen zulässt. Diese Fälle wurden als „unklar“ definiert und separat ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Fallzahlen

Im Jahr 2004 stellten sich insgesamt 7132 Patienten (männlich (m)=4015, weiblich (w)=3117) in der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf vor, davon wurden 5971 ambulant (a) (m3406:w2565) und 1161 stationär (s) (m609:w552) behandelt. Anhand der archivierten Akten konnten insgesamt 347 Gewaltopfer (m253 (73%); w94 (27%)) identifiziert werden, was einem Prozentsatz von **5% (m4%:w1%)** entspricht, siehe Abb. 2. Eine stationäre Behandlung fand bei 47 (m32:w15) und eine ambulante bei 300 (m221:w79) Gewaltopfern statt. Insgesamt war der Anteil männlicher Gewaltopfer am männlichen Gesamtkollektiv 6%, während der Frauenanteil 3% betrug.

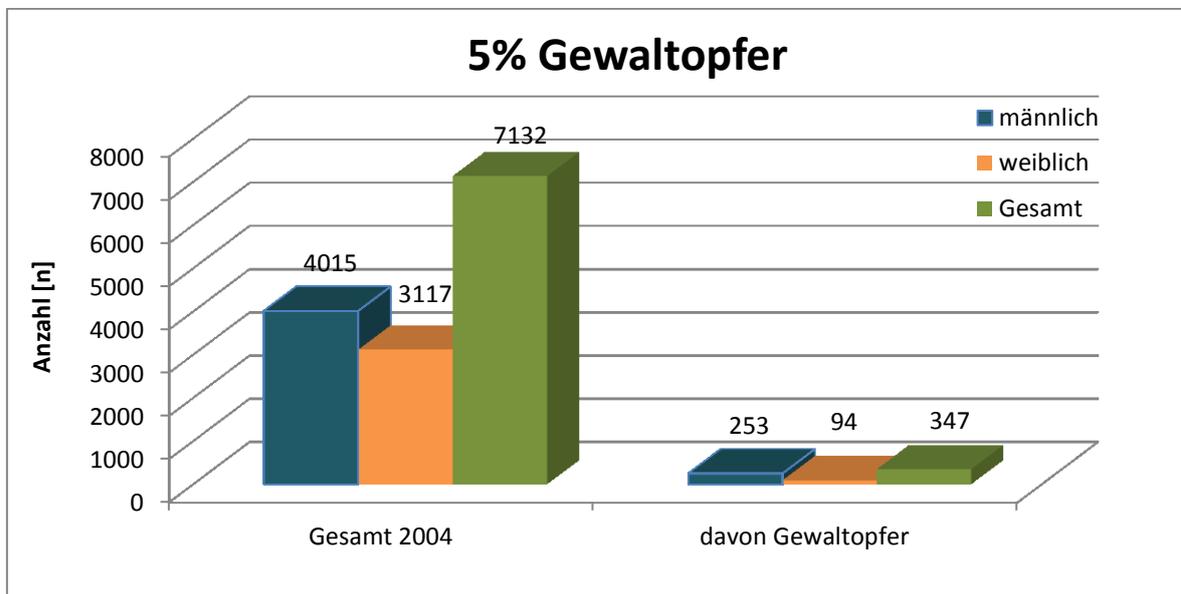


Abb. 2: Übersicht Patientenzahlen und Anteil der Gewaltopfer

Die Beteiligung aller Gewaltopfer am Gesamtpatientenaufkommen nach Geschlecht und Alter ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Prävalenz schwankt sehr stark zwischen 0% im Säugling und Kleinkindalter, unter 1% im Alter (>70 Jahre) und über 9% zwischen dem 15. und 26. Lebensjahr.

Alter (Lbj.)	Männlich			Weiblich			Gesamt (N)		
	GO	N-GO	Σ	GO	N-GO	Σ	GO	N-GO	Σ
00.-03.	0	109	109	0	69	69	0	178	178
04.-06.	0	106	106	0	87	87	0	193	193
07.-10.	7	135	142	2	98	100	9	233	242
11.-14.	10	171	181	9	99	108	19	270	289
15.-18.	21	185	206	13	129	142	34	314	348
19.-25.	71	503	574	22	345	367	93	848	941
26.-30.	38	399	437	13	253	266	51	652	703
31.-40.	51	761	812	16	379	395	67	1140	1207
41.-50.	27	525	552	10	333	343	37	858	895
51.-60.	11	328	339	6	268	274	17	596	613
61.-70.	12	259	271	1	298	299	13	557	570
71.-80.	3	157	160	1	319	320	4	476	480
>81	2	122	124	1	346	347	3	468	471
?	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Gesamt (N)	<u>253</u>	3762	4015	<u>94</u>	3023	3117	<u>347</u>	6785	7132

Tabelle 2: Anteilige Beteiligung der Gewaltopfer am Gesamtpatientenkollektiv

Von den insgesamt 347 Personen, welche ein Gewalterleben angaben, waren 59 Fälle (17%) Opfer häuslicher Gewalt und 109 Fälle (31%) Opfer öffentlicher Gewalt. In über der Hälfte der Fälle (179; 52%) konnte abschließend nicht zwischen häuslicher und öffentlicher Gewalt unterschieden werden. Diese Fälle wurden in Kapitel 2.3 „Datenauswertung“, Seite 13 als unklar definiert und unter diesem Stichwort ausgewertet, siehe Tabelle 3. Bei der Sichtung der Akten fanden sich zudem einige Fälle, welche im Rahmen eines Durchgangsarztverfahren (D-Berichte) aufgetreten waren. Diese 47 Fälle

wurden als Untergruppe der öffentlichen und der unklaren Gewalt gewertet und machten insgesamt 14% der Gewalterfahrungen aus. Auffallend war der relativ hohe Anteil männlicher Patienten im Rahmen von häuslicher Gewalt (18 von 59 \triangleq 31%).

Art der Gewalt	Stationär			Ambulant			Gesamt		
	m	w	Σ	m	w	Σ	m	w	Σ
Häuslich	5	9	14	13	32	45	18	41	59
Öffentlich	9	3	12	67	30	97	76	33	109
<i>D-Bericht</i>	1	-	1	32	11	43	33	11	44
Unklar	18	3	21	141	17	158	159	20	179
<i>D-Bericht</i>	-	-	-	2	1	3	2	1	3
Gesamt	32	15	47	221	79	300	253	94	347

Tabelle 3: Verteilung der Gewaltopfer

3.2 Altersstruktur und Geschlechterverteilung

Insgesamt lag das Durchschnittsalter der Gewaltopfer, welche sich in der Unfallchirurgie vorstellten, bei 31 Jahren (Standardabweichung (SD) 15, Median 32, 7-84 Jahre). Davon waren 253 männlichen (73%) und 94 weiblichen (27%) Geschlechts.

Die Personen, welche Opfer häuslicher Gewalt wurden, waren im Durchschnitt 34 Jahre (SD 15, Median 32, 8-84 Jahre) alt. Die Frauen wiesen ein durchschnittliches Alter von 32 Jahren (SD 14, Median 30, 15-66 Jahre) auf, während die Männer mit 39 Jahren (SD 18, Median 34, 8-84 Jahre) älter waren. Die weiblichen Opfer (m:w=1:2,3) überwogen bei der häuslichen Gewalt. Zudem waren zwei Frauen schwanger.

Der Altersdurchschnitt der Opfer von öffentlicher Gewalt betrug 30 Jahre (SD 18, Median 27, 7-83 Jahre). Damit waren die Opfer öffentlicher Gewalt jünger als die der häuslichen Gewalt. Ein Unterschied im Alter zwischen männlichen (Durchschnittsalter 30 Jahre, SD 17, Median 28, 7-71 Jahre) und weiblichen (Durchschnittsalter 30 Jahre, SD 19, Median 24, 10-83 Jahre) Opfern öffentlicher Gewalt bestand nicht. Das Verhältnis der Opfer öffentlicher Gewalt war in Richtung der männlichen Opfer verschoben (m:w=2,3:1).

Bei den als unklar deklarierten Fällen von Gewalt wiesen die Opfer ein Durchschnittsalter von 30 Jahren (SD 12, Median 27, 12-79 Jahre) auf und lagen damit zwischen der öffentlichen und der häuslichen Gewalt. Die Frauen waren durchschnittlich 25 Jahre (SD 12, Median 22, 12-49 Jahre) und die Männer 31 Jahre (SD 12, Median 27, 16-75 Jahre) alt. Siehe hierzu Abb. 3. In den unklaren Fällen dominierte deutlich das männliche Geschlecht (m:w=8:1), siehe hierzu Abb. 4.

In fünf Fällen (8%; m1:w4) waren Kinder und Jugendliche Opfer von häuslicher Gewalt geworden und mussten ambulant behandelt werden. Sie wiesen meistens Hämatome oder Platzwunden auf. Auf die genauen Verletzungsformen wird später im Detail eingegangen, siehe Kapitel 3.5.4 „Verletzungsarten“, Seite 34. Bei der unklaren Gewalt kam es ebenfalls in 8% der Fälle (m6:w8) zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Allerdings mussten hier drei Opfer stationär behandelt werden. Die Verletzungen der unklaren Gewaltopfer waren allesamt stumpfer Natur.

Die nachfolgenden Aspekte der Auswertung fokussieren auf die Gruppe der Gewaltopfer nach häuslicher Gewalt. Die differenzierte Auswertung der Fälle aus öffentlichen Gewalterleben erfolgt separat.

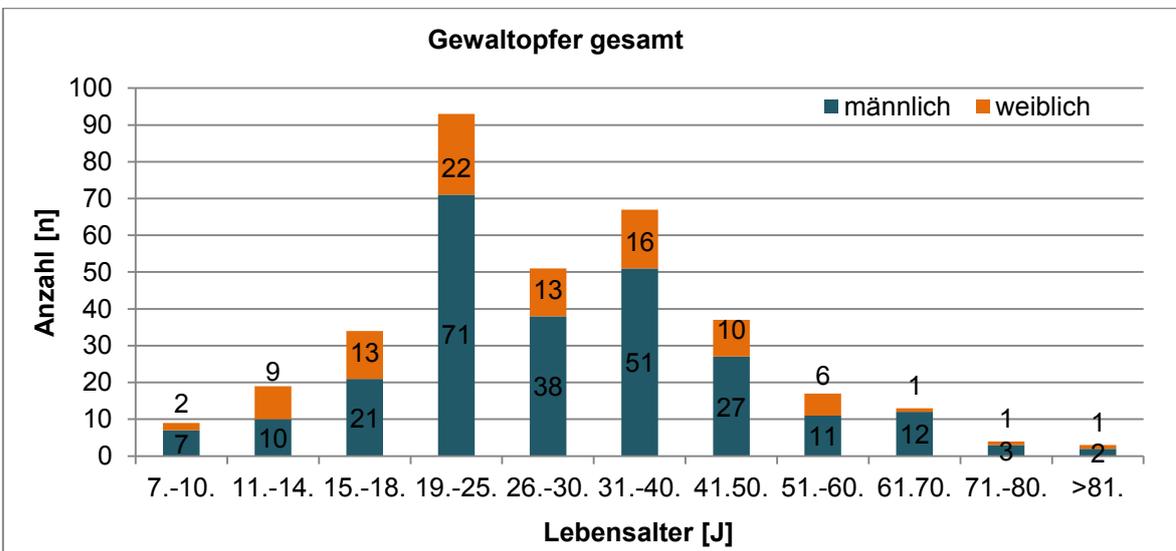
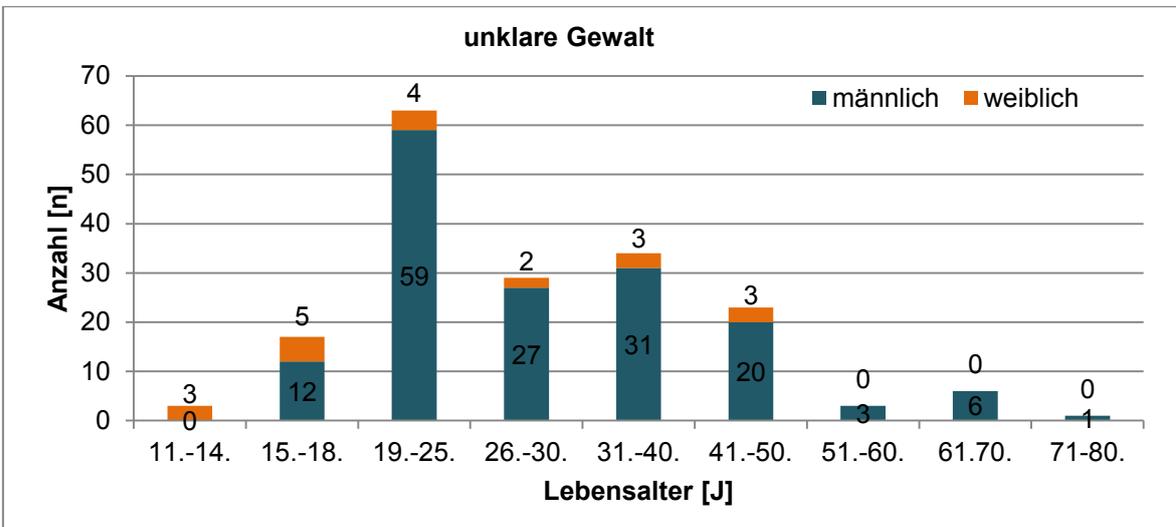
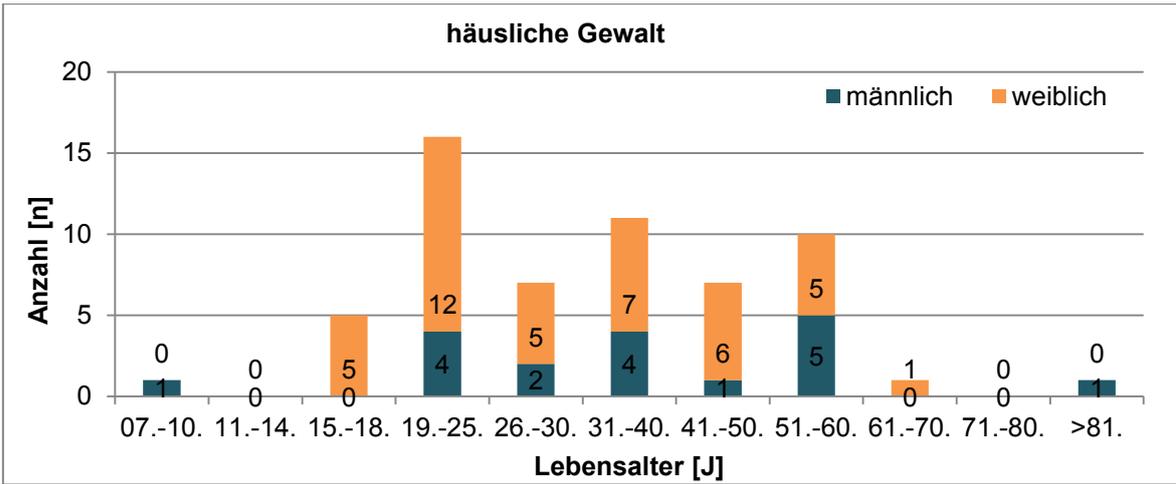


Abb. 3: Altersstruktur der Gewaltopfer

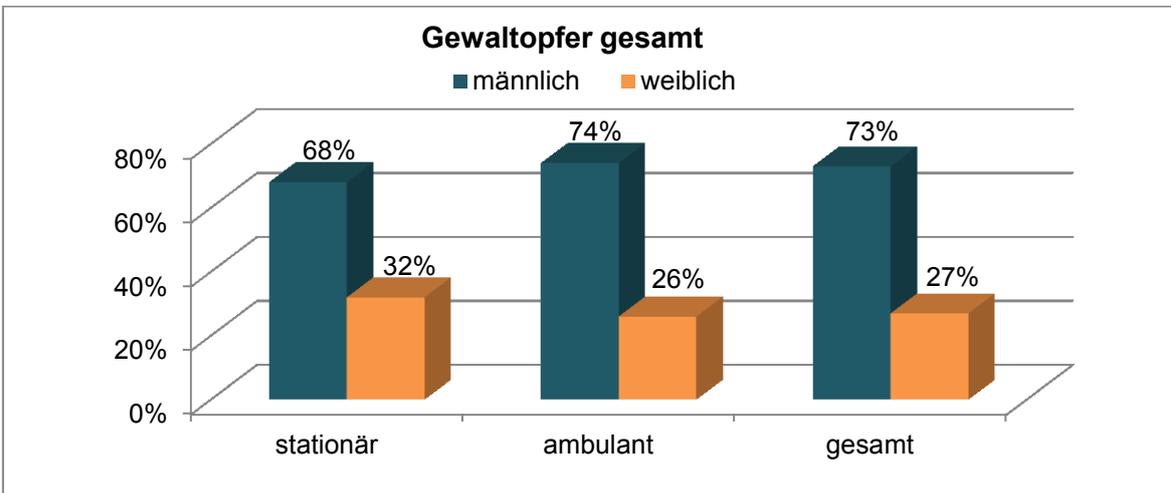
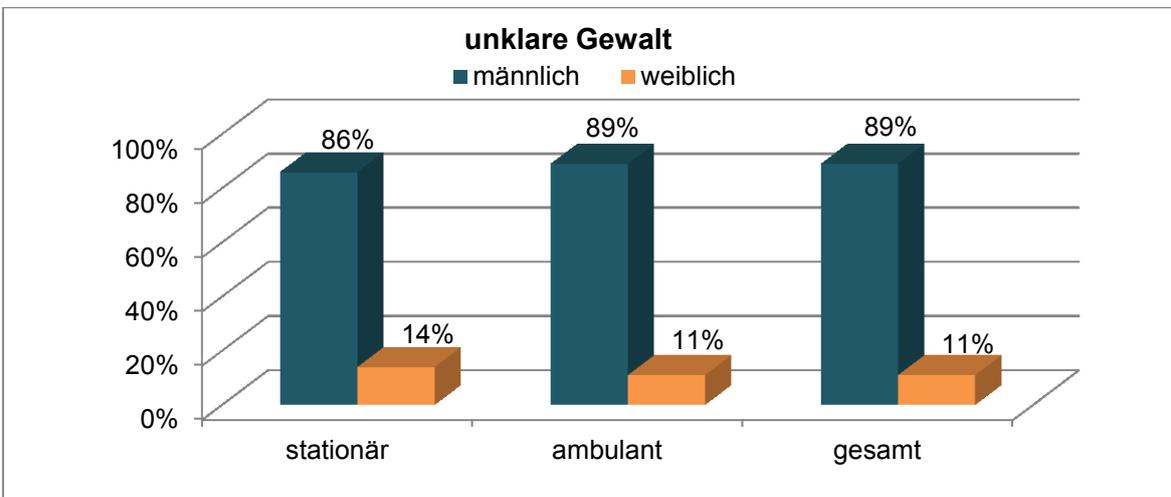
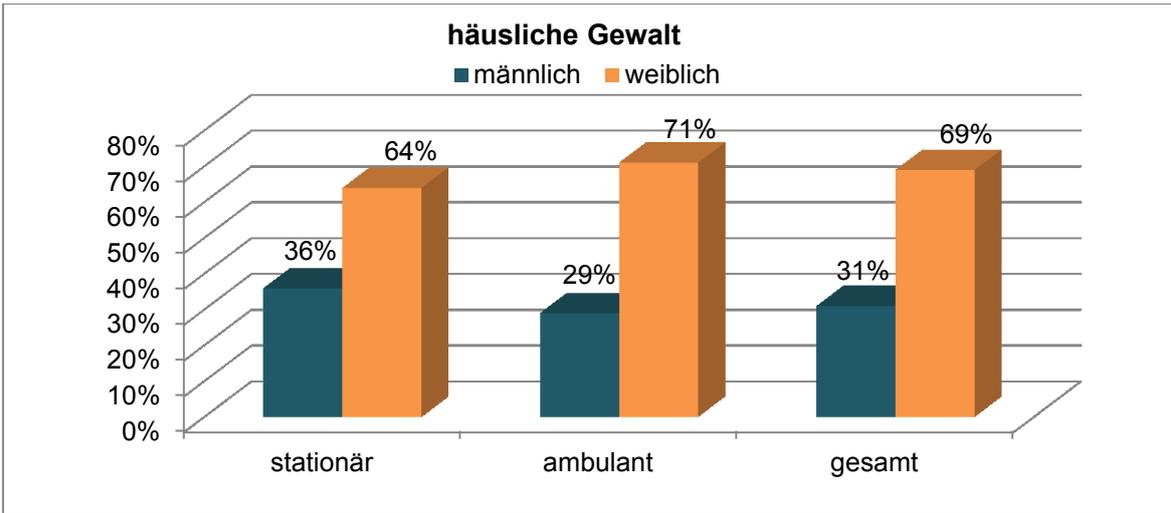


Abb. 4: Verteilung der Gewaltopfer bzgl. Behandlungsstatus und Geschlecht

3.3 Geschehen und Zeitverhältnisse

3.3.1 Zeitpunkt des Vorfalls sowie der Behandlung

Der Zeitpunkt des Gewaltgeschehens war bei den Opfern von häuslicher Gewalt in 61% (36; m12:w24) der Fälle angegeben. Bei den stationären Fällen waren immer Angaben zum Vorfallsdatum vorhanden (100%), allerdings lag bei einem Fall das Ereignis schon Jahre zurück, so dass keine Angaben zum Monat oder Wochentag gemacht werden konnten. Während bei den ambulanten Fällen nur in 22 Fällen (49%) Daten zum Vorfallsdatum verfügbar waren. Die Tageszeit im stationären Bereich war in 57% der Fälle und im ambulanten Bereich in 44% der Fälle angegeben. Im Vergleich dazu ließen sich bei der unklaren Gewalt in 45% der Fälle Angaben zum Vorfallszeitpunkt erheben. Der Anteil der stationären Fälle betrug 67% und der ambulanten Fälle 42%. Die Tageszeit war insgesamt nur bei 18% angegeben (s24%, a18%). Bei der Auswertung der Akten fiel auf, dass sich die meisten Gewaltopfer häuslicher Gewalt in den Monaten Mai (12%), Juni (14%) und Dezember (18%) auf der unfallchirurgischen Notfallstation vorstellten, siehe Abb. 5. Die Vorstellungen in den anderen Monaten schwankten zwischen 3 und 10%. Unterdessen suchten die Opfer unklarer Gewalt die Unfallchirurgie vor allem in den Monaten Januar (11%), Juni (13%) und Juli (13%) auf. In den anderen Monaten schwankten die Prozentzahlen zwischen 5 und 9%.

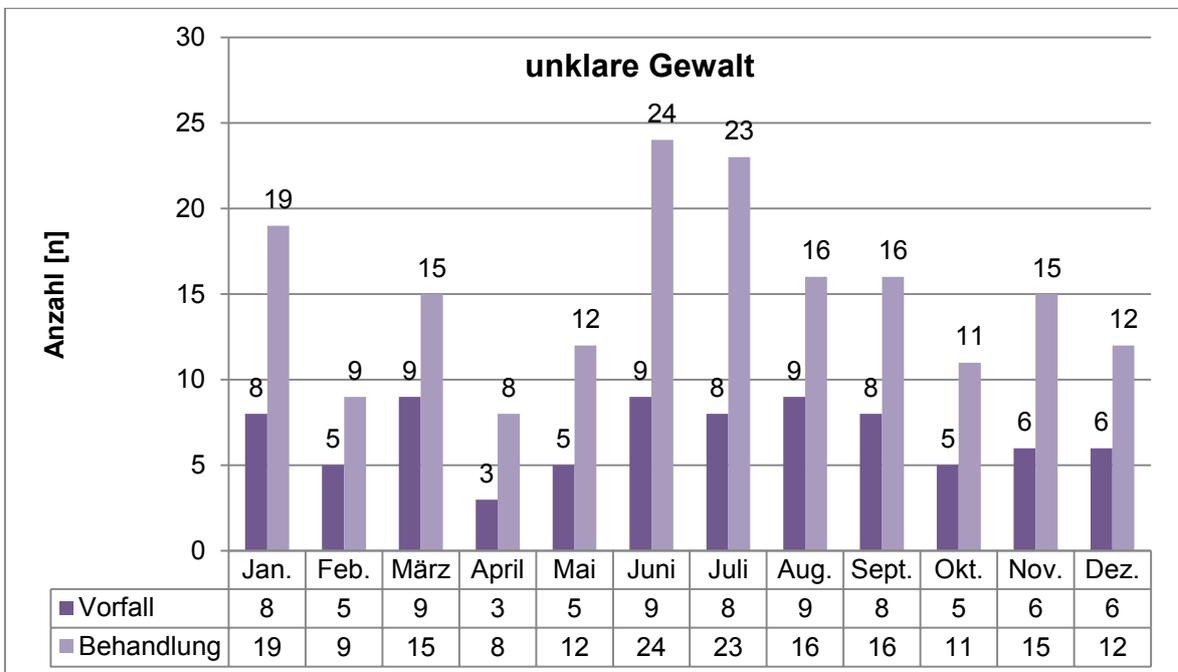
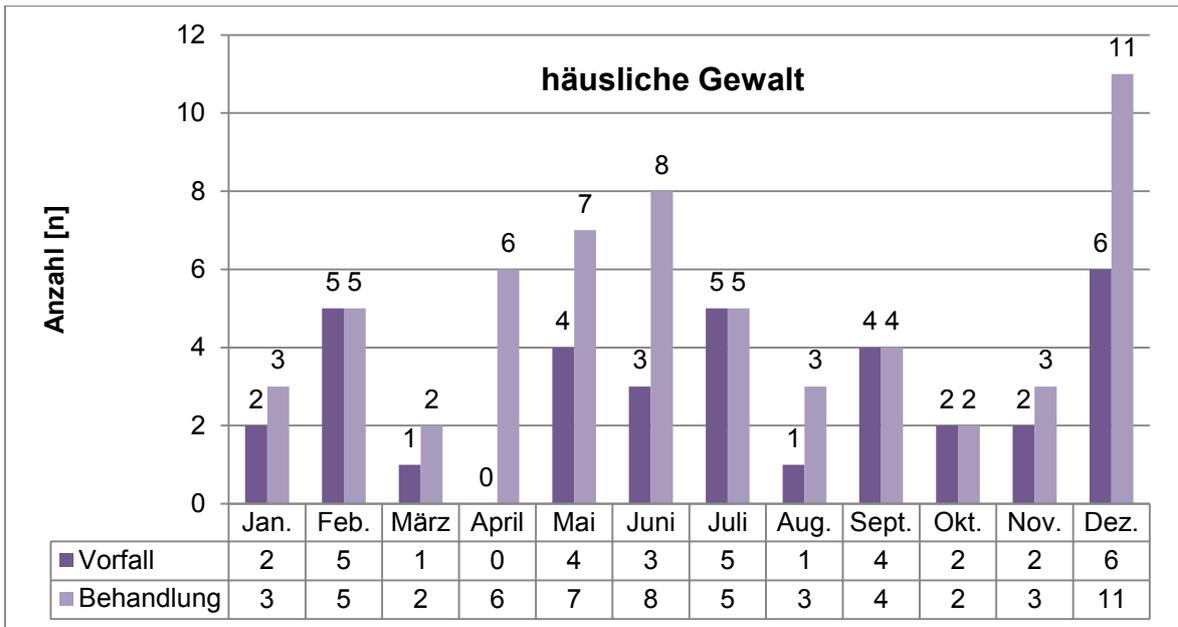


Abb. 5: Auftreten und Behandlung von Gewalt in den einzelnen Monaten

Bei den Wochentagen zeichnete sich bei den Opfern der häuslichen Gewalt eine Bevorzugung des Wochenendes, sowohl bei der Vorfallzeit, als auch bei der Behandlung ab, siehe Abb. 6. Außerdem fiel noch ein weiterer Anstieg am Mittwoch als Behandlungstag auf. Bei der unklaren Gewalt zeigte sich ebenfalls ein Anstieg zur zweiten Wochenhälfte, mit einer deutlichen Bevorzugung des Samstages als Behandlungstag entsprechend der häuslichen Gewalt sowie ein leichter Anstieg am Donnerstag.

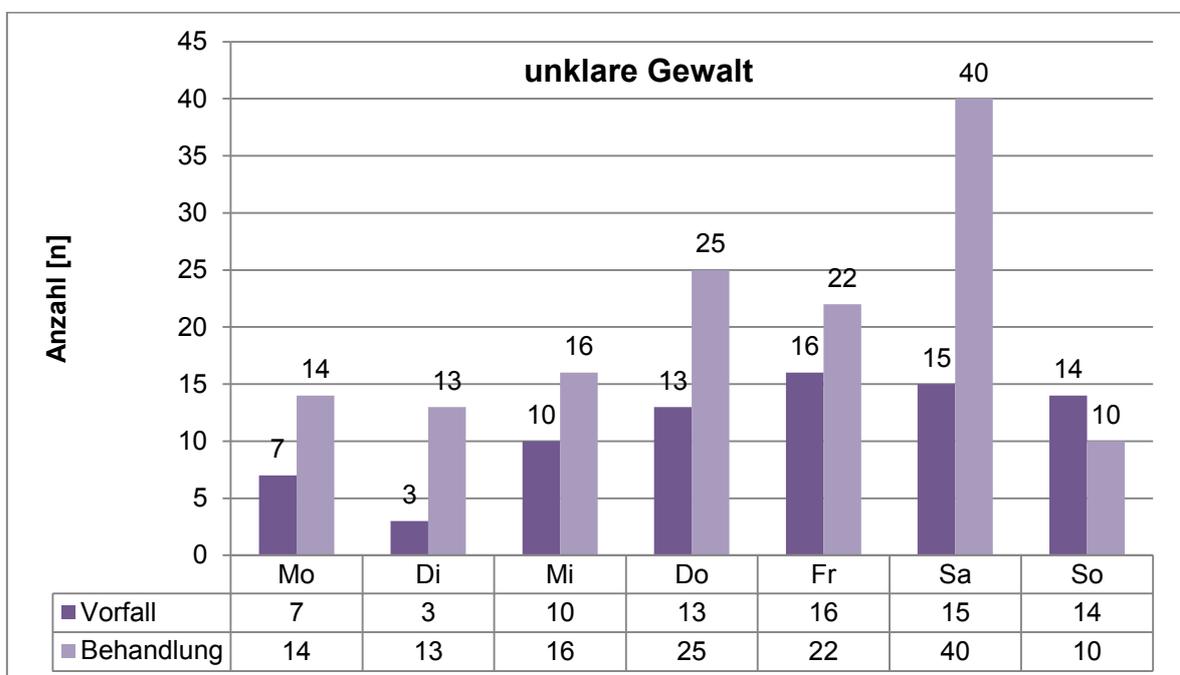
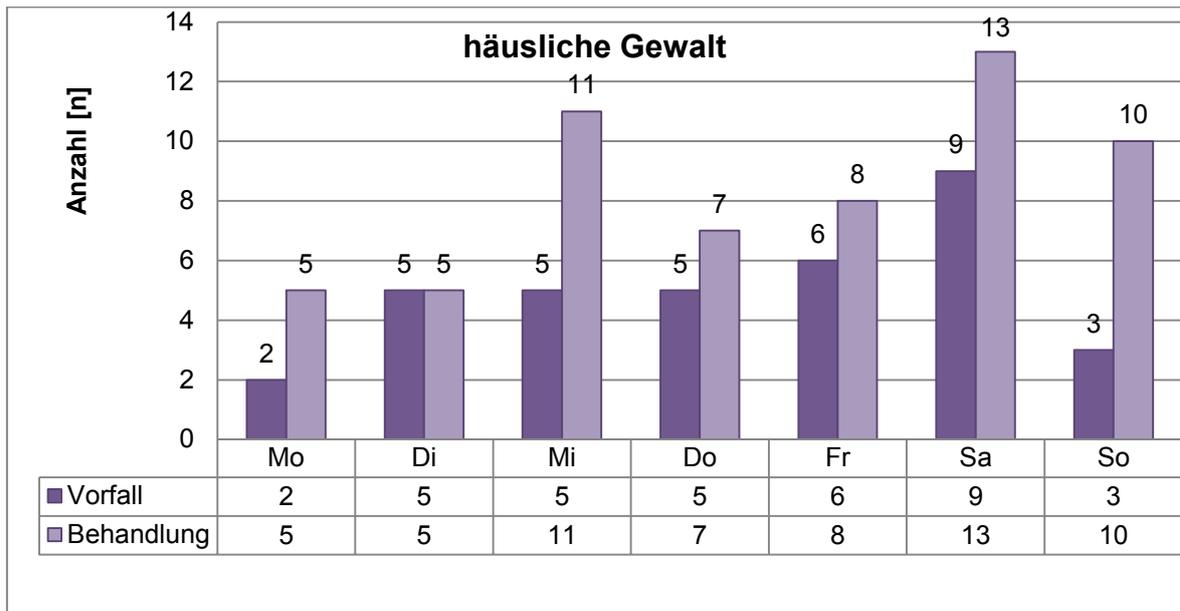


Abb. 6: Auftreten und Behandlung von Gewalt an den einzelnen Wochentagen

Die Tageszeit wurde in Etappen zu je sechs Stunden unterteilt. Die meisten Vorfälle der häuslichen Gewalt ereigneten sich zwischen 18 und 24 Uhr, allerdings gab es nur in 34% der Fälle Angaben zur Tageszeit des Vorfalls, siehe Abb. 7. Die anschließende Behandlung fand meistens in der Zeit zwischen 12 und 24 Uhr statt, siehe Abb. 8. Es gab aber auch hier nur in 29 Fällen (49%; m5:w24) Angaben zur Behandlungszeit. Stationär waren in 9 Fällen (64%; m1:w8) und ambulant in 20 Fällen (44%; m4:w16) Angaben vorhanden. Bei der unklaren Gewalt fanden sich mit 18% deutlich weniger Angaben zur Vorfallszeit. In den wenigen Fällen mit einer bekannten Ereigniszeit fiel eine deutliche Häufung entsprechend der häuslichen Gewalt zwischen 18 und 24 Uhr auf. Die Tageszeit der anschließenden ärztlichen Versorgung war in 45% (m71:w9) angegeben und fand mit 51% zwischen 0 und 6 Uhr statt. Hier waren ebenfalls bei den stationären Patienten (71%; m13:w2) mehr Angaben vorhanden als bei den ambulanten Patienten (41%; m58:w7).

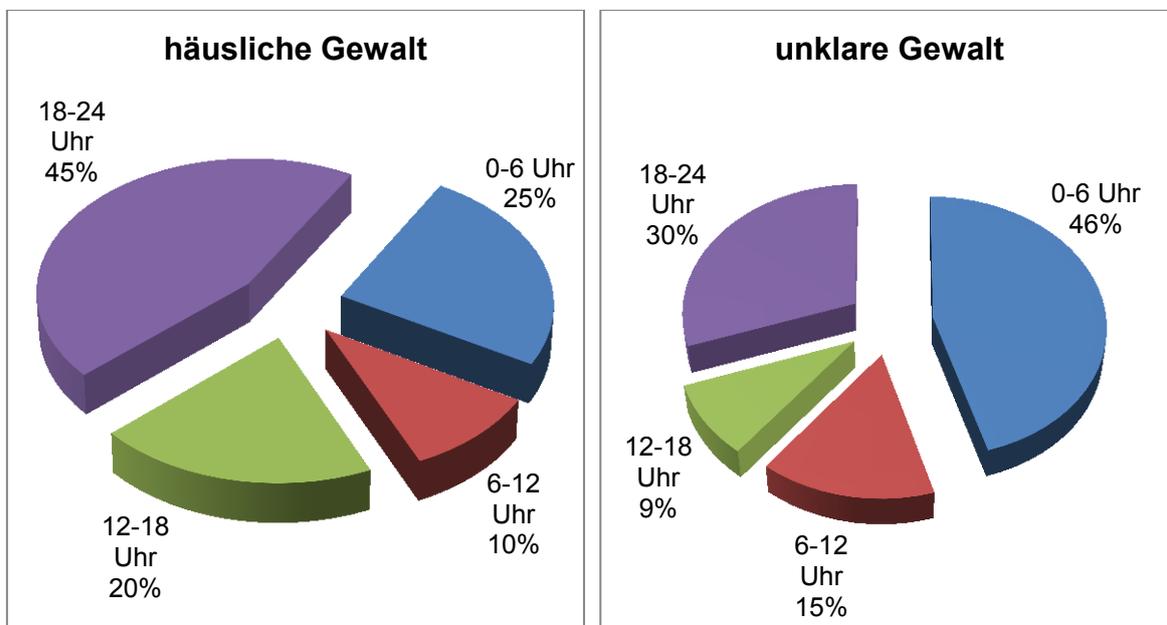


Abb. 7: Tageszeit des Gewaltereignisses

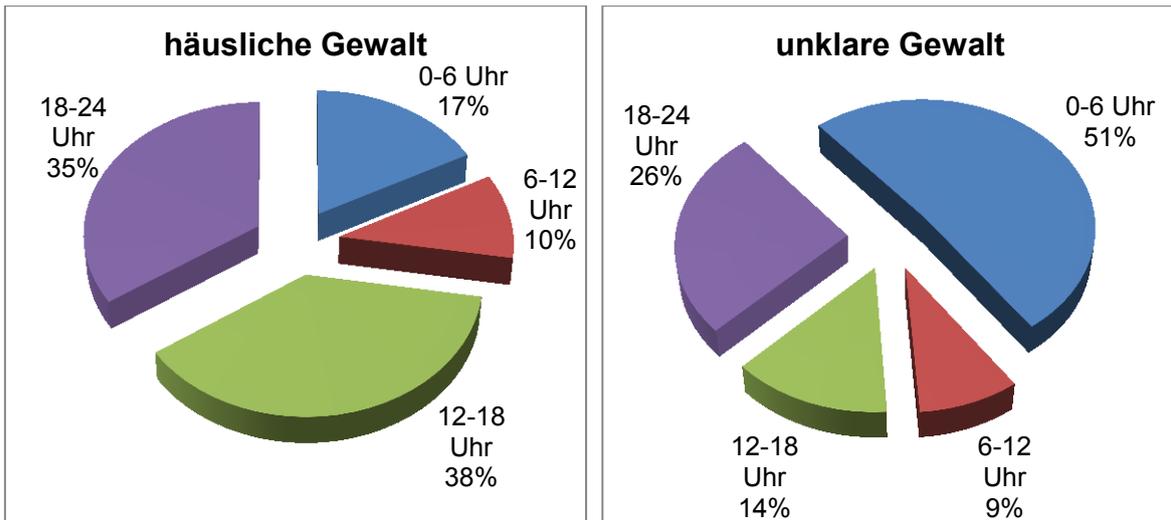


Abb. 8: Tageszeit der ärztlichen Versorgung

In 63% der Fälle (37; m13:w24) waren Angaben zum Intervall zwischen Vorfallszeit und Behandlungszeit bei den Opfern häuslicher Gewalt vorhanden. Die meisten Opfer stellten sich innerhalb der ersten zwölf Stunden zur medizinischen Versorgung im traumatologischen Zentrum vor. Dies waren 25 Gewaltopfer, in Prozentzahlen ausgedrückt 68%, siehe Abb. 9. Im Gegensatz dazu fanden sich nur in 47% der Fälle (84; m75:w9) Angaben zum Intervall bei der unklaren Gewalt. Die Ergebnisse der Versorgung in den ersten zwölf Stunden entsprachen mit 64% den Daten der häuslichen Gewalt.

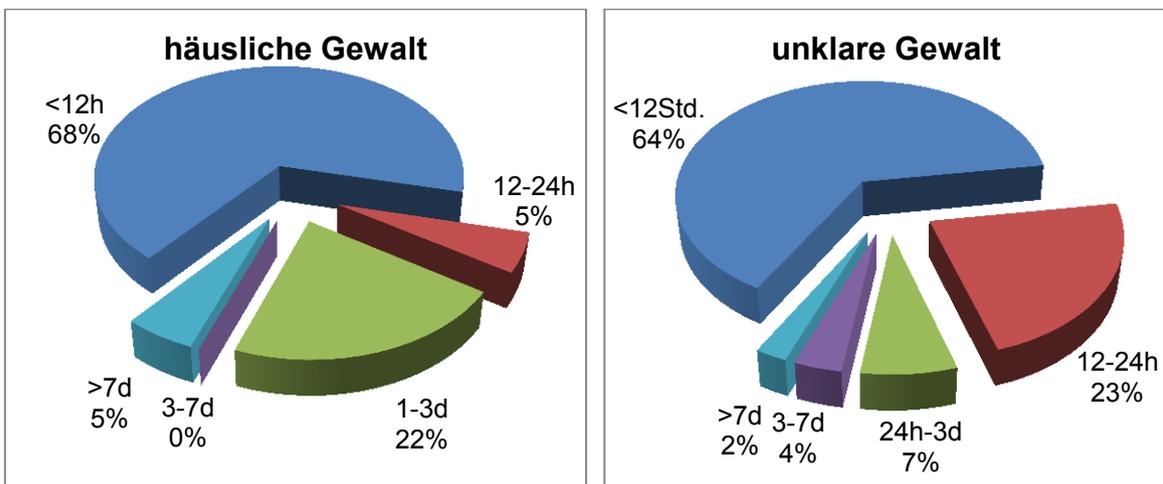


Abb. 9: Intervall zwischen Vorfalls- und Behandlungszeit

3.3.2 Erstversorgung

42 Opfer häuslicher Gewalt (71%) kamen eigenständig/privat, 13 mit dem Rettungswagen (22%), zwei mit dem Notarzt und zwei per Einweisung. In insgesamt vier Fällen wurden sie in Begleitung eines Angehörigen des ersten oder zweiten Verwandtschaftsgrades vorstellig. Insgesamt fand in 49 Fällen (83%) die Erstversorgung in der unfallchirurgischen Ambulanz des UKD statt und in zehn Fällen (17%) wurde zuvor ein anderer Arzt aufgesucht. Eine Frau stellte sich in der Gynäkologie des UKD und acht Personen (m4:w4) bei einem niedergelassenen Arzt (4) oder Notarzt (4) vor. Bei einem Fall (männlich) lag das Ereignis schon Jahre zurück, weshalb keine Angaben mehr zur damaligen Erstversorgung gemacht werden konnten.

Zur Anreise der Opfer unklarer Gewalt lagen in nur 43 Fällen (24%; m38:w5) Angaben vor. Davon kamen 21 (12%) mit dem Rettungswagen, drei mit dem RTW/NAW, zwei mit dem Notarzt, drei per Einweisung und 14 (8%) privat. Beim überwiegenden Teil (76%) waren keine Angaben vorhanden. In zwei Fällen (1%, m2:w0) wurde die verletzte Person von jemanden begleitet. Dabei handelte es sich einmal um die Polizei und in dem anderen Fall um einen Kollegen. Bezüglich der Erstversorgung konnten bei der unklaren Gewalt nur in 34% (m56:w5) der Fälle Angaben erhoben werden. Davon haben 11% (20) vorher einen anderen Arzt oder Klinik aufgesucht und bei 23% (41) hat die Erstversorgung in der unfallchirurgischen Ambulanz stattgefunden. Acht Personen von denen, die vorher einen anderen Arzt aufgesucht hatten, waren in einer anderen Klinik des UKD's (Augenklinik (2), Mundkiefergesichtschirurgie (4), MNR-Klinik (Zentrum für Innere Medizin, Neurologie und Radiologie) (1), Allgemeinchirurgie(1)). Die anderen 12 kamen entweder per Einweisung (1), mit dem Notarzt (4), als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus in Düsseldorf (1), vom niedergelassenen Arzt (1) oder in fünf Fällen fanden sich keine näheren Angaben zum genauen Ort der Erstversorgung in den Akten.

3.4 Beteiligte und Motivlage

3.4.1 Anamnesequelle

Das häusliche Gewaltgeschehen wurde in jedem Fall von den Gewaltopfern selbst angegeben, in sechs Fällen gab es zusätzlich noch eine dritte Person, die das Gewaltgeschehen bestätigte. In vier Fällen waren dies Verwandte des ersten oder zweiten Verwandtschaftsgrades (Großmutter, Bruder, Tochter und Sohn). Bei den anderen beiden Fällen handelte es sich um Passanten und um Mitarbeiter des Rettungsdienstes. Die Polizei hat in zwei Fällen die Gewaltopfer an den Rettungsdienst übergeben und in einem Fall wurde die Polizei nachträglich angefordert (3 von 59 = 5%).

Bei den unklaren Fällen wurde das Gewalterleben in fast allen Fällen 99% (178) von dem Gewaltopfer selbst angegeben. Lediglich in einem Fall (männlich) erfolgte eine Fremdanamnese durch den Notarzt und die Ehefrau, da der Patient im Koma lag. In insgesamt neun Fällen, inklusive dem bereits erwähnten Fall, gab es eine dritte Person die das Geschehen bestätigte. Bei den anderen Fällen handelte es sich um Begleitpersonen (2), Zeugen (2), medizinisches Personal (3) z.B. Arzt oder Rettungsassistenten, Passanten (1) und Polizei (1).

3.4.2 Ort der Gewalt

Der Ort der Gewalt war bei der häuslichen Gewalt in insgesamt 25 Fällen (42%; m8:w17) angegeben. Davon fand in 39% das Gewaltereignis im eigenen Zuhause statt und in 3% an einem öffentlichen Ort. Bei den restlichen 58% (m10:w24) wurden keine Angaben zum Vorfallsort gemacht. Es fiel weiterhin auf, dass bei den ambulanten Fällen nur in 29% (m4:w9) der Fälle Daten vorhanden waren, während bei den stationären in 86% (m4:w8) der Fälle Angaben verfügbar waren.

Zu den Örtlichkeiten der unklaren Gewalt konnten lediglich in 21 Fällen (12%; m16:w5) Angaben erhoben werden. In zwei Fällen ereignete sich der Vorfall in einer Wohnung. Allerdings gab es nur in einem Fall nähere Angaben darüber, dass es sich dabei um die Wohnung des Aggressors handelte. Bei den anderen 19 Fällen war der Vorfallsort entweder der öffentliche Raum draußen (14; Straße, Kirmes, Altstadt), der öffentliche Raum drinnen (1), der Arbeitsweg/-platz (3) oder der Schulweg (1). Das bedeutet, dass in 158 Fällen (88%; m143:w15) keine Angaben zum Vorfallsort eruierbar waren.

3.4.3 Geschlechterkonstellation und Art der Beziehung zwischen beschuldigter und betroffener Person (Opfer)

Insgesamt waren von allen Beschuldigten der häuslichen Gewaltopfer 46 Personen (71%) männlichen und 17 Personen (26%) weiblichen Geschlechts. Bei den häuslichen Gewaltereignissen überwogen somit die männlichen Beschuldigten (m:w=2,7:1). In zwei Fällen (3%) waren keine Angaben zum Täter vorhanden, es wurde nur angegeben, dass es sich um eine häusliche Auseinandersetzung handelte, siehe hierzu Abb. 10. In sechs Fällen (10%) gab es mehrere Täter, davon waren es viermal ein Mann und eine Frau, einmal zwei Männer und eine Frau und einmal ein Ex-Freund und mehrere unbekannte Männer. Die unbekannt Männer sind wegen der fehlenden Anzahl nicht explizit zahlenmäßig mit eingerechnet.

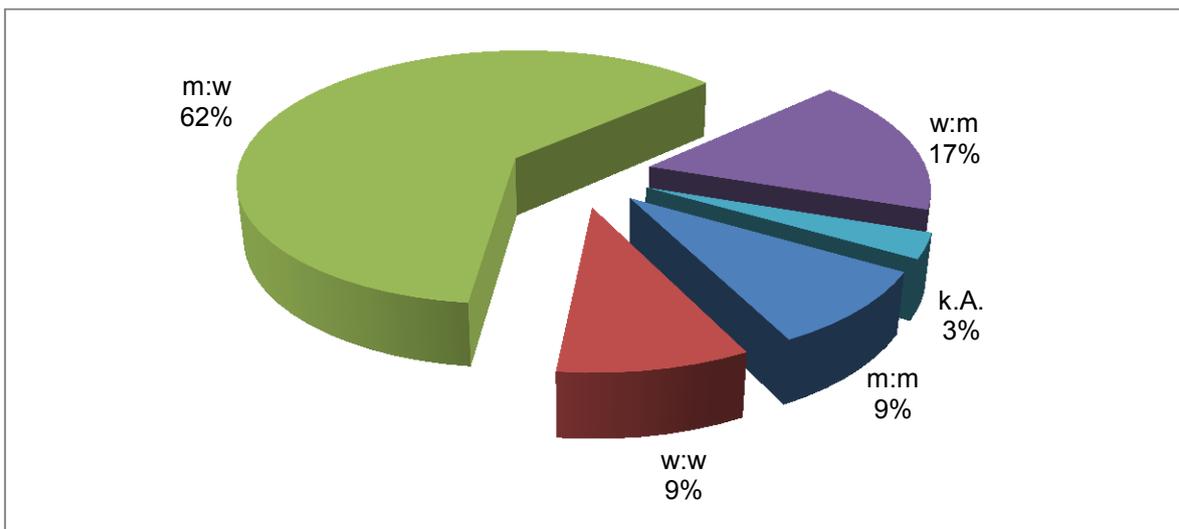


Abb. 10: Geschlechterkonstellation (Täter : Opfer) der häuslichen Gewalt

Bei der unklaren Gewalt fanden sich insgesamt nur in 9% (16; m15:w1) der Fälle Angaben zum Geschlecht der Beschuldigten. Die Geschlechterkonstellation war in 14 Fällen m:m und in je einem Fall m:w bzw. w:w. In den anderen 91% ließen sich keine Angaben zum Geschlecht der Beschuldigten in den Akten erheben. Ferner war in 26 Fällen (15%) die Anzahl der Beschuldigten erwähnt, dabei waren es in 17 Fällen eine Person, in drei Fällen zwei Personen, in einem Fall drei Personen und in fünf Fällen mehrere Personen ohne genaue Anzahl.

Ein Beziehungskonflikt wurde in insgesamt 58 Fällen (98%) der häuslichen Gewalt als Ursache angegeben. Lediglich in einem Fall wurde ein sexuelles Motiv als Grund genannt. Während bei der unklaren Gewalt in keinem Fall Angaben zum Motiv des Konfliktes vorhanden waren, was zu den Definitionskriterien der unklaren Fälle zählt. Lediglich in zwei Fällen (1%; m2:w0) wurde am Rande erwähnt, dass es ein "Bekannter" gewesen sei.

Das Beziehungsgefüge der häuslichen Gewalt ist in Abb. 11 dargestellt. Aufgrund der sechs Fälle mit mehreren Tätern ist die Anzahl der Opfer bei Abb. 11 größer als die Gesamtzahl der Fälle. In der Abbildung sind Verwandtschaftsgrade und Schwägerschaftsgrade zusammengefasst. Unter Verwandtschaftsgrad versteht man einen Zahlenwert, welcher sich auf zwei Bezugspersonen bezieht und etwas über deren Verwandtschaftsnähe aussagt und somit ein Grad für die Verwandtschaft zweier blutsverwandter Personen darstellt. Zum ersten Grad zählen die Eltern und Kinder und zum zweiten Grad die Großeltern und Geschwister.

Schwägerschaft ist eine durch Heirat entstandene Verwandtschaftsbeziehung zwischen Nicht-Blutsverwandten. Die Schwiegereltern und z. B. der Schwiegersohn gehören zum ersten Grad und der Schwager und die Schwägerin zum zweiten Verwandtschaftsgrad.

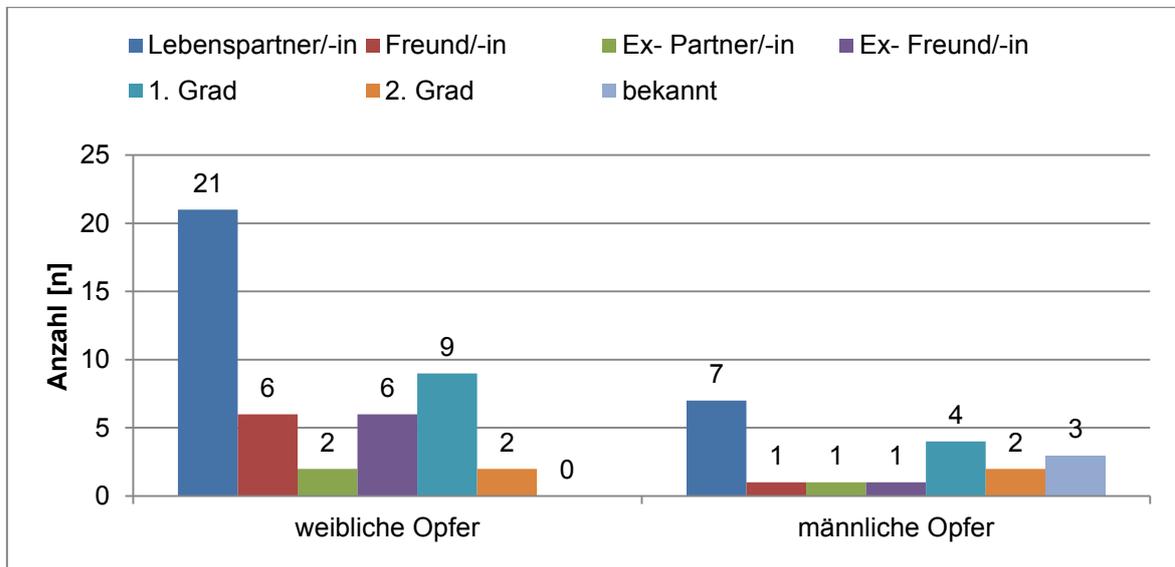


Abb. 11: Opfer-Täter Beziehung der häuslichen Gewalt

Die weiblichen Opfer häuslicher Gewalt überwogen deutlich ($m:w=1:2,4$), dies wurde in einer (Ex-)Paarbeziehung sogar noch verstärkt ($m:w=1:3,5$). Wenn man nur eine Aufschlüsselung zwischen (Ex-)Partnerbeziehungen und familiären Beziehung macht, fällt auf, dass die Gewalt in 69% ($m35:w10$) innerhalb einer (Ex-)Partnerschaftsbeziehung verübt wurde (Abb. 12).

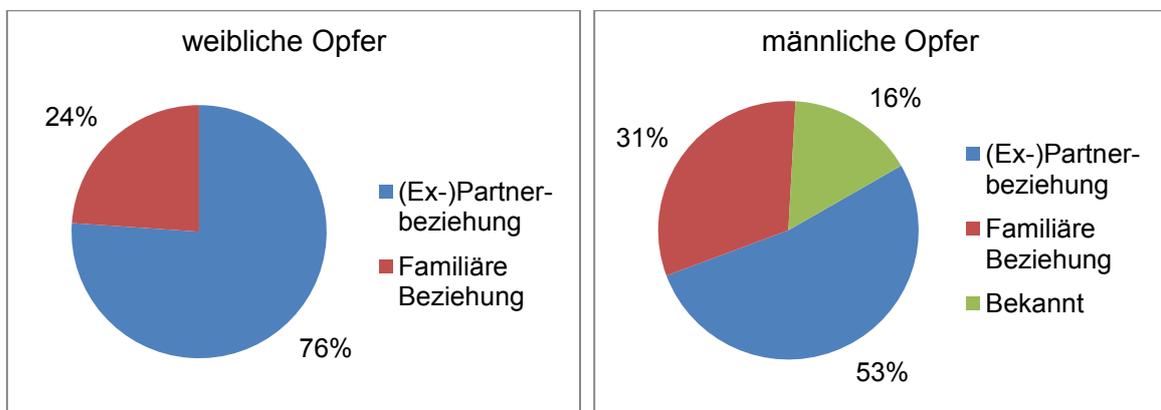


Abb. 12: „Grobe“ Aufteilung der Opfer-Täter Beziehung der häuslichen Gewalt

3.4.4 Schilderung des Geschehens

Eine genaue Beschreibung des Tathergangs fand sich in 90% der Fälle (m15:w38) häuslicher Gewalt und in 50% der Fälle unklarer Gewalt (m78:w12). Stationär waren bei 93% (m4:w9) und ambulant bei 89% (m11:w29) der Opfer häuslicher Gewalt Angaben zum Geschehensablauf der Gewalteinwirkung vorhanden. Im Vergleich dazu waren bei den unklaren Fällen in 7% der stationären (m11:w2) und 43% der ambulanten Fälle (m67:w17) Daten zum Vorfalgeschehen eruierbar.

3.5 Art der Gewalt

3.5.1 Ein- oder mehrzeitige Gewalt

Im Zeitraum eines Jahres stellten sich insgesamt acht Opfer häuslicher Gewalt (14%) mehr als einmal in der unfallchirurgischen Ambulanz vor. Eine Frau musste stationär aufgenommen werden, während die anderen Opfer (m1:w6) ambulant behandelt wurden. Aufgrund der mangelnden Dokumentation bzw. fehlenden Angaben in den Akten war in den meisten Fällen eine Aussage zu einer eventuellen Mehrzeitigkeit nicht möglich. Ein Zeitfenster zwischen den einzelnen Gewaltgeschehen wurde nur in vier Fällen angegeben, bei drei Opfern war es ein Zeitrahmen von Wochen und bei einem Opfer von Monaten.

Bei der Auswertung der Daten für die unklare Gewalt ließen sich zwei (1%, m2:w0) Mehrfachvorstellungen eruieren. Ein Mann war in stationärer Behandlung, der andere wurde ambulant versorgt. Insofern fällt die häufigere Vorstellung im Kollektiv der Opfer häuslicher Gewalt auf.

3.5.2 Gewaltform

Alle häuslichen Gewaltopfer wiesen (erwartungsgemäß) Folgen von körperlicher Gewalt im unfallchirurgischen Traumazentrum auf. Über Gewalt unter Einsatz eines Körperteils (körperliche Gewalt), somit ohne Werkzeugeinsatz, berichtete man in 41 Fällen (70%; m11:w30) und in 13 Fällen (22%; m6:w7) wurde ein Werkzeug (instrumentelle Gewalt) verwendet. In fünf Fällen (8%; m1:w4) wurde sowohl körperliche als auch instrumentelle Gewalt beschrieben, siehe Abb. 13. Es dominierte eindeutig die körperliche Gewalt gegenüber der instrumentellen Gewalt.

Die benutzten scharfen Tatwerkzeuge waren Messer (6) und Glasscherben (2), stumpfe Tatwerkzeuge (10) waren Schlag- und Gelegenheitswerkzeuge (Baseballschläger Besenstiel, Teller, Holz-, Metallgegenstand, Schuh, Nudelholz, Plastikvase, Plastikflasche).

Von den insgesamt 59 Opfern häuslicher Gewalt gaben drei (5%) Frauen zusätzlich noch seelische/psychische Gewalt an. In den restlichen 56 Fällen konnte zu diesem Punkt keine Angabe gemacht werden. Es wurden zwei stationäre und ein ambulanter Fall aktenkundig. Eine von diesen Frauen (stationär) stand unter so starken psychischen Druck, dass sie angefangen habe, sich selbst zu verletzen.

Laut Aktenlage fand sich ein Fall (Opfer männlich), bei welchem ein Sexualdelikt in der Kindheit beschrieben wurde, welches vor 21 Jahren stattgefunden hatte (2%). Diese Person stellte sich im Bezugszeitraum dieser Studie mit den Beschwerden eines M. Sudeck in der traumatologischen Notaufnahme vor. Parallel befand sich der Mann wegen einer Anpassungsstörung in ambulanter psychologischer und psychosomatischer Behandlung.

Bei zwei weiblichen Gewaltopfern bestand zum Zeitpunkt des Gewaltgeschehens eine Schwangerschaft durch den Aggressor. Die Opfer wurden in beiden Fällen ambulant behandelt und hatten Verletzungen am Kopf, den Armen und den Händen. Es gab keine spezifische Gewalt gegen das Abdomen und laut Aktenlage wurde kein gynäkologisches Konsil durchgeführt.

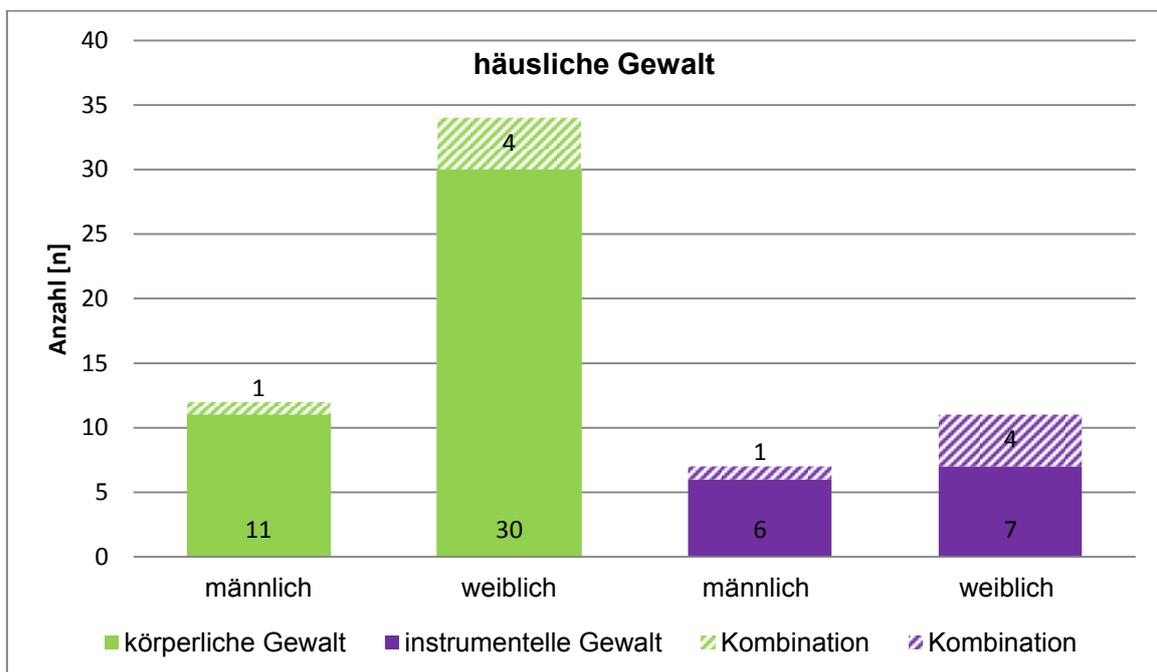


Abb. 13: Art der Gewalt

Kombination = körperliche und instrumentelle Gewalt

Die unklaren Gewaltopfer wiesen in 117 Fällen (65%; m104:w13) Folgen von körperlicher Gewalt ohne Werkzeugeinsatz auf, während in 31 (17%; m27:w4) Fällen ein Werkzeug, also instrumentelle Gewalt, angewandt wurde. In vier (2%) Fällen wurde sowohl körperliche als auch instrumentelle Gewalt beschrieben. Bei den restlichen 27 Fällen fanden sich in den Akten keine Angaben dazu, ob ein Werkzeug benutzt worden war. Im Folgenden werden einige der am häufigsten benutzten Tatwerkzeuge aufgeführt. Zu den scharfen Tatwerkzeugen gehörten eine Glasscherbe, Messer (4), eine Nadel, ein Schraubenzieher und allgemein scharfe Werkzeuge. Zweimal wurde eine Schusswaffe verwendet, zwei Opfer wurden gezielt von einem Auto angefahren und in einem Fall war das Tatwerkzeug eine Hundeleine. Weitere Gegenstände waren Flaschen (stumpf oder scharf), ein Krug/Glas, ein Hocker, ein Schlaginstrument, ein Schlagring und ein Stein. Seelische und sexuelle Gewalt wurden nicht beschrieben.

3.5.3 Lokalisation

Bei den Opfern häuslicher Gewalt fanden sich überwiegend Verletzungen im Gesicht, am Rumpf und an den oberen Extremitäten siehe Abb. 14. Aufgrund der Mehrfachverletzungen kam es bei den 59 Gewaltopfern häuslicher Gewalt insgesamt zu 123 Verletzungen an den einzelnen Körperregionen.

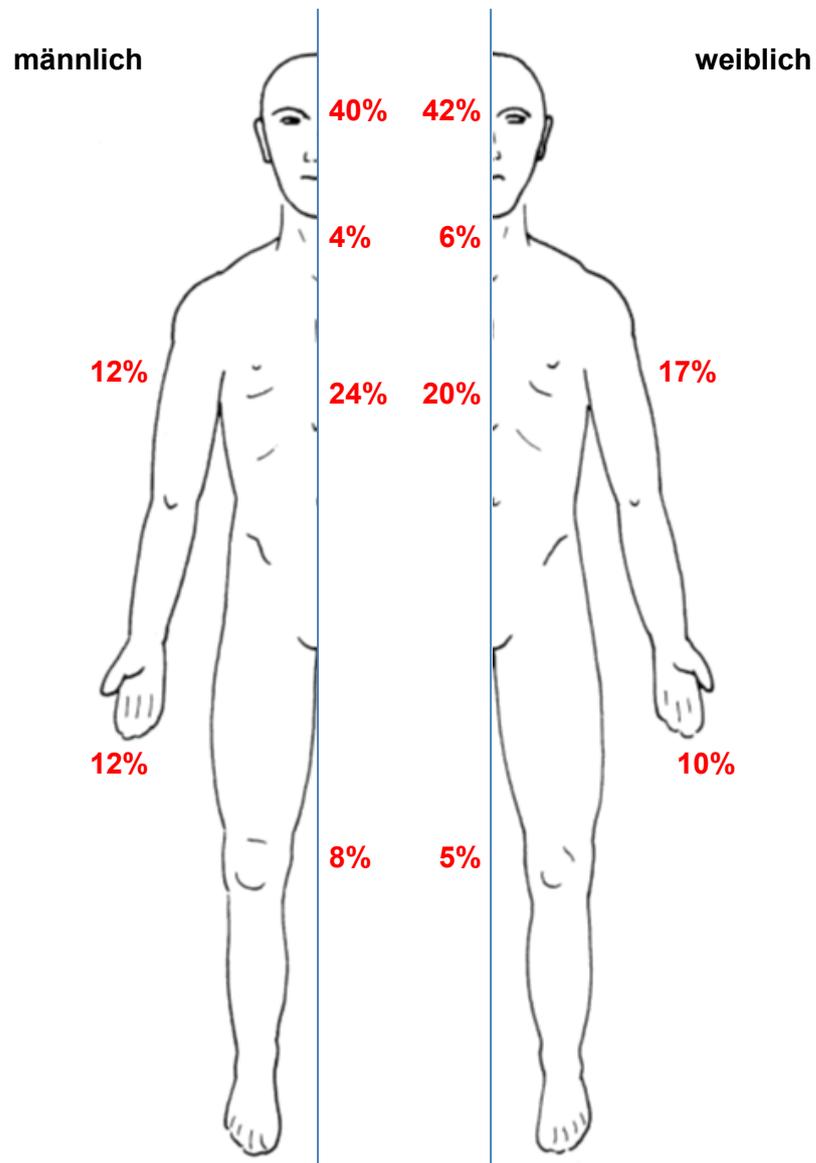


Abb. 14: Lokalisation der Verletzungen der Opfer häuslicher Gewalt

Die Opfer unklarer Gewalt wiesen demgegenüber vor allem Verletzungen am Gesicht und Kopf auf, während die Verteilung am Rumpf und an den Extremitäten bei den weiblichen Opfern ausgeglichen war. Bei den männlichen Opfern unklarer Gewalt trat eine geringe Betonung der oberen Extremitäten und des Rumpfes auf. Bedingt durch die Mehrfachverletzungen kam es bei den 179 Opfern unklarer Gewalt zu 279 Verletzungen an verschiedenen Lokalisationen, siehe Abb. 15.

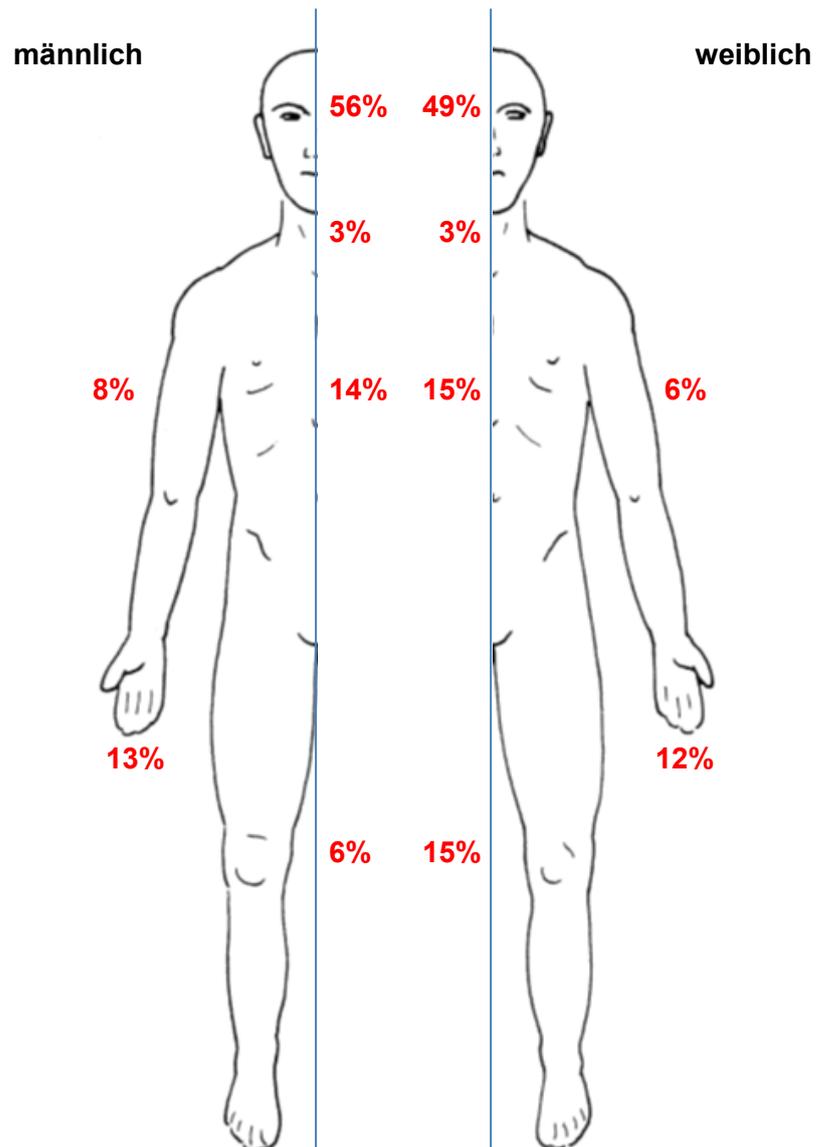


Abb. 15: Lokalisation der Verletzungen der Opfer unklarer Gewalt

3.5.4 Verletzungsarten

Die weiblichen Opfer häuslicher Gewalt stellten sich in 90% der Fälle wegen den Folgen von stumpfer Gewalt und in den restlichen 10% der Fälle wegen scharfer Gewalt in der unfallchirurgischen Klinik vor. Bei den männlichen Opfern häuslicher Gewalt zeichnete sich mit 88% stumpfer und 12% scharfer Gewalt ein ähnliches Bild ab, siehe dazu Tabelle 4.

Weibliche Gewaltopfer	Kopf/ Hals	Obere Extremität	Rumpf	Untere Extremität	Gesamt
Scharfe Gewalt	0	8	1	1	10
- Schnittwunde	0	6	0	0	6
- Stichwunde	0	2	1	1	4
Stumpfe Gewalt	47	19	18	4	88
- Ungeformt	42	15	18	4	79
- Geformt	5	4	0	0	9

Männliche Gewaltopfer	Kopf/ Hals	Obere Extremität	Rumpf	Untere Extremität	Gesamt
Scharfe Gewalt	1	0	2	0	3
- Schnittwunde	1	0	0	0	1
- Stichwunde	0	0	2	0	2
Stumpfe Gewalt	10	6	4	2	22
- Ungeformt	9	5	4	1	19
- Geformt	1	1	0	1	3

Tabelle 4: Verletzungsarten häusliche Gewalt

Die Daten der unklaren Gewalt entsprachen denen der häuslichen Gewalt. Die männlichen Opfer wurden in 88% der Fälle, die weiblichen Opfer in 91% der Fälle im Rahmen von stumpfer Gewalt in der unfallchirurgischen Ambulanz vorstellig, siehe dazu Tabelle 5.

Weibliche Gewaltopfer	Kopf/ Hals	Obere Extremität	Rumpf	Untere Extremität	Gesamt
Scharfe Gewalt	1	0	1	1	3
- Schnittwunde	1	0	1	1	3
- Stichwunde	0	0	0	0	0
Stumpfe Gewalt	16	6	4	4	30
- Ungeformt	15	6	3	4	28
- Geformt	1	0	1	0	2

Männliche Gewaltopfer	Kopf/ Hals	Obere Extremität	Rumpf	Untere Extremität	Gesamt
Scharfe Gewalt	10	12	3	4	29
- Schnittwunde	10	11	2	1	24
- Stichwunde	0	1	1	3	5
Stumpfe Gewalt	135	40	32	10	217
- Ungeformt	134	37	32	10	213
- Geformt	1	3	0	0	4

Tabelle 5: Verletzungsarten unklare Gewalt

Bei beiden Geschlechtern der Opfer häuslicher Gewalt traten vorwiegend stumpfe ungeformte Verletzungen, vor allem Hämatome und erst in zweiter Linie Schürfungen, Quetschwunden sowie Kratzspuren auf. Die Lokalisation betraf mehrheitlich den Kopf/das Gesicht, die Arme und die Hände. Schädelhirntraumata wurden bei neun weiblichen und einem männlichen Gewaltopfer angegeben, das entspricht insgesamt 17%. Frakturen wurden bei drei Männern und sechs Frauen ebenfalls im Gesicht und an den Armen bzw. Händen beschrieben, somit bei insgesamt 15%. Bedenkt man, dass es doppelt so viele weibliche wie männliche Gewaltopfer gab, ist die Anzahl der Frakturen im Verhältnis der Geschlechter ausgeglichen. Bei einer Frau wurden in der Akte Abwehrspuren erwähnt. An stumpfer geformter Gewalt fanden sich in drei Fällen (m0:w3) Griffspuren. Außerdem wurden in fünf Fällen Würgemale (m1:w4) dokumentiert, wobei die weiblichen Opfer deutlich überwogen. Alle Patienten mit Würgemalen wurden ambulant behandelt. Eine Fotodokumentation wurde nur bei einem weiblichen Opfer mit Würgemalen durchgeführt. Bisswunden wiesen zwei Patienten (m1:w1) auf, siehe Abb. 16.

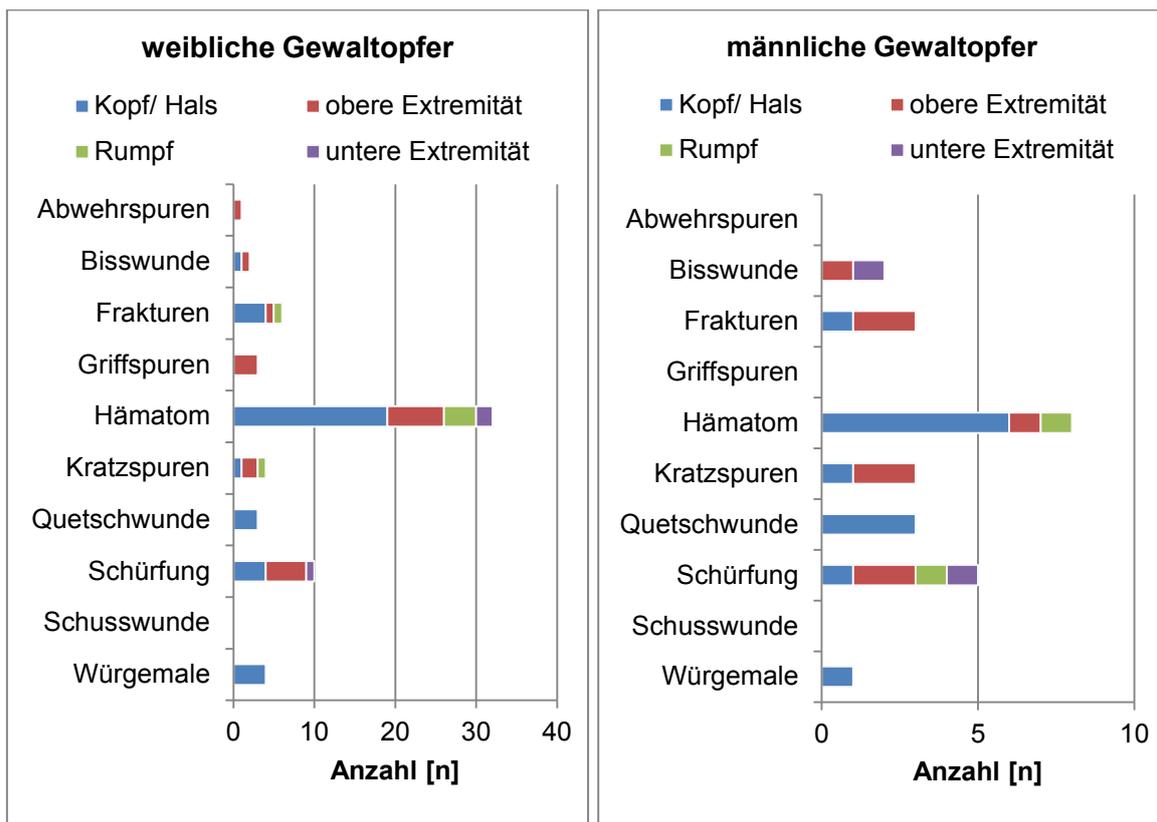


Abb. 16: Art und Lokalisation von stumpfer Gewalt nach häuslicher Gewalt

Die Opfer unklarer Gewalt wiesen ebenfalls hauptsächlich stumpfe ungeformte Verletzungen, vor allem Hämatome, Quetschwunden und die Männer zudem Schürfwunden auf. Bei der Auswertung fiel auf, dass viele Verletzungen nicht näher differenziert waren. Die Verletzungen waren überwiegend am Kopf/Gesicht und den oberen Extremitäten entsprechend der häuslichen Gewalt lokalisiert. Weiter lag in 13% der Fälle (m17:w6) ein Schädelhirntrauma vor. Es konnten im Vergleich zur häuslichen Gewalt mehr Frakturen vor allem im Gesicht (m33:w3), sowie an den Armen und Händen nachgewiesen werden. Die Nasenbeinfraktur war die am häufigsten beschriebene Fraktur. Insgesamt fanden sich bei 52 Personen (29%; m48:w4) 56 Frakturen. Bei einem Mann wurden zudem Abwehrverletzungen in Form von Schnittverletzungen erwähnt. An stumpfer, geformter Gewalt fanden sich in einem Fall (m0:w1) Schusswunden im Gesicht und Brustkorb. Würgemale wurden in keinem Fall beschrieben, obwohl ein männlicher Fall mit Strangulation in den Akten gefunden wurde. Dieses Opfer wies allerdings lediglich Halsschmerzen, ohne Anzeichen von Asphyxie oder Würgemalen auf. Ein Mann stellte sich mit einer enoralen Wunde auf dem unfallchirurgischen Notfall vor und in drei Fällen fanden sich Bisswunden (m3:w0). Eine Fotodokumentation wurde in keinem aktenkundigen Fall erwähnt. Die Art und Lokalisation der stumpfen Gewalt bei den unklaren Fällen wurde in Abb. 17 näher dargestellt.

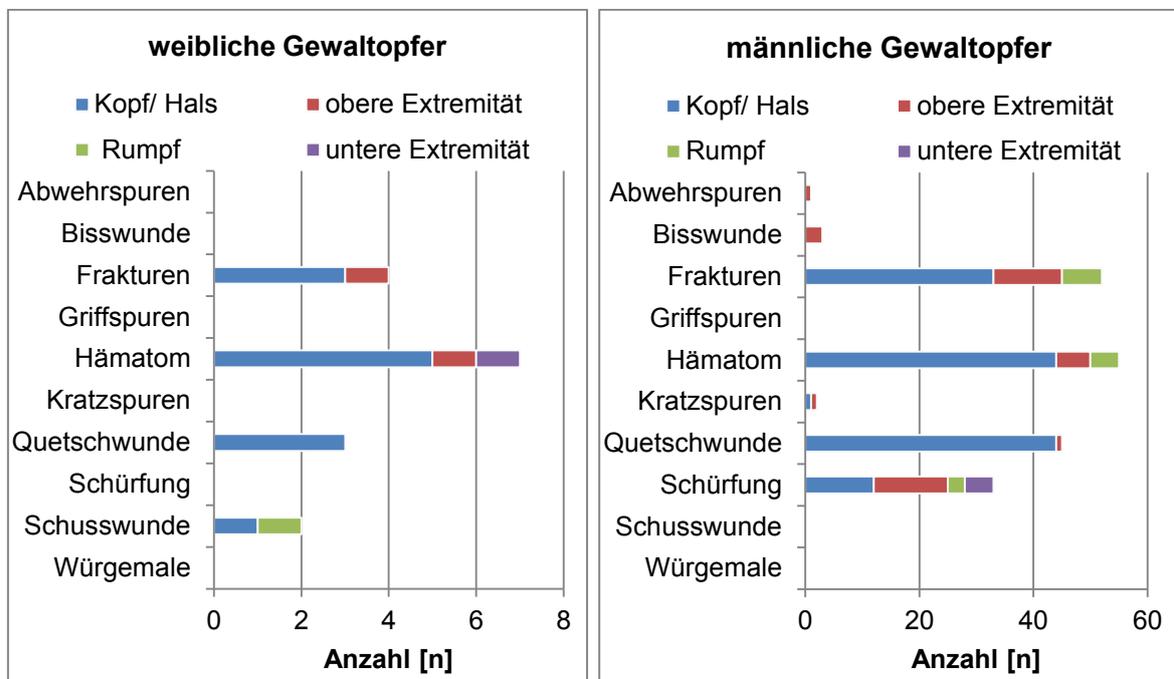


Abb. 17: Art und Lokalisation von stumpfer Gewalt nach unklarer Gewalt

3.6 Qualität der ärztlichen Dokumentation

Die Qualität der ärztlichen Dokumentation war in Bezug auf Anamnese, gerichtsverwertbare Beschreibungen der Verletzungen, Fotodokumentation sowie Weiterleitung an entsprechende Hilfsorganisationen, die sich auf die Betreuung von Gewaltopfern spezialisiert haben, in den meisten Fällen unzureichend. Zum Beispiel wurde kein einziges Gewaltopfer im hiesigen rechtsmedizinischen Institut zur gerichtsfesten Befunddokumentation vorgestellt und lediglich ein weibliches Opfer häuslicher Gewalt wurde in eine Opferberatungsstelle vermittelt. In einem weiteren Fall der häuslichen Gewalt wurde eine „Beratung“ in den Akten beschrieben, allerdings fanden sich keine näheren Informationen zum Inhalt dieser sogenannten Beratung. Bei den unklaren Fällen konnten in den Akten keinerlei Hinweise auf eine mögliche Unterbreitung von entsprechenden gewaltopferspezifischen Hilfseinrichtungen eruiert werden.

Ebenso wurde eine präzise, gerichtsverwertbare, schriftliche und fotografische respektive zeichnerische Dokumentation der Verletzungen selten durchgeführt. So wurde zwar die Lokalisation einer Verletzung beschrieben, allerdings fanden sich in den Akten so gut wie nie nähere Angaben zur Größe, Form, Farbe, Rand oder Tiefe der erwähnten Verletzung. Im Rahmen der häuslichen Gewalt ließen sich lediglich in 7% (4) der Fälle gerichtsfeste Befunddokumentationen der Verletzungen erheben. Eine nähere Schilderung der Verletzungen erfolgte zwar bei 37% (22) der Opfer, aber es wurden stets nur ein bis zwei der oben genannten Kriterien aufgeführt, so dass immer etwas zu einer gerichtsfesten Dokumentation fehlte. Im Vergleich dazu lagen bei der unklaren Gewalt in deutlich weniger Fällen, 2% (3), gerichtsfeste Dokumentationen der Wundmorphologie vor. Zudem waren nach Aktendurchsicht in elf Fällen (6%) keine sichtbaren Verletzungen abgrenzbar gewesen und eine nähere Schilderung der Verletzungen konnte ebenso nur in 18% (32) der Fälle festgestellt werden.

Eine schematische Dokumentation der vorhandenen Verletzungen war lediglich in vier Fällen (7%) häuslicher Gewalt (s1:a3; m0:w4) und in drei Fällen (2%) unklarer Gewalt (s0:a3; m2:w1) vorhanden. Meistens handelte es sich um das Protokoll des Rettungsdienstes. Die Schemazeichnungen waren aber immer so grob, z. B. ein X oder Kringel am Oberarm, dass sie vor Gericht nicht bestanden hätten. Eine Fotodokumentation wurde in einem Fall (m0:w1) häuslicher Gewalt im Rahmen eines Würgens durchgeführt.

Bei der unklaren Gewalt war in den Akten keine Fotodokumentation beschrieben worden.

Insgesamt erstatteten nur 5% (3) der Opfer häuslicher Gewalt nachweislich eine polizeiliche Anzeige gegen den Verursacher, dabei handelte es sich um eine stationär behandelte Patientin und zwei ambulante Gewaltopfer (w1:m1). Bei der unklaren Gewalt wurde in drei ambulanten Fällen (m2:w1) von einer polizeilichen Anzeige berichtet. Zusätzlich wurde bei einer ambulanten Patientin, die gegen den ärztlichen Rat die Behandlung abgebrochen hatte, wegen Selbstgefährdung eine Polizeifahndung eingeleitet. Somit war die Polizei in 2% (4) der unklaren Fälle involviert gewesen.

Erschwerend kam bei der Sichtung der Akten hinzu, dass in 20 Fällen (11%) der unklaren Gewalt und in zwei Fällen (3%) der häuslichen Gewalt die Befunde ganz oder teilweise unleserlich waren.

3.7 Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung

Die Opfer häuslicher Gewalt wurden in 14 Fällen (24%) stationär und in 45 Fällen (76%) ambulant versorgt. Von den stationären Patienten (m5:w9) wurden die Meisten zur Überwachung aufgenommen. Zusätzlich wurde bei vier Patienten (m2:w2) eine chirurgische Wundversorgung vorgenommen und bei drei Patienten (m2:w1) wurden Frakturen operativ versorgt. Dagegen wurde bei den ambulanten Patienten (m13:w32) in 20 Fällen (m6:w14) eine chirurgische Wundversorgung durchgeführt. Eine andere Patientin wurde ambulant operiert und zwei Männer wurden in eine andere Klinik/Abteilung (HNO, plastische Chirurgie) verlegt.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes verließen drei Patientinnen die Station gegen ärztlichen Rat und zwei Patientinnen lehnten eine stationäre Behandlung aus familiären versorgungstechnischen Gründen ab, somit haben fünf Opfer (8%; m0:w5) häuslicher Gewalt die Behandlung abgelehnt. Weiter erfolgten insgesamt 15 konsiliarische Vorstellungen (25%), wobei bei vier weiblichen Patienten jeweils zwei Konsile gemacht wurden. Bei den Männern gab es nur eine konsiliarische Vorstellung (Psychiatrie) bei einem stationären Fall. Zur Verteilung der Konsilaufträge bei Frauen siehe Abb. 18. Es fiel auf, dass in keinem Fall eine Vorstellung in der Rechtsmedizin oder ein Konsil in der Psychosomatik stattgefunden hat.

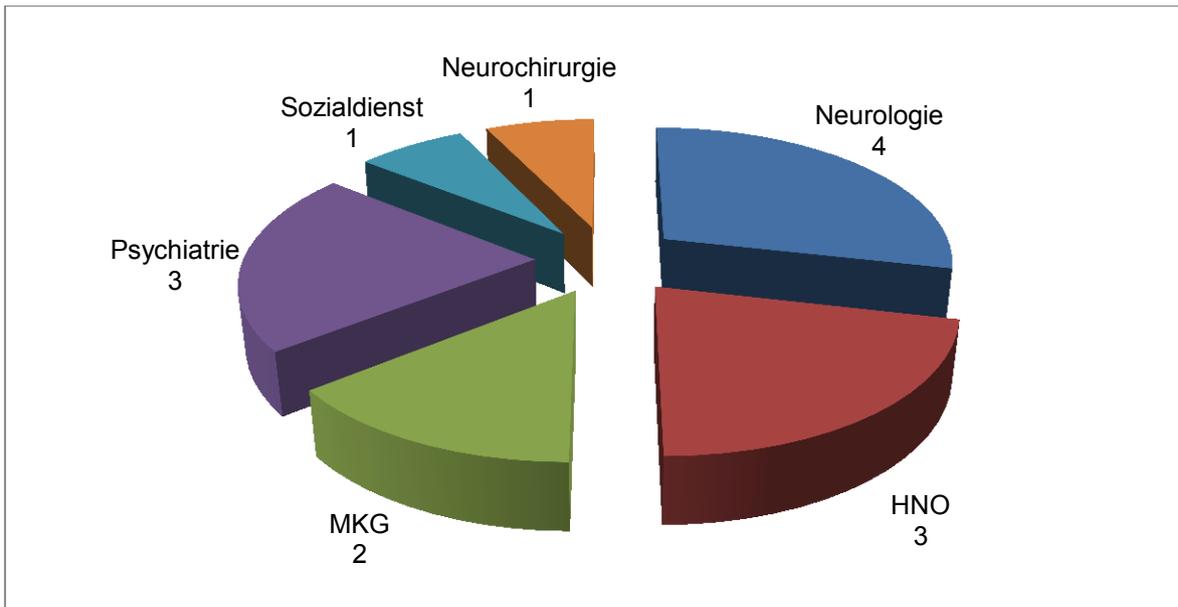


Abb. 18: Konsiliarische Vorstellung der weiblichen Gewaltopfer häuslicher Gewalt

MKG = Mund - Kiefer – Gesichtschirurgie

Im häuslichen Bereich wurde bei 16 Gewaltopfern (27%; m6:w10) eine ambulante Nachsorge erwähnt, siehe hierzu Abb. 19. Bei der Betrachtung der Fallzahlen in der Abbildung ist zu beachten, dass es häufig zu Mehrfachnennungen kam. Bei 41 (70%) Opfern fanden sich keine Angaben zu einer ambulanten oder stationären Nachsorge und 3% wurden auf eine andere Abteilung verlegt. Wenn man die Nachsorge auf eine Weiterleitung in Opferberatungsstellen und psychologische respektive psychiatrische Unterstützungsangebote einschränkt, wurden vier häusliche Gewaltopfer (7%; m1:w3) gewaltopferspezifisch vermittelt. Eine ambulante, psychologisch-psychiatrische Nachsorge wurde in drei Fällen (m1:w2) der stationär behandelten Opfer häuslicher Gewalt erwähnt. Bei dem oben genannten männlichen Opfer wurde zusätzlich noch eine psychosomatische Nachsorge durchgeführt. Während bei den ambulanten Gewaltopfern keine anschließende psychologische Betreuung beschrieben wurde. Ein weibliches ambulantes Gewaltopfer suchte im Anschluss an die medizinische Behandlung ein Frauenhaus auf. Während bei einem anderen weiblichen Opfer laut Aktenlage eine Beratung erwähnt wurde. Es waren aber leider keine näheren Information dazu in den Unterlagen zu finden, deshalb wurde dieser Fall nicht mit in die Auswertung einbezogen.

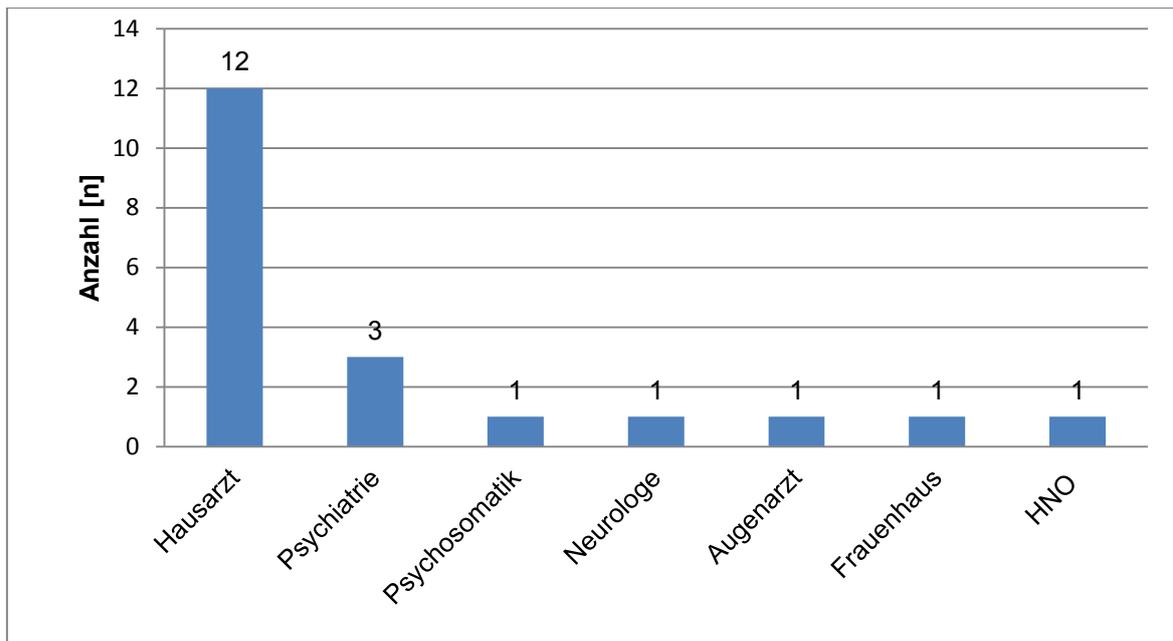


Abb. 19: Ambulante Nachsorge der häuslichen Gewaltopfer

Im Gegensatz zur häuslichen Gewalt wurden bei der unklaren Gewalt 21 (12%; m18:w3) Personen stationär und 158 (88%; m141:w17) ambulant betreut. Davon wurden 17 Gewaltopfer (10%; m14:w3) zur Weiterbetreuung in eine andere Abteilung verlegt. Zu diesen Abteilungen gehörten die Pädiatrie, die MKG, die Neurochirurgie und die HNO. Ferner haben 22 Patienten (12%; m20:w2) die Klinik gegen ärztlichen Rat verlassen. Die einen lehnten eine stationäre Aufnahme ab, waren nie auf Station angekommen respektive vom Konsil zurückgekommen oder verließen einfach die Ambulanz. Eine konsiliarische Vorstellung wurde in 48 Fällen (27%; m43:w5) durchgeführt, siehe Abb. 20. Bei einer Frau und drei Männern wurden je zwei Konsile durchgeführt und ein weiterer Mann hatte die Ambulanz vor dem geplanten Konsil verlassen.

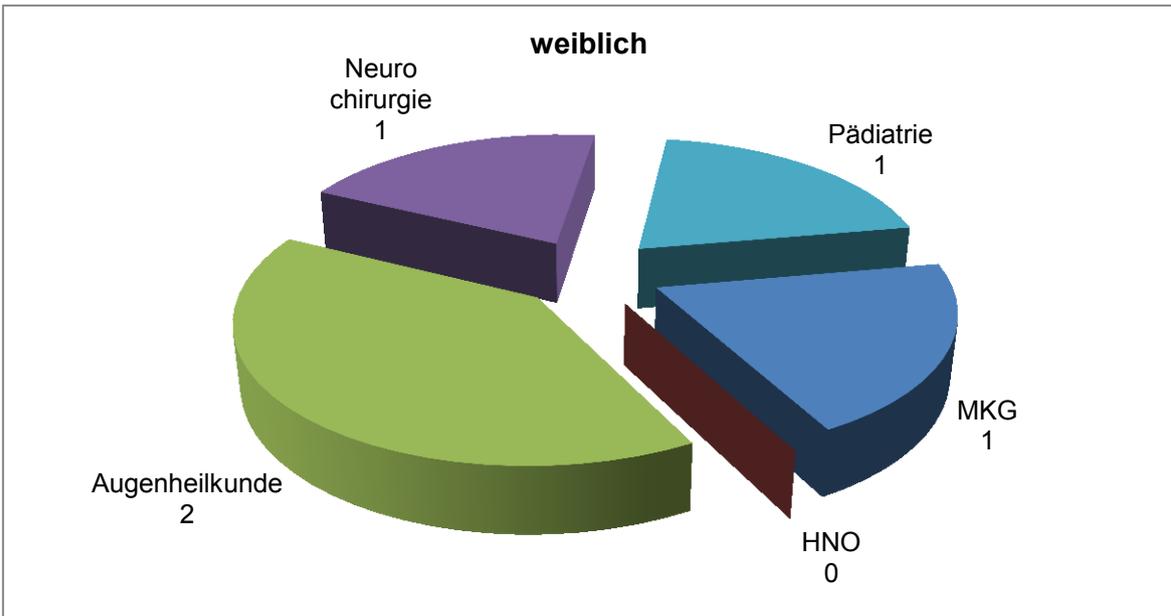
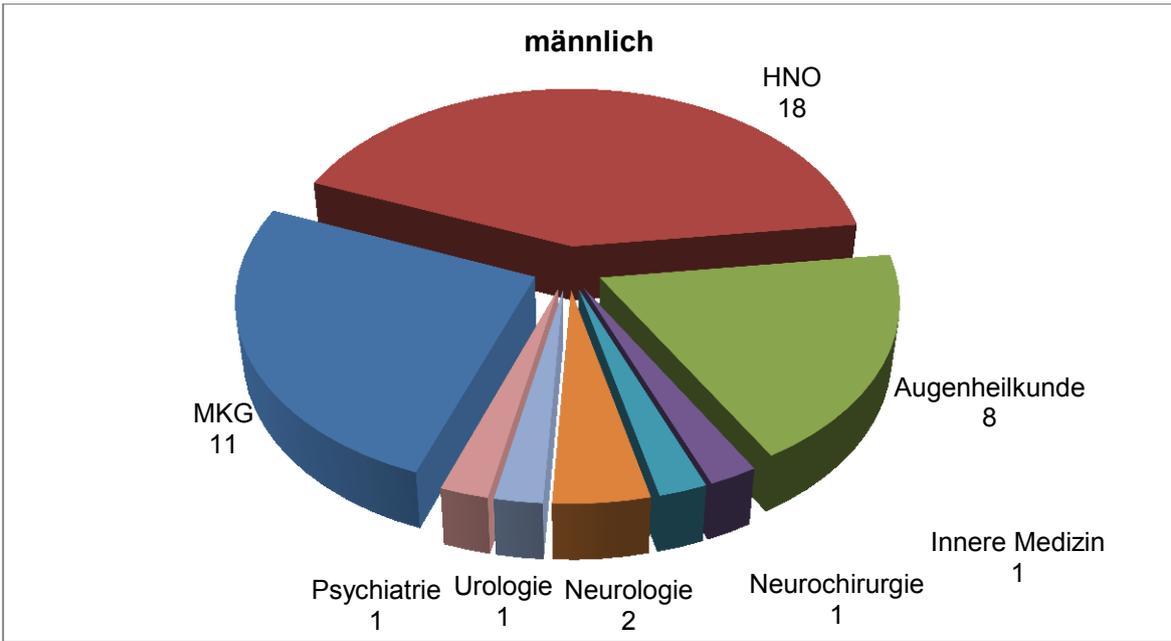


Abb. 20: Konsiliarische Vorstellung der Gewaltopfer unklarer Gewalt

Weiterhin war mit 69 Fällen (39%; m65:w4) eine höhere Fallzahl bei der ambulanten Weiterbehandlung von Opfern unklarer Gewalt zu verzeichnen als gegenüber der häuslichen Gewalt, siehe Abb. 21. Davon wurden 46 Patienten (26%; m44:w2) von ihrem Hausarzt weiter betreut. Zwei Männer wurden zusätzlich neben dem Hausarzt von ihrem Zahnarzt bzw. Psychiater behandelt. Von den weiterbetreuten Opfern waren 16 (9%; m15:w1) vorher stationär auf der Unfallchirurgie hospitalisiert gewesen. Ein stationärer männlicher Patient hatte sich bereits im Vorfeld in psychiatrischer Behandlung befunden

und man empfahl ihm eine Weiterführung der Therapie. Sonst erfolgte keine psychiatrische oder psychosomatische Betreuung. Ebenso wurde keine Weitervermittlung in andere Hilfsorganisationen in die Wege geleitet. Das bedeutet, dass eine spezifische Betreuung der unklaren Gewaltopfer bis auf einen Fall (<1%) nicht veranlasst wurde.

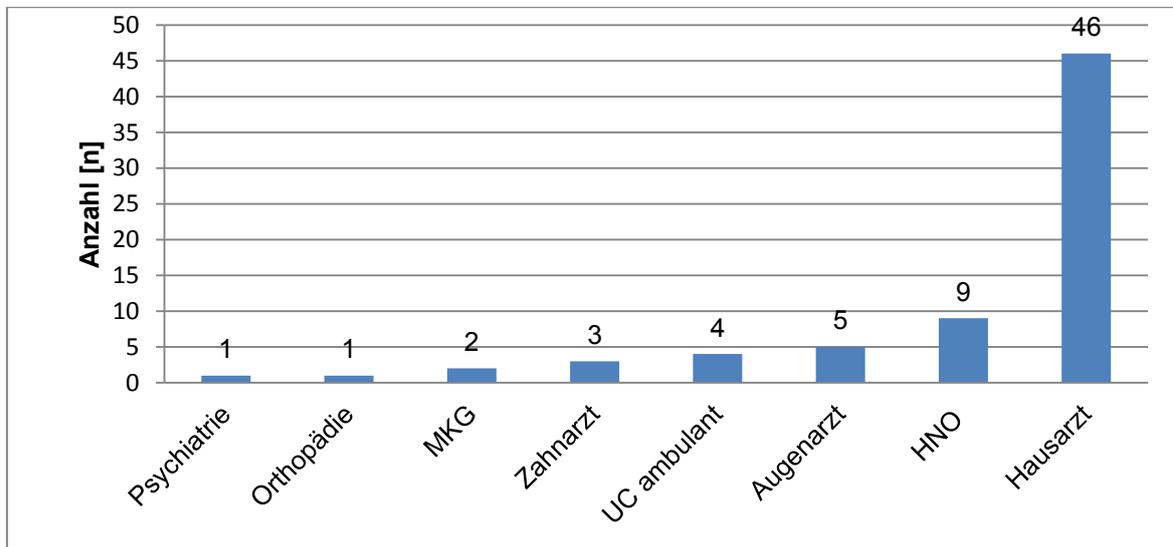


Abb. 21: Ambulante Nachsorge der unklaren Gewaltopfer

3.8 Gewalt und Alkohol-/Drogenkonsum

Bei der Sichtung der Akten konnten lediglich in 13 Fällen (22%, m5:w8) Angaben zu einem akuten und/oder chronischen Alkoholkonsum der Opfer häuslicher Gewalt erhoben werden. Die übrigen 46 Fälle (78%; m13:w33) waren diesbezüglich so lückenhaft, dass keine Aussage zu einem Alkoholkonsum gemacht werden konnte. Da in keinem Fall eine Blutkonzentration bestimmt wurde, beziehen sich die Angaben auf die schriftlichen Äußerungen der Opfer und/oder den persönlichen respektive subjektiven Eindruck des behandelnden Arztes (Foetor alcoholicus und psychisch-neurologische Auffälligkeiten). Folglich konnten in den Akten sieben Fälle (12%; m3:w4) mit dem Verdacht auf einen akuten Alkoholkonsum gefunden werden, wobei ein männliches Gewaltopfer zusätzlich einen chronischen Alkoholkonsum zugab. In weiteren sechs Fällen (10%; m2:w4) konnte sowohl ein akuter als auch ein chronischer Alkoholkonsum ausgeschlossen werden, siehe Abb. 22.

Im Gegensatz dazu ließen sich bei den Aggressoren der häuslichen Gewalt lediglich in drei Fällen (5%) Angaben zu einem akuten Alkoholkonsum erheben, während ein chronischer Alkoholkonsum nie erwähnt wurde. So konnte anhand der Akten bei einer

beschuldigten Frau ein akuter Alkoholkonsum verneint (m0:w1) und bei zwei Beschuldigten (m1:w1) ein akuter Alkoholkonsum bestätigt werden.

Das gleiche Bild zeigte sich bei den unklaren Fällen, hier waren in 23% der Fälle (m39:w2) Angaben zum Alkoholkonsum der Opfer vorhanden und in 77% (m120:w18) konnten keine Angaben aus den Akten gezogen werden. Eine Blutentnahme zu Bestimmung der Blutalkoholkonzentration wurde in vier Fällen (2%; m4:w0) durchgeführt. Allerdings fanden sich in den Unterlagen nur drei Werte (1,54‰, 2,3‰ und 1,9‰), der vierte Wert war nicht in den Akten dokumentiert. Von diesen vier Männern verließen drei die Klinik gegen den ärztlichen Rat. Ein chronischer Alkoholkonsum wurde in drei Fällen (2%, m3:w0) angegeben.

Währenddessen ließen sich zu einem Alkoholkonsum des Aggressors bei der unklaren Gewalt keine Daten erheben.

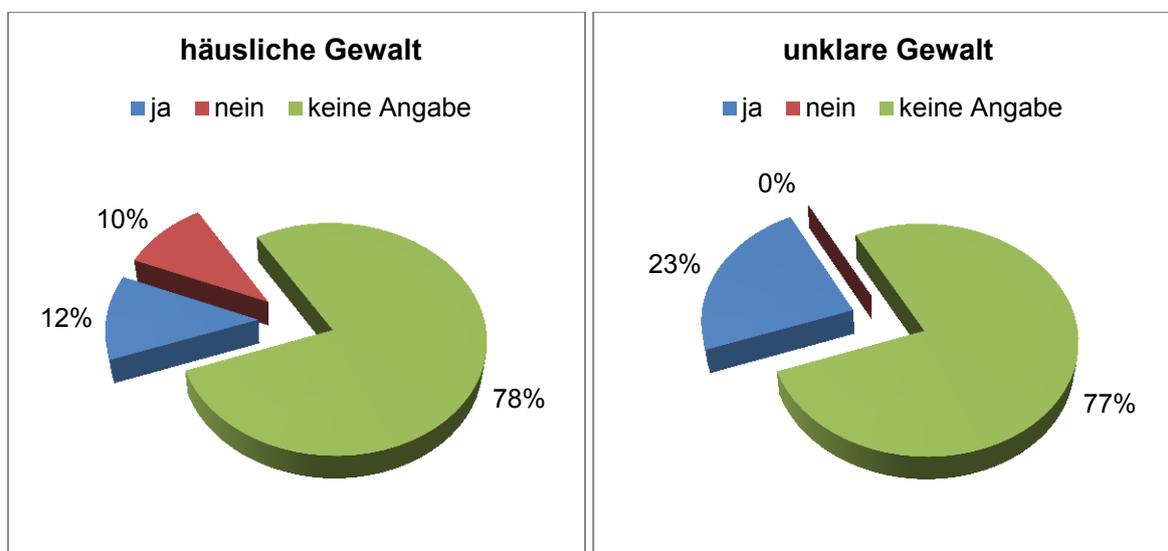


Abb. 22: Übersicht über den akuten Alkoholkonsum der Gewaltopfer

Zum Drogenkonsum des Opfers oder des Aggressors fanden sich nur vereinzelt Angaben in den Akten.

So gab ein männliches Opfer häuslicher Gewalt einen akuten und chronischen Drogenkonsum an (2%), bei den anderen 98% waren keine Angaben vorhanden.

Bei den Aggressoren zeigte sich das gleiche Bild, lediglich bei einem weiblichen Aggressor (2%) der häuslichen Gewalt ließen sich Hinweise auf einen akuten Drogenkonsum erheben.

Die Opfer unklarer Gewalt gaben ebenfalls nur in 2% der Fälle (m3:w0) einen Drogenkonsum an, während zum Aggressor generell keine Angaben vorlagen.

4. Diskussion

4.1 Einleitung

Die häusliche Gewalt ist kein individuelles Problem einzelner Frauen und gegebenenfalls von Kindern, sondern stellt ein großes gesellschaftliches Problem dar, welches von der Gesellschaft selbst gern ignoriert respektive verdrängt wird (Groschoff, 2009). Erst in den letzten Jahren rückte es zunehmend in das Licht der Öffentlichkeit. In den angloamerikanischen und einigen europäischen Ländern wurde Gewalt als zentrales Gesundheitsrisiko für Frauen schon in den 90er Jahren erkannt und wurde im Ausmaß vergleichbar mit Krebs- und Kreislauferkrankungen, HIV und Tuberkulose bewertet (Heise et al., 1994). Deshalb sind bezüglich der Betreuung von Gewaltopfern im allgemeinen und bei häuslicher Gewalt im Speziellen neben den relevanten medizinischen, in der Regel körperlich (somatisch) betonten Maßnahmen, weitere Aspekte in der Patientenversorgung zu beachten, wenn eine optimale Betreuung erreicht werden soll. So sind neben den medizinischen Besonderheiten auch oft gleichrangig bis vorrangig, psychologische, soziale und juristische Aspekte zu berücksichtigen (Butchart, 2008; MAGS, 2005; Meuleners et al., 2008).

Wird sich dem Gebiet der Gewaltopferversorgung medizinisch genähert, so ist auf die schon vorhandenen vielfältigen Aktivitäten, wie Leitfäden, Handlungsanleitungen, Informationsmaterialien und Schulungsveranstaltungen zu verweisen. Diesen mehr theoretischen Fakten und Materialien gegenüber ist die faktische Versorgung im Gesundheitswesen zu betrachten, um eine Aussage dazu treffen zu können, ob die Theorie (siehe oben) auch in der Praxis angewandt werden kann. Ausgehend von dieser Überlegung finden sich Untersuchungen (auf die später noch näher eingegangen wird) zur Häufigkeit z. B. von Gewaltopfern in chirurgischen Notaufnahmen, denn es ist sehr wahrscheinlich, dass ein Teil der Gewaltopfer zur medizinischen Versorgung chirurgische Notaufnahmen aufsucht.

Im Kontext mit einer eigenen Datenerhebung im Patientenkollektiv eines unfallchirurgischen Traumazentrums am Universitätsklinikums Düsseldorf werden nun nachfolgend die eigenen Untersuchungsergebnisse im Kontext mit anderen Untersuchungen und Literaturquellen diskutiert.

Die Gliederung der Diskussion erfolgt in Anlehnung an den Aufbau des Ergebnisteiles: Fallzahlen, Geschlechterverteilung, Geschehen und Zeitverhältnisse, Beteiligte und Motivlage, Art der Gewalt, Qualität der ärztlichen Dokumentation, Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung.

4.2 Fallzahlen

Innerhalb eines Jahres konnten in der traumatologischen Notaufnahme am Universitätsklinikum Düsseldorf 5% von allen behandelten Patienten als Gewaltopfer identifiziert werden. Dies entspricht den Ergebnissen internationaler Studien, bei denen das Gewaltaufkommen in Notaufnahmen einen Anteil von bis zu 5% ausmacht (Downing, 2003; Howe und Crilly, 2002; Rand, 1997).

Allerdings dürften die Zahlen vor dem Hintergrund der großen repräsentativen Studie für Deutschland (Müller und Schröttle, 2004) schon für die Frauen mit häuslicher Gewalt deutlich höher liegen. Wir vermuten in der unfallchirurgischen Ambulanz ebenfalls eine höhere Zahl von unerkannten Gewaltopfern, da die Einschlusskriterien der vorliegenden Untersuchung die selbstständige Angabe des Gewaltgeschehens durch das Opfer, eine Drittperson oder der dokumentierte Verdacht des behandelnden Arztes war. Damit werden z. B. bei der häuslichen Gewalt nur die offensichtlichen, meist selbst benannten Fälle erfasst, während die Patienten, die dazu keinerlei Angaben machten und bei denen auch nicht eine „unklare“ Gewalteinwirkung aktenkundig wurde, im sogenannten Dunkelfeld verschwanden. Neben der Tatsache, dass die Daten in den Akten nicht immer vollständig waren und so zum Teil nicht unter dem Zielkriterium "Gewalteinwirkung" eingeordnet werden konnten, war das medizinische Personal inklusive die behandelnden Ärzte (noch) nicht für das Erkennen und sensible Ansprechen von Gewaltopfern geschult. Dies deckt sich auch mit verschiedenen Studien. In einer dieser Studien wiesen Elliot et al. (2002) nach, dass Ärzte nur jedes zehnte Gewaltopfer tatsächlich erkennen und in einer anderen beschrieben Stark et al. (1979), dass Ärzte nur einen von 35 Patienten als Gewaltopfer identifizieren, obwohl eine entsprechende Patientenaktenanalyse jeden vierten Patienten als Gewaltopfer auswies.

Neben dem unmittelbaren Erkennen im Patientenkontakt ist auch eine adäquate Dokumentation wichtig, um retrospektiv aus den Akten ein Gewaltopfer zu erkennen. In der vorgelegten Auswertung war aufgrund der unzureichenden Dokumentation in 52% der Fälle eine Differenzierung der Gewaltopfer zwischen häuslicher und öffentlicher Gewalt nicht möglich. Bowker et al. (1987) bestätigten, dass Ärzte bei 40% der nachweislichen Gewaltopfer keine adäquate Dokumentation durchführten. Dies ist möglicherweise ein Grund, weshalb rückblickend mutmaßlich viele Gewaltopfer nicht als solche erkannt wurden. Laut Literatur sind schätzungsweise 12 - 25% aller Frauen, die sich in einer Notfallambulanz vorstellen, Gewaltopfer (Abbott et al., 1995; Stark et al., 1979). Internationale Studien beziffern sogar die Akutprävalenz häuslicher Gewalt in Notfalleinrichtungen mit bis zu 26% (Muellemann, 1996). Wenn man von dieser

geschätzten Dunkelziffer ausgeht und sie auf die weiblichen Gewaltopfer dieser Studie überträgt, kommt man zum Schluss, dass allein in der unfallchirurgischen Ambulanz am Universitätsklinikum Düsseldorf ca. 280 - 685 behandelte Frauen nicht als Gewaltopfer erkannt und somit nicht adäquat, den zusätzlichen Ansprüchen eines Gewaltopfers entsprechend, behandelt wurden. Damit wird die große Bedeutung einer besseren Schulung des dort eingesetzten Personals (Ärzte und Pflege), eine Entlastung durch praxistaugliche Handlungsanweisungen und – sofern möglich – eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Option auf konsiliarische Verweisungen von Patienten mit Gewalterleben deutlich.

4.3 Altersstruktur

Die Opfer häuslicher Gewalt sind mit einem Altersdurchschnitt von 34 Jahren älter, als die Opfer unklarer Gewalt mit 30 Jahren. Die Ergebnisse entsprechen denen von anderen Studien (Boyle, 2003; Fanslow et al., 1998; Johansen et al., 2008; Lau et al., 2008).

In der vorgelegten Untersuchung waren 69% Frauen Opfer von häuslicher Gewalt und wiesen einen Altersdurchschnitt von 32 Jahren auf. Der hohe Frauenanteil bei der häuslichen Gewalt wird von verschiedenen anderen Studien z. B. Davis 2003 bestätigt. Aus den USA liegen Daten mit 85%, aus Singapur mit 79% und aus China mit 88% vor (Chan et al., 2003; Lau et al., 2008; Rennison, 2001). Das bedeutet, dass Frauen ein deutlich höheres Gefährdungspotential für "Misshandlung" vorweisen, als Männer (Roberts et al., 1996). Das Durchschnittsalter der weiblichen Opfer häuslicher Gewalt liegt in verschiedenen Studien zwischen 30 und 40 Jahren (Boyle, 2003; Fanslow et al., 1998; Lau et al., 2008).

Der Anteil männlicher häuslicher Gewaltopfer im untersuchten unfallchirurgischen Kollektiv der Düsseldorfer Universitätsklinik war im Vergleich zu anderen Studien, die von einem Anteil von 9 - 22% männlichen Gewaltopfern bei häuslicher Gewalt ausgehen (Lau et al., 2008; Rennison, 2001; Seow und Foo, 2006), mit 31% relativ hoch. Der Altersdurchschnitt der Männer lag mit 39 Jahren höher, als der der weiblichen Gewaltopfer. Demgegenüber betrug das Durchschnittsalter der Männer in der Studie von Boyle (2003) 35 Jahre. Gewalt gegen Männer im Erwachsenenalter ist in der Fachliteratur kaum beschrieben. In einer Studie zum Thema „Gewalt gegen Männer“ heißt es, dass das Risiko, Opfer von Gewalthandlungen zu werden, für Männer in Kindheit und Jugend viel größer ist als im Erwachsenenalter (Jungnitz et al., 2004). Männer empfinden möglicherweise ihren Opferstatus als „unmännlich“ und es fehlen oft auch männliche

Opferberatungsstellen (Päsler, 2010). Auf der anderen Seite schreiben Lau et al. (2008), dass Männer als Opfer von häuslicher Gewalt eher eine Traumaambulanz aufsuchen und weiterführende Hilfsangebote annehmen als Frauen, sich demnach mutmaßlich in der primären ärztlichen Versorgung aber nicht als Gewaltopfer zu erkennen geben.

Bei den Opfern unklarer Gewalt dominierten in der vorgelegten Untersuchung eindeutig die jüngeren Männer mit einem Altersdurchschnitt von 30 bzw. 31 Jahren und einem prozentualen Anteil von 70% bzw. 89%. Johansen et al. (2008) berechneten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren und einen Anteil des männlichen Geschlechts von 80% und unterstützen damit unsere Zahlen. Weitere Studien haben analoge Ergebnisse gezeigt (Lau et al., 2008; Ranney et al., 2009).

Alte Menschen (>60 Jahre) machten in der hiesigen Studie bei der häuslichen Gewalt einen Anteil von 3% und bei der unklaren Gewalt von 4% aus. Es gibt im Verhältnis zu anderen gewaltzentrierten Themen nur wenige Studien zum Thema „Gewalt an alten Menschen“. Laut Wetzels et al. waren in einer Studie von 1991 7% der Befragten über 60 Jahre Opfer von Gewalt, somit bestätigte diese Untersuchung die Aussage, dass im Alter das Risiko Opfer von Gewalt zu werden insgesamt zurückgeht. Auf der anderen Seite stellten Wetzels et al. fest, dass die meisten Gewaltdelikte gegen alte Menschen von Familien- und Haushaltsmitgliedern begangen werden und dass

„mit zunehmenden Alter der Anteil der Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Privatheit und Familie angesiedelt sind, an der Gesamtzahl der Opfererfahrungen ansteigt“. (Wetzels et al., 1995)

Die Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ zeigten, dass in Deutschland ältere Menschen seltener als jüngere von Gewalt betroffen sind, dass es aber altersspezifische Problembereiche gibt. (Görgen, 2006). Auf der anderen Seite geht eine internationale Literaturrecherche (Sowarka, 2002) von einer Belastungsziffer (Prävalenzrate) von bis zu 15% für die verschiedenen Formen von Gewalt gegen alte Menschen als Opfer in engen familiären, oder familienähnlichen Beziehungen aus. In der Auswertung der hier vorgestellten Aktenanalyse ist der Prozentsatz alter Menschen mit 4% relativ niedrig.

Die Studien deuten aber auch alle darauf hin, dass Gewalt gegen alte Menschen ein nicht zu unterschätzendes Problem darstellt, vor allem da unsere Gesellschaft immer älter wird (Graß und Walentich, 2006). Zukünftig ist auch bei älteren Patienten besonders auf mögliche Formen und Folgen von Gewalt, zum Beispiel im Kontext mit übergriffiger, unangemessener Pflege zu achten, hierbei sind sowohl klinische als auch niedergelassene tätige Ärztinnen und Ärzte ersucht, aufmerksam zu untersuchen, zuzuhören und sensibel nachzufragen.

4.4 Zeitliche Verhältnisse einer Gewalthandlung sowie der ärztlichen Vorstellung und weitere Angaben zum Geschehen und zur medizinischen Betreuung

4.4.1 Zeitverhältnisse

Sowohl die häusliche, als auch die unklare Gewalt ereignete sich gemäß der hier vorgelegten Analyse der Düsseldorfer unfallchirurgischen Patientendaten aus 2004 vorzugsweise am Wochenende. Tageszeitlich traten die meisten Gewaltdelikte der häuslichen Gewalt zwischen 18 - 24 Uhr und die der unklaren Gewalt zwischen 0 - 6 Uhr auf. Die ärztliche Vorstellung der häuslichen und der unklaren Gewalt wies daher ein ähnliches Bild mit einer Bevorzugung des Wochenendes respektive der 2. Wochenhälfte auf. Tageszeitlich kamen die meisten Opfer häuslicher Gewalt zwischen 12 - 24 Uhr (12-18 Uhr 38%, 18-24 Uhr 35%) in die Notaufnahme, während sich die Opfer unklarer Gewalt mit 51% zwischen 0 - 6 Uhr vorstellten. Ergebnisse anderer Studien kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass weibliche Opfer von häuslicher Gewalt vor allem zwischen 18 Uhr abends und 6 Uhr morgens, sowie an den Wochenenden in einer Notaufnahme auftraten (Fanslow et al., 1998). Als eine mögliche Erklärung hat Päsler in einer rechtsmedizinischen Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“ in Köln angenommen, dass

„durch Berufstätigkeit oder anderweitige Beschäftigungen an den Wochentagen, die Wochenenden Zeiten sind, in denen die Partner/Innen über einen längeren Zeitraum der Konfrontation miteinander ausgesetzt sein können und dadurch Konflikte häufiger ausgetragen werden“ (Päsler, 2010).

Eine weitere denkbare Erklärung könnte in erhöhtem Alkoholkonsum an den Wochenenden liegen.

Auf der anderen Seite entstehen durch die späte Vorstellungszeit sowie das Auftreten am Wochenende zusätzliche Probleme, da die niedergelassenen Ärzte nachts und an den Wochenenden sehr schwer erreichbar sind und somit eine ambulante Versorgung in ärztlichen Praxen nur selten möglich ist. Ebenso hat das medizinische Personal (Ärzte und Pflege) in einer Notfallambulanz nachts und an den Wochenenden aufgrund der deutlich reduzierten Personalstärke wenig Zeit auf die individuellen Bedürfnisse der Gewaltopfer einzugehen, respektive widersprüchliche Entstehungsmechanismen von

Verletzungen bei sich nicht offenbarenden Gewaltopfern zu hinterfragen. Zudem stehen gewisse Hilfsangebote wie Sozialarbeiter und Frauenhäuser zu diesen Zeiten nicht immer zur Verfügung. Deshalb wurde unter anderem zur optimalen Versorgung von Personen, die Opfer von Gewalt geworden sind, in den letzten Jahren an zahlreichen Instituten, z. B. Düsseldorf, Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig und München, rechtsmedizinische Ambulanzen eingerichtet, wo eine kostenlose Untersuchung, Sicherung von biologischen Spuren und Begutachtung der Verletzungen sowie eine Fotodokumentation angeboten wird (Gahr et al., 2005; Graß und Ritz-Timme, 2006; Seifert und Püschel, 2004). Eine Pilotstudie von Grassmann (2008) zur rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa (26 Länder) ergab, dass 72% der Rechtsmedizinischen Institute eine 24-Stunden-Bereitschaft praktizieren. Die Beteiligung der traditionellen EU-Länder lag bei 81%, der neuen EU-Länder bei 23% und der Nicht-EU-Länder bei 82%. Über 90% beschrieben die Möglichkeit einer Opferuntersuchung auch außerhalb des jeweiligen Institutes, z.B. konsiliarisch in Krankenhäusern.

Dies kann als ein Ansatzpunkt der interdisziplinären Versorgung von Gewaltopfern in einer Notfallambulanz gewertet werden. So können z. B. die Kollegen der Rechtsmedizin direkt bei Erkennen eines Gewaltopfers hinzugezogen und so eine gewaltopferzentrierte Versorgung inklusive Dokumentation durchgeführt werden. Dies kann eine Entlastung des medizinischen Personals bedeuten, da der Umgang mit Opfern von Gewalt sowohl für die Ärzteschaft als auch für das Pflegepersonal eine besondere zeitliche und persönliche Belastung darstellt (Fischer und Düchtling, 1998). Die Hinzuziehung rechtsmedizinischer Kollegen ist aber an eine örtliche Verfügbarkeit gebunden.

In der vorgelegten Studie fanden sich bei der häuslichen Gewalt leider nur in 63% und bei der unklaren Gewalt in 47% der Fälle Daten zum Intervall zwischen Gewaltgeschehen und ärztlicher Behandlung. Laut diesen Ergebnissen kommen die Opfer häuslicher Gewalt meistens innerhalb der ersten zwölf (68%) bzw. 24 Stunden (73%) in eine traumatologische Ambulanz. Lediglich 22% stellen sich erst nach einem bis drei Tagen vor. Insgesamt suchten 95% der Gewaltopfer in den ersten drei Tagen (bzw. 1 Woche) die unfallchirurgische Notaufnahme auf. Im Vergleich zum Hamburger Modellprojekt (Seifert et al., 2004) stellten sich dort 2/3 der Opfer binnen den ersten 24 Stunden vor, 28% kamen innerhalb von zwei bis sieben Tagen zur Vorstellung. Insgesamt ließen sich parallel zu den Düsseldorfer Daten 95% der Opfer in der ersten Woche ihre Verletzungen attestieren (Seifert et al., 2004). Das Intervall zwischen Vorfalls- und Behandlungszeit bei der unklaren Gewalt entsprach den Angaben bei häuslicher Gewalt.

Für eine vor Gericht verwertbare Dokumentation ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Gewalteinwirkung am Körper dokumentiert wird, solange die

Verletzungen noch frisch und somit zumindest eindeutiger als ältere Befunde am Körper beurteilbar sind. Eine Sicherung von DNA-Spuren (Sperma, Speichel, Hautpartikel) ist immer sinnvoll, wenn das Ereignis eine Spurensicherung nahelegt (z.B. bei sexualisierter Gewalt) und wenn dies relativ zeitnah zum Untersuchungszeitpunkt möglich ist (Gahr et al., 2005). Hammer et al. (2006) berichten in einer Studie an Erwachsenen von einer Nachweisbarkeit von Spermien bis einschließlich vier Tage nach dem Geschlechtsverkehr. Bei Kindern erwartet man laut Christian et al. (2000) positive Ergebnisse bis lediglich neun Stunden nach dem Ereignis und eine positive Untersuchung nach 24 Stunden wird schon als unwahrscheinlich angesehen. Trotz allem wird eine Spurensicherung bis maximal 48 Stunden nach der Tat empfohlen.

4.4.2 Transportmittel und Erstversorgung

Die Opfer häuslicher Gewalt kamen in 71% auf eigene Veranlassung und mit eigenverantwortlich gestaltetem Transport in die unfallchirurgische Notaufnahme am Universitätsklinikum Düsseldorf. Nur 22% kamen mit dem Rettungswagen und die übrigen 7% mit dem Notarzt oder mit einer Einweisung. Bei der unklaren Gewalt lagen nur in 24% der Fälle Angaben vor (12% Rettungswagen, 8% privat, 4% Notarzt oder Einweisung). Diese geringe Anzahl kann man nicht als repräsentativ ansehen.

Die hiesigen Ergebnisse entsprechen der Studie aus Hamburg-Eppendorf, bei der durch Gewalt verletzte Personen in der Regel im kurativ-medizinischen Sinne leichte Verletzungen aufwiesen (Kühne, 2007). Daher ist erklärbar, dass über zwei Drittel eine individuelle Ankunftsart und nicht den Rettungs- oder Notarztwagen benutzten.

Die meisten Opfer häuslicher Gewalt suchten direkt die traumatologische Ambulanz im UKD auf (83%). Nur 17% haben vorher einen anderen Arzt, v. a. niedergelassene Ärzte aufgesucht. Bei der unklaren Gewalt waren wiederum nur in 34% der Fälle Angaben vorhanden (11% vorher anderen Arzt, 23% direkt unfallchirurgische Ambulanz). Im Ansatz stimmen die aufgrund der geringen Daten nicht verwertbaren Ergebnisse mit denen der häuslichen Gewalt überein.

Dies zeigt, dass die unfallchirurgische Ambulanz eine wichtige Anlaufstelle für Gewaltopfer darstellt. Als zentraler Anlaufpunkt könnte sie somit auch nach einer adäquaten Versorgung die Gewaltopfer an eine der bestehenden Hilfsorganisation vermitteln. Schulungen und alltagstaugliches unterstützendes Arbeitsmaterial für die Notfallambulanzen erscheinen somit als sinnvolle Bausteine auf dem Weg zur Optimierung der Gewaltopferversorgung. Auf der anderen Seite sind zusätzlich durch Schulung der niedergelassenen Ärzte in Kombination mit praxistauglichen Arbeitshilfen

die Versorgungssituation in den Praxen zu verbessern und den Gewaltopfern vor Ort eine optimale Versorgung und Weiterleitung anzubieten. Da allein durch gute Schulung und optimiertes Arbeitsmaterial der Aspekt der knappen Zeit im Rahmen einer unfallchirurgischen Notfallversorgung gerade an Wochenenden und zu Nachtzeiten bleibt, kann dort eine gute Gewaltopferversorgung im transdisziplinären Sinne sicher nicht immer gewährleistet werden.

4.5 Weitere Angaben zum Gewaltgeschehen und den daran beteiligten Personen

4.5.1 Anamnesequelle

Das Gewaltgeschehen wurde in allen Fällen häuslicher Gewalt vom Opfer selber angegeben und zusätzlich in sechs Fällen (10%) fremdanamnestisch bestätigt. Bei der unklaren Gewalt präsentierte sich das gleiche Bild. Lediglich in einem Fall lagen nur fremdanamnestische Angaben vor, da das Opfer im Koma gelegen habe. In insgesamt neun Fällen (5%) hatten Drittpersonen das Geschehen bestätigt. Ohne Gewaltangabe des Opfers, einer Drittperson oder den dokumentierten Verdacht des Arztes war eine Identifizierung eines Gewaltopfers anhand der Akten nicht möglich. Zudem waren bei den unklaren Fällen meist nur marginale Angaben vorhanden, weshalb eine Differenzierung zwischen häuslicher und öffentlicher Gewalt nicht möglich war. Aus diesen Gründen ist auch eine hohe Dunkelziffer bei der häuslichen Gewalt möglich.

Daher darf kritisch angemerkt werden, dass bezüglich der Dokumentation auch gezielt nach Gewalterleben gefragt werden sollte und insbesondere für mögliche forensische Zwecke auch die Differenzierung der Herkunft einer Angabe in den Anamneseunterlagen, als Eigen- oder Fremdanamnese (unter Nennung der Person) vorgenommen werden sollte.

Gleiches gilt ebenfalls für die nachfolgenden Punkte, auch hier sollte eine präzisere Dokumentation angestrebt werden.

Die gezielte Frage nach Gewalterleben kann das Erkennen eines Gewaltopfers möglicherweise erleichtern. Dies erhält eine besondere Bedeutung, da Mark (2000) in einer Studie, welche in Berlin durchgeführt wurde, beschrieb, dass niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nur jedes zehnte häusliche Gewaltopfer erkennen. In einer anderen Studie aus Kanada wurde nur in einem von 25 Fällen Gewalt als ursächliches Problem erkannt (Day, 1995).

Eine Hemmschwelle, das Thema häusliche Gewalt anzusprechen, kann auf beiden Seiten aus unterschiedlichen Gründen bestehen. Viele „unentdeckte“ Gewaltopfer warten

nur auf ein Ansprechen von Seiten der Ärzte und schweigen, da sie Angst haben, auf Kritik und Unverständnis zu stoßen. Außerdem haben sie Angst vor einer Retraumatisierung durch eine mangelnde Sensibilität von Seiten der Ärzte bzw. Ärztinnen und davor sich wieder in eine Situation des Kontrollverlustes zu begeben (Beckermann, 1998). Andere Betroffene „*schweigen oft aus Angst und Scham sowie aus dem Gefühl heraus, für die erlittene Gewalt mitverantwortlich zu sein*“ (Hornberg, 2008). Durch die andauernde Gewalt kann es zu einer Herabsetzung des Selbstbewusstseins respektive Selbstwertgefühls der betroffenen Personen kommen. Zudem können bestehende emotionale, finanzielle und/oder soziale Abhängigkeiten ein zusätzlicher Grund sein, weshalb Gewaltopfer das Geschehene verschweigen, beziehungsweise sich niemandem anvertrauen. Weitere eher strukturelle Barrieren können die langen Wartezeiten und der sehr kurze Zeitrahmen einer Konsultation in der Notaufnahme sein (Bohne, 2004; Hagemann-White und Bohne, 2003; Hellbernd, 2004). Zu den Barrieren von Seiten der Ärzteschaft siehe Kapitel 4.7 „Qualität der ärztlichen Dokumentation“, Seite 63. Informationsbroschüren und/oder Merkblätter in den Wartezimmern sind einfache Maßnahmen, um gewaltbetroffenen Personen einen Zugang zu Informationen und Hilfsmöglichkeiten zu verschaffen. Von Seiten der Ärzte kann man durch Übung einer kompetenten Ansprache die geringe zur Verfügung stehende Zeit optimaler nutzen. Allerdings sind für das Erlernen einer solchen kompetenten Ansprache Fortbildungen und praktische Übungen wesentlich.

4.5.2 Örtlichkeit des Vorfalls

Die Örtlichkeit des Vorfalls häuslicher Gewalt war in 42% der Fälle und die der unklaren Gewalt in 12% der Fälle angegeben. Bei einer Differenzierung zwischen stationären und ambulanten Patienten fiel auf, dass bei den stationär aufgenommenen häuslichen Gewaltopfern in 86% Angaben zum Vorfallsort vorhanden waren, während dies bei den ambulanten Patienten nur bei 29% zutraf. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass der Zeitfaktor eine Rolle spielt. Im stationären Bereich besteht ein mehrmaliger Kontakt mit den Gewaltopfern in einer ruhigeren und entspannten Atmosphäre, während es im ambulanten Bereich meist ein einmaliger Kontakt in einer hektischen Atmosphäre ist. So kann bei stationären Patienten eine ausführlichere Anamnese durchgeführt werden.

Das Gewaltgeschehen ereignete sich in den meisten Fällen häuslicher Gewalt im eigenen Zuhause (39%), nur bei 3% fand es an einem öffentlichen Ort statt. In über 50% der Fälle war vom Gewaltopfer keine Örtlichkeit angegeben worden. Die fehlenden

Angaben bezüglich der Örtlichkeit des Vorfalls waren bei der unklaren Gewalt mit 88% noch gravierender, weshalb hier keine näheren Aussagen getroffen werden konnten. Die wenigen zur Verfügung stehenden Daten deuten jedoch auf ein vermehrtes Gewaltgeschehen im öffentlichen Raum hin. Hier zeigt sich erneut ein deutliches Dokumentationsdefizit bei der Anamnese von Gewaltopfern.

Allerdings stimmen die vorhandenen Ergebnisse der vorgelegten Studie mit der Definition von häuslicher Gewalt insofern überein, als dass diese Art von Gewalt meistens im eigenen Zuhause auftritt (BIG, o. J.; Hagemann-White, 1992). In anderen Publikationen werden die hier vorgestellten Ergebnisse ebenfalls bestätigt, bei Müller et al. (2004) gaben 71% der Frauen, die Opfer von körperlicher Gewalt geworden sind, die eigene Wohnung als Tatort an und bei Päsler (2010) deklarierten ca. 69% der Fälle die häusliche Umgebung des Opfers oder des Täters als Tatort. Daraus lässt sich ableiten, dass es sich bei den Opfer-Täter-Beziehungen meistens um eine partnerschaftliche Bindung handelt. Durch das Gewaltschutzgesetz wird diesem Umstand Rechnung getragen, so besteht auf dieser Gesetzesgrundlage seit Januar 2002 die Möglichkeit, den Täter befristet der Wohnung zu verweisen, um die Situation zu entschärfen und das Opfer zu schützen; dies unabhängig von Miet- oder Besitzverhältnissen bezüglich der Wohnimmobilie.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik von NRW wird nicht direkt zwischen häuslicher und öffentlicher Gewalt unterschieden, allerdings liegen seit 2008 Angaben zur Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung hinsichtlich Verwandtschaft und Bekanntschaft sowie räumlich-sozialer Nähe vor. Zur Verwandtschaft werden neu auch aktuelle und ehemalige (Ehe-) Partner und Lebensgefährten gezählt. Im Jahr 2011 präsentierte sich bei der Gewaltkriminalität folgendes Bild: 60% ohne Vorbeziehung, 7% Verwandtschaft, 21% Bekanntschaft und 12% ungeklärte Beziehung. Bei der räumlichen-sozialen Nähe zeigte sich, dass 8% Opfer von Gewalt in einem gemeinsamen Haushalt, 4% von Opfern von Nachbarn, unter 1% Opfer von Gewalt durch Erziehungs-/Betreuungsberechtigte ohne gemeinsamen Haushalt und die meisten Fälle an anderen Orten als der eigenen Wohnung (z. B. öffentlichen Raum) auftraten (Polizeiliche Kriminalstatistik, 2011). Die Kriminalstatistik aus NRW bestätigt einerseits das vermehrte Auftreten von Gewalterleben im gemeinsamen Haushalt bei Verwandtschaftsbeziehungen, was in der hiesigen Studie der häusliche Gewalt entspricht und andererseits das vermehrte Auftreten von Gewaltgeschehen in anderen Örtlichkeiten (z. B. öffentlicher Raum) bei fehlender oder ungeklärter Vorbeziehung. Dies ist in der hier vorgelegten Auswertung vereinbar mit der unklaren Gewalt.

Seit Einführung des Gewaltschutzgesetzes 2002 konnte in einer Vergleichsstatistik des Ministeriums für Inneres und Kommunales des Landes NRW bezüglich häuslicher Gewalt ein Anstieg um 37% bei der Strafanzeige, um 52% bei den Wohnungsverweisen und um 44% bei der Vermittlung an Hilfsangebote nachgewiesen werden. Von 2008 auf 2009 sanken die beschriebenen Fallzahlen minimal ab (Innenministerium NRW, 2010). Dies spricht dafür, dass in den letzten Jahren mit der zunehmenden Enttabuisierung und den Aufklärungskampagnen mehr Opfer häuslicher Gewalt Hilfe in Anspruch nehmen und sich so das Dunkelfeld mehr zum Hellfeld verschoben haben dürfte.

4.5.3 Art der Beziehung und Anzahl der Aggressoren

Die Ergebnisse der Düsseldorfer Auswertung zeigen, dass die Opfer-Täter-Beziehung bei der häuslichen Gewalt in 69% vom Intimpartner ausgeht, dazu gehören sowohl die Exfreunde/-partner, als auch die jetzigen Freunde/Partner. Als Aggressor überwog das männliche Geschlecht eindeutig mit 78%. Bei den weiblichen Gewaltopfern ging in 76% der Fälle die Gewalt vom Partner aus, während bei den männlichen Opfern der Anteil mit 53% niedriger war. In 98% handelte es sich nach Aktenlage um einen Beziehungskonflikt und nur in 2% um ein sexuelles Motiv.

Bei den unklaren Fällen fehlten diesbezüglich jedwede Angaben sowohl zum Beziehungskonflikt als auch zum Beziehungsgefüge.

In der rechtsmedizinischen Fallanalyse von Päsler (2010) ging die Gewalt gegen Frauen in 86% von den (Ex-)Partnern aus. Dies stimmt auch mit der hier vorgelegten Analyse überein und bestätigt, dass Gewalt gegen Frauen vor allem von männlichen (Ex-)Partnern ausgeht. Müller et al. (2004) weisen in einem nationalen Vergleich anhand von Daten des Bundesministeriums nach, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend als häusliche Gewalt durch den männlichen (Ex-)Partner ausgeübt wird.

Die Anzahl der Aggressoren der häuslichen Gewalt war gemäß der hier vorgelegten Düsseldorfer Zahlen in 90% eine einzelne Person. Nur in sechs Fällen (10%) waren mehrere Täter angegeben worden. Die Daten der unklaren Gewalt waren mit 15% nicht aussagekräftig. Es konnte lediglich eine Bevorzugung einer einzelnen Person erhoben werden. Den Ergebnissen häuslicher Gewalt entsprechen die von Päsler (2010) erhobenen Daten, dort wurde in 82% der Fälle die häusliche Gewalt von einer einzelnen Person ausgeübt, während bei der Kindesmisshandlung oft mehrere Personen (beide Elternteile) beteiligt waren. Insgesamt waren 70% der Aggressoren häuslicher Gewalt Männer. In der Hamburger Studie gingen 91% der Partnergewalt von Männern aus, nur in 6% waren es weibliche Beschuldigte (Seifert et al., 2006). Gewalt gegen Frauen durch

Lebens- oder Intimpartner schwankt in den einzelnen Ländern zwischen 13% (Japan) und 61% (Peru) (Garcia-Moreno, 2005; WHO, 2003). Früher, bis 1926, war es Männern per Gesetz erlaubt, ihre Frauen zu züchtigen, erst 1994 wurde Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung anerkannt (Kavemann, 2002).

Zusätzlich ist anzumerken, dass Gewalt gegen Männer im häuslichen Bereich deutlich seltener aktenkundig bzw. in Studien ausgewiesen wird. Sie tritt vor allem im öffentlichen Raum durch Bekannte und Freunde auf (Kavemann, 2002). In vielen Fällen wird hierbei Gewalt gegen Männer von Männern ausgeübt. Jungnitz et al. (2004) bestätigte in seiner Studie über personale Gewalterfahrungen von Männern, dass bis zu zwei Drittel der körperlichen Gewalt bei erwachsenen Männern in der Öffentlichkeit oder Freizeit stattfindet, wobei in bis zu 90% der Fälle die Täter Männer und in 2/3 der Fälle der Täter dem Opfer unbekannt war. Die Ergebnisse zur Gewalt in Lebensgemeinschaften beziehen sich nur auf heterosexuelle Partnerschaften und sind wegen der kleinen Stichprobe (ca. 200 Personen) nicht repräsentativ für ganz Deutschland. Dennoch ist beachtlich dass jeder vierte Befragte angab, einmal oder mehrmals mindestens ein Akt körperlicher Gewalt durch die aktuelle oder letzte Partnerin widerfahren zu haben. Wobei hier auch geringe Verletzungen/ Bagatellverletzungen mit einbezogen waren. Anhand dieser Ergebnisse kann man davon ausgehen, dass auch Gewalt gegen Männer ein nicht zu unterschätzendes Problem darstellt, wo noch viel Forschungs-/Handlungsbedarf nötig ist, „*da auch Männer verletzbares Wesen sind*“ (Jungnitz et al., 2004).

Anhand zahlreicher Studien konnte dargelegt werden, dass häusliche Gewalt in den meisten Fällen von (Ex-)Partnern ausgeht und sowohl Frauen als auch Männer davon betroffen sein können. Bei beiden Geschlechtern wird eine Lebensprävalenz von 25% für das Auftreten von körperlicher Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner beschrieben (Jungnitz et al., 2004; Müller et al., 2004). Allerdings muss bei der Studie von Jungnitz einschränkend erwähnt werden, dass sie wegen des kleinen Kollektivs nicht als repräsentativ anzusehen ist.

Häusliche Gewalt ist ein gesellschaftlich relevantes Thema, dem in den letzten Jahren zunehmend Bedeutung beigemessen wird. Bei der Literaturrecherche fanden sich deutlich mehr Quellen zu Gewalt gegen Frauen als zu Gewalt gegen Männer, auch in der Öffentlichkeit ist häusliche Gewalt gegen Männer deutlich weniger präsent. Das bedeutet, dass bei häuslicher Gewalt gegen Männer noch ein hoher Aufklärungsbedarf besteht.

Ärzte und Personal einer unfallchirurgischen Klinik oder Praxis sollten bei der Versorgung von Patienten jederzeit an die Möglichkeit „unentdeckter“ weiblicher oder auch männlicher Gewaltopfer denken und diese Personen sensibel ansprechen, behandeln, die Verletzungen „gerichtsfest“ dokumentieren, sachgerecht reagieren und die

Betroffenen kompetent in nachgelagerte Hilfs-/Beratungssysteme weiterleiten. Dies ist in Notaufnahmen und Arztpraxen besonders wichtig, da an diesen Orten Gewaltopfer oft nicht als solche erkannt werden, siehe Kapitel 4.5.1 „Anamnesequelle“, Seite 52.

4.5.4 Schilderung des Geschehens

Die Beschreibung des Tathergangs fand sich in 90% der Fälle häuslicher Gewalt und nur in 50% der unklaren Gewalt. Hier zeigte sich bei den unklaren Fällen wieder ein eindeutiges Defizit bei der Anamnese und der Dokumentation. Laut Poloczek (2002) werden Patienten in vielen Fällen nicht konkret auf die Gewalttat angesprochen, als Gründe werden Zeitmangel und die fehlende Ausbildung der Mitarbeiter genannt. Viele Gewaltopfer erhoffen sich durch eine Vorstellung in der Ambulanz nicht nur medizinische Hilfe in Form der Versorgung ihrer Verletzungen, sondern auch die Vermittlung von Hilfe. Allerdings ist gerade das Hilfsangebot in Notaufnahmen geringer als in anderen medizinischen Einrichtungen (Muellemann, 1999).

Auch die Auswertung der Düsseldorfer Patientenakten der unfallchirurgischen Notaufnahme zeigt diese Defizite, die in gleicher Weise erklärt werden können. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass eine gute Kenntnis des Geschehens, z. B. die Angabe, dass gewürgt worden sei, eine gezielte Untersuchung und die Beachtung von sonst mutmaßlich unbemerkt gebliebenen Befunden erlaubt. Die ärztliche Untersuchung und Dokumentation kann nur so gut sein, wie die Angaben aus der Anamnese es erlauben. Dies ist besonders bei Gewaltopfern zu beachten, die oft erst auf Nachfrage nähere Angaben zum Geschehen machen. Andererseits kann eine wahrheitsgemäße Schilderung auch unterbleiben, dann kann es auch aus juristischen Gründen (Exkulpation) für den Arzt/die Ärztin bedeutsam sein, die Angaben des Patienten genau niederzulegen, um die darauf aufbauende Untersuchung und Befunddokumentation zu rechtfertigen.

4.6 Art der Gewalt

4.6.1 Ein- oder mehrzeitige Gewalt

Verschiedene Studien bestätigen, dass bei häuslicher Gewalt die Intensität und die Häufigkeit der Gewalt mit der Zeit zunehmen (Hagemann-White und Kavemann, 2004; Hornberg et al., 2008; Schröttle und Ansorge, 2008; WHO, 2003).

In der Auswertung der Düsseldorfer Fallakten der Unfallchirurgie fand sich in 14% der Fälle häuslicher Gewalt eine Mehrfachvorstellung, wobei der Frauenanteil mit sieben zu eins deutlich überwog. Ein Zeitfenster, um die Häufigkeit der Gewalt festzustellen, wurde nur in der Hälfte der Fälle genannt, dies war bei 75% in Bereich von Wochen und bei 25%

in Bereich von Monaten angesiedelt. Die Dunkelziffer dürfte mutmaßlich deutlich höher sein, da in über 80% der Akten Angaben zu diesem Aspekt von Gewalterleben fehlten. Bei den unklaren Fällen zeichnete sich ein noch extremeres Bild mit nur 1% (2) Mehrfachvorstellungen ab.

Im Vergleich dazu, war in der Fallanalyse von Päsler (2010) oft keine Differenzierung zwischen ein- oder zweizeitiger Gewalt möglich, allerdings gaben 43% der Gewaltopfer das frühere Vorkommen von Gewalt anamnestisch an.

Gemäß den Studienergebnissen von Stark et al. (1997) stellten sich 23% der Frauen 6-10mal und 20% mehr als 10mal in der gleichen Notfallambulanz mit einem ähnlichen Verletzungsmuster vor, ohne dass eine Reaktion von Seiten der Ärzte erfolgte. Es darf inzwischen als allgemein bekannt gelten, dass häusliche Gewalt durch das wiederholte Auftreten und durch die zunehmende Intensität der Verletzungen geprägt ist (sogenannte Spirale der Gewalt). Die Wahrscheinlichkeit von mehrfachem Gewaltgeschehen im Rahmen von häuslicher Gewalt wird daher als sehr hoch angesehen.

Da sich mehrzeitige Gewalt rein vom Verletzungsbefund her oft nur schwer objektivieren lässt und sich morphologisch auch als einzeitig darstellen kann (Seifert et al., 2006), ist die genaue Anamnese des Opfers neben der detaillierten Dokumentation des Verletzungsmusters besonders wichtig. Vor allem ist sowohl die Befunddokumentation, als auch eine detaillierte, gewaltbezogene Anamnese als Grundlage für straf- und familienrechtliche Ansprüche bedeutsam, wie schon an anderer Stelle in dieser Ausarbeitung formuliert.

Inzwischen wurden vielfach standardisierte Befragungs- und Untersuchungsmethoden entwickelt, z. B. von den verschiedenen Landesärztekammern. Ergänzend wurde ein Dokumentationsbogen in Kitteltaschenformat, die Med-Doc-Card, erstellt, welche auf der Internetseite des Rechtsmedizinischen Institutes in Düsseldorf abrufbar ist. Derartige Hilfsmittel möchten dem Umstand Rechnung tragen, die ärztliche Routine zu unterstützen. Die Sinnhaftigkeit derartiger Materialien ergibt sich aus den vorangehenden und auch nachfolgenden Ausführungen.

4.6.2 Gewaltform

Im Rahmen der hier vorgelegten retrospektiven Studie zur häuslichen Gewalt ließen sich in 70% der Fälle körperliche und in 22% instrumentelle Gewalt (mit Werkzeugeinsatz) nachweisen. Zusätzlich kam es in 8% zum Einsatz von körperlicher und instrumenteller Gewalt gleichzeitig. Bei den Opfern von körperlicher Gewalt überwogen die Frauen mit 3:1. Zudem war ein Mann in seiner Kindheit Opfer eines Sexualdeliktes geworden. Zwei

Frauen mit häuslichem Gewalterleben waren zum Zeitpunkt der Angriffe vom Aggressor schwanger. In beiden Fällen fand keine spezifische Gewalt gegen das Abdomen statt und ein gynäkologisches Konsil wurde nicht durchgeführt. Diesbezüglich sei angemerkt, dass eine Schwangere idealerweise im Kontext mit jeglicher benannter Form von Gewalt zum Wohl von Mutter und Kind umgehend auch gynäkologisch untersucht werden sollte.

Bei den unklaren Fällen kam es in 65% zu körperlicher und in 17% zu instrumenteller Gewalt, während seelische oder sexuelle Gewalt nicht beschrieben wurde. Zudem wurden in 2% beide Gewaltformen benutzt. In den übrigen Fällen fanden sich beim Aktenstudium keine Angaben zu einem eventuellen Werkzeuggebrauch.

Im Vergleich zur Kölner Fallanalyse von Päsler (2010) in einem rechtsmedizinischen Datenarchiv mit einer körperliche Gewalt von 60% lag in der hiesigen unfallchirurgischen Fallanalyse mit 70% das Ergebnis bei der häuslichen Gewalt etwas höher, während die instrumentelle Gewalt mit insgesamt 30% gleich hoch war. Körperliche Gewalthandlungen speziell gegen Frauen werden in verschiedenen Studien mit 77% - 81% beschrieben (Päsler, 2010; Schröttle und Ansorge, 2008). Im Vergleich dazu lag sie bei der vorliegenden Düsseldorfer Studie bei 83%.

Häusliche Gewalt betrifft nicht nur die körperliche, sexuelle und instrumentelle Gewalt, sondern auch psychische Gewalt, inklusive sexueller Belästigung. Müller et al. (2004) haben 10.000 Frauen in Deutschland befragt und 42% der Befragten haben psychische Gewalt erlebt, eine sexuelle Belästigung wurde in 58% der Fälle angegeben. In den unfallchirurgischen Patientenakten war nur in 5% eine seelische Gewalt angegeben worden. Dies ist möglicherweise durch die lückenhafte Dokumentation sowie die mangelnde Anamnese Genauigkeit bei Fokussierung auf das Fachgebiet „Unfallchirurgie“ erklärbar und lässt eine hohe Dunkelziffer vermuten.

Ein weiterer denkbarer Erklärungsansatz kann der Zeitfaktor bzw. Zeitdruck bei der Behandlung eines unfallchirurgischen Notfalls sein, da dort meistens ein hohes Patientenaufgebot in kurzer Zeit behandelt werden muss und die Verletzungen der meisten Gewaltopfer unter den Begriff „Bagatellverletzungen“ fallen (Graß und Ritz-Timme, 2005) und somit auf der Dringlichkeitsliste weit unten stehen. Zusätzlich ist anzumerken, dass wie zuvor formuliert, der unfallchirurgische Behandlungsansatz zu beachten ist.

4.6.3 Lokalisation der Verletzungen

Bei der häuslichen Gewalt sind am häufigsten der Kopf-Hals-Bereich und dann die obere Extremität sowie der Oberkörper betroffen (Anders et al., 2006). Diese Aussage

entspricht den eigenen Ergebnissen. Bei den weiblichen Opfern häuslicher Gewalt sind sogar überwiegend der Kopf und die obere Extremität beteiligt, was mit den Ergebnissen der Kölner und der Hamburger rechtsmedizinischen Fallanalyse (Päsler, 2010; Seifert et al., 2006) übereinstimmt.

Eine Studie über gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf von Kühne (2007) wies als Hauptursache von Gesichtsverletzungen weiblicher Patienten häusliche Gewalt nach. Von den betroffenen Frauen gaben 44% ihren Partner als Aggressor an; auch hier zeigt sich eine deutliche Übereinstimmung mit der hiesigen unfallchirurgischen Fallauswertung.

Im Gegensatz dazu war in der vorgelegten Untersuchung bei den als unklar definierten Fällen der Kopf mit Abstand die am meisten betroffene Körperregion, die anderen Körperregionen waren relativ gleichmäßig verteilt. Johansen et al. (2008) berichteten ebenfalls, dass 75% der Opfer nicht häuslicher Gewalt Verletzungen im Bereich des Kopfes, des Gesichts und der Augen aufweisen.

Die Verletzungen an den oberen Extremitäten lassen sich bei Partnerschaftskonflikten nach Seifert et al. (2006) auf Abwehrverletzungen und Fixiergriffe zurückführen, dies deutet auf eine höhere Verteidigungsbereitschaft der Opfer hin. Das Opfer versucht den Kopf und den Oberkörper zu schützen, indem es die Arme und Hände davor hält, was zu Verletzungen z. B. Hämatomen oder Schürfungen führt. In der hier vorgelegten Auswertung ließen sich nicht alle Verletzungen der oberen Extremität als Abwehrverletzungen eruieren. Allerdings stimmen die hier vorgelegten Ergebnisse grundsätzlich mit der Aussage von Seifert et al. (2006) überein.

Bei der Auswertung der Düsseldorfer Patientenakten gaben 6% der Frauen, welche Opfer häuslicher Gewalt geworden waren, Gewalt gegen den Hals an. Eine andere Studie bestätigte, dass diese gefährlichen und z. T. lebensbedrohlichen Angriffe gegen den Hals insbesondere im Kontext von häuslicher Gewalt vorkommen (Seifert et al., 2006). Dieses Resultat passt auch zu den unklaren Fällen in der eigenen Analyse, da sich dort nur ein Mann mit anamnestischen Angaben einer Strangulation bei optisch nicht sichtbaren Befunden fand. Auch wenn ein derartiger Verletzungsbefund am Hals in der vorliegenden Untersuchung nicht so häufig festzustellen war, ist auch hier mutmaßlich eine gewisse Dunkelziffer zu beachten. Die Betroffenen berichten nicht von sich aus über die Form des Angriffes, die Befunde bei einer äußeren Besichtigung der Kopf-Hals-Region sind oft diskret und auch von flüchtiger Natur, zusätzlich liegen derartige Verletzungsbefunde nicht im Fokus einer unfallchirurgischen Untersuchung. Durch ein vermehrtes Nachfragen und sorgfältige Inspektionen der Kopf-Hals-Region – im Wissen um die Erscheinungsformen

von Gewalt gegen den Hals – könnte das Erkennen dieser Gewaltform wahrscheinlich deutlich verbessert werden.

Dies ist vor allem auch deshalb zu beachten, da Gewalt gegen den Hals aus juristischer Sicht von besonderer Bedeutung ist. Nach § 224 Abs. 1 Nr. 5 des Strafgesetzbuches (StGB) kann eine einfache Körperverletzung zu einer gefährlichen Körperverletzung qualifiziert werden, wenn sie durch eine das Leben gefährdende Behandlung begangen wurde (Parzeller et al., 2008). Dies trifft bei Gewalt gegen den Hals zu, die sich z.B. wie folgt darstellen kann: Hämatomen in der Halsregion, punktförmigen Stauungsblutungen in den Lidhäuten/Kopfschleimhäuten, Kehlkopf- oder Zungenbeinverletzungen, Bewusstlosigkeit mit unwillkürlichem Urin-/Stuhlabgang oder auffälligen/pathologischen Halsweichteil-veränderungen (z. B. in einer MRT-Untersuchung) zu.

4.6.4 Verletzungsarten

In den meisten Fällen kamen in der hiesigen Analyse bei den Opfern häuslicher und unklarer Gewalt Verletzungen durch stumpfe (88-91%) und nur in wenigen Fällen durch scharfe Gewalt (9-12%) vor. Die Zahlen schwankten je nach Geschlecht nur minimal. Die Opfer häuslicher Gewalt wiesen vor allem Verletzungen am Kopf/Gesicht, am Rumpf und an der oberen Extremität auf, während bei den Opfern unklarer Gewalt die Verletzungen am Kopf und Gesicht überwogen. Diese Ergebnisse korrelieren mit vielen Studien, in denen sich bei der häuslichen Gewalt eine Bevorzugung von Verletzungen am Kopf, Gesicht, Hals- oder Rumpfregeion zeigte (Davis et al., 2003; Fanslow, 1998; Perciaccante, 1999). Auf der anderen Seite werden zufällige Verletzungen in den oben genannten Studien eher an peripheren Regionen und Extremitäten beschrieben. Dieser Unterschied zwischen unbeabsichtigten, zufälligen Verletzungen und dem Verletzungsmuster der häuslichen Gewalt wurde noch von mehreren anderen Studien erörtert (Mccoy, 1996; Moss, 1991). Insofern kann bei einem Wissen um diese Besonderheiten auch darüber die Dunkelziffer bezüglich der häuslichen Gewalt verringert werden. Dieser Umstand stützt die Bemühungen um eine gezielte Schulung der Ärzteschaft.

An spezifischen Verletzungen der häuslichen Gewalt dominierten in der vorliegenden Untersuchung eher geringgradige Verletzungen wie Hämatome und Schürfwunden am Kopf/Gesicht, am Rumpf und an der oberen Extremität. Weiter fanden sich Quetschwunden am Kopf, Schnittwunden an der oberen Extremität, Frakturen hauptsächlich im Gesicht sowie Kratzspuren, betont an der oberen Extremität. Spezielle stumpfe, geformte Verletzungen waren eher selten als eindeutige Griffspuren an den

Armen, Würgemale am Hals oder Bisswunden identifizierbar. Auch hier mag es eine Dunkelziffer auf Grund mangelnder Interpretationssicherheit bei der Untersuchung geben. Lau et al. (2008) beschrieben in ihrer Studie mit Hämatomen, Schürfungen, Hautrötungen und kleineren Schnittwunden ähnliche Verletzungen. Andere Studien bestätigten die hiesigen Ergebnisse, dass bei der häuslichen Gewalt im Gegensatz zur nicht häuslichen Gewalt eher geringgradige Verletzungen (Fanslow, 1998; Lau, 2008; Meuleners et al., 2008) überwiegen. Allerdings ist die Dokumentation von so genannten Bagatell-Verletzungen jedoch genauso wichtig wie die der schweren Verletzungen, da beiden eine juristische Bedeutung zukommen kann und zum Zeitpunkt der Befundsicherung meist noch nicht abzusehen ist, ob und wenn ja, welche rechtlichen Konsequenzen sich ergeben könnten.

Bei den Opfern unklarer Gewalt fanden sich vor allem Hämatome, Frakturen und Quetschwunden im Bereich des Kopfes respektive des Gesichtes. Die Nasenbeinfraktur war die am häufigsten zu verzeichnende Fraktur. Weiter konnten Schürfungen und Schnittwunden am Kopf/Gesicht, an den oberen Extremitäten und selten am Hals erhoben werden. Kratzspuren und spezifisch geformte Verletzungen wie Schusswunden, Abwehrverletzungen und Bisswunden traten nur vereinzelt auf. Die Verletzungen der Opfer unklarer Gewalt waren schwerwiegender, als jene der häuslichen Gewalt. Zwei Personen mussten sogar auf der Intensivstation behandelt werden. Eine Studie aus Norwegen (Johansen et al., 2008) ergab bei 75% der Opfer nicht häuslicher Gewalt Verletzungen des Kopfes, Gesichtes und der Augen und bestätigte damit die hiesigen Untersuchungsergebnisse.

Bei der häuslichen Gewalt kann es neben den leichten Verletzungen auch zu lebensgefährlichen Verletzungen kommen (Davis, 2008), dies vor allem im Sinne einer Zuspitzung der Konfliktsituation, z. B. bei Trennungsabsichten und im Rahmen einer zeitlichen Eskalation der Gewalt. So haben Untersuchungen in den USA festgestellt, dass durchschnittlich täglich drei Frauen von ihren Ex-Partnern tödlich verletzt werden (Davis, 2008). Im Kölner Institut für Rechtsmedizin wurden in den Jahren 2000 bis 2004 zwischen sieben und 16 Sektionen mit Angaben zu häuslicher Gewalt durchgeführt (Päsler, 2010).

Auch schwangere Frauen sind gegen häusliche Gewalt nicht gefeit. In der hiesigen Studie lag die Häufigkeit bei 5%. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Gazmarian et al. (1996), welche eine Prävalenz von 4-8% für häusliche Gewalt während der Schwangerschaft bezogen auf alle Schwangerschaften ermittelten, überein. Infolgedessen ist eine standardisierte Screeningmethode auf häusliche Gewalt insbesondere in der Schwangerschaft von großer Relevanz.

4.7 Qualität der ärztlichen Dokumentation

Die hohe Zahl an unklaren Fällen (52%) in der vorgelegten Untersuchung verdeutlicht die unzureichende medizinische Befunddokumentation unter gewaltopferzentrierten, forensischen Aspekten. Bei der häuslichen Gewalt waren nur in 8% der Fälle Schemazeichnung oder Foto vorhanden. Im Vergleich dazu fand sich bei der unklaren Gewalt nur in 2% der Fälle eine Schemazeichnung. Die Zeichnungen waren leider immer so grob, dass sie vor Gericht nicht bestanden hätten. Daneben erfolgte eine präzise, gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen der Opfer häuslicher Gewalt lediglich in 7% der Fälle und in 37% fanden sich nähere Schilderungen der Verletzungen. Bei den unklaren Fällen konnten aus den Akten 2% präzise und 18% nähere Befundbeschreibungen, also deutlich weniger als bei der häuslichen Gewalt, erhoben werden. In der Studie von Bowker et al. (1987) wurde von Ärzten bei 40% der erwiesenen Gewaltopfer keine adäquate Befunddokumentation durchgeführt, welches die hiesigen Ergebnisse bestätigte. Als Grund mag sich auch hier mangelnde Sachkunde über die Formen und Folgen von Gewalteinwirkungen, vor allem mit diskreten Befunden, mangelndes Wissen über die Anforderungen an eine gerichtsfeste Befundsicherung sowie eine unfallchirurgische Fokussierung inklusive der spezifischen Versorgungssituation in einer Notfallambulanz auswirken. Neben besonderen Schulungen und praxistauglichen Handlungsanweisungen ist hier insbesondere bei der Möglichkeit einer fachlichen und räumlichen Zusammenarbeit eine Zuweisung von Gewaltopfern zu einer rechtsmedizinischen Untersuchung dienlich, wie sie auch im neuen Düsseldorfer Konzept etabliert werden konnte. Näheres hierzu siehe Kapitel 5 „Fazit“, Seite 77.

Eine polizeiliche Anzeige ergab sich nur ganz vereinzelt aus den Patientenunterlagen, sie fand sich bei den unklaren Fällen in 2% und bei der häuslichen Gewalt in 5%. Inwiefern auch hier eine Dunkelziffer vorliegt, ist nur zu mutmaßen, so kann eine Anzeige erst nach der ärztlichen Untersuchung erfolgt sein, oder eine solche wurde in der ärztlichen Konsultation nicht erwähnt oder nicht dokumentiert.

Erschwerend kam bei der Auswertung noch hinzu, dass 2% bei der häuslichen und 11% bei der unklaren Gewalt unleserlich waren. Auch dieses – scheinbar so banale – Problem kann sich negativ auf eine spätere gutachterliche Auswertung der Unterlagen auswirken und sollte bei der Niederschrift Beachtung finden.

Bei der detaillierten Analyse der Art und des Inhalts der ärztlichen Befunddokumentation fielen in der hier vorgelegten Studie gravierende Lücken auf, obwohl gerade die sach- und fachgerechte Dokumentation der körperlichen Untersuchungsbefunde bei zivil- oder strafrechtlichen Verfahren von wesentlicher

Bedeutung ist (Diederich, 2004). Da die rechtlichen Aspekte aber in der Regel nicht im unfallchirurgischen Fokus stehen, ist die Art der Befundsicherung zunächst nachvollziehbar und erklärlich, allerdings wäre zumindest für solche Fälle, in denen eine rechtliche Konsequenz von Seiten des Opfers bereits benannt oder auf Grund des anamnestisch erfragten Gewalthintergrundes (z. B. häusliche Gewalt) nicht auszuschließen ist, eine inhaltlich und formtechnisch gute Dokumentation anzustreben.

Auch Gage-Lindner (2003) schrieb, dass die Dokumentation aus juristischer Sicht eine wesentliche Bedeutung hat, vor allem die Leserlichkeit, da sonst oft nur die rechtsmedizinische Dokumentation, sofern eine solche veranlasst wurde, inklusive Fotos mit Maßstab, vor Gericht verwertbar ist.

Eine andere Auswertung (Gahr et al., 2005) beschreibt ebenfalls die Wichtigkeit der genauen Dokumentation (Lokalisation, Form, Gruppierung und Farbgebung einer Verletzung), durch welche die Möglichkeit besteht, den Gewaltzeitraum und die Art der Gewalteinwirkung genauer einzugrenzen und gemeinsam mit der Anamnese das Verletzungsbild richtig zu interpretieren sowie zwischen Eigen- und Fremdeinwirkung zu unterscheiden.

Laut Blättner et al. (2008) nimmt die juristische Bedeutung der ärztlichen Dokumentation von Folgen häuslicher Gewalt stark an Bedeutung zu. Auf unmittelbare Schlussfolgerungen und Bewertungen von Seiten des Nicht-Rechtsmediziners kann verzichtet werden, da eine (falsche) Beschuldigung den rechtlichen Interessen des Gewaltopfers schaden könnte (Seifert et al., 2006). Insofern bedarf es „nur“ der Befundbeschreibung in ausreichender Qualität, die interpretativen Schwierigkeiten, die mit den unterschiedlichen Gewaltformen und Folgen verbunden sind, können auf jeden Fall an den rechtsmedizinischen Sachverstand im Sinne einer fachspezifischen Arbeitsteilung delegiert werden. Dies mag auch der Sorge einiger nicht-rechtsmedizinischer Kollegen/innen entgegenwirken, die sich mit der Interpretation von Gewaltfolgen – zu Recht – schwer tun mögen.

So mag auch das folgende Ergebnis für den allgemeinmedizinischen Bereich nicht verwundern: In Hamburg wurde eine qualitative Untersuchung zur Rolle der häuslichen Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis durchgeführt. Dabei wurde festgestellt, dass es auf Seiten der Ärzte deutliche Unsicherheiten bei Ansprache der Thematik sowie bei der sach- und fachgerechten Dokumentation der Verletzungen gab (Artus, 2007).

Da neben der unfallchirurgischen Notfallversorgung von Verletzungen insbesondere der hausärztliche Bereich eine Anlaufstelle für Menschen nach Gewalterleben sein dürfte, liegt neben dem unfallchirurgischen Schulungsfokus ein weiterer im Bereich der allgemeinmedizinischen/hausärztlichen und auch gynäkologischen Betreuung. Vor diesem

Hintergrund wurde z. B. in Düsseldorf und vier anderen Standorten (Kiel, Berlin, Ennepe-Ruhr-Kreis und München) 2008 ein neues 3-jähriges Projekt gestaltet, um dem entgegen zu wirken. Dabei werden gezielt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte geschult, damit sie die Versorgung von Gewaltopfern übernehmen können und sicherer im Umgang mit solchen werden. Ebenso war die Einbindung dieser Praxen in schon bestehende Hilfsnetzwerke vorgesehen, damit das Konzept des Modellprojekts auch nach Auslaufen der Projektphase in 2010 gewährleistet werden kann (MIGG, 2008). An allen Standorten ist die rechtsmedizinische Kompetenz im Rahmen der jeweiligen regionalen Gegebenheiten in das Projekt integriert und ein besonderes Augenmerk liegt auf der Erarbeitung von praxistauglichen Handlungskonzepten und einer Vernetzung der Arztpraxen mit den regionalen Hilfsangeboten/Beratungssystemen.

Generell ist festzuhalten, dass Ärzte in Praxen oder in Krankenhäusern oft die erste Anlaufstelle für Opfer häuslicher Gewalt mit akuten und chronischen Verletzungsfolgen sind. In vielen Fällen geben sich die Opfer als solche nicht von sich aus und unmittelbar zu erkennen (Ärztekammer Hamburg, 2006). Daher ist es von enormer Wichtigkeit, dass Ärzte Anzeichen erkennen, differentialdiagnostisch in Betracht ziehen und die Patienten sensibel ansprechen (Blättner, 2008). Neben diesen Kenntnissen und Erfahrungen in der ärztlichen Gesprächsführung wurden kompakte Praxishilfen entwickelt, so zum Beispiel die sogenannte Med-Doc-Card, welche eine Kitteltaschenkarte mit den wichtigsten Informationen zur Dokumentation von Verletzung (www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin) ist und zusätzlich einige Gesprächseinstiegshilfen und Hintergrundinformationen zum Thema Gewalt enthält. Andererseits gibt es inzwischen bundesweit Informationsschriften und –materialien für Ärzte, unter anderem Leitfäden zu diesem Thema von den einzelnen Bundesministerien; diese sind aber der Mehrheit der Ärzteschaft mutmaßlich nicht bekannt, wie eine noch unveröffentlichte Düsseldorfer Befragung ergab (Feldhaus, noch unveröffentlichte Daten einer Ärztebefragung, Stand 2010). Die Befragung zeigte, dass lediglich 38% der befragten Mediziner Leitfäden zum Thema häuslicher Gewalt kannten und 45% Kenntnis von Körperschemata zur Befunddokumentation hatten. Von diesen Ärzten nutzten insgesamt 36% die Leitfäden und 51% die Körperschemata. Die Ergebnisse der noch unveröffentlichten Ärztebefragung verdeutlichten den hohen Interventionsbedarf im hausärztlichen Bereich.

Das Thema Gewaltopferversorgung bei häuslicher Gewalt steht auch im allgemeinen, gesellschaftlichen und politischen Fokus. Schon vor etwas mehr als zehn Jahren legte die Bundesregierung 1999 das erste Mal einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen vor. Dabei wurden unter anderem Unterlagen zur gerichtsfesten Dokumentation bei häuslicher Gewalt und körperlicher Misshandlung bereitgestellt. Bohne

und Hagemann-White stellten 2003 sinnvolle Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen einer optimalen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen vor. Dazu zählte

- „1. die Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlungs-Setting
2. qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen und Verbreitung gewährleisten
3. Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
4. Aufbau von Kooperationsnetzen und Verbundprojekte
5. Qualitätsstandards entwickeln und festlegen
6. Ergebnisse und Erfahrungen guter Praxis übernehmen
7. Aus- Fort- und Weiterbildung
8. Patientinnenrechte stärken“ (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Zur Unterstützung der Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes (www.juris.de/jportal/purl/gesetze/ges/GewSchG) wurden im August 2002 von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „häusliche Gewalt“ Empfehlungen und Standards für Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt herausgegeben, z. B. für Mitarbeiter bei Polizei, Justiz und im Gesundheitswesen (Schweikert, 2002).

Inzwischen wurden in immer mehr Bundesländern entsprechende Schulungen und Fortbildungen durchgeführt. Diese sollen das Hintergrundwissen über die Dynamik von Gewaltbeziehungen vermitteln und somit das Verstehen der Situation und die Befindlichkeit der betroffenen Frauen und ihrer Kinder verbessern (Augstein, 2002; Hagemann-White et al., 2004). Seit 2007 liegt der zweite Aktionsplan vor, welcher zusätzlich die medizinische Versorgung der Opfer und Frauen mit Migrationshintergrund berücksichtigt (BMFSFJ, 2007).

Die wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.- Projektes stellte fest, dass die Ärzteschaft im Gegensatz zum Pflegepersonal nicht durch 2-tägige Schulungen erreicht werden konnte. Als Ursache konnte die hohe Arbeitsbelastung, die fehlende Freistellung für Schulungsteilnahmen und die Auslastung mit verpflichtenden Fortbildungen identifiziert werden. Dies führte unter den Pflegekräfte zu einer hohen Unzufriedenheit, da sie sich für die Umsetzung des Interventionsprojektes allein verantwortlich fühlten. Als Reaktion darauf wurde ein kurzes, modulares Fortbildungskonzept entwickelt und in bestehende, abteilungsinterne Weiterbildungsstrukturen integriert. So konnte auch die Ärzteschaft geschult werden (Hellbernd et al., 2004).

Trotz der Fortbildungsangebote und Handlungsempfehlungen für Ärzte zum besseren Umgang mit Gewaltopfern scheinen diese bis dato keine ausreichende Wirkung zu zeigen. Aus der persönlichen Erfahrung von rechtsmedizinischen Referenten *„sind solche Veranstaltungen in der Regel schwach besucht, die fachspezifischen*

Informationsschriften wenig bekannt (Graß Hildegard, persönliche Stellungnahme 2010) und das Thema im ärztlichen Alltag wenig präsent“ (Feldhaus, noch unveröffentlichte Daten einer Ärztebefragung, Stand 2010). Zusätzlich bestehen ernstzunehmende Barrieren von Seiten der Ärzteschaft, als da wären: mangelnde Zeit im ärztlichen Alltag, Sorge vor Überbelastung, unzureichende Qualifikation im Erkennen und Umgang mit betroffenen Personen, fehlende Information über Hilfsangebote, kulturelle Barrieren z. B. bei Migrantinnen, rechtliche Unsicherheiten und unzureichende finanzielle Beachtung des zeitlich nicht unerheblichen ärztlichen Betreuungsaufwandes für ein Gewaltopfer (Hagemann-White und Bohne, 2003; Hellbernd et al., 2004). Näheres zu den Barrieren seitens der Betroffenen siehe Kapitel 4.5.1 „Anamnesequelle“, Seite 52.

Um das Thema dennoch vermehrt im ärztlichen Alltag präsent zu machen, wurden weitere Maßnahmen von politischer Seite auf den Weg gebracht. So wurden gezielt niedergelassene Ärzte durch ein Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ im Auftrag der BMFSFJ im Rahmen des zweiten Aktionsplanes geschult und begleitet (MIGG, 2008). Dieses Modellprojekt soll Maßnahmen zur Unterstützung von niedergelassenen Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit Gewaltopfern mit dem Anspruch der Tauglichkeit im ärztlichen Praxisalltag etablieren (Ritz-Timme und Graß, 2009).

So berechtigt wie die Kritik an der unzureichenden spezifischen Versorgungsqualität von Gewaltopfern im medizinischen Bereich ist, so berechtigt ist auch die Kritik von Seiten der Ärzteschaft, die sich mit der zeitlichen und fachlich-rechtsmedizinischen Komponente der Gewaltopferversorgung auch mit Blick auf eine unzureichende Finanzierung des Aufwandes überfordert sieht. So ist auch die Feststellung von Möhrle (2007) verständlich, in der er neben der notwendigen Schulung des medizinischen Personals auch die Forderung nach einer ausreichenden Finanzierung der Gewaltopferversorgung formuliert.

4.8 Behandlung und gewaltopferzentrierte Betreuung

In der hier vorgestellten retrospektiven Fallanalyse fiel auf, dass eine Vorstellung in einem rechtsmedizinischen Institut in keinem einzigen Fall erfolgte. Ebenso wurde kein Konsil in der Psychosomatik veranlasst. Es wurden bei der häuslichen Gewalt insgesamt 15 Konsile (25%) und bei der unklaren Gewalt 48 Konsile (27%), vor allem bei Männern, durchgeführt. Die meisten Konsile fanden in der Augenklinik, der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, der Neurochirurgie, der Neurologie und der Psychiatrie zur weiteren klinischen Abklärung statt.

Fünf weibliche Opfer (8%) häuslicher Gewalt lehnten in der vorgelegten Untersuchung eine stationäre Behandlung ab, oder verließen die Klinik gegen ärztlichen Rat ohne behandelt worden zu sein. Das gleiche Bild konnte in einer Studie von Fanslow et al. (1998) dargestellt werden. Als eine denkbare Auslegung wurde angenommen, dass die Opfer häuslicher Gewalt oft mit längeren Wartezeiten rechnen müssen, da sie aufgrund der „geringgradigen Schwere der Verletzungen respektive Bagatellverletzungen“ am unteren Ende der Prioritätenliste stehen und folglich oft die Klinik frustriert verlassen, da sie sich nicht ernst genommen fühlen. Mit dem Verlassen der Klinik schwindet auch die Möglichkeit, die Gewaltopfer in spezifische Hilfseinrichtungen zu verweisen.

Bei den unklaren Fällen haben sogar 12% die Klinik gegen ärztlichen Rat verlassen. In diesen Fällen handelte es sich um mehr Männer als Frauen (m20:w2). Als möglichen Erklärungsansatz kann man vermuten, dass die Männer, ebenso wie die Frauen, wegen den zum Teil langen Wartezeiten oder nach der Erstversorgung weggegangen sind, da sie eine stationäre Aufnahme oder weitere Abklärungen, zum Beispiel durch ein Konsil, nicht wünschten.

Bei der „Männerstudie“ von Jungnitz hat kein einziger befragter Mann die Polizei gerufen oder vorhandene Hilferessourcen in Anspruch genommen. Als mögliche Erklärung nahm man an, dass Gewalt gegen Männer von ihnen und/oder ihrer Umwelt nicht als solche wahrgenommen wird oder entsprechende Unterstützungsangebote für Männer und Jungen fehlten. Deshalb war es ein Ziel der Studie, ein öffentliches Bewusstsein sowie den Aufbau von Hilfesystemen für gewaltbetroffene Männer zu schaffen (Jungnitz, 2004).

Im neuen, ab 2006 implementierten Versorgungskonzept für das Düsseldorfer Universitätsklinikum wurden u. a. auch Plakate und Flyer für die Wartezonen in den Kliniken erstellt, um die Patientenschaft auf die Präsenz des Themas „Gewaltopferversorgung“ im Versorgungsangebot der Klinik hinzuweisen. Die Informationen können z. B. in den Wartezeiten aufgenommen werden. So soll auch die Bereitschaft von Gewaltopfern, sich zu offenbaren und auch Wartezeiten in Kauf zu nehmen, erhöht werden.

Eine Nachsorge wurde in 27% (m6:w10) der Fälle der häuslichen Gewalt durchgeführt, allerdings wurde nur in 7% (m1:w3) eine spezifische Gewaltopferversorgung mit Empfehlung und/oder Vermittlung in eine andere Hilfsorganisation in die Wege geleitet. Bei der unklaren Gewalt waren es 39% (m65:w4), wobei es in weniger als 1% zu einer opferspezifischen Nachsorgeempfehlung kam. Nur einer männlichen Person wurde empfohlen, die bestehende psychiatrische Behandlung weiter zu führen. Sonst hat keine psychiatrische oder psychosomatische Betreuung oder Weiterleitung in andere

Hilfseinrichtungen stattgefunden. Bei der häuslichen Gewalt wurde eine Frau an ein Frauenhaus vermittelt und drei Gewaltopfer wurden anschließend weiter psychiatrisch betreut. Das männliche Gewaltopfer wurde zusätzlich noch psychosomatisch behandelt. Eine Weiterleitung in eine Opfer-Beratungsstelle (Frauenhaus) wurde nur in einem Fall häuslicher Gewalt veranlasst. Bei einem weiteren Fall wurde eine Beratung erwähnt, aber nicht näher spezifiziert.

In der Kölner rechtsmedizinischen Fallanalyse von Päsler (2010) wurden weniger als die Hälfte an weiterführende Hilfsangebote vermittelt. Als Grund wurde angeführt, dass viele Opfer zum Zeitpunkt der Untersuchung schon an betreuende Hilfseinrichtungen verwiesen worden waren und von diesen auf die rechtsmedizinische Attestierung aufmerksam gemacht worden sind. Insofern erfolgte die rechtsmedizinische Untersuchung als nachgelagerte Behandlung.

Da aber für die Sekundärprävention von häuslicher Gewalt eine Vermittlung der Opfer in Hilfsangebote sehr wichtig bis unabdingbar erscheint, wird es für beachtlich gehalten, dass im ärztlichen Kontakt auf derartige Hilfeangebote hingewiesen wird. Mit Blick auf die auch zeitlich reglementierte Versorgungsstruktur einer unfallchirurgischen Notfallambulanz sollten zumindest Hilfeangebote mittels Plakaten oder Informationsbroschüren vorhanden sein und idealerweise sollte im ärztlichen Gespräch zumindest kurz darauf eingegangen werden, um der Sinnhaftigkeit derartiger Angebote für die betroffene Person Nachdruck zu verleihen. Zusätzlich sollten die einzelnen Netzwerkstrukturen in hohem Maße zusammenarbeiten.

Diesem Gedanken wurde ebenfalls im neuen Düsseldorfer Konzept Rechnung getragen. Unter Leitung des Instituts für Rechtsmedizin erfolgte eine intensive und persönliche Vernetzung mit den regionalen Angeboten, in die insbesondere auch nach einem rechtsmedizinischen Kontakt konkret verwiesen wird. Andererseits erfolgen aus dem Hilfesystem Zuweisungen zur rechtsmedizinischen Untersuchung und weiteren medizinischen Betreuung bei entsprechendem Bedarf. Auch andernorts, z. B. in Köln, Hamburg, Hannover, Leipzig und München, etabliert sich im Rahmen der Opferbegutachtung die Rechtsmedizin als unverzichtbarer Partner in den Netzwerkstrukturen gegen häusliche Gewalt (Seifert et al., 2004). Weitere Institute sind inzwischen diesem Konzept gefolgt, so Berlin, Giessen, Halle, Kiel und Münster, um weitere Beispiele zu nennen. In den anderen Instituten werden auch rechtsmedizinische Opferbegutachtungen entweder während der geregelten Öffnungszeiten oder im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst durchgeführt. Allerdings gibt es keine Gewaltopferambulanz oder nähere Informationen zu eventuell bestehenden Netzwerkstrukturen auf den jeweiligen Institutsseiten.

An dieser Stelle sei bereits angemerkt, dass es für die Zukunft wichtig ist, die klinischen Tätigkeiten der Rechtsmedizin im Rahmen der Gewaltopferbetreuung auszubauen, so dass die Opfer von häuslicher Gewalt nicht nur innerhalb von Ermittlungsverfahren, sondern auch in privater Auftraggebung einschließlich konsiliarischer Zuweisungen die Möglichkeit haben, ihre Verletzungen optimal attestieren zu lassen. Diese Befunddokumentationen stehen dann im Falle einer Strafanzeige oder anderer rechtlicher Schritte zur Verfügung und können bei Bedarf nachgelagert rechtsmedizinisch kompetent begutachtet werden.

Für eine weitere Optimierung der Gewaltopferversorgung sollten auch Polizei, Justiz und psychosoziale Beratungsstellen vermehrt diese rechtsmedizinischen Angebote kennen und durch Zuweisung nutzbar machen. Ein bislang ungelöstes Problem stellt die Honorierung der rechtsmedizinischen Leistungen dar, die ohne Auftrag der Justiz durchgeführt werden (Seifert et al., 2006).

4.9 Gewalt und Alkohol- /Drogenkonsum

In Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen in Konfliktsituationen fiel in der hiesigen Fallanalyse auf, dass die Angaben in den Akten sehr lückenhaft waren. Bei der vorhandenen Dokumentation überwog deutlich der Alkoholkonsum. Im Rahmen der häuslichen Gewalt fanden sich lediglich in 22% der Fälle Angaben zum Alkoholkonsum des Opfers und es erfolgte nie eine Bestimmung der Blutalkoholkonzentration. Die ausgewerteten Fallakten der Kölner Studie (Päsler, 2010) wiesen die gleichen Lücken auf, hier ließen sich in 39% Angaben zu einem Alkoholkonsum eruieren. Eine Blutalkoholkonzentration wurde nicht regelhaft bestimmt. Sie ist auch nur sinnvoll, wenn der Ereigniszeitpunkt bekannt und zeitlich nahe der ärztlichen Vorstellung liegt, da Alkohol im Blut pro Stunde ca. zwischen 0,1-0,2 Promille abgebaut wird. Bei der hiesigen Untersuchung der Opfer häuslicher Gewalt standen zum Vorfallszeitpunkt nach Eigenangaben des Opfers bzw. den dokumentierten subjektiven Bewertungen des Arztes 12% unter dem Einfluss von Alkohol und 10% verneinten einen Alkoholkonsum.

Hagemann-White und Kavemann (2004) registrierten in ihrer Studie Alkoholprobleme mit 10% als das häufigste, den Handlungsspielraum eingrenzende Problem. Maffli und Zumbrunn (2001) werteten mehrere internationale Studien zum Thema häusliche Gewalt und Alkohol- bzw. Drogenkonsum aus. Ihre Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen Gewaltanwendungen und Alkoholkonsum hin. Es zeigte sich, dass Alkohol von Gewaltopfern 2-5mal häufiger konsumiert wurde, als bei anderen Verletzten. Insgesamt gaben 17-70% der Gewaltopfer einen Alkoholkonsum an. In einer Studie von

Weinsheimer et al. (2005) waren 59% der weiblichen Alkoholikerinnen und im Vergleich dazu nur 13% der Nicht-Alkoholikerinnen Opfer von häuslicher Gewalt, weshalb Weinsheimer et al. (2005) zu dem Schluss kamen, dass Alkohol das am häufigsten mit häuslicher Gewalt assoziierte Suchtmittel ist.

Zum Aggressor der häuslichen Gewalt fanden sich in der eigenen Untersuchung noch seltener Angaben (5%). In 2% wurde ein Alkoholkonsum zum Tatzeitpunkt verneint und in 3% bejaht. In anderen Studien wird dem Alkoholkonsum des Aggressors bei häuslicher Gewalt ebenso eine gewisse Bedeutung bzw. Rolle zugemessen (Müller et al., 2004; Schröttle und Khelaifat, 2008). So wiesen Weinsheimer et al. (2005) in ihrer Auswertung auf das erhöhte Risiko für Frauen Opfer von häuslicher Gewalt zu werden hin, deren Partner Alkoholiker ist. Die Prävalenz bei Frauen mit einem Alkoholiker als Lebenspartner lag bei 55% im Gegensatz zu 8% bei Frauen mit einem Partner ohne Alkoholkonsum. Oft spielt die Hoffnung der Partnerin auf Besserung des Alkoholproblems zur Aufrechterhaltung der Beziehung eine große Rolle (Hagemann-White und Kavemann, 2004). Müller et al. (2004) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis wie Weinsheimer. Bei ihnen stand der gewaltausübende Partner zur Vorfallszeit in 50-55% unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen. Nach Schröttle und Ansorge (2008) übten männliche Partner mit erhöhtem Alkoholkonsum etwa doppelt so häufig körperliche und sexuelle Gewalt gegenüber Partnerinnen aus als Männer ohne erhöhten Alkoholkonsum. Bei Weinsheimer et al. (2005) betrug der Unterschied 7:1.

Durch die sehr lückenhafte Aktenlage konnte in der hier vorgelegten Studie leider keine konkrete Aussage zur genauen Prävalenz des Alkoholkonsums im Kontext mit häuslicher Gewalt gemacht werden. Es ist jedoch eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Alkoholkonsum kann offenkundig somit ein hoher Risikofaktor für das Auftreten von häuslicher Gewalt sein und sollte sowohl bei der Untersuchung eines Opfers als auch bei der Befragung zum Geschehen im Hinblick auf den Aggressor Beachtung finden. Auch zum Zwecke einer Entlastung kann die Objektivierung einer möglichen Alkoholisierung eines Gewaltopfers beitragen.

Bei den als unklar bewerteten Fällen der Düsseldorfer Analyse unfallchirurgischer Akten fanden sich bei 23% Angaben zum Alkoholkonsum zum Tatzeitpunkt, in den restlichen Fällen waren keine Angaben vorhanden. In vier Fällen (2%) wurde klinisch eine Blutalkoholkonzentration bestimmt. Zudem konnten in keinem Fall Angaben zum Alkoholkonsum des Aggressors erhoben werden. Mehrere Studien bestätigen die Aussage, dass Opfer nicht häuslicher Gewalt auch mit einem Alkoholkonsum assoziiert sind, unter anderem Johansen et al. (2008) mit 60% und Ranney et al. (2009) mit 45%. Der Alkoholkonsum spielt bei den unklaren Fällen ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle,

auch wenn bei diesen Fällen nicht zwischen häuslicher und öffentlicher Gewalt unterschieden werden konnte.

Der Zusammenhang zwischen einem Alkoholkonsum und einer aggressiven Handlung mag nicht verwundern, wird doch immer wieder über die enthemmende und aggressivitätssteigernde Wirkung der psychotropen Substanz „Alkohol“ berichtet. Klinisch lassen sich 4 Stadien der Alkoholintoxikation unterscheiden (Madler, 2005), wobei in den beiden ersten Stadien sowohl eine Enthemmung, als auch eine Gereiztheit bis hin zur Aggressivität beschrieben wird. Im ersten Stadium zwischen 0,5-1,5‰ (leichte Trunkenheit) sind die Personen leicht reizbar und verhalten sich distanzlos, während sie im zweiten Stadium (mittlere Trunkenheit) zwischen euphorischem Glücksgefühl und (aggressiver) Gereiztheit schwanken. Das dritte Stadium 2,5-3,5‰ (schwerer Trunkenheit) ist durch ein herabgesetztes Bewusstsein bis hin zum Koma gekennzeichnet und im vierten Stadium $>3,5‰$ (schwerste Trunkenheit) drohen vitale Komplikationen mit Atemlähmung und finalem Herz-Kreislauf-Stillstand.

Hotamanidis orientiert sich an den sechs Rauschformen von Rasch (1999), um die Rauschzustände nach dem Grad der Bewusstseinsstörung und nach ihren Verläufen zu unterscheiden, die da wären eine euphorische Auflockerung, eine depressiv-dysphorische Verstimmung, eine akzentuierend katalysierende Reaktion, eine toxische Reizoffenheit, ein ungerichtetes Handlungsbedürfnis und Rauschdämmerzustände. Dadurch ist eine forensische Beurteilung der alkoholbedingten psychischen Veränderungen möglich. Auch bei diesen Formen werden aggressive Phasen beschrieben, zum Beispiel wird bei der akzentuierend katalysierenden Reaktion *„eine vor dem Rausch entstandene Stimmungslage aggressiv ausgelebt, entweder in direkter Auseinandersetzung mit dem Konfliktpartner oder auch in Streitereien mit Unbekannten und am Ursprungskonflikt Unbeteiligten“* oder bei der toxischen Reizoffenheit wird *„eine psychische Beeinträchtigung nach lang anhaltendem Alkoholkonsum erfasst, bei der der Alkoholisierte nicht aus eigenen Impulsen heraus handelt, sondern unkontrolliert auf situative Reize und Provokationen der Umgebung reagiert. Die Auswirkungen dieser Alkoholintoxikation werden oft durch Schlafentzug verstärkt. Es liegt eine schwere hirnorganische Beeinträchtigung im Sinne einer Bewusstseinsbeeinträchtigung oder Bewusstseinsstörung vor“* (Hotamanidis, 2003). Dies bedeutet unter Berücksichtigung aller Studien, dass das Risiko Opfer von Gewalt zu werden offenbar deutlich ansteigt, wenn der gewaltausübende Part zusätzlich Alkohol konsumiert hat.

4.10 Abschlussbeurteilung

Die vorgelegte Studie sollte überprüfen, inwiefern die medizinischen Angebote einer traumatologischen Notfallambulanz den spezifischen Bedürfnissen von Gewaltopfern hinreichend Rechnung tragen. So wurde geprüft, ob Beratung und Verweise aus der Medizin in entsprechenden Hilfsangebote stattfanden, und wie die Befunddokumentationen unter gewaltopferzentrierten, forensischen Aspekten zu bewerten waren, um dadurch auch die Notwendigkeit einer interdisziplinären Verbundversorgung in der Gewaltopferversorgung abwägen zu können.

Auf der anderen Seite sollte die Studie eine Basisdaten-Erhebung sein, die im gleichen Behandlungsrahmen nach Implementierung des neuen Versorgungskonzeptes am UKD wiederholt werden könnte.

Die hier vorgelegten Ergebnisse konnten große Defizite beim Erkennen, beim sachgerechten, gerichtsfesten Dokumentieren von Verletzungsbefunden und bei der spezifischen Weiterleitung von häuslichen Gewaltopfern in entsprechende Hilfsorganisationen nachweisen. Obwohl unfallchirurgische Zentren eine der zentralen Anlaufstellen von Gewaltopfern sind, kann an diesen Orten unter den zum Zeitraum der Auswertung zugrunde gelegenen Gegebenheiten zu wenig auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden.

Das heißt, dass in den Institutionen und bei den Akteuren im Gesundheitswesen noch ein großer Handlungsbedarf bezüglich der Optimierung der Gewaltopferversorgung besteht, da häusliche Gewalt eben nicht nur die Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte und Frauenhäuser bzw. Frauenberatungsstellen, als die damit in der Öffentlichkeit regelhaft in Verbindung gebrachten Institutionen, betrifft. Das Gesundheitswesen mit seinem medizinischen Personal kann durch eine präzise Dokumentation der Anamnese und der Verletzungsbefunde, dem Anbieten von Informationen und Beratungen sowie durch eine Weiterleitung in gewaltopferspezifische Hilfseinrichtungen eine wichtige Schlüsselrolle bei der Gewaltopferversorgung einnehmen. Praxistaugliche Handlungsanweisungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und vermehrte regelhafte Schulungen, beginnend schon in den jeweiligen Ausbildungen, verbunden mit einer angemessenen Bezahlung können hier sicher zukünftig eine bessere Versorgung von Gewaltopfern im Gesundheitswesen ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund wurde seit 2006 schrittweise ein neues Versorgungskonzept zur Optimierung der Gewaltopferversorgung am Universitätsklinikum Düsseldorf eingeführt. Das neue Projekt umfasst regelmäßige Schulungen des medizinischen Personals und den Aufbau eines Netzwerkes zwischen den einzelnen Kliniken, vor allem

der Unfallchirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Rechtsmedizin, zu einer gemeinsamen Gewaltopferambulanz mit einem Ambulatorium auch im Institut für Rechtsmedizin, das öffentlich zugänglich ist. Die Vernetzung der einzelnen Kliniken soll zu einer gegenseitigen Unterstützung und Entlastung führen. Dazu wurden einerseits Fortbildungsmaßnahmen sowie kompakte, informative und medizinische Befunddokumentationen bei Gewaltopfern (Med-Doc-Card im Kitteltaschenformat) zur Verfügung gestellt und andererseits die Möglichkeit, den Rechtsmediziner als Konsiliararzt beizuziehen in den einzelnen Kliniken verstärkt bekannt gemacht. Zusätzlich wurde sowohl für Klinikmitarbeiter, als auch für andere Institutionen und Gewaltopfer ein 24-Std. Beratungstelefon eingerichtet und die Vernetzung mit den außerklinischen Netzwerken z. B. Polizei, Frauenhäuser, Jugendamt, Weißer Ring, usw. umgesetzt und intensiviert.

Ziel dieser Maßnahmen war und ist es, das Erkennen von Gewaltopfern „häuslicher Gewalt“ und auch anderer Gewalthintergründe, die sich zum Teil als solche nicht offenbaren, die medizinische Versorgung, die Befunddokumentation und die Veranlassung weiterer Maßnahmen in den klinischen Alltag - zum Beispiel einer unfallchirurgischen Ambulanz - zu integrieren.

Bei der allgemeinen körperlichen und auch der rechtsmedizinischen Untersuchung können allerdings nur sichtbare körperliche Gewaltfolgen dokumentiert werden. Die häusliche Gewalt ohne sichtbare Spuren kann so nicht gesichert werden. Deshalb kann man auf der Grundlage der hier vorgelegten Fallanalyse und den vergleichbaren Untersuchungen anderer Autoren keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Prävalenz von häuslicher Gewalt treffen, da es oft auch Gewalt ohne sichtbare Spuren gibt; dies sowohl bei körperlicher als auch vor allem bei seelischer Gewalt. Auch Berendes (2003) schreibt, dass häusliche Gewalt nicht nur körperliche Gewaltfolgen haben kann, sondern auch Ursache für psychische und psychosomatische Beschwerden sein kann. Nach Brandau und Ronge (1997) umfasst die häusliche Gewalt nicht nur die bekannten Gewaltformen physischer, sexualisierter und psychischer Gewalt, sondern auch den großen Bereich der spezifischen sozialen Gewalt – wie einsperren, Kontaktverbote, exzessive Kontrolle – und der ökonomischen Gewalt – Verbot von Erwerbstätigkeit, Entzug von Sozialhilfe. Dies sind ebenfalls Gewaltformen, die nicht bei einer körperlichen Untersuchung differenzierbar beziehungsweise objektivierbar sind.

In diesem Zusammenhang relevante Gewaltformen könnten allerdings durch eine deskriptive Erfassung des psychischen Zustandbildes eines mutmaßlichen Gewaltopfers und die sorgfältige Dokumentation eines benannten Geschehens sowie durch eine eingehende, sensible Anamneseerhebung ergänzend erfasst werden. Auch hier bedarf es

dann einer spezifischen Sensibilisierung und Schulung des medizinischen Fachpersonals, wie sie z. B. auch im Projekt MIGG (2008) vermittelt wurde.

Zusätzlich ist zu beachten, dass man beim Thema häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Frauen in einer partnerschaftlichen Beziehung nicht vergessen darf, dass meistens auch Kinder und Jugendliche als direkte oder indirekte Zeugen der Gewalthandlung beteiligt sind. Diese wachsen im Umfeld von häuslicher Gewalt auf und sind von der Gewalt meistens ebenfalls direkt oder indirekt betroffen. Nach Evers (2004) sind die Bedürfnisse dieser indirekten Opfer meist unsichtbar, was sich in einem Mangel an Rechten und Unterstützungsangeboten ausdrückt.

Laut Jonitz (2004) gibt es so gut wie keine Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche, die häuslicher Gewalt ausgesetzt gewesen sind. Gewalt gegen Kinder in Form einer Zeugenschaft häuslicher Gewalt wird so gut wie nie polizeilich als eigenständige Gewaltform aktenkundig, Gewalt gegen Kinder im übergeordneten Sinn wird zwar zunehmend aber immer noch – im Vergleich zu anderen Anzeigedelikten - auffällig wenig angezeigt (Goedelt, 2004). Laut der polizeilichen Kriminalstatistik (2009) ist für den sexuellen Missbrauch von Kindern im Jahr 2009 der niedrigste Wert seit 1993 zu verzeichnen. Deshalb wird in diesem Deliktbereich nach wie vor von einem hohen Dunkelfeld ausgegangen. Währenddessen sind die erfassten Fälle von Kindesmisshandlung (keine Spezifizierung zwischen öffentlicher und häuslicher Gewalt) von 1997-2009 von 2059 auf 3490 Fälle angestiegen, was auf ein zunehmendes Anzeigeverhalten schließen lässt.

Beim Kinderschutz hat sich in den letzten Jahren viel getan. Der medizinische Bereich ist dabei, ein multidisziplinärer Bestandteil bei der Versorgung von missbrauchten Kindern zu werden. Seit 2005 wurden viele Kinderschutzgruppen unter anderem in München, Jena, Berlin, Hannover und Hamburg etabliert (Hermann, 2011), Kinderschutzambulanzen in Düsseldorf und Kassel haben schon vorher existiert. Im Mai 2008 wurden eine Arbeitsgruppe Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) und die DAKJ Kommission Kinderschutz gegründet. Ein erstellter Kinderschutzgruppen-Leitfaden der AG KiM/DAKJ wurde 2010 als offizielle Empfehlung der Fachgesellschaften herausgegeben. Das Thema Kindesmisshandlung stellt jedoch ein eigenes und weites, mit spezifischen Problemen behaftetes Feld dar, das daher auch zu Recht vornehmlich pädiatrisch, psychosozial und rechtsmedizinisch bearbeitet wird. Eine entsprechende Ausführung würde hier zu weit führen, zumal eine separate Ausarbeitung einer Fallanalyse der universitären Kinderklinik in Düsseldorf näher darauf eingeht (Gözl, 2011).

Die hier vorgelegte Fallanalyse diene auch als sogenannte Basiserhebung zur Qualität der Gewaltopferversorgung unter dem als „Standard“ in der unfallchirurgischen

Notfallversorgung verstandenen Betreuungsrahmen in 2004. Mit Blick auf das schon an diversen Stellen der hier vorgelegten Ausarbeitung benannten „neuen“ Betreuungskonzeptes am Düsseldorfer Universitätsklinikum soll in einer späteren Untersuchung, nach Implementierung des neuen Versorgungskonzeptes am UKD, überprüft werden, in wie weit sich die Versorgung der Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind, verändert bzw. verbessert hat. In 2004 wurde kein Gewaltopfer von häuslicher oder auch unklarer Gewalt aus der Düsseldorfer Unfallchirurgie der Rechtsmedizin zugeführt. Erste Ergebnisse einer exemplarischen Analyse der Arbeit in der Gewaltopferambulanz ab 2006 zeigten folgendes Bild: nach Implementierung des neuen Konzepts stieg die Zahl der rechtsmedizinischen Untersuchungen – auch durch Zuweisung der Unfallchirurgie – deutlich an. In den Jahren 2006/07 waren 29% der Zuweisungen in die rechtsmedizinische Ambulanz aus der Uni-Klinik-Düsseldorf gekommen, davon stammten 52% aus der Unfallchirurgie (Graß et al., 2007; Graß et al., 2008a; Graß et al., 2008b; Graß et al., 2009). Auch in der Kölner Fallanalyse (Päsler, 2010) und in der Hamburger Gewaltambulanz (Seifert et al., 2006) wurden im Verlauf der Untersuchung steigende Untersuchungszahlen festgestellt.

Als Ursachen können die umfangreichen Angebote und Aktivitäten der jeweiligen Rechtsmedizin angesehen werden (Päsler, 2010). So besteht in all diesen rechtsmedizinischen Instituten intensiver und aktiv eingeleiteter Kontakt mit den verschiedenen Akteuren im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. Zusätzlich machten und machen diese und auch andere Institute über Informationsveranstaltungen und Fortbildungen das Arbeitsfeld der klinisch-rechtsmedizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt bekannt (Graß und Rothschild, 2004). So erscheint es auch weiterhin sinnvoll, die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen auszubauen, um die rechtsmedizinische Dienstleistung, die auch im Privatauftrag durchgeführt werden kann, vermehrt bekannt zu machen und niederschwellig und mit einer gesicherten Finanzierung anzubieten. Allerdings steht das Problem der Übernahme der Kosten für die rechtsmedizinische und auch anderweitige, spezifische ärztliche Leistung für ein Gewaltopfer weiterhin ungelöst im Raum. In Düsseldorf konnte bis dato eine Finanzierung durch den kriminalpräventiven Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf gesichert werden, der die Kosten einer rechtsmedizinischen Untersuchung für solche Fälle übernimmt, für die kein anderer Kostenträger vorhanden ist.

5. Fazit

Das neue Konzept für die interdisziplinäre, vernetzte Gewaltopferbetreuung der Universitätsklinik Düsseldorf dürfte beim Erkennen, Dokumentieren, Behandeln und Weiterleiten von Gewaltopfern an andere Institutionen sehr hilfreich sein, auch wenn diese Einschätzung einer noch ausstehenden Überprüfung vorgreift. So konnte man anhand der Untersuchungszahlen des Kölner Modellprojektes (Päsler, 2010) als auch der Hamburger Gewaltambulanz (Seifert et al., 2006) sehr eindeutig erkennen, dass diese jedes Jahr angestiegen sind. Auf der einen Seite durch die Zuweisung aus anderen Krankenhäusern, der Polizei sowie der Staatsanwaltschaft und auf der anderen Seite haben auch immer mehr Privatpersonen das Angebot genutzt. Ein gleicher Trend zeigt sich auch in Düsseldorf.

Allerdings ist zukünftig ohne eine gesicherte, auch finanzielle Regelung der ärztlichen und spezifisch rechtsmedizinischen Dienstleistung jedoch sowohl eine Aufrechterhaltung eines regionalen Angebotes, wie in Düsseldorf, Hamburg oder anderen Instituten, als auch eine Implementierung an anderen Standorten zumindest unsicher. Neben den strukturellen Problemen ist somit eine sichere Finanzierung anzustreben.

Zudem sollte das Gebiet der häuslichen Gewalt als obligatorisches Element sowohl in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften als auch in den Mitarbeiterstäben von Polizei und Justiz integriert werden.

Generell ist zu fordern, dass Ärzte, ohne die Berücksichtigung der Schwere der Verletzung (Bagatell- oder lebensbedrohliche Verletzung), die Stimmigkeit der subjektiven Beschreibungen des Unfallhergangs durch körperliche und radiologische Untersuchungen kontrollieren. Bei Diskrepanzen oder Anhaltspunkten für ein Gewaltgeschehen sollten die Opfer in einem ruhigen, abgeschirmten Raum ohne Beisein von eventuellen Begleitpersonen auf die Unstimmigkeiten sensibel angesprochen, in nachgelagerte Hilfen vermittelt und mit sachgerechter Dokumentation der Befunde angemessen medizinisch versorgt werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Abbott, J., Johnson, R., Koziol-Kclain, J., Lowenstein S. (1995) Domestic violence against women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. *Jama* 273:1763-1767
2. Ärztekammer Nordrhein und Westfalen- Lippe, 06.2005: Aktueller Leitfaden für die Betreuung von Opfern nach häuslichem Gewalterleben
3. Ärztekammer Hamburg (2006) Leitfaden „Häusliche Gewalt“: Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Hrsg. Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, September 2006
4. 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
5. Artus, J. (2007) Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis. Med. Dissertation. Institut für Rechtsmedizin und Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg
6. Augstein, R. (2002) Die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland 1975 bis heute. Vortrag der Fernuniversität Hagen (2002)
7. Beckermann, M. (1998) Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von Frauen und Mädchen. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen/Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen
8. Berendes, L. (2003) Häusliche Gewalt erkennen. *Westfälisches Ärzteblatt* 5/2003: 10
9. BIG e.V. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen, Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (**Ohne Jahresangabe**) Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt. Alte Ziele auf neuen Wegen. Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt an Frauen stellt sich vor, S. 4
10. Blättner, B., Frederik, B., Müller, I. (2008) Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt: Ärzte sollten ganz genau hinsehen. *Deutsches Ärzteblatt* 106 (1-2):21-24
11. Bohne, S. (2004) Implementationsworkshop der BKF zum Thema „Optimierung der ambulanten Versorgung gewaltbetroffene Frauen“ Hamburg, Elsa-Brandström-Haus 21./22.11.2003 Dokumentation

12. Bowker, L.H., Maurer, L. (1987) The medical treatment of battered wives. *Women Health* 12:25-45
13. Boyle, A., Todd, C. (2003) Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 20:438-442
14. Brandau, H., Ronge, K. (1997) Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Broschüre der Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen, Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt
15. Brzank, P., Hellbernd, H., Maschewsky-Schneider, U. (2004) 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* 66:164-169
16. Brzank, P., Hahn, D., Hellbernd, H. (2006) Daten für Taten: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage innerhalb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden? Bericht über ein Expertengespräch. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49 (8): 824-32
17. *Bundesgesetzblatt Jahrgang (2001), Teil I Nr.67* ausgegeben zu Bonn am 17.12.2001
18. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999), Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen Dez. 1999. Siehe auch www.bmfsfj.de (Stand 03.01.2006)
19. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Gewalt im Leben von Männern und Frauen- Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention. Kongressbericht des Europäischen Kongresses am 23. September 2004 in Osnabrück
20. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland
21. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium der Justiz (2003) Broschüre „Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum Gewaltschutzgesetz.“ Siehe auch www.bmj.bund.de (Stand 11.08.2009)
22. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Leitfaden „Gewalt und gesundheitliche Versorgung“ 2004
23. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007) Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Siehe auch www.bmfsfj.de (Stand 11.08.2009)

24. Butchart, A. (2008) New manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. *Inj Prev* 14:143
25. Chan, K.C., Seow, E., Lau, G., Chan, S.P., Tham, K.Y. (2003) Female trauma patients in the emergency department: should their injury prevention programme be different? *Hong Kong Journal of Emergency Medicine* 2003; Vol. 10, Januar 2003
26. Christian, C.W., Lavelle, J.M., De Jong, A.R., Loiselle, J., Brenner, L., Joffe, M. (2000) Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 106:100-104
27. Davis, J.W. (2008) Domestic violence: the "rule of thumb": 2008 Western Trauma Association presidential address. *J Trauma* 65:969-974
28. Davis, J.W., Parks, S.N., Kaups, K.L., Bennink, L.D., Bilello, J.F. (2003) Victims of domestic violence on the trauma service: unrecognized and underreported. *J Trauma* 54:352-355
29. Day, T. (1995) *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Iceberg*. London, Ontario. Centre for research on Violence Against Women and Children, Centre for Excellence in Health Care Initiative
30. Deutsche Ärzteblatt (2004) Jg 101, Heft 46, 12.11.2004 Ärzte in der Schlüsselrolle; A3064
31. Diederich, M. (2004) Gewalt in der Familie: Lösungswege in Schleswig – Holstein. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Oehmichen M., Kaatsch H.-J., Bosinski H.A.G. (Hrsg.), *Research in Legal Medicine*, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 35-46
32. Downing, A., Cotterill, S., Wilson, R. (2003) The epidemiology of assault across the west Midlands *Emerg. Med. J.* 2003; 20:434-437
33. Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P.D. (2002) Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 17:112-116
34. Epple, F., Croy, I., Schellong, J. (2011) Häusliche Gewalt bei Patienten – durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt, *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFG)* 105 (2011) 452-458
35. Evers, I. (2004) Kinder und Jugendliche als Mitbetroffene bei häuslicher Gewalt. *CORAktuell*, 1.Ausgabe August 2004:2-3
36. Fanslow, JI., Norton, Rn., Spinola, Cg. (1998) Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Ann Emerg Med* 32:341-348
37. Feldhaus, K., noch unveröffentlichte Daten einer Ärztebefragung, Stand 2010

38. Fischer, G., Düchtling, C. (1998) Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. In: MAGS des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) S. 7-9
39. Gage-Lindner, N. (2003) Ärztliche Dokumentation der Gewalt gegen Frauen - wozu sie gut sein kann. Georgia, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003:12-14
40. Gahr, B., Graß, H., Breitmeier, D., Kleemann, W.J. (2005) Untersuchung von Gewaltopfern („Lebendbegutachtung“) in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. Archiv für Kriminologie 216:7-14
41. Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. (2005) WHO Multi-country-study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO, Geneva
42. Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., Mark, J.S. (1996) Prevalence of violence against pregnant women. Jama 275:1915-1920
43. Goedelt, C. (2004) Gewalt gegen Frauen und Kinder, insbesondere sexuelle Gewalt: Ein Überblick aus staatsanwaltschaftlicher Sicht. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention, Oehmichen M., Kaatsch H.-J., Bosinski H.A.G. (Hrsg.), Research in Legal Medicine, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 47-55
44. Gölz, A. (2011) Inaugural-Dissertation der Hohen Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf „Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf“
45. Görgen, T. (2006) Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen: Zwischenergebnisse der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" Dokumentation einer Fachtagung und eines Expertenforums am 14. und 15.06.2006 in Hannover: Wehrlos im Alter?
46. Gonzales de Olarte, E., Gavilano Llosa, P. (1999) Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. Too close to home: domestic violence in the Americas. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35–49
47. Graß, H., Rothschild, M.A. (2004) Integration rechtsmedizinischer Kompetenz in die Netzwerkstrukturen gegen häusliche Gewalt am Beispiel Köln. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention, Oehmichen

- M., Kaatsch H.-J., Bosinski H.A.G. (Hrsg.), Research in Legal Medicine, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 289-297
48. Graß, H., Ritz-Timme, S. (2005) Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. Journal Netzwerk Frauenforschung NRW 19:49-51
 49. Graß, H., Ritz-Timme, S. (2006) Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität 2005/2006, Frauen und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin S.107-118
 50. Graß, H., Walentich, G. (2006) Gefahren für alte Menschen in der Pflege. Basisinformationen und Verhaltenshinweise für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und Betroffene. Landespräventionsrat NRW (Hrsg.)
 51. Graß, H., Ritz-Timme, S. (2007) Universitäres Netzwerk „Gewaltopferversorgung“- Beispiel Düsseldorf, Rechtsmedizin 4:263
 52. Graß, H., Jungbluth, P., Möller-Herkenhoff, L., Dassler, K., Ritz-Timme, S. (2008a) Gewaltopferversorgung am Beispiel der Verbundversorgung im Rahmen eines universitären Netzwerkes – Fokus Unfallchirurgie, Rechtsmedizin 4:332
 53. Graß, H., Möller-Herkenhoff, L., Dassler, K., Jungbluth, P., Ritz-Timme, S. (2008b) Poster, Gewaltopferversorgung am Beispiel der Verbundversorgung im Rahmen eines universitären Netzwerkes – Fokus Unfallchirurgie, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Dresden, 24.-27.09.2008
 54. Graß, H., Gahr, B., Jungbluth, P., Ritz-Timme, S. (2009) Rechtsmedizinische Ambulanz am Universitätsklinikum Düsseldorf – Einblicke und Ausblicke, Rechtsmedizin 4:302
 55. Grassmann, J. (2008) Die derzeitige Situation in der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Pilotstudie, Hamburg 2008
 56. Groschof, N. (2009) Häusliche Gewalt und ihre Folgen: Eine Darstellung der Kernfragen von Frauen im Frauenhaus, Hamburg, Diplomica Verlag GmbH 2009
 57. Hagemann-White, C. (1992): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis: Bestandsanalyse und Perspektiven. Pfaffenweiler S. 22
 58. Hagemann-White, C., Bohne, S. (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Expertise für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ Osnabrück/Düsseldorf
 59. Hagemann-White, C., Kavemann, B. (2004) Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der

- Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG)
60. Hammer, K., Rauch, E., Asslinger, K. (2006) Nachweisbarkeit der verschiedenen Samenflüssigkeitsbestandteile in Vaginalabstrichen post coitum, Rechtsmedizin 16 (5):313-316
 61. Heise, L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994): Violence against woman: The hidden health burden. Washington: World Discussion Papers 255
 62. Hellbernd, H., Wieners, K., Jahrbuch kritische Medizin 36, Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf, Berlin, 2002
 63. Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht, gefördert durch BMFSFJ, Berlin
 64. Hermann, B. (2011) Vortrag, Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung, 9. Internationale Kasseler Fortbildung 18.-19.03.2011, DGfPI
 65. Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A. (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42 Hrsg.: Robert Koch-Institut Berlin
 66. Hotamanidis, S. (2003) Forensische Psychiatrie und Psychologie im Kindes- und Jugendalter, Herausgeber Lempp R, Schütze G, Köhnken G. Steinkopff Verlag, Darmstadt
 67. Howe, A., Crilly, M. (2002) Violence in the community: A health service view from a UK Accident and Emergency Department, Public Health 01.2002, 116(1):15-21
 68. Innenministerium NRW (2010) Vergleichsbild Statistik „häusliche Gewalt“ Jahreszahlen 2002, 2007, 2008 und 2009) www.im.nrw.de/sch/doks/vergleichsbild
 69. Johansen, VA., Wahl, AK., Weisaeth, L. (2008) Assaulted victims of nondomestic violence in Norway-injury, crime characteristics and emotions during the assault. Scand J Caring Sci 22:445-454
 70. Jonitz, S. (2004) Die Rolle von Kindern und Jugendlichen im Beratungsangebot von Frauenhäusern und Kontakt- und Beratungsstellen. CORAktuell 1.Ausgabe August 2004: 3
 71. Jungnitz, L., Lenz, H.J., Puchert, R., Puhe, H., Walter, W. (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland.

- Ergebnisse der Pilotstudie. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
72. Kavemann, B. (2002) Gewalt gegen Männer – ein vernachlässigtes Problem? Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Vortrag zur Fachveranstaltung d. Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin am 18.11.2002
 73. Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002) The world report on violence and health. Lancet 360:1083-1088
 74. Kühne, O. (2007) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
 75. Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (2008), Ratgeber für Opfer von Gewalttaten
 76. Lau, C.L., Ching, W.M., Tong, W.L., Chan, K.L., Tsui, K.L., Kam, C.W. (2008) 1700 Victims of intimate partner violence: characteristics and clinical outcomes. Hong Kong Med J 14:451-457
 77. Madler, C., Jauch, K.W., Werdan, K (2005). Das NAW-Buch: Akutmedizin der ersten 24 Stunden 3. Auflage 2005 Elsevier GmbH , München
 78. 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
 79. MAGS (2005) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration (MGFFI) des Landes NRW 2005: Diagnose Häusliche Gewalt, Leitfaden und Dokumentationsbogen
 80. Mark, H. (2000) Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 8:332-346
 81. McCoy, M. (1996) Domestic violence: clues to victimization. Ann Emerg Med 27:764-765
 82. Meuleners, L.B., Hendrie, D., Lee, A.H. (2008) Hospitalisations due to interpersonal violence: a population-based study in Western Australia. Med J Aust 188:572-575
 83. MIGG (2008), Modelprojekt "Medizinische Intervention gegen Gewalt" an Frauen, www.migg-frauen.de

84. Möhrle, K. (2007) Medizinische Dokumentation nach Vergewaltigung. Hessisches Ärzteblatt 11/2007: 695
85. Moss, V.A., Taylor, W.K. (1991) Domestic violence. Identification, assessment, intervention. Aorn J 53:1158-1164
86. Muellemann, R.L., Lenaghan, P.A., Pakieser, R.A. (1996) Battered women: injury location an types. in: annals of emergency medicine, Vo. 28, No. 5 , November 1996, 486-92
87. Muellemann, R.L., Feighny, K.M. (1999) Effects of an emergency department-based advocacy program for battered women on community resource utilization. Ann Emerg Med 33:62-66
88. 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
89. Päsler, E. (2010) Häusliche Gewalt, ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin, Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“ für die Jahre 2000 bis 2004, Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln
90. Parzeller, M., Ramsthaeler, F., Zedler, B., Raschka, C., Bratzke, C. (2008) Griff zum Hals und Würgen des Opfers, juristische, rechts- und sportmedizinische Bewertung. Rechtsmedizin 18:195-201
91. Perciaccante, V.J., Ochs, H.A., Dodson, T.B. (1999) Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. J Oral Maxillofac Surg 57:760-762; discussion 762-763
92. Polizeiliche Kriminalstatistik Kriminalitätsentwicklung in NRW 2011, herausgegeben vom Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, www.lka.nrw.de, Seite 29
93. Polizeiliche Kriminalstatistik 2009, Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 57, herausgegeben vom Bundeskriminalamt Kriminalistisches Institut, Wiesbaden
94. Poloczek, S., Schmitt, T.K. (2002) Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin, Notfall und Rettungsmedizin 5:498-504
95. Rand, R. (1997) Bureau of Justice Statistics Special Report, Violence-Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments 08.1997, NCJ-156921

96. Ranney, M.L., Odero, W., Mello, M.J., Waxman, M., Fife, R.S. **(2009)** Injuries from interpersonal violence presenting to a rural health center in Western Kenya: characteristics and correlates. *Inj Prev* 15:36-40
97. Rasch, W. **(1999)** Forensische Psychiatrie, Kohlhammer Stuttgart
98. Rennison C.M. **(2001)** Intimate partner violence and age of victim, 1993-1999. U.S. Department of Justice`s Bureau of Justice Statistics - Spezial Report 2001
99. Roberts G.L., O`Toole B.I., Raphael, B., Lawrence, J.M., Ashby, R. **(1996)** Prevalence study of domestic violence victims in an emergency department. *Ann Emerg Med* 27:741-751
100. Ritz-Timme, S., Graß, H. **(2009)** Häusliche Gewalt: Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt? *Deutsches Ärzteblatt* 106 (7): 282-283
101. Schröttle, M., Martinez, M., Condon, S., Jaspard, M., Piispa, M., Westerstrand, J., Reingardiene, J., Springer-Kremser, M., Hagemann-White, C., Brzank, P., May-Chahal, C., Penhale, B., Lundgren, E., Timmerman, G., Lenz, H.-J. **(2006)** Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe - obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies. CAHRV- Report 2007. Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506,348 www.cahrv.uni-osnabrueck.de
102. Schröttle M., Ansoerge, 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
103. 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
104. Schweikert, B. **(2002)** Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt - insbesondere zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes. Materialien zur Gleichstellungspolitik Nr. 92/2002 im Auftrag des BMFSFJ, erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe (UAG) „Fortbildung“ der Bund-Länder- Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt

105. Seifert, D., Anders, S., Franke, B., Schröder, J., Gehl, A., Heinemann, A., Püschel, K. **(2004)** Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. Rechtsmedizin 14:182-187
106. Seifert, D., Püschel, K. **(2004)** Krankheit Gewalt - die Rolle der Rechtsmedizin. Gewalt gegen Frauen und Kinder - Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. In Oehmichen M., Kaatsch H.J., Bosinski H.A.G. (Hrsg.). Research in Legal Medicine, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 299-309
107. Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., Gehl, A., Schröder, J., Püschel, K. **(2006)** Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. Rechtsmedizin 16:205-212
108. Seow, E., Foo, C.L. **(2006)** A profile of male domestic violence victims presenting to an emergency department in Singapore. Hong Kong J Emerg Med 13:212-6
109. Sowarka, D., Schwichtenberg-Hilmert, B., Thürkow, K. **(2002)** Gewalt gegen ältere Menschen. Ergebnisse aus Literaturrecherchen. Diskussionspapier Nr. 36 des Deutschen Zentrums für Altersfragen.
110. Stark, E., Flitcraft, A., Frazier, W. **(1979)** Medicine and patriarchal violence: the social construction of a "private" event. Int J Health Serv 9:461-493
111. Weinsheimer, R.L., Schermer, C.R., Malcoe, L.H., Balduf, L.M., Bloomfield, L.A. **(2005)** Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. J Trauma 58:22-29
112. Weltgesundheitsorganisation **(2003)** Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Durch das WHO Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) autorisierte Veröffentlichung der Originalpublikation „World report on violence and health: Summary 2002“ siehe auch www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf
113. Wetzels, P., Greve, W., Mecklenburg, E., Bilsky, W., Pfeiffer, C. **(1995)**. Kriminalität im Leben alter Menschen: Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN- Opferbefragung 1992 Stuttgart: Kohlhammer

7. Anhang (Datenbogen)

0 * Fallnummer

laufende Nummer mit genereller **Kennziffer** für die Klinik/Fachbereichszuordnung,

- 1 Unfallchirurgie je Fachbereich: Ambulant ///Stationär
- 2 Pädiatrie
- 3 Gynäkologie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psychosomatik
- 6 Ki.Ju.Psychiatrie
- 7 Rechtsmedizin hier Sektion ///Lebendbegutachtung

Teil 1: allgemeine Angaben

Teil 1-1 Person und Zeit

geschädigte Person:

- 8 Geschlecht: m/w
- 9 Nationalität: Freitextfeld
- 10 Altersgruppe [Jahre]: numerisch
- 11 Körperlänge [cm]: numerisch
- 12 Körpergewicht [kg]: numerisch
- 13 Status bei Entlassung:
 - Lebend
 - verstorben, aufgrund der Gewalteinwirkung ja /nein
- 14 Jahr: 2004
Bei Rechtsmedizin: 2000 // 2001 // 2002 // 2003 // 2004
- 15 Vorfall:
 - Monat (Jan.=01),
 - Wochentag (Montag=1),
 - Tageszeit 0 – 5:59 // 6 – 11:59 // 12 – 17:59 // 18 – 23:59 Uhr
 - k. A.
- 16 Behandlungsdatum:
 - Monat (Jan.=01),
 - Wochentag (Montag=1),
 - Tageszeit 0 – 5:59 // 6 – 11:59 // 12 – 17:59 // 18 – 23:59 Uhr
 - k. A.

17 Zeitintervall zwischen VD und BD

- 12 h
- >12 – 24 h
- >24 h – 3 Tage
- >3 Tage – 1 Woche
- 1 Woche

18 Wie ist der Verletzte gekommen:

- Einweisung, RTW, KTW, Privat, Taxi, Polizei, Notarzt
- Freitextantwort

19 Erstversorgung:

- Wurde nach dem Vorfall ein Arzt aufgesucht: ja/nein/k. A.
- Uniklinik Düsseldorf: ja/nein/k. A.
- Wenn ja, welche Fachrichtung: UC, Gyn, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychosomatik, andere: Text
- Wenn nein, wo dann: niedergelassen, andere Klinik, Notarzt, k. A.

Teil 1-2 Angaben zum Gewaltgeschehen – Beteiligte & Motivlage

Beschuldigte Person:

20 Geschlecht: m/w/k. A.

21 Alter _____

22 Nationalität: s.o.

23 bekannt, nur flüchtig bekannt, fremd, k. A.

24 Art der Beziehung:

- Lebenspartner/in
- Ex-Partner/in
- Anderes Familienmitglied ersten Verwandtschaftsgrades (z. B. Geschwister/Kinder)
- Anderes Familienmitglied zweiten Verwandtschaftsgrades (Tante, Onkel, ...)
- Freund/In
- Bekannte Person
- Unbekannte Person
- Freitext

25 Zahl der beschuldigten Personen: Zahlenfeld _____

- (1 – 99 [99= keine Angaben aber mehrere Personen])

26 Geschlechterkonstellation:

- (T)m → (O)w,
- m → m,
- w → m,
- w → w

27 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: Text
- Bemerkungen

28 Ort der Gewalt:

- häusliche Umgebung
- öffentlicher Raum „draußen“
- öffentlicher Raum „Gebäude, geschlossene Räume“
- besondere öffentlicher Räumlichkeiten (z.B. Polizei, Justiz, Gefängnisse)
- Arbeitsplatz oder Arbeitsweg der geschädigten Person
- Schule/Schulweg, oder Kindergarten/-wege
- Im Fahrzeug
- mehrfache Orte
- k. A.
- Freitextfeld

29 Anamnese:

- nach Angaben der geschädigten Person
- nach Angaben von anderen anwesender Personen (z. B. Angehörige)
- Freitextfeld

30 Gewalteinwirkung: gesichert durch (nur diese Fallakten werden selektiert)

- Pat. selbst Gewaltwirkung angegeben
- Gewaltbenennung durch Dritte /Fremdanamnese
- Gewaltopferführung/-begleitung durch die Polizei
- Arzt Verdacht dokumentiert
- bei Rechtsmedizin: durch Polizei // nach re.med. Gutachten
- Anhaltspunkte für Selbstbeibringung:
 - ja/nein/nicht bestimmbar/k. A.

- Zeichen früherer Verletzungen
 - (selbst beigebracht/fremd beigebracht)
 - ja/nein/nicht bestimmbar

Teil 2: Befunderhebung zum Stichwort Gewalt

2-1 Beschreibung der Gewalt

31 Art der Gewalt:

- seelische G./Gewaltandrohung
- körperlich:
 - ohne Werkzeug
 - mit Werkzeug
 - a) ja: Art des Werkzeugs als Freitextfeld

32 einmaliges Ereignis

33 wiederholtes Ereignis

- benanntes Zeitfenster _____ (Angabe in Monaten oder Anteile eines Monats)

34 Sonderform: Sexualdelikt:

- ja/nein/k. A.
- Art des Geschlechtsverkehrs: vaginal, oral, anal
- Manuelle (genitale) Manipulation: ja/nein/k. A.
- Einführen von Gegenständen: ja/nein/k. A.
- (andere) sexuelle Nötigung: ja/nein/k. A., (welche? Text)
- andere (ungewöhnliche) Handlungen: Text
- Kondom: ja/nein/k. A.
- Gleitmittel: ja/nein/k. A.
- Samenerguss: ja/nein/k. A.
- k. A.
- Freitext

35 Sonderform des Übergriffs:

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

- Zugriffsart:
 - würgen: ja/nein/k. A.
 - drosseln: ja/nein/k. A.
 - (auf)hängen: ...
 - bedecken der Atemwege: ...
 - Knebeln: ...
 - Brustkorbkompression: ...
 - Schwitzkasten: ...
 - Freitext

36 Folgen/Symptome:

- Symptomatik nach angegebener Strangulation: ja/nein/k. A.
- Bewusstlosigkeit: ...
- Urin-/Kotabgang: ...
- Heiserkeit: ...
- Halsschmerzen: ...
- Schluckbeschwerden: ...
- Freitext

37 Benutzte Gegenstände: Freitext

38 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 – 14 + Buchstabe (bei 11 und 12)

- Stumpfe ungeformte Gewalt
 - Schürfung
 - Ablederung
 - Hämatom
 - Riss-Quetschwunde
- stumpfe geformte Gewalt: ...
- halbscharfe Gewalt
- Stichverletzung: ...
- scharfe Gewalt
- Schnittverletzung: ...
- Schussverletzung: ...

- Hitzeschaden: ...
- Kälteschaden
- Stromschädigung
- Freitext
- Besondere Verletzungen:
 - Frakturen: ...
 - Bissverletzung: ...
 - Fesselungsspuren: ...
 - Widerlagerverletzung: ...
 - Griffspuren: ...
 - Abwehrspuren: ...
 - Ritzverletzung: ...
 - Kratzspuren: ...
 - Trittspuren: ...
 - Andere Verletzungsarten: Text
 - Andere besondere Lokalisationen: z.B. Auge, Zähne: Text
 - Wundinfektion
 - Commotio
 - Schütteltrauma

39 speziell: Strangulationsbefunde:

- Würgemale
- Drosselmarke
- Petechien (Lokalisation): Augenbindehäute, Lidhäute, Gesicht, Mundschleimhaut, retroaurikulär (hinter dem Ohr),
- k. A.

40 speziell bei sexuellem Übergriff anogenitale Symptome:

- Blutung – vaginal // anal // anderes
- Schmerzen – vaginal // anal // anderes
- Einrisse in Scheide // Harnröhre // Anus
- Schleimhautrötung – vaginal // anal // anderes

41 sexueller Übergriff ergänzende Angaben:

- Körper- und Genitalreinigung nach Vorfall
- extragenitale Verletzungen: ja/nein/k. A.
 - Körperverletzung: dann Angaben zuvor
 - Strangulation/mechanische Asphyxie: dann Angaben zuvor

42 Vernachlässigung (Wiedergabe der Einschätzung aus der Akte/beh. Arzt)

- Unterernährung (Skala von 1(gering) – 5(schwerwiegend)
- Bekleidung
 - unangepasst (zu viel/zu wenig)
 - mangelhaft gepflegt
- körperlicher Pflegemangel (Skala 1-5)
- Parasiten
- körperlicher Entwicklungsrückstand
- intellektueller Entwicklungsrückstand
- Freitext

43 Objektivierung der Gewalt :

- Befund in der Akte (z. B. Verletzung oder psych. Sicherung) JA // NEIN
 - (NEIN: wenn Pat.-Angabe vorliegt, aber kein zugehöriger Befund in der Akte ist)

44 Patientenversorgung bei Stationär: Regelstation // Intensivstation

Teil 2-2 Art der Befunderhebung

(besonders relevant für RM-Daten, aber auch generell danach suchen)

45 Diagnosesicherung mittels

- Befund verbal
 - Unter Ausweisung welcher Angaben:
 - a) WO genau benannt am Körper
 - b) WAS genau liegt als Befund vor
 - c) WIE wurde der Befund näher beschrieben
 - d) (Größe, Form, Farbe, Rand, Tiefe weiteres _____ (hier bitte alles Zutreffende markieren!!
- Foto: ja/nein/k. A.
- Eintragen der Befunde in eine Schemazeichnung Ja/Nein

46 BAK: ja/nein/k. A. Befund _____

47 Toxikologie: Urin, Blut Befund _____

48 Tatwerkzeug _____

49 Spurensicherung

- Blut-, Sperma-, Speichel-, Schweißspuren, Gewebspartikel
- Abstriche: oral, vaginal, anal, andere (Text)
- Nagelränder
- (Scham)haare
- Mikrobiologie: Hep., HIV, andere Virologie, andere Bakteriologie, keine
- k. A.
 - Kleidung: Text
 - Anderes: Text
 - (Remed. Sektionsfall)
- feingewebliche Untersuchung parenchymatöser Organe: ja/nein/k. A.

50 Bildgebende Diagnostik SONO, RÖ, CT, ... JA // NEIN // k. A.

51 Konsile

- angeordnet ja/nein/k. A.
- auch durchgeführt ja/nein/k. A.
- Ggf. wichtige Ergebnisse in Textform

52 Befunddokumentation: Durch

- Klinikarzt
- Rechtsmedizin

Teil 2-3 weiteres Vorgehen

53 Weitere Versorgung/Nachsorge:

- medizinische Versorgung ambulant:
- med. Versorgung stationär, wenn ja: wohin andere Klinik // Reha // _____
- psychologisch-psychiatrische Versorgung: ja/nein, ambulant/stationär
- psychosomatisch: ja/nein, ambulant/stationär
- Frauenhaus/betreutes Wohnung für Erwachsene ...
- Unterbringung eines Kindes
- Kinderschutzambulanz/spezielle Kinderberatungszentren: ...
- andere Beratungsstellen: ...
- k. A.
- Freitext _____

54 Finden sich in der Akte Aufträge für spezifische Befunderhebung/Gutachten zum Kontext Gewalt: Nein // Ja, dann:

- Art des Auftrags:
 - Ärztliches Attest,
 - ärztliches Verletzungsgutachten
 - anderes _____
- dazugehöriger Auftraggeber:
 - Ermittlungsbehörde, Klinik, Patient selbst, andere _____

55 Finden sich Häuslicher Gewalt Angaben dazu, ob eine Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz vor:

- ja/nein/k. A.

56 Liegt eine polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor?

- nein/k. A.
- polizeiliche Anzeige liegt bei Behandlung vor
- polizeiliche Anzeige wird während Behandlung gemacht
 - durch Arzt
 - durch Patient
- wird nach Behandlung gemacht
 - durch Arzt
 - durch Patient
 - durch Dritte
- k. A.
- Freitext

57 speziell bei Kindern:

- Meldung an das Jugendamt:
 - ja/nein/k. A.
 - Meldung durch Arzt
 - Meldung durch andere
 - Freitext
 - Und/oder Einschalten des Klinikeigenen Sozialdienstes

a) JA // NEIN

Teil 3: besondere Hergangsumstände

58 Konsumverhalten geschädigte Person:

- akut:
 - Alkohol: ja/nein/k. A. ,
 - Medikamente: ja/nein/k. A.
 - Drogen: ja/nein/k. A.
- chronisch:
 - Alkohol: ja/nein/k. A. ,
 - Medikamente: ja/nein/k. A.
 - Drogen: ja/nein/k. A.

59 Konsumverhalten beschuldigte Person:

- akut:
 - Alkohol: ja/nein/k. A. ,
 - Medikamente: ja/nein/k. A.
 - Drogen: ja/nein/k. A.
- chronisch:
 - Alkohol: ja/nein/k. A. ,
 - Medikamente: ja/nein/k. A.
 - Drogen: ja/nein/k. A.

60 Vorerkrankungen:

- beschuldigte Person:
 - Freitextfeld
 - k. A.
- beschädigte Person:
 - Freitextfeld
 - k. A.

Danksagung

Mit dem Abschluss dieser Doktorarbeit gilt mein Dank all jenen, welche mich in dieser Zeit unterstützt haben. Ich danke Frau Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme und Prof. Dr. med. J. Windolf, meiner Doktor-Mutter Frau PD Dr. med. H. Graß und Dr. med. P. Jungbluth sowie PD Dr. med. M. Wild für die Überlassung des Themas sowie die inhaltliche und strukturelle Unterstützung, wertvollen Hintergrundinformationen und Veröffentlichungen. Besonderer Dank gilt meiner Familie sowie meinem Mann für ihre tatkräftige Hilfe und moralische Unterstützung.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

27.09.2013, Katharina Schumann