

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. med. S. Ritz-Timme

**Fallstudie zum interdisziplinären Versorgungsangebot für
Gewaltopfer in der Unfallchirurgie der Universitätsklinik
Düsseldorf**

Dissertation

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

Vorgelegt von
Antje Beret Knittel

2016

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

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

Dekan

Erstgutachterin: PD Dr. med. Hildegard Graß

Zweitgutachter: Prof. Dr. Tim Lögters

Zusammenfassung

Hintergrund: Gewalt führt bei den Betroffenen neben akuten Verletzungen häufig zu langfristigen psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen. Obwohl von Gewalt Betroffene aufgrund der körperlichen Folgen primär Kontakt zum Gesundheitswesen suchen, werden Gewaltopfer dort oft als solche nicht erkannt und erfahren häufig keine weitere und spezifische Unterstützung. Zur Verbesserung der Gewaltopferversorgung wurde im Universitätsklinikum Düsseldorf ein spezifisches Versorgungsangebot 2007 etabliert. Untersuchungen zur Akzeptanz und Effektivität solcher Angebote liegen bisher kaum vor. Die vorliegende Arbeit untersucht am Beispiel der Unfallchirurgischen Klinik, inwiefern dieses Angebot tatsächlich zu einer verbesserten Erkennung und Versorgung von Gewaltopfern beigetragen hat.

Material und Methoden: Nach einer retrospektiven Aktenauswertung 89 indizierter Akten der Monate Mai 2007 – Dezember 2008 wurde nach telefonischer Kontaktaufnahme eine katamnestische Untersuchung von 11 Gewaltopfern mit Fragebögen und einem halbstrukturierten Interview durchgeführt.

Ergebnis: Im Vergleich zu einer Voruntersuchung und weiteren Studien werden weiterhin zu wenige Gewaltopfer identifiziert, zudem nahm die Identifizierungsquote über den Untersuchungszeitraum ab. Ein hoher Anteil der Betroffenen (47%) hatte Migrationshintergrund. Die Gewaltopfer wurden sehr überwiegend über die weiterführenden Angebote informiert, von den meisten wurde diese Information auch angenommen. Dies führte zu einer Inanspruchnahme des Angebotes der rechtsmedizinischen Untersuchung in 17% der Fälle. Das Beratungsangebot für Gewaltopfer des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde allerdings kaum in Anspruch genommen. Für die katamnestische Untersuchung konnten nur wenige Betroffene gewonnen werden, das lag an der Nichterreichbarkeit, Ausschlusskriterien und Ablehnung der Untersuchung. Die Nachuntersuchten zeigten in der Hälfte der Fälle noch vorhandene psychische Folgen, alle ohne Inanspruchnahme einer spezifischen Behandlung. Der Hinweis auf das Versorgungsangebot wurde positiv erlebt, wie auch das Angebot selbst.

Schlussfolgerung: Trotz der geringen Zahl von Nachuntersuchten konnte gezeigt werden, dass das geschaffene Versorgungsangebot zwar nicht zu einer verbesserten Identifizierung, aber zu einer Verbesserung der Versorgung der identifizierten Gewaltopfer beitrug. Wiederholte Schulungen des Personals sind notwendig, um die Identifizierung von Gewaltopfern und deren Anbindung an das Versorgungssystem dauerhaft zu verbessern.

Eine verstärkte Fokussierung auf die psychischen Folgen erscheint sinnvoll. Das Angebot der Nachsorge sollte niedrigschwelliger werden. Unter diesen beiden Aspekten wurde der vorliegende Flyer textlich überarbeitet. Zudem könnten eine Kopplung von Beratung an eine somatische Nachsorge, migrationsspezifische Angebote und aufsuchende Hilfen weitere Maßnahmen zur verbesserten Akzeptanz des Versorgungsangebots sein. In diesen Rahmen könnten weitere Untersuchungen integriert werden, die notwendig erscheinen, um die Akzeptanz und Wirksamkeit der Angebote für Gewaltopfer weiter zu verbessern.

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BISS	Beratungs- und Interventionsstellen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CRH	<i>Corticotropin-releasing</i> Hormon
DIA-X	Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , 4. Auflage
GSI	<i>Global Severity Index</i>
HADS-D	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> - Deutsche Version
HPA-Achse	<i>Hypothalamic-pituitary-adrenocortical</i> = Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
HsM	Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> 10. Revision
IES	<i>Impact of Event Scale</i>
IFT-Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
LVR	Landschaftsverband Rheinland
NRW	Nordrhein-Westfalen
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PSDI	<i>Positive Symptom Stress Index</i>
PST	<i>Positive Symptom Total</i>
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	<i>Posttraumatic stress disorder</i>
SCL 90-R	Symptom-Checkliste Revidierte Fassung
SF 12	<i>Short Form</i> Gesundheitsfragebogen
STD	<i>Sexually transmitted diseases</i>
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszüge aus der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundes–kriminalamtes (2010, 2013)	7
Tabelle 2: Vergleichsstatistik zur häuslichen Gewalt des Landes Nordrhein-Westfalen – Straftatbestände	12
Tabelle 3: Erhobene Parameter der retrospektiven Datenauswertung	35
Tabelle 4: Alters- und Geschlechtsverteilung in der retrospektiven Fallanalyse	43
Tabelle 5: Geschlechts- und Altersverteilung in der Stichprobe	44
Tabelle 6: Verletzungsmuster und Behandlung in der Stichprobe	51
Tabelle 7: Soziodemografische Daten der nachuntersuchten Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89)	54
Tabelle 8: Angaben zur Tat bezogen auf die nachuntersuchte Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89)	55
Tabelle 9: Angaben zur unfallchirurgischen Behandlung bezogen auf die nachuntersuchte Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89) ..	56
Tabelle 10: Angaben zu den nachuntersuchten Patienten und Untersuchungsdaten	57
Tabelle 11: Ergebnisse der Fragebögen der nachuntersuchten Probandinnen und Probanden	58
Tabelle 12: Symptomschwere bezüglich des Gewaltereignisses in der Stichprobe (n=11)	59
Tabelle 13: Vorkommen psychischer Symptome in der Stichprobe (n=11) zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Versorgung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	60
Tabelle 14: Klinische Diagnosen in der untersuchten Stichprobe (n=11)	61
Tabelle 15: Inanspruchnahme weiterer Betreuung in der untersuchten Stichprobe (n=11)	66

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Schema der interdisziplinären Gewaltopferversorgung in Düsseldorf (Präsentationsvorlage Graß 2006, genehmigte Nutzung)	30
Abb. 2:	Identifikationsquote von Gewaltopfern im Untersuchungszeitraum.....	42
Abb. 3:	Altersverteilung der Gesamtstichprobe.....	45
Abb. 4:	Migrationshintergrund der Gewaltopfer gesamt und geschlechtsspezifisch..	46
Abb. 5:	Anzahl der Täterinnen bzw. Täter bei der Gewaltausübung.....	47
Abb. 6:	aus der Dokumentation ermitteltes Tätergeschlecht für die Gewalt	47
Abb. 7:	Beziehung zwischen Täterin bzw. Täter und Gewaltopfer.....	48
Abb. 8:	geschlechterbezogene Darstellung des Anteils partnerbezogener Gewalt ...	49
Abb. 9:	Tatort des Gewaltgeschehens	50
Abb. 10:	Darstellung zur Erreichbarkeit bzw. Ausschluss der Gewaltopfer für die katamnestiche Untersuchung	53
Abb. 11:	Zufriedenheit mit der unfallchirurgischen Erstversorgung in der untersuchten Stichprobe (n=11)	62
Abb. 12:	Erleben des Hinweises auf weiterführende Angebote im UKD in der untersuchten Stichprobe (n=11)	64
Abb.13:	Zufriedenheit mit der weiterführenden Betreuung allgemein in der untersuchten Stichprobe (n=11)	65
Abb.14:	geäußerte Wünsche zur Kontaktaufnahme für weiterführende Angebote in der untersuchten Stichprobe (n=11)	67
Abb. 15:	Vorgehen bei der Kontaktaufnahme mit den Probandinnen und Probanden	106

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Begriff Gewalt.....	3
1.2	Typologie der Gewalt/Schaden für die Opfer	4
1.3	Vorkommen von Gewalt.....	4
1.3.1	Gender- und altersspezifisches Gewaltvorkommen	5
1.3.2	Gewaltvorkommen in Nordrhein-Westfalen und dem Regierungsbezirk Düsseldorf	11
1.4	Gesundheitliche Folgen von Gewalt	13
1.4.1	Körperliche Folgen von Gewalt	13
1.4.2	Psychische Folgen von Gewalt	14
1.4.3	Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung.....	16
1.4.4	Neurobiologische Grundlagen der Traumatisierung.....	17
1.5	Kosten von Gewalt	19
1.6	Strategien zum Umgang mit Gewaltopfern	21
1.6.1	Prävention und Intervention.....	21
1.6.2	Strategien zur Opferversorgung im medizinischen Kontext	22
1.6.3	Juristische und polizeiliche Strategien.....	23
1.6.4	Soziale Strategien zur Opferversorgung	24
1.6.5	Versorgungsstrukturen in Düsseldorf	25
1.7	Fragestellung	32
2	Material und Methode	33
2.1	Studiendesign	33
2.2	Vorgehen bei der retrospektiven Fallanalyse.....	34
2.3	Vorgehen bei der katamnestischen Untersuchung	36
2.3.1	Ausschlusskriterien für die katamnestische Untersuchung	36
2.3.2	Telefonische Kontaktaufnahme zu den Probanden.....	36
2.3.3	Halbstrukturiertes Interview	37
2.3.4	Verwendete Fragebögen	38
2.4	Auswertungsmethodik.....	40
3	Ergebnisse	42
3.1	Ergebnisse der retrospektiven Fallanalyse	42

3.1.1	Fallzahlen	42
3.1.2	Altersstruktur und Geschlechterverteilung.....	43
3.1.3	Angaben zu Migrationshintergrund.....	45
3.1.4	Angaben zum Kontext der Tat.....	46
3.1.5	Verletzungsmuster.....	51
3.1.6	Inanspruchnahmeverhalten	52
3.1.7	Angebote des Instituts für Rechtsmedizin und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	52
3.2	Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung.....	52
3.2.1	Stichprobe der Nachuntersuchung	52
3.2.2	Resultate der Nachuntersuchungen	56
4	Diskussion und Schlussfolgerungen	69
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	69
4.2	Diskussion der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalyse.....	71
4.2.1	Verletzungsmuster und stationäre Weiterbehandlung.....	73
4.2.2	Beteiligte am Tatgeschehen und Kontext der Tat	74
4.2.3	Inanspruchnahmeverhalten	74
4.2.4	Angebote des Instituts für Rechtsmedizin und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	75
4.3	Diskussion der Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung.....	77
4.3.1	Diskussion der Ergebnisse der Fragebögen	79
4.3.2	Diskussion der Ergebnisse der Interviews.....	81
4.4	Schlussfolgerungen.....	87
5	Literaturverzeichnis.....	91
6	Anhang	106
6.1	Vorgehen bei der Kontaktaufnahme mit den Patienten	106
6.2	Halbstrukturiertes Interview.....	107
6.3	Auswertung halbstrukturiertes Interview	109
6.4	Bisheriger Flyer zu Versorgungsangeboten für Gewaltopfer im UKD.....	113
6.5	Textvorschlag für die Überarbeitung des Flyers	115

1 Einleitung

Die zunehmende Diskussion des Themas Gewalt auf nationalen und internationalen Ebenen in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hatte zu einer Reihe von Maßnahmen geführt, die den Schutz von Gewaltopfern erhöhen sollten. In der Folge wurden Opferentschädigungs- und Gewaltschutzgesetze erlassen. Im sozialen Bereich wurden Interventionsmodelle entwickelt, die in Kooperationen zwischen sozialen, juristischen und polizeilichen Institutionen und Kommunen mündeten. Ziel war es, die gesundheitlichen Gewaltfolgen durch frühzeitige Interventionen zu verringern und die Gewaltprävention effektiver zu gestalten (vgl. Kavemann et al. 2005).

Das Gesundheitswesen war lange Zeit nicht in diese Modelle eingebunden, obwohl viele Opfer sich zunächst bzw. ausschließlich medizinisch versorgen lassen. So gingen Eisenstat et al. (1999) davon aus, dass etwa ein Viertel aller Frauen, die hausärztliche, psychiatrische oder Notfallversorgung aufsuchen, Gewalt in der Vorgeschichte erlebt haben. Inzwischen zeigten erste Untersuchungsergebnisse einer großen Studie in Aachen, dass sogar 40% der Patienten (einer Universitätsklinik) bereits Gewalt erlebt haben (Hillienhof 2014). Im Jahr 2003 kritisierten Hagemann-White und Bohne speziell für den Bereich der häuslichen Gewalt, dass das „Gesundheitswesen in Deutschland [...] bislang in die Anstrengungen um Prävention, Intervention und Heilung bei Gewalt im Geschlechterverhältnis zu wenig eingebunden“ ist. Poloczek und Schmitt plädierten bereits 2002 für eine Vernetzung von Rettungsdiensten im Rahmen strukturierter Programme. Mason et al. stellten noch 2010 fest, dass bisher nur wenig Weiterbildung von Personal in Notaufnahmen stattfand.

Sohal et al. zeigten 2007, dass bereits mit vier Fragen Opfer partnerbezogener Gewalt mit hoher Sensitivität und Spezifität identifiziert werden können. Flury et al. (2010) empfahlen die Entwicklung von Leitlinien zur Identifizierung und zum Umgang mit Opfern.

In anderen Befragungen wurden Defizite bei der psychotherapeutischen Opferversorgung sowohl in der ambulanten als auch stationären Behandlung benannt (Hagemann-White und Bohne 2003). Konkret wurde bemängelt, dass es im psychotherapeutischen Bereich zu wenige spezifisch ausgebildete Trauma-

therapeutinnen und -therapeuten gibt und die Wartezeiten von ein bis zwei Jahren für ambulante psychotherapeutische Hilfen zu lang sind.

Erschwerend für die Beteiligung des Gesundheitssystems an der Versorgung von Gewaltopfern ist, dass Opfer das Gefühl berichteten, nicht mit den medizinischen Fachkräften über ihre Gewalterfahrungen und Misshandlungen reden zu können. Dies wurde z.B. in einer Untersuchung von Mark et al. (2007) deutlich, nach der je nach Art der Gewalterfahrung nur etwa 16-30% der Befragten von sich aus darüber berichten würden. Jedoch befürworteten Betroffene und Nichtbetroffene mehrheitlich Routinebefragungen nach erlebter Gewalt (Howe et al. 2002; Hellbernd et al. 2004). Rönneberg und Hammarström (2000) fanden durch Auswertungen mehrerer Studien heraus, dass Opfer als Hemmschwellen, selbst über die Gewalterfahrung zu berichten, negative Erfahrungen und strukturelle Einschränkungen im Gesundheitssystem angaben, sowie Angst vor Vergeltung durch das Öffentlichwerden der Tat. Gleichzeitig kann die aktive Befragung jedoch dazu beitragen, dass häusliche Gewalt in der Folge für die Betroffenen reduziert wird (Morier-Genoud et al. 2006).

Dabei nimmt das Gesundheitswesen eine „doppelte Schlüsselstellung“ (Hagemann-White und Bohne 2003) bei der Gewaltprävention ein. So könnte zum einen eine frühe Intervention die Kosten einer langwierigen Behandlung von sekundären Erkrankungen reduzieren beziehungsweise vermeiden (Hornberg et al. 2008). Zum anderen gehört zum wesentlichen Aufgabengebiet der Medizin auch, Krankheitsursachen zu erkennen und wirksame Interventionsinstrumente zur Bewältigung und Heilung zur Verfügung zu stellen. Der Schritt, auch Unfallkliniken, Ärzte und andere medizinische Institutionen einzubeziehen, war somit logisch und notwendig.

Mit der Einbeziehung des Gesundheitssystems in diese Modelle steht aber noch nicht fest, ob die durch Gewalt entstehende Krankheitslast auch tatsächlich reduziert werden kann. Vielmehr bleibt fraglich, welche konkreten Aufgaben das Gesundheitssystem zu erfüllen hat, um zu einer Verbesserung von gesundheitlichen Folgen für Gewaltopfer beizutragen. Diese Lücke kann die Versorgungsforschung füllen (Albani et al. 2004) durch Evaluation der medizinischen Hilfsangebote für Gewaltopfer. Dass durch die mögliche Berücksichtigung von körperlichen Symptomen als Gewaltfolgen Untersuchungsdauern verkürzt

werden und spezifischere Weitervermittlungen erfolgen, zeigten Varjavand et al. 2004.

Erforscht werden dabei sowohl die Hilfsangebote aus der Sicht der Akteure im medizinischen Versorgungssystem als auch aus dem Blickwinkel der Gewaltopfer.

1.1 Begriff Gewalt

Gewalt lässt sich nur in Abhängigkeit vom Zweck und der Person, die den Begriff anwenden will, definieren.

Für die Versorgungsforschung muss Gewalt deshalb so definiert werden, dass der Begriff „die gesamte Bandbreite der Täterhandlungen und die subjektive Erfahrung der Opfer einschließt, ohne damit so verwässert zu werden, dass er seinen Sinn verliert, oder auch so weit gefasst zu werden, dass er die Wechselfälle des täglichen Lebens als krankhaft einstuft.“ (WHO 2003: 4f.)

Die WHO definierte 1996 Gewalt als „absichtlichen 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 oder Deprivation führt“. Neben den häufig offensichtlichen physischen Folgen werden damit auch psychische und soziale Folgen mit umfasst (WHO 2003: 6). Mit dieser von der WHO vorgeschlagenen Definition werden sowohl die Art und Weise der Gewaltausübung erfasst (physische, psychische und sexualisierte Gewaltformen) als auch die daraus resultierenden Folgen für die Opfer, deren Schäden und Verletzungen letztlich Ausgangspunkt für eine umfassende Erforschung einer wirksamen Versorgung bilden.

In der psychologischen Forschung wird Gewalt grundsätzlich - wie von der WHO definiert - als ein Verhalten verstanden, welches mit dem Ziel ausgeführt wird, eine andere Person oder Personengruppe zu schädigen (Selg et al. 1997). Nach Heitmeyer (2002: 16) wird als Grundprinzip der Gewalt die Grenzüberschreitung deutlich, „die in Zeiten der Auflösung oder zumindest der vielfältigen Aufweichung von moralischen, sexuellen, erzieherischen oder rechtlichen Normen und Werte klare Grenzziehungen traditioneller Art kaum noch zulässt“. Dies aufgreifend muss auf einen Gewaltbegriff abgestellt werden, der die Wahrnehmung der Gewalt/ des Schadens durch das Opfer berücksichtigt.

1.2 Typologie der Gewalt/Schaden für die Opfer

Die Typologisierung von Gewalt ist hilfreich, um die notwendigen Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen wirksamer gestalten zu können. Im Weltbericht der WHO (2003: 6) wird Gewalt zu einem danach kategorisiert, von wem sie ausgeht. Demnach wird nach Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt differenziert.

Als gegen die eigene Person gerichtete Gewalt gelten Suizidalität mit dem Spektrum von Selbstmordgedanken bis zu vollendeter Suizidhandlung sowie Selbstmisshandlung wie z.B. Verstümmelung. Die zwischenmenschliche Gewalt wird untergliedert in Gewalt in der Familie und unter Intimpartnerinnen und -partnern, die meistens im häuslichen Umfeld stattfindet. Bei der kollektiven Gewalt geht Gewalt von Mitgliedern der Gemeinschaft aus, die nicht notwendigerweise Bekanntheit voraussetzt und häufig im öffentlichen Raum stattfindet. Mit letzterer Kategorie ist Gewalt, die von größeren Gruppierungen wie Staaten oder Terrororganisationen verübt wird, gemeint. Diese Gewalt dient zumeist der Durchsetzung politischer oder wirtschaftlicher Interessen.

Während die eben dargestellte Differenzierung die Täterinnen und Täter im Blickfeld hat, setzt sich ein weiteres Kriterium zur Typologisierung von Gewalt mit dem Charakter der Tat und indirekt auch mit den Folgen für das Opfer auseinander. Demnach wird in physische, psychische, sexuelle Gewalt und Deprivation/ Vernachlässigung unterschieden. Brzank (2009) ergänzt für die zwischenmenschliche häusliche Gewalt noch die ökonomische Gewalt wie z.B. Arbeitsverbot und soziale Gewalt (z.B. Verbot sozialer Kontakte).

Galtung (1975: 12) entwickelte zudem noch den Begriff der strukturellen Gewalt und meinte damit „die vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder [...] des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was potentiell möglich ist“. Darunter fallen z.B. jede Form von Diskriminierung und ungleiche Verteilung von Ressourcen.

1.3 Vorkommen von Gewalt

Die Einbindung des Gesundheitssystems in die Modelle der Gewaltprävention ist nur sinnvoll und wirksam, wenn der Umfang des Gesundheitsproblems, das durch

Gewalt entsteht, bekannt ist. Dabei können einerseits polizeiliche Statistiken genutzt werden, die jedoch nur den Teil von Gewalt erfassen, der zur Anzeige gebracht wurde und weder über das Ausmaß der Gewalterfahrungen noch geschlechtsspezifische Verteilungen bei Opfern und Tätern Auskunft geben (Goldberg et al 2005). Das gilt vergleichbar auch für Befragungen anderer Institutionen wie Krankenhäuser und Beratungsstellen (Kapella et al 2011). Zur Aufdeckung des erheblichen Dunkelfeldes sind Prävalenzstudien geeignet, die jedoch auch bei einer qualitativ hochwertigen Methodik und sensiblen Herangehensweise niemals das gesamte Ausmaß der Gewalt erfassen können (Schröttle 2016). Methodische Schwierigkeiten ergeben sich zudem daraus, dass gerade die durch Gewalt erhöht bedrohten Zielgruppen durch Befragungen schwer erreichbar sind. Deswegen sind sensible und barrierefreie Zugangswege notwendig, um auch vulnerable und stärker isolierte Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Tatsache, dass gewaltausübende Personen im Nahraum anwesend sein können, lässt postalische, unkontrollierte Online- oder telefonische Befragungen speziell zur Erfassung häuslicher Gewalt ungeeignet erscheinen. *Face-to-Face*-Befragungen sind zwar deutlich aufwändiger, bieten jedoch den Vorteil der Kontrolle der Interviewsituation und der Möglichkeit des Eingehens auf Belastungen während des Interviews (vgl. ebenda). Gleichzeitig sind besonders bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen besondere ethische Herausforderungen zu beachten (Kindler 2016). Beschränkungen liegen zusätzlich darin, dass nur Erinnertes berichtet werden kann und auch Gefühle von Schuld, Scham oder fehlender Sicherheit zur Nichtbenennung von Gewalterfahrungen führen können (Kavemann 2016). Letztendlich sind außerdem relativ hohe Gesamtstichproben erforderlich für differenzierte Aussagen bei geringer Prävalenz bestimmter Formen von Gewalt (Schröttle 2016).

1.3.1 Gender- und altersspezifisches Gewaltvorkommen

Für die Erfassung von Gewalt werden zunächst Daten über Sterblichkeit herangezogen. Danach gehört Gewalt in der Altersgruppe der 15-44-Jährigen zu den Haupttodesursachen und ist bei Männern für etwa 14%, bei Frauen für etwa 7% der Todesfälle verantwortlich (WHO 1999). In einer Untersuchung über Jugendliche zwischen 10-19 Jahren war Gewalt die fünfthäufigste Todesursache

(WHO 2014). Die Sterblichkeitsdaten bilden jedoch nur einen Bruchteil der Gewalttaten ab, da sie sehr viel häufiger nicht tödliche Folgen haben. Von der WHO (2003) wurde deshalb ergänzend vorgeschlagen, auch weitere Angaben heranzuziehen, wie Gesundheitsdaten über Krankheiten, Verletzungen und andere Gesundheitsdefizite, Eigenangaben über Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen, kulturelle Praktiken, Viktimisierung und die Belastung durch Gewalt, bevölkerungsbezogene Daten über Bevölkerungscharakteristika und Einkommens-, Bildungs- und Beschäftigungsniveau, Verbrechensdaten über die Kennzeichen und Umstände von Gewaltepisoden und das Profil von Gewaltverbrechern, wirtschaftliche Angaben über Behandlungskosten, Sozialdienste und Präventionsmaßnahmen sowie polizeiliche und rechtliche Angaben.

Ergänzend können Angaben zu Behandlungen von Verletzungsfolgen sowie polizeiliche/juristische Zahlen oder Statistiken entsprechender Hilfsorganisationen und Hilfeinrichtungen herangezogen werden. Jedoch bleibt eine vermutlich erhebliche Dunkelziffer damit weiterhin nicht erfasst.

In Tabelle 1 sind beispielhaft Auszüge aus den Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (1989-2012) zusammengestellt, die die Entwicklung von angezeigten Gewalttaten in den vergangenen Jahren zeigen. Dabei sind Fälle von Gewaltkriminalität seit dem Höchststand 2007 sowie Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzung zurückgegangen, die Fälle vorsätzlicher leichter Körperverletzung haben sich gegenüber 1998 um 61,7% erhöht. (Bundesministerium des Innern 2013).

Tabelle 1: Auszüge aus der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (2010, 2013)

Delikt	Erfasste Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr				
	1989	1999	2004	2009	2012
Straftaten insgesamt	7031	7682	8037	7383	7327
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	58,6	62,9	69,4	59,9	56,0
Gefährliche Körperverletzung	104,6	139,6	169,3	182,1	166,3
(vorsätzliche leichte) Körperverletzung	203,8	306,3	405,7	450,8	470,1
Straftaten gegen die persönliche Freiheit	100,2	162,2	195,0	247,6	236,4

• **Vorkommen von Gewalt gegen Frauen**

In einer Untersuchung der WHO (2013a) wurde festgestellt, dass 35% der Frauen weltweit physischer oder sexueller Gewalt in der Partnerschaft oder sexueller Gewalt außerhalb der Partnerschaft ausgesetzt waren. Je nach Region variieren Angaben zur Prävalenz zwischen 15-71%, davon allein im Jahr vor der Befragung 4-54 % (Garcia-Moreno et al. 2006). Für den europäischen Raum wurde in der WHO-Untersuchung von 2013 eine Lebenszeitprävalenz von 25,4% angegeben für Gewalt in der Partnerschaft. Dies deckte sich mit den Ergebnissen von Müller und Schröttle (2004), die in einer Studie zu Gewaltvorkommen in Deutschland feststellten, dass jede vierte Frau in ihrem Erwachsenenleben mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe in einer Partnerschaft erlebt hat. 37 % aller Frauen waren betroffen, wenn auch Gewaltübergriffe wie z.B. Wegschubsen, Ohrfeigen, Tritte, Faustschläge und Waffengewalt durch andere Täter/innen im öffentlichen, halböffentlichen und privaten Bereich einbezogen wurden. Etwa zwei Drittel der Betroffenen gaben mittlere bis schwere Formen körperlicher Gewalt an, die mit Verletzungsfolgen, Angst vor ernsthafter/ lebensgefährlicher Verletzung, Waffeneinsatz oder/und wiederholten Gewalt-situationen einhergingen.

Sexuelle Gewalterfahrungen im strafrechtlichen Sinne erlebte jede siebte Frau. Dabei handelt es sich um Straftaten wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung. Der Anteil stieg auch hier, und zwar auf 35%, wenn weitere sexualisierte Gewaltformen einbezogen wurden, wie z.B. schwere Formen sexueller Belästigung und ungewollte sexueller Handlungen.

Psychischer Gewalt waren nach Müller und Schröttle (2004) 42 % der Frauen im Erwachsenenleben ausgesetzt, die von Einschüchterungen, aggressivem Anschreien, Verleumdungen, Drohungen und Demütigungen bis hin zu Psychoterror reichte.

Außerhalb von Partnerschaften waren in europäischen Raum 9-23% der Frauen körperlicher und 8-19% sexueller Gewalt ausgesetzt (Schröttle et al. 2006).

In einer aktuellen Untersuchung (Schlack et al. 2013) wurde die 12-Monats-Prävalenz für körperliche Gewalt in der deutschen Erwachsenenbevölkerung bei Frauen mit 3,3% angegeben, für psychische Gewalt mit ca. 20%.

In einer amerikanischen Untersuchung, in der jede Form von Gewalt untersucht wurde, fand sich eine Lebenszeitprävalenz von 51,9%, wobei die Kindheit mit erfasst wurde (NIJ 2000).

- **Vorkommen von Gewalt an Männern**

Für die Viktimisierung von Männern durch Gewalt existieren in Deutschland zunehmend repräsentative Daten, obwohl Lenz 2006 noch eine unzureichende Datenlage kritisierte. Die bestehenden Datensammlungen erfassten differenziert unterschiedliche Formen von Gewalt gegenüber Männern. Hornberg et al. (2008) stellten unter Bezug auf kriminologische Studien aus den frühen 1990er-Jahren fest, dass „Männer in Deutschland etwa gleich häufig und zum Teil sogar häufiger als Frauen Opfer von Gewalt in unterschiedlichen Lebenskontexten werden“. Dabei traten vor allem jüngere Männer und männliche Jugendliche sowohl als Opfer als auch als Täter in Erscheinung. Dies bildet sich auch in der Polizeilichen Kriminalstatistik (BMI 2013: 25) ab: „bei Tötungsdelikten, Raub, Körperverletzung und bei Straftaten gegen die persönliche Freiheit werden überwiegend männliche Opfer registriert“. Besonders deutlich ist das bei den Körperverletzungsdelikten (63% Männer vs. 37% Frauen) und Raubdelikten (66,6% Männer vs. 33,4% Frauen).

Gewaltkontexte waren öffentliche Räume, wie z.B. Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz, Wehrdienst, Freizeiteinrichtungen, Sportvereine sowie Freundes- und näherer Bekanntenkreis.

In einer nicht repräsentativen Pilotstudie des BMFSFJ von Jungnitz et al. (2004) zu Gewalterfahrungen von Männern äußerten 40 % der Befragten, dass sie in ihrem Erwachsenenleben körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen waren. 5 %

waren von sexuellen Gewaltübergriffen betroffen und 58% von psychischer Gewalt. Körperliche Gewalt innerhalb der letzten fünf Jahre im Erwachsenenleben erfuhr etwa jeder Zehnte (Öffentlichkeit und Freizeit). Weniger als fünf Prozent der Männer berichteten über körperliche Gewalt durch Personen am Arbeitsplatz. Jeder vierte Mann war von körperlicher Gewalt in Lebenspartnerschaften betroffen. Auch Archer (2000) fand eine häufige Betroffenheit auch von Männern durch häusliche Gewalt, allerdings mit geringeren Verletzungsfolgen.

In der bereits zitierten Studie von Schlack et al. (2013) wurde eine 12-Monatsprävalenz bei Männern von 6,2% für körperliche Gewalt (dieser Wert ist signifikant höher als bei Frauen) und ca. 20% für psychische Gewalt in der deutschen Erwachsenenbevölkerung ermittelt.

- **Vorkommen von Gewalt an Kindern**

Kinder werden überwiegend in der Familie Opfer von physischer und psychischer Gewalt. Daneben sind Schule und Peer-Groups Umgebungen, in denen Kinder viktimisiert werden (Specht und Spiel 2009). Hornberg et al. (2008) belegten, dass das Ausmaß körperlicher Gewalt im Rahmen der elterlichen Erziehung in den 90er Jahren 70 bis 80 % betrug. Schwere Formen, wie z.B. Faustschläge, Tritte, Würgen, Verprügeln, Verbrühungen, Einsatz von Waffen und Gegenständen zur körperlichen Züchtigung, erlebten 10 bis 15 % der Befragten. Ein Rückgang in der Anwendung körperlicher Gewalt als elterlichem Erziehungsmittel ist möglicherweise auch infolge des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt festzustellen (Bussmann et al. 2008), allerdings gibt es keinen nennenswerten Rückgang der schweren Formen körperlicher Misshandlung.

Sexualisierte Gewalt in Form des sexuellen Missbrauches wurde bei Mädchen in 10 bis 18 %, bei Jungen in 5 bis 7 % der Fälle beschrieben. „Im Kontext sexuellen Missbrauchs wurde in der Vergangenheit deutlich, dass Gewalt gegen Kinder sich nicht nur auf die Eltern-Kind-Beziehung und auf erwachsene Täterinnen und Täter beschränkt, sondern dass Gewalthandlungen häufig auf Gleichaltrige bzw. kindliche/ jugendliche Täterinnen und Täter zurückgehen“ (Hornberg et al. 2008, Baier et al. 2009).

Häuser et al. (2011) untersuchten retrospektiv in der deutschen Bevölkerung die Häufigkeit von Missbrauch und Vernachlässigung. Sie fanden in 15% emotionalen, 12,0% körperlichen und 12,6% sexuellen Missbrauch, wobei eine hohe Korrelation

der verschiedenen Formen des Missbrauchs gefunden wurde. Formen schweren Missbrauchs wurden in 1,6-2,8% berichtet. Zudem wurden emotionale und körperliche Vernachlässigung in jeweils fast 50% berichtet. Lediglich 31,8% der befragten Personen berichteten über keine Form des Missbrauchs oder Vernachlässigung.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik 2012 (BMI 2013: 25) wurde festgestellt, dass „Jugendliche [...] vor allem bei Sexualdelikten, aber auch bei Raubdelikten und Körperverletzung überdurchschnittlich häufig betroffen“ waren.

- **Vorkommen von Gewalt an älteren Menschen**

Mehr als im Genderbereich erstreckte sich die Diskussion um Gewalt gegen ältere Menschen auch auf die Gewaltformen Misshandlung und Unterlassung. Doch hier ist die Datenlage immer noch knapp, da es zu der Zahl betroffener älterer Menschen für Deutschland keine direkten Erkenntnisse gibt.

Wetzels et al. (1995) untersuchten in den 1990er Jahren für die Altersgruppe bis 75 Jahre in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung die Opferwerdung älterer Menschen. Die Studie zeigte, dass die 60- bis 75-Jährigen insgesamt weniger als andere Altersgruppen durch Kriminalität gefährdet waren, sich vorsichtiger verhielten als Jüngere und sich nicht durch eine erhöhte Furchtsamkeit auszeichneten.

Hirsch (2003) schätzte die Dunkelziffer von Gewalthandlungen an älteren Menschen insgesamt als sehr hoch ein. Er untersuchte 1.000 in den Jahren 1997 bis 2002 eingegangene Notrufe beim Bonner Notruftelefon, bei denen eine Gewalthandlung geschildert wurde. Psychische Gewalt und Vernachlässigung waren demnach die häufigsten Gewaltformen, über die beim Notruf-Telefon berichtet wurde. Zwischen 70 und 75% der Opfer waren weiblich. Als Ort der Gewalthandlung wurden am häufigsten die eigene Wohnung und das Altenheim angegeben.

Eine Studie von Görgen et al. (2009) zeigte, dass im häuslichen Bereich die Verbreitung und Häufigkeit von Nahraumgewalt bzw. Gewalt in Partnerschaften im höheren Alter deutlich zurückgingen, dennoch weiterhin vorhanden waren. Betroffen waren vorrangig Personen, die sich gegen Viktimisierungen nur schlecht zur Wehr setzen bzw. davor schützen konnten.

Auch Nägele et al. (2011) bilanzierten, dass die Anzahl der berichteten Gewalterfahrungen in Partnerschaften mit dem Alter der Befragungspersonen abnahmen. Dennoch war eine relevante Zahl älterer Frauen von Gewalt in Partnerschaften betroffen. Nutzerinnenstatistiken von Frauenhäusern, Beratungs- und Interventionsstellen zeigten Anteile von Frauen jenseits des 60. Lebensjahres zwischen 2 % und 6%.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik 2012 (BMI 2013: 25) wurde angemerkt, dass „ältere Menschen ab 60 Jahre [...] verhältnismäßig selten als Opfer erfasst“ wurden.

1.3.2 Gewaltvorkommen in Nordrhein-Westfalen und dem Regierungsbezirk Düsseldorf

Die Zahl der registrierten Straftaten pro Jahr in Nordrhein-Westfalen ist mit ca. 1,5 Millionen seit 2008 weitgehend unverändert hoch mit einem Spitzenwert 2012 und einer leichten Abnahme 2013. Bei der Gewaltkriminalität (eine Zusammenfassung aus 10 Deliktarten) ist in dem Zeitraum ein Rückgang auf unter 50.000 Fälle pro Jahr seit 2012 zu verzeichnen (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2009, 2011, 2013).

Speziell für den Bereich der häuslichen Gewalt ist seit Inkrafttreten der gesetzlichen Vorschriften 2002 die Zahl der polizeilichen Interventionen stetig gestiegen. Die Zahl der Strafanzeigen in diesem Bereich stieg ebenfalls, überwiegend im Bereich der Körperverletzungen. Exemplarisch sind in der folgenden Tabelle die Zahlen aus den Jahren 2003, 2008 und 2013 aufgeführt (Innenministerium des Landes NRW 2010, Landeskriminalamt NRW 2013).

1 Einleitung

Tabelle 2: Vergleichsstatistik zur häuslichen Gewalt des Landes Nordrhein-Westfalen – Straftatbestände

	Jahr		
	2003	2008	2012
Anzahl der Strafanzeigen/Fälle gesamt	16402	22586	27380
Straftaten zum Schutz der Ehre gem. §§ 185 ff. StGB	547	984	1343
Körperverletzung gem. § 223 StGB	10518	14495	17296
Gefährliche Körperverletzung gem. § 224 StGB	3040	3745	3383
Schwere Körperverletzung gem. § 226 StGB	57	20	22
Sachbeschädigung gem. § 303-305 StGB	665	1286	1441
Hausfriedensbruch gem. § 123 StGB	192	346	387
Nachstellung gem. § 238 StGB	0	546	555
Nötigung gem. § 240 StGB	321	573	655
Bedrohung gem. § 241 StGB	1701	3415	3706
Freiheitsberaubung § 239 StGB	178	308	338
Erpressung gem. § 253 StGB	30	45	64
Misshandlung Schutzbefohlener gem. § 225 StGB	172	289	201
Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen gem. § 174 StGB	166	84	18
Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung gem. § 177 StGB	335	219	234
Sexueller Missbrauch von Kindern gem. § 176 StGB	166	117	70
Kindesentziehung gem. § 235 StGB	23	34	27
Tötungsdelikte gem. § 211 ff. StGB	26	28	21
Polizeiliche Maßnahmen			
Wohnungsverweisungen/Rückkehrverbote	6931	10774	13294
Vermittlung der Opfer an Beratungsstellen	5114	7368	8883

Beim Polizeipräsidium Düsseldorf wurden 2012 88659 Straftaten registriert, was im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Rückgang bedeutet bei zuvor stetiger Zunahme seit 2007 (Landeskriminalamt NRW 2013). Dabei waren Straftaten gegen das Leben mit 10 Fällen (0,011%) nur selten, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung mit einer Häufigkeit von 385 Delikten (0,43%) vertreten, Rohheitsdelikte und Straftaten gegen die persönliche Freiheit wurden mit 8200 Fällen (9,25%) auf hohem Niveau angegeben. Die Fälle von Körperverletzung und schwerer Körperverletzung hatten gegenüber dem Vorjahr zugenommen.

1.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Internationale und nationale Untersuchungen u.a. von Arias (2004), Black (2011), Brzank et al. (2005), Campbell (2002), Cohen et al. (2000), Kavemann und Kreyszig (2006), Kindler (2007), Martinez et al. (2006), Schröttle und Khelaifat (2008), Bonomi et al. (2009), arbeiteten einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und mittelbaren sowie unmittelbaren gesundheitlichen und psychischen Folgen heraus. Die methodische Erhebung erfolgte sowohl über die Befragung von Gewaltbetroffenen nach den Folgen als auch über den Vergleich des Gesundheitszustandes von Betroffenen und Nichtbetroffenen (Hornberg et al. 2008).

Nach Müller und Schröttle (2004) trugen 55 % der Opfer körperlicher und 44 % der Opfer sexueller Gewalt nach eigenen Angaben Verletzungen unterschiedlichen Ausmaßes davon; ein Drittel von ihnen nahm deswegen medizinische Hilfe in Anspruch. Die WHO (2013a) berichtete bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt in der Partnerschaft oder sexueller Gewalt außerhalb der Partnerschaft bei Frauen, dass ein erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich HIV, Schwangerschaftskomplikationen, Alkoholmissbrauch, Depression und Suizid sowie körperliche Verletzungen besteht.

Grundsätzlich wird bei den Gewaltfolgen zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Beeinträchtigungen unterschieden, zudem kann in körperliche und psychische Verletzungsfolgen unterschieden werden.

1.4.1 Körperliche Folgen von Gewalt

Zunächst augenfällig sind die unmittelbaren körperlichen Verletzungsfolgen, die aber dennoch oft wenig (sichtbar) ausgeprägt sind, im Extremfall jedoch tödlichen Ausgang haben können. Zu den typischen Verletzungen zählen Hämatome und Prellungen, Frakturen, Rupturen, Stich-, Schuss- oder Brandverletzungen (Brzank et al. 2005, Plichta und Falik 2001). Durch die Gewalteinwirkung können auch innere Verletzungen, Fehl- oder Frühgeburten, Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen wie z.B. Hör- oder Sehverlust oder auch ausgeschlagene Zähne resultieren. Phelan et al. (2005) fanden in einer Untersuchung von

Patienten eines US-amerikanischen Traumazentrums, dass Frauen als Opfer häuslicher Gewalt dabei mehr Verletzungen erleiden als Männer.

Langfristig können die Verletzungen zu funktionellen Beeinträchtigungen oder dauerhaften Behinderungen führen, insbesondere auch dadurch, dass häufig keine (fach-)ärztliche Versorgung der Verletzungen erfolgte. Mögliche Beeinträchtigungen sind dysfunktional verheilte Knochenbrüche, entstellende Vernarbungen, bleibende Organschäden, dauerhafte Sinnesbeeinträchtigungen, ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten und im Falle einer Schwangerschaft während der Gewalteinwirkung für dauerhafte Behinderungen des noch ungeborenen Kindes (z.B. Mark et al. 2007, WHO 2013).

1.4.2 Psychische Folgen von Gewalt

Als direkte psychische und psychosoziale Folgeprobleme können Angst- und Bedrohungsgefühle, psychischer Stress, Leistungs- und Konzentrations-schwierigkeiten, erhöhter Alkohol- und Medikamentenkonsum, speziell bei sexueller Traumatisierung auch ein Gefühl von überwältigender Scham entstehen. Von den Betroffenen häuslicher Gewalt wurden nach Schröttle et al. (2006) in einer Prävalenzstudie sehr häufig Niedergeschlagenheit/ Depression (36-46 %), Schlafstörungen/ Alpträume (27-33 %) dauerndes Grübeln (50-69 %), vermindertes Selbstwertgefühl (36-55%), verstärkte Ängste (18-24%), Probleme im Umgang mit Männern und sozialen Beziehungen (13-34%), Antriebslosigkeit und Konzentrationsschwäche (11-26%), Essstörungen (7-9%) sowie suizidale Gedanken (6-9%) angegeben. Vergleichbare Angaben machten auch Zlotnik et al. 2006 sowie Howard et al. 2010.

Zu den psychosomatischen Langzeitfolgen von (kindheitlich erlittener) Gewalt gehören zudem somatoforme Schmerzstörungen, möglicherweise mitbedingt durch körperliche Verletzungsfolgen, funktionelle Störungen als Zeichen autonomer Erregung ohne Nachweis einer Störung von Funktion oder Struktur von Organen, im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung gehäuft im Urogenitalbereich (Thompson et al. 2004). Auch sexuelle Funktionsstörungen wie Orgasmusstörungen, Erregungsstörungen oder Störungen der sexuellen Appetenz können auftreten (Amann und Wipplinger 2013).

1 Einleitung

In der ICD-10 sind als spezifische psychische Störungen nach Traumatisierung beschrieben:

- die akute Belastungsreaktion,
- die Anpassungsstörung,
- die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), gekennzeichnet durch Intrusion, Konstriktion (Verleugnung/ Vermeidung) und Übererregung,
- die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung,
- dissoziative Störungen.

Die traumaspezifischen Störungen können eher akut, protrahiert oder auch chronisch auftreten (Hidalgo und Davidson 2000). Ferner wird ebenfalls diskutiert, auch die Borderline-Störung als komplexe Traumafolgestörung zu verstehen (Driessen et al. 2002). Frauen scheinen im Speziellen gefährdet, durch Gewalt in der Partnerschaft psychische Folgestörungen zu entwickeln (Ehrensaft et al. 2006). Jelinek et al. (2007) versuchten, Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS nach Gewalterfahrung zu identifizieren und fanden Selbstaufgabe während der Traumatisierung, die Zahl bereits erlebter Traumata und die Art der kognitiven Verarbeitung während des Gewalterlebens als bedeutsame Prädiktorvariablen. Scarpa et al. (2006) beschrieben soziale Unterstützung als erhebliche Moderatorvariable bei Ausprägung und Schweregrad einer PTBS.

Die Prävalenz zur Entwicklung einer PTBS ist abhängig von der Art des Traumas und liegt bei 10% bei Verkehrsunfallopfern und schweren Organerkrankungen. Nach Vergewaltigungen, sowie bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern liegt die Prävalenz bei ca. 50%. Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland wird mit 1,5-2% angegeben (Flatten et al. 2011).

Zu den Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS gehören nach einer Metaanalyse von Brewin et al. (2000) vorherige Traumatisierung in der Kindheit, geringere Intelligenz bzw. Schulbildung, weibliches Geschlecht und jüngeres Alters zum Zeitpunkt der Traumatisierung. Ozer et al. (2003) identifizierten in einer weiteren Metaanalyse vorherige Traumata, vorherige psychologische Anpassung, familiäre Psychopathologie, wahrgenommene Lebensbedrohung während des traumatischen Ereignisses, peritraumatische emotionale Reaktionen und

Dissoziationen sowie fehlende soziale Unterstützung nach dem Trauma als Prädiktoren für eine PTBS.

1.4.3 Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung

Fischer und Riedesser (2009) definierten ein Trauma als „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ und verstehen Trauma als Prozess. Dieser bilde sich in dem von ihnen konzeptualisierten „Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung“ ab. Die drei Phasen des Modells stehen in dynamischem Verhältnis zueinander und sind eingeteilt in die „traumatische Situation“, „traumatische oder (post-)expositorische Reaktion“ und „traumatischer Prozess“.

Die „traumatische Situation“ wird als Zusammenspiel von Innen- und Außenperspektive, traumatischen Umweltbedingungen und subjektiver Bedeutungszuschreibung, Erleben und Verhalten beschrieben. Zum Charakter traumatischer Situationen gehört, dass keine subjektiv angemessene Reaktion möglich ist, obwohl eine dringend erforderliche Handlung notwendig wäre. Die Situation wird vom Betroffenen als repräsentativ für zentrale Aspekte des Weltbildes wahrgenommen und führt zur Erschütterung des Verhältnisses zur eigenen Person und zur Welt in den von der traumatischen Erfahrung angesprochenen Bereichen.

Die „traumatische Reaktion“ als „Notfallreaktion“ tritt als paradoxe Reaktion auf eine Situationserfahrung auf, die die subjektive Verarbeitungskapazität überschreitet. Auf psychischer Ebene beinhaltet sie alle individuellen Abwehr- und Bewältigungsversuche, die als psychophysiologische Gesamtreaktion verstanden werden müssen. Sie ist in Analogie zur Immunreaktion als komplexer Abwehrvorgang zu verstehen, mit dem Ziel, das Trauma aufzulösen, auszuscheiden, zu assimilieren oder mit dem Trauma als innerem „Fremdkörper“ weiterzuleben. Nach Horowitz (in Fischer und Riedesser 2009, S.97-100) durchläuft die postexpositorische Reaktion mehrere Phasen und ist gekennzeichnet durch einen regelhaft wiederkehrenden Wechsel von Intrusion und Verleugnung der traumatischen Erinnerungsbilder. Als mögliche Ausgangsweisen sind ein Abschluss im Sinne der „completion tendency“, die

vorzeitige Unterbrechung des Verarbeitungsprozesses oder das chronische Fortbestehen der traumatischen Reaktion, welches sich vor allem bei Extremtraumatisierung findet, beschrieben.

Der „traumatische Prozess“ stellt schließlich den lebensgeschichtlichen Bewältigungsversuch dar, wenn die traumatische Reaktion nur ungenügend abgeschlossen werden kann, und ist gekennzeichnet von dem oft lebenslangen Bemühen, die traumatische Erfahrung zu begreifen und in das eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Dafür werden kompensatorische Gegenentwürfe entwickelt, in die Annahmen eingehen, was die Betroffenen hätten tun oder sein müssen, um das ursprüngliche Trauma zu vermeiden im Sinne einer retrospektiven Präventionstheorie. Im Verlauf kommt es zu Strukturveränderungen, die durch ein Zusammenspiel verschiedener Kontrollprinzipien und -operationen hervorgebracht werden und den Betroffenen ermöglichen, sich an die traumatische Erfahrung anzupassen, mit ihr zu leben, sie unter Kontrolle zu halten und in gewissem Rahmen abzureagieren.

1.4.4 Neurobiologische Grundlagen der Traumatisierung

Extremstress führt zu einer gesteigerten Bildung endogener Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin), wodurch die Stressantwort des Organismus initiiert wird. Über die Aktivierung der HPA-Achse mit Bildung von CRH im Hypothalamus, das die Ausschüttung von ACTH in der Hypophyse veranlasst, erfolgt ein Anstieg von Cortisol, um die katecholaminerge Stressantwort einzudämmen und zu beenden (Kapfhammer et al. 2001) sowie Stoffwechsel-, Immun- und cerebrale Prozesse zu modulieren, um eine Anpassung des Organismus an den Stress zu ermöglichen. Die Regulation erfolgt durch inhibitorische Impulse aus Hippocampus und präfrontalem Cortex und Stimulation durch Amygdala und aminerge Hirnstammneuronen auf den Hypothalamus sowie negative Feedbackschleifen von Cortisol auf die HPA-Achse. Bei Patienten mit PTBS konnten Indikatoren für eine Störung der HPA-Achse durch erniedrigte Cortisol-Konzentrationen in Urin und Blut gefunden werden, wenngleich die Ergebnisse nicht in allen Studien bestätigt wurden. Eine erhöhte Empfindlichkeit in der negativen Feedbackschleife der HPA-Achse basiert auf einer Hypersensitivität von hypophysären Glukokortikoidrezeptoren (Yehuda 2006). Hypocortisolismus

könnte ein Risikofaktor für PTBS sein. Diese Annahme wird gestützt durch eine Untersuchung von De Quervain (2008), nach denen die Gabe von Hydrocortison unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS verhindern kann.

Mehrere Neurotransmittersysteme sind bei posttraumatischen Reaktionen betroffen. Noradrenalin hat eine zentrale Rolle bei der initialen Stressbewältigung inne. Es wird aus dem Locus coeruleus freigesetzt, aktiviert neocorticale und limbische Strukturen und triggert die Freisetzung von CRH. In der Peripherie erfolgt die Aktivierung des sympathischen Nervensystems über die Freisetzung von Noradrenalin und Adrenalin aus der Nebenniere. Es gibt inzwischen ein Fülle von Hinweisen, dass Noradrenalin verantwortlich ist für verschiedene Aspekte der PTBS-Symptomatik, wie Hyperarousal und vermehrte Erschreckbarkeit (Strawn und Geraciotti 2008).

Serotonin moduliert die noradrenerge Reagibilität und das autonome Arousal (Kapfhammer et al. 2001). Die Mechanismen sind noch nicht gänzlich klar, die Effekte von Serotonin auf emotionale und Stressreaktionen variieren jedoch nach Stressintensität, Hirnregion und Rezeptortyp. Es gibt indirekte Evidenz dafür, dass Serotonin Einfluss hat auf PTBS-assoziierte Verhaltensweisen wie Impulsivität, Feindseligkeit, Aggression, Depression und Suizidalität (Sherin und Nemeroff 2011). Zudem ist ein erniedrigter Serotoninspiegel verantwortlich u.a. für Depersonalisation und zwanghafte Reinszenierung (Steiner und Krippner 2006).

Endogene Opioide führen zu psychomotorischer Erstarrung und affektiver Betäubung („freezing-numbing“) und helfen dabei, in Situationen von Extremstress möglichst wenig Schmerzen und Ängste zu erleben, führen gleichzeitig zu einer Einengung der Wahrnehmung und damit negativen Interferenz von Lern- und Gedächtnisprozessen.

Charakteristische Veränderungen der Hirnstruktur und -funktion bei PTBS-Betroffenen konnten durch bildgebende Verfahren gefunden werden. Ein wesentlicher Befund ist ein reduziertes Hippocampus-Volumen. Kleinere Hippocampus-Volumina sind assoziiert mit Traumaschwere und Gedächtnisstörungen. Die Volumenreduktion kann sowohl kumulierter toxischer Effekt durch die Veränderungen in der HPA-Achse sein, als auch ein vorbestehender Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung einer PTBS sein (Sherin und Nemeroff 2010). Störungen im Hippocampus können dazu führen, dass Stressreaktionen vermehrt aktiviert nicht mehr adäquat beendet werden können

und dass die Diskriminierung zwischen sicheren und unsicheren Kontexten sowie die Löschung konditionierter Ängste schlechter funktioniert.

Die Amygdala als Teil des limbischen Systems ist für die Vermittlung von Stressreaktionen und emotionales Lernen zuständig. Obwohl es keine klaren Hinweise auf eine strukturelle Änderung der Amygdala bei PTBS gibt, zeigen Untersuchungen mit funktioneller Bildgebung eine Überempfindlichkeit auf Präsentation spezieller Stressoren (Shin et al. 2006).

Der mediale präfrontale Cortex übt inhibitorische Kontrolle auf Stressreaktionen und emotionale Reaktionen in Verbindung mit der Amygdala aus. Bei Patientinnen und Patienten mit PTBS findet sich ein reduziertes Volumen des präfrontalen Cortex. Zudem zeigt sich eine verringerte Aktivität des präfrontalen Cortex auf verschiedene, z.B. traumaassoziierte Stimuli, wobei es einen quantitativen Zusammenhang zur Traumaschwere gab (Sherin und Nemeroff 2011).

1.5 Kosten von Gewalt

Die WHO (2008) unterteilt die Kosten von interpersoneller Gewalt in direkte und indirekte. Direkte Kosten sind die, die unmittelbar aus dem Gewaltakt resultieren. Indirekte Kosten von Gewalt entstehen aus dem Verlust von Ressourcen und Möglichkeiten durch die Gewalteinwirkung (z.B. im Bereich Erwerbstätigkeit, Frühberentung, Lebensqualität, aber auch im makroökonomischen Bereich durch Ausfall von Investitionen).

Für den medizinischen Bereich fallen direkte Kosten für die Erstversorgung bei akuten Verletzungen, für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden, sexuell übertragbarer Krankheiten sowie für die psychologische Beratung und therapeutische Behandlung an. Darüber hinaus fallen Ausgaben für Medikamente, wiederholte ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie für langfristige Versorgungserfordernisse an, z.B. aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen und Geburtsschäden (WHO 2008, Hornberg et al. 2008). Eine große Streubreite in den Schätzungen wird insbesondere mit den Unsicherheiten bei der Schätzung der Folgekosten psychischer Beeinträchtigungen begründet.

Im nichtmedizinischen Bereich entstehen direkte Folgekosten u.a. im Bereich der Justiz, z.B. im Rahmen der Strafverfolgung und im sozialen Bereich, z.B. Kinder-

und Jugendhilfe, Unterstützungseinrichtungen für Gewaltbetroffene (Hornberg et al. 2008: 24).

Für Brasilien, Jamaica und Thailand wurden nach dem Vorschlag der WHO (2008) für jeweils ein Jahr die Kosten von Gewalt ermittelt. Dabei wurden an direkten medizinischen Kosten 0,4-12% der gesamten Gesundheitsausgaben und unter Einbeziehung der indirekten Kosten 0,4-4% des Bruttoinlandsprodukts als Folgekosten von Gewalt errechnet.

Verlässliche Daten zu den sozialen und ökonomischen Kosten interpersoneller Gewalt liegen für Deutschland bisher nicht vor (Brzank 2009). Haller und Dawid (2006) kamen für Österreich ausschließlich für den Bereich häuslicher Gewalt bei Erwachsenen zu einer Schätzung von 78 Millionen Euro, allerdings nahmen die Autorinnen real deutlich höhere Kosten an, weil nur die belegbaren Kosten erfasst wurden und keine Schätzungen für den nichtmonetären und gesamtgesellschaftlichen Bereich vorgenommen wurden. Exemplarisch wurden für einen Fall häuslicher Gewalt die Kosten auf ca. 14.000 Euro veranschlagt, wobei dies nur die bisherigen Kosten und Sozialhilfe für eine angenommene Bezugsdauer von einem Jahr waren und weitere Folgekosten auch in diesem Fall noch entstehen könnten. Weitere internationale Untersuchungen u.a. aus Großbritannien, USA, Spanien ermitteln für häusliche Gewalt bzw. Gewalt gegen Frauen Kosten pro Jahr von bis zu 33,1 Milliarden Euro (Brzank 2005).

In vielen Studien wurden auch die indirekten Kosten speziell häuslicher Gewalt herausgearbeitet. So wurden z.B. von Hellbernd et al. (2005) festgestellt, dass es zur Veränderung von Beziehungsgefügen mit Tendenz zur Isolation kommt. Durch die psychischen und sonstigen gesundheitlichen Folgen kann es auch zu Problemen im Rahmen der Erwerbsbiografie (Stellensuche, Erfüllen der Arbeitsaufgabe, Fehlzeiten usw.) kommen, sodass erhebliche Einkommenseinbußen daraus resultierten. In der Konsequenz kann erfahrene Gewalt zu Verarmung führen, die wiederum zu einem schlechteren gesundheitlichen Outcome führen kann (siehe z.B. Lampert und Ziese 2005), womit ein problematischer Kreislauf entsteht. Speziell durch häusliche Gewalt könnten Schwierigkeiten mit Vermietern und Nachbarn zu einer Verschlechterung der Wohnsituation führen.

1.6 Strategien zum Umgang mit Gewaltopfern

1.6.1 Prävention und Intervention

In den letzten Jahren wurden Interventionsprogramme zur Bekämpfung und Prävention von Gewalt und deren Folgen initiiert. Der Begriff Prävention bezeichnet alle Maßnahmen zur Sicherung der körperlichen und psychosozialen Gesundheit. Hier gilt der Grundsatz, dass Maßnahmen umso Erfolg versprechender sind, je früher eine Störung erkannt und behandelt wird.

Der Begriff Intervention (Kaufmann 2009) bezieht sich auf die Behandlung bereits eingetretener Schäden. Prävention reduziert das Risiko des Eintritts, Intervention beeinflusst den Ablauf und die Reduktion. Je nachdem, in welchem Stadium einer Störung Maßnahmen ergriffen werden, werden sie als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention bezeichnet (WHO 2003, Verbeek und Petermann 1999).

Diese Differenzierung richtet nach Hornberg et al. (2008: 41) auf der Interventionsebene der Primärprävention den Fokus darauf, „bestehende Gewaltverhältnisse aufzudecken, Opfer von Gewalt in der Suche nach weitergehenden geeigneten Hilfemöglichkeiten zu unterstützen und durch die Dokumentation von Verletzungen Schutzmaßnahmen vor weiterer Gewalt einzuleiten bzw. Gewalt zu beenden.“ Der Bereich der Sekundärprävention soll langfristige Traumatisierungsfolgen verhindern. Er umfasst die Behandlung von gewaltinduzierten Verletzungen und Beschwerden, die der Stabilisierung des Gesundheitszustandes insgesamt dienen. Tertiärpräventive Maßnahmen zielen auf die Traumaverarbeitung und Traumabewältigung ab.

Hornberg et al. (2008: 41) betonten, dass „Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf das Geschlecht des Behandelnden/Pflegenden sowie bezüglich der Behandlungsmethode...mit Blick auf eine mögliche Retraumatisierung und Trauma-Reaktivierung sowie angesichts potenziell gewaltbegünstigender Rahmenbedingungen, vor allem in stationären Einrichtungsformen, ein deutlich zu stärkender Bereich tertiärer Prävention [sind]“. Reemtsma (2005: 90) formulierte in diesem Zusammenhang pointiert: „Das Interesse des Opfers besteht darin, es als Opfer wahrzunehmen wie darin, es nicht als Opfer wahrzunehmen“.

Nach Ramsay et al. (2005) sind differenzierte Interventionen sowohl medizinisch, juristisch wie auch sozial je nach Situation des Gewaltopfers sinnvoll.

1.6.2 Strategien zur Opferversorgung im medizinischen Kontext

Die Integration der Medizin in die bereits bestehenden juristischen und sozialen Versorgungsverbände begann im Jahre 2004 im Bereich häuslicher Gewalt durch Offerten der Rechtsmedizin. Graß und Rothschild (2004) erkannten, dass die Rechte der Opfer wirksam nur gestärkt werden können, wenn neben den bereits bestehenden Netzwerken, wie z.B. Polizei, Gerichte, Beratungsstellen, auch der medizinische Versorgungsbereich einbezogen wird, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich Gewaltopfer oft zunächst hierher wenden. Die Autoren schlugen vor, dass die Rechtsmedizin dual tätig werden müsse: Zum einen sollte sie das Kompetenzzentrum bei der Intervention von Gewalttaten bilden, um die fehlende Dichte von rechtsmedizinischen Angeboten zu kompensieren. Zum anderen sollte die Rechtsmedizin die Aufgabe der Information und Schulung aller medizinischen Bereiche und Orte übernehmen, an denen Gewaltopfer Hilfe bekommen können. In den Leitlinien der WHO (2013b) wurden Strategien für die Gewalt in Paarbeziehungen bzw. sexuelle Gewalt gegen Frauen benannt, die in vielen Bereichen auch auf andere Bereiche, in denen Gewalttaten begangen wurden, übertragbar sind:

- Eine frauenzentrierte Versorgung, die das Angebot von Ersthilfe von Gesundheitsfachkräften beinhaltet
- Das Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen im Gesundheitssystem durch Nachfragen bei Symptomen, die durch Gewalterfahrungen hervorgerufen oder verschlimmert sein könnten
- Bereitstellung von schriftlichen Informationen zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen,
- Die Versorgung psychischer Folgestörungen sollte ermöglicht werden durch Gesundheitsfachkräfte mit fundiertem Wissen im Bereich Gewalt gegen Frauen,
- Beratung sollte schwangeren Frauen und Frauen, die mindestens eine Nacht in einer Zufluchtseinrichtung verbracht haben, angeboten werden

- Bei Opfern von sexueller Nötigung/Vergewaltigung umfassen die Leitlinien differenzierte Empfehlungen sowohl für die unmittelbare Versorgung einschließlich Notfallverhütung und Postexpositionsprophylaxe, als auch für psychologische Interventionen im weiteren Verlauf,
- Schulungen für Gesundheitsfachkräfte in Ersthilfe bereits während Ausbildung bzw. Studium, sowie Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die Frauen versorgen
- Die Versorgung von Frauen mit entsprechenden Gewalterfahrungen sollte in bestehende Angebote der Gesundheitsversorgung integriert werden, auf Bezirks- bzw. Kreisebene sollte eine durchgängige Erreichbarkeit einer in Untersuchung und Versorgung geschulten Gesundheitsfachkraft sichergestellt werden.

Für notfallstrategische Maßnahmen stellten Poloczek und Schmitt (2002: 503) fest, dass die Behandlung von häuslicher Gewalt in der Notfallmedizin viele Parallelen zur Therapie „klassischer“ vitaler Störungen zeigte: „Es handelt sich um einen Notfall, bei dem die Intervention im Sinne der Rettungskette nicht unterbrochen werden darf. Die diagnostischen Hilfsmittel sind vergleichsweise spärlich. Die Therapie orientiert sich an allgemeinen Grundsätzen und muss unter Berücksichtigung des sozialen, respektive pathophysiologischen Hintergrundes individuell an die jeweilige Situation angepasst werden. In beiden Fällen gilt, dass Unterlassung oder fehlerhaftes Handeln fatale Folgen haben kann.“

Wie schwierig die Implementierung solcher Strategien ist, zeigt die Untersuchung von Blättner et al. (2009), die darlegte, dass die Dokumentation von Gewaltfolgen umfassend zu verbessern und eine Sensibilisierung für das Thema langfristig herzustellen unter den untersuchten Rahmenbedingungen noch nicht gelang.

Für die spezifische Versorgung der psychischen Folgen von Gewalt bzw. Traumatisierung etablierten sich zunehmend Traumaambulanzen (Möllering 2006).

1.6.3 Juristische und polizeiliche Strategien

In der Rechtssprechung hatte in den letzten zehn Jahren eine deutliche Bewegung stattgefunden. So wurde per Gesetz die Rolle des Opfers im Strafprozess weg

vom Zeugen hin zu mehr Beteiligungsrechten verändert. Hierzu gehörte die Möglichkeit der Nebenklage mit der Erlangung eines umfassenden Teilnahmerechts am Verfahren. Durch die Nebenklage sollte das eigene Gerechtigkeitsbedürfnis verfolgt werden können, mit der Möglichkeit, an der Seite der Staatsanwaltschaft die Bestrafung des Beschuldigten zu betreiben und zu prüfen, ob die Staatsanwaltschaft die Aufklärung der Tat mit entsprechendem Nachdruck verfolgt. Zunehmend hat der Schutzgedanke Einzug gehalten in die Institution der Nebenklage, z.B. über Bestellung einer opferanwaltlichen Unterstützung (bei schweren Delikten auf Staatskosten). Mit der Einführung eines sog. Adhäsionsverfahrens hat das Opfer einer Straftat die Möglichkeit, zivilrechtliche Ansprüche im Strafverfahren mit geltend zu machen (Peschel-Gutzeit 2006).

Mit dem Opferrechtsreformgesetz 2004 (Bundesministerium für Justiz 2004) war zudem Akteneinsicht über die anwaltliche Unterstützung möglich geworden und das Opfer hatte das Recht eingeräumt bekommen, über Einstellung oder Ausgang des Verfahrens informiert zu werden.

Mit einer weiteren Reform des Opferrechts 2009 wurden weitere Verbesserungen zum Schutz von Opfern im Strafverfahren vorgenommen und die Informationspflichten von Strafverfolgungsbehörden gegenüber den Opfern deutlich erweitert (Bundesministerium für Justiz 2009).

Mit der Etablierung des Gewaltschutzgesetzes (Bundesministerium für Justiz, 2001) wurde für Opfer häuslicher Gewalt die Möglichkeit geschaffen, räumliche Distanz zur Täterin oder zum Täter auch ohne Inanspruchnahme von z. B. Frauenhäusern zu schaffen. Allerdings stellten Franke et al.(2004) fest, dass für eine ausreichende Wirksamkeit „primär ... ein aufeinander abgestimmtes Handeln von Polizei, Interventionsstellen, Opferhilfeorganisationen, medizinischer Versorgung, sowie Beweissicherung“ notwendig ist.

1.6.4 Soziale Strategien zur Opferversorgung

In der sozialen Arbeit ging man davon aus, dass ein Leidensdruck die Opfer zu eigener Initiative bewege. Deshalb erfolgte im klassischen Modell der Beratung die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen für die Opfer freiwillig, sog. „Komm“-Strukturen. Dass diese Arbeit sehr unterstützend für die Betroffenen sowohl im

praktischen Bereich als auch bei der Stärkung des Selbstwertes ist, wurde bereits nachgewiesen (Bennett et al. 2004, Fugate et al. 2005, Harms et al. 2008). Demgegenüber hatte sich der Ansatz der aufsuchenden Arbeit, der sogenannte „pro-aktive Ansatz“ herausgebildet, bei der die Beratung sich aktiv an betroffene Opfer richtet (Heinz 2002). Bei diesem Ansatz nehmen die Beratungsstellen Kontakt mit den Opfern auf.

Niederschlag fand dieser Ansatz in § 34 a Absatz 4 Polizeigesetz Nordrhein Westfalen. Danach hat die Polizei „die gefährdete Person ... über Beratungsangebote zu informieren, ihr eine Inanspruchnahme geeigneter, für diese Aufgabe qualifizierter Beratungseinrichtungen nahe zu legen und anzubieten, durch Weitergabe ihres Namens, ihrer Anschrift und ihrer Telefonnummer einen Kontakt durch die in der polizeilichen Einsatzdokumentation näher bezeichneten Beratungseinrichtung zu ermöglichen.“ Das Gesetz berücksichtigt somit, dass in dieser ersten Phase der Neuorientierung und Trennung Opfer häuslicher Gewalt qualifizierte Hilfe und Unterstützung brauchen (Gierden-Jülich 2007).

Löbmann et al. (2004) stellten darüber hinaus in einer Evaluation der niedersächsischen Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt fest, dass sich die BISS und ihre pro-aktive Arbeit als sinnvoll und notwendig erwiesen hat. Der pro-aktive Zugang auf Opfer von Gewalt wurde als erfolgreich implementiert und umgesetzt angesehen. Vor allem wurden durch die pro-aktive Beratungsform auch Opfer häuslicher Gewalt erreicht, die noch nie zuvor psychosoziale Beratung erhalten hatten.

1.6.5 Versorgungsstrukturen in Düsseldorf

- **Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses**

In der Kinderschutzambulanz des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf werden Kinder therapiert, die körperlicher, seelischer und sexueller Gewalt ausgesetzt waren. Die Ambulanz wird zu einem Teil über die Diakonie finanziert, zum anderen Teil über Spendengelder, die der Verein „Sterntaler Düsseldorf e. V.“ als Schirmherr akquiriert.

Neben der Kinderschutzambulanz wurde 2005 eine Säuglingsschutzambulanz angeschlossen, die sich um vernachlässigte und von Misshandlung bedrohte

Säuglinge kümmert. Dieses Angebot wurde zur Prävention eingeführt, weil der Raum Düsseldorf in diesem Bereich bislang unterversorgt sei. Deshalb kooperiere die Ambulanz mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Jugend- und Gesundheitsamt, Hebammen, Drogenberatungen und Erziehungsberatungsstellen. Ziel ist u.a., die Eltern zu trainieren und die gestörte Eltern-Kind-Interaktion zu normalisieren.

- **Psychotraumatologische Erstberatung beim „Weißer Ring e.V.“**

Das Angebot der psychotraumatologischen Erstberatung soll helfen, „die Selbstheilungskräfte zu fördern, zusätzlich belastende Entwicklungen zu verhindern und bei riskanten, von Krankheit geprägten Verläufen eine traumatherapeutische Behandlung anzuregen.“ Zeitlich wird sie zwischen dem traumatischen Ereignis und einer eventuellen Psychotherapie angeboten.

Das Ansinnen liegt nach Selbstauskunft des Weißen Ring e.V. darin, den Kriminalitätsoptionen zeitnah nach psychisch verletzenden Erlebnissen eine angemessene, kompetente medizinisch-psychologische Fachberatung zukommen zu lassen. Chronifizierung von psychischem und seelischem Leiden sollen durch notfallpsychologische Intervention und psychotherapeutische Soforthilfe verhindert werden.

- **Gewaltopferambulanz Gesundheitsamt Düsseldorf**

Zentrale Angebote unterbreitet das Gesundheitsamt Düsseldorf. Dort wurde eine „Ambulanz für Gewaltopfer“ eingerichtet, die sich sowohl an Männer als auch an Frauen wendet. Die Beratung nach Gewalterfahrung richtet sich an Opfer oder Zeugen einer Gewalttat, Angehörige, Partnerinnen und Partner oder Freundinnen und Freunde eines Gewaltopfers. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begleiten und unterstützen laut Selbstdarstellung im Internet u.a. bei der Antragstellung auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG). Das Team besteht Mitarbeitenden verschiedener Gesundheitsberufe mit einschlägigen Zusatzausbildungen. Das Angebot ist kostenlos und an Öffnungszeiten in der Woche gebunden.

- **Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.**

Neben der allgemeinen Frauenberatung/Clearingstelle gibt es spezialisierte Arbeitsbereiche u.a. für Frauen in Gewaltbeziehung, vergewaltigte Frauen und Frauen, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erlebt haben sowie für

Migrantinnen, insbesondere Opfer von Frauenhandel. Die Beratungen sind kostenfrei und anonym, die Mitarbeiterinnen unterliegen der Schweigepflicht. Es besteht eine tägliche telefonische Erreichbarkeit und kurzfristige Termine für persönliche Beratung.

- **Der Kriminalpräventive Rat**

Der Kriminalpräventive Rat ist das zentrale Koordinations- und Beratungsgremium der Stadt Düsseldorf, das unter Beteiligung örtlicher Gremien und Einrichtungen zur systematischen Verhütung von Straftaten beitragen soll. Den Vorsitz führt die Ordnungsdezernentin bzw. der Ordnungsdezernent.

Ziel der Fachgruppe Opferschutz beim Kriminalpräventiven Rat ist die Erhaltung und Stärkung der Lebensqualität im Gemeinwesen durch Kriminalprävention auf kommunaler Ebene. Die Fachgruppe dient der Pflege und dem Ausbau eines sozialen Netzwerks, um den gesamtgesellschaftlichen Auftrag von Schutz und Hilfe für Opfer zu gewährleisten. Weitere Fachgruppen bzw. Arbeitskreise (z.B. Häusliche Gewalt, Sexualisierte Gewalt) wurden zur verbesserten Vernetzung bezüglich spezifischer Themen gegründet. In einem Handbuch des Kriminalpräventiven Rats (2009) wurden Anlaufstellen für Gewaltopfer systematisch und übersichtlich dargestellt.

- **Beratungsstelle der Diakonie „Gewalt in Familien“**

Das Angebot der Diakonie umfasst Beratung und Therapie, um die Folgen von körperlicher, seelischer oder sexualisierter Gewalt aufzuarbeiten und zu bewältigen. Inbegriffen in dem Konzept ist die Täterarbeit. Das Angebot ist für alle Einwohnerinnen und Einwohner von Düsseldorf kostenlos. Die Beratungsstelle ist Teil des Netzwerkes. Ein zusätzliches Angebot richtet sich an Jugendliche und Kinder, die selbst sexuell übergriffig geworden sind.

- **Beratungsstelle der Polizei - Opferschutzbeauftragte**

Aus dem Grundsatz hergeleitet, dass Opfer von Straftaten Anspruch auf eine schonende Behandlung im Ermittlungsverfahren und auf polizeiliche Hilfe haben, wurden in jeder Kreispolizeibehörde Opferschutzbeauftragte ernannt, um dem Opferschutz auch im polizeilichen Alltag Rechnung zu tragen. Eine der Aufgaben ist, Netzwerke des Opferschutzes und der Opferhilfe mit staatlichen, kommunalen und freien Trägern aufzubauen. Die Opferschutzbeauftragten sind Anlaufstelle für allgemeine und spezielle Opferfragen, -betreuung und -hilfe. Auf Grund des

Strafverfolgungszwangs (§ 163 Strafprozessordnung) müssen sie bei Verdacht auf eine konkrete Straftat ein Ermittlungsverfahren einleiten - auch gegen den Wunsch der oder des Ratsuchenden.

- **Versorgung von Gewaltopfern am Universitätsklinikum Düsseldorf**

2007 wurden am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) unter Federführung des Institutes für Rechtsmedizin die verschiedenen medizinischen Fächer, die an der Versorgung von Gewaltopfern beteiligt waren, speziell Gynäkologie, Kinderheilkunde, Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik in einer Arbeitsgruppe zusammengeführt. Ziel der Gruppe war und ist es, die Versorgung von Gewaltopfern am Klinikum zu verbessern.

In einem ersten Schritt wurde eine Bedarfsanalyse über eine retrospektive Fallanalyse aus dem Jahr 2004 in den beteiligten Fächern vorgenommen. Beispielsweise wurden in der Unfallchirurgie in dem genannten Jahr von 7132 Patienten die Akten ausgewertet, darunter wurden 347 Gewaltopfer ermittelt, davon waren 8 mehr als einmal vorstellig (Schumann 2012). Bei nur 6 Betroffenen wurde eine psychotherapeutische oder psychiatrische Weiterversorgung eingeleitet, Adressen von weiterführenden Hilfsangeboten in keinem Fall zur Verfügung gestellt. Die ärztliche Befunddokumentation wurde nur in 4 Fällen als gerichtsfest erachtet. Müller (2011) untersuchte das Patientenkollektiv des Klinischen Institutes der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Von den 1536 Patienten, die im Jahr 2004 ambulant betreut wurden, konnten 57 (3,7%) als Gewaltopfer identifiziert werden. Darunter waren 40 Frauen und 17 Männer; die Überrepräsentanz von Frauen wurde mit dem häufigeren Auftreten von Traumafolgestörungen bei Frauen erklärt. Bei 48 davon lag die Gewalterfahrung über einen Monat zurück, von einer Akutversorgung kann nur in drei Fällen gesprochen werden (Zeitintervall zwischen traumatischem Ereignis und Akutversorgung weniger als ein Monat). Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde in 13 Fällen (22,8%), eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung in 10 Fällen (17,6%) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in 9 Fällen (15,8%) als häufigste Diagnosen gefunden. Bei 37 Personen konnten Angaben zur Erstversorgung gefunden werden, davon waren 10 im UKD erstbetreut worden, 3 davon in der

Unfallchirurgie. Dies lässt im Vergleich der Zahlen aus der Unfallchirurgie die Annahme zu, dass eine spezifische Verweisung von Gewaltopfern nicht erfolgt bzw. nicht erfolgreich war.

In einem zweiten Schritt wurde im gleichen Jahr 2007 die „UKD-Ambulanz für Gewaltopfer“ eröffnet. Die Untersuchungsstelle ist Teil des Hilfsnetzwerkes für Gewaltopfer in Düsseldorf. Die Kontaktaufnahme ist telefonisch über eine zentrale Rufnummer (0211/8106000) möglich. Tagsüber ist eine geschulte Kontaktperson direkt erreichbar, in den Abend- und Nachtstunden wird über eine Bandansage eine Information angeboten. Für die Betroffenen stehen geschulte Mitarbeiter zur Verfügung. Sie sollen eine Clearingfunktion ausüben und zu geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie in das weitere Hilfenetzwerk vermitteln. Zudem kann eine rechtsmedizinische Untersuchung und Befundsicherung initiiert werden.

Zur Information der Betroffenen wurde ein Flyer entwickelt, der über das Angebot des UKD informiert und die Kontaktangaben beinhaltet. Er verweist zudem auf weitere Beteiligte des interdisziplinären Netzwerkes zur Gewaltopferversorgung in Düsseldorf, wie in Abb. 1 dargestellt. Dieser Flyer steht in allen Kliniken des UKD zur Verfügung. Er ist im Anhang einsehbar.

Die UKD-Ambulanz berät zusätzlich das ärztliche Personal des Klinikums bei Fragen zur akuten Versorgung eines Gewaltopfers und führt Fortbildungen zu dieser Thematik durch. Die folgende Abbildung zeigt die Einbindung der Einrichtungen des UKD in das Netzwerk bestehender Hilfseinrichtungen.

1 Einleitung

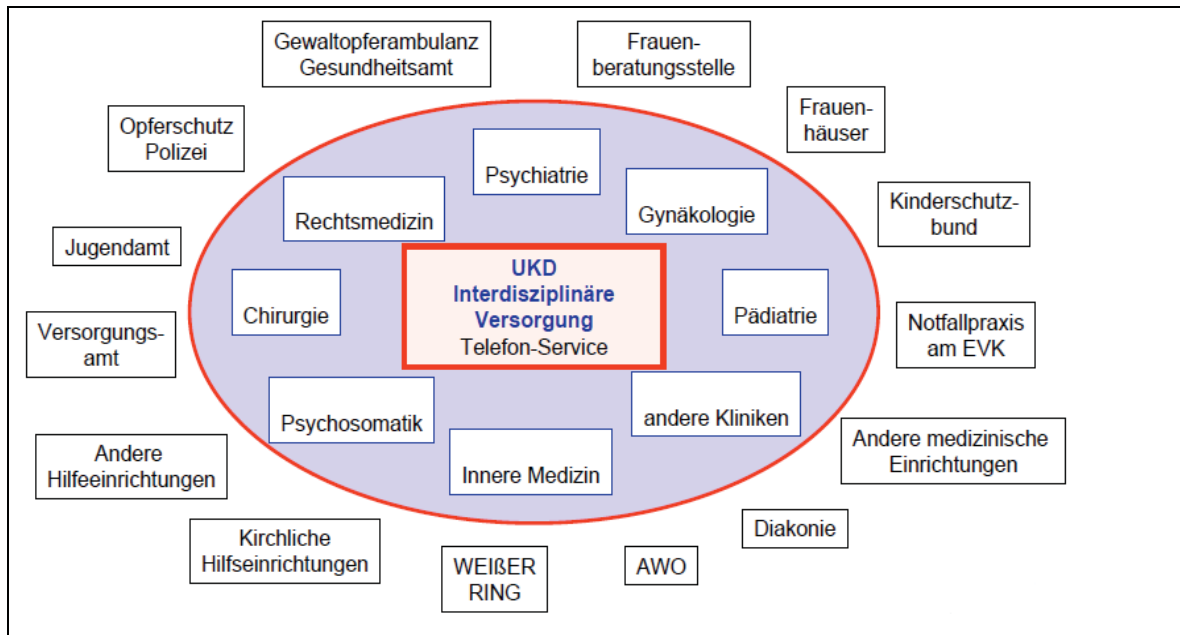


Abb. 1: Schema der interdisziplinären Gewaltopferversorgung in Düsseldorf (Präsentationsvorlage Graß 2006, genehmigte Nutzung)

Nach Graß et al. (2012) lief parallel ein dreijähriges Teil-Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), bei dem die „niedergelassenen Behandler für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen“ qualifiziert und der Erfolg der Maßnahme untersucht werden sollte. In dem Teil-Projekt wurden 67 Praxen (insbesondere der Gynäkologie und der Allgemeinmedizin in Düsseldorf, Kiel und München) konzeptionell bei der zielgruppenspezifischen Fortbildung zur Vermittlung von Kenntnissen zum Erkennen und Dokumentieren von Gewalt sowie in einem sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Personen unterstützt. Es fand eine intensive Betreuung der Praxen und Hilfestellung im Einzelfall (Beratung und Supervision) statt. Zusätzlich wurden praxistaugliche und als entlastend wahrgenommene Strukturen und Arbeitshilfen erarbeitet. Zudem wurden spezifische Kommunikationskompetenzen zur angemessenen Ansprache von Gewaltopfern unter gleichzeitiger Ressourcenschonung im Praxisalltag vermittelt, und die Praxen in ein psychosoziales Netz von regional bereits vorhandenen Hilfeangeboten eingebunden. Ziel war, einen niederschweligen Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem zu eröffnen. Es wurden Schulungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Informationsmaterial und eine

1 Einleitung

Dokumentationsanleitung zur Befundsicherung angeboten. Das Modellprojekt wurde 2010 erfolgreich abgeschlossen, die Ziele wurden in der Abschlussevaluation erreicht.

1.7 Fragestellung

Im Jahr 2007 wurde in der Universitätsklinik Düsseldorf ein Angebot zur Gewaltopferversorgung implementiert (s. 1.7.4). Damit sollten Betroffene, die vielleicht zunächst nur zur Versorgung der (körperlichen) Folgen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, auf die Möglichkeit rechtsmedizinischer und psychotherapeutischer Betreuung sowie weiterer Hilfe aufmerksam gemacht und zu deren Inanspruchnahme motiviert werden.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Teilevaluierung dieses Versorgungsangebotes. Primär sollte untersucht werden, inwiefern Gewaltopfer durch das medizinische Personal in der Unfallchirurgie verbessert identifiziert und über weiterführende Angebote informiert wurden. Ferner sollte geprüft werden, ob das spezifische Angebot von Gewaltopfern in Anspruch genommen wurde. Sekundär sollte eine Einschätzung der gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen und eine Erhebung der subjektiven Bewertung des Versorgungsangebotes vorgenommen werden.

Hierfür wurde die Klinik für Unfallchirurgie ausgewählt, die bereits an der retrospektiven Voruntersuchung beteiligt war, sodass Vergleichsdaten für das Jahr 2004 zur Verfügung standen. Die Unfallchirurgie erschien deswegen besonders geeignet, weil die unfallchirurgische Notfallambulanz Anlaufstelle für ambulante Patienten aller chirurgischen Fachrichtungen, inklusive HNO, Kieferchirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie ist, und somit viele Gewaltopfer zur Versorgung von körperlichen Verletzungen primär hier vorstellig werden dürften.

Ziel der Arbeit ist, weitere Erkenntnisse über die spezifischen Bedürfnisse von Gewaltopfern zu erlangen, um die Versorgungsangebote weiter zu optimieren.

Dabei sollen die folgenden Hypothesen geprüft werden:

1. Der Anteil der identifizierten Gewaltopfer ist im Vergleich zum Voruntersuchungszeitraum erhöht (Schumann 2012, Jungbluth et al. 2012).
2. Die Betroffenen werden auf weiterführende Hilfen aufmerksam gemacht, was zu einer Nutzung dieser weiterführenden Angebote beiträgt,
3. Die Nutzung der weiterführenden Angebote trägt den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen Rechnung.

2 Material und Methode

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Fallstudie aus den Versorgungsgebieten der Unfallchirurgie, der psychosomatischen Versorgungsforschung und der Klinischen Rechtsmedizin. Sie beinhaltet

- (a) eine retrospektive Erhebung der Krankendaten der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf aus den Jahren 2007 (ab Mai) und 2008, einen Datenabgleich mit dem Institut für Rechtsmedizin und dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie
- (b) eine katamnestische Untersuchung der von Mai 2007 bis Dezember 2008 identifizierten Gewaltopfer.

Für diese Untersuchung wurden alle Gewaltformen berücksichtigt.

Zur Wahrung des Datenschutzes war die Gewährung der Akteneinsicht an eine schriftliche Zusage der Einhaltung der entsprechenden Datenschutzrichtlinien gebunden. Die Kontaktaufnahme zu den Probandinnen und Probanden sowie deren Untersuchung war ebenfalls an Auflagen zu ihrem Schutz gebunden, die die Untersuchung erfolgte nur mit schriftlicher Einverständniserklärung der Betroffenen. Die Richtlinien dazu wurden festgelegt im Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vom 25.07.2007 (Studiennummer 2890).

Als Einschlusskriterium für die Aktenauswertung musste als Indikator durch die behandelnde Unfallchirurgin bzw. den behandelnden Unfallchirurgen vermerkt sein, dass eine aktuelle Gewalterfahrung als Konsultationsanlass vorlag. Die Auswertung erfolgte nach einem einheitlichen Schema (s. Tabelle 3), welches sich an der Voruntersuchung (vgl. Schumann 2012) orientiert. Zudem wurden weitere Daten zur Erreichbarkeit der Probandinnen und Probanden gewonnen, die nicht in die Auswertung eingingen. Die anschließende Nachuntersuchung erfolgte nach Prüfung von Ausschlusskriterien, die ebenfalls im Votum der Ethikkommission festgelegt waren, mit Fragebögen und einem halbstrukturierten Interview, welches ebenfalls nach einem festgelegten Schema ausgewertet wurde.

2.2 Vorgehen bei der retrospektiven Fallanalyse

Seit Mai 2007 wurden in der Unfallchirurgischen Poliklinik der Heinrich-Heine-Universität durch die Unfallchirurgen bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Anamnese und/ oder Untersuchungsergebnisse als Gewaltopfer identifiziert wurden, ein entsprechender Indikator in der Patientenakte gesetzt.

Die vorliegende Untersuchung erfasst die Patientenakten vom Zeitraum Mai 2007 bis Dezember 2008. Der Zeitraum wurde mit Beginn des spezifischen Angebotes für Gewaltopfer am UKD gewählt, und das Folgejahr ebenfalls mit einbezogen, um ausreichend Probanden für die Nachuntersuchung zu gewinnen.

Aus allen Akten wurden ausschließlich die durch die Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen indizierten ausgewählt und ausgewertet.

Tabelle 3 führt die in der Studie gesammelten Daten und Parameter aus der unfallchirurgischen Akte auf. Diese umfassen neben Angaben zu den Betroffenen die Spezifika der geschilderten Gewalttat, Angaben zur Behandlung sowie Empfehlung der nachfolgenden Beratungs- und Therapieangebote.

Zusätzlich wurden alleinig zur Kontaktaufnahme und zur Prüfung der Inanspruchnahme der Nachfolgeangebote der Psychosomatischen Institutsambulanz bzw. der Gewaltopfersprechstunde der Rechtsmedizin erfasst:

- Name, Vorname
- Adresse
- Telefonnummer (soweit vorhanden).

Diese Daten wurden jedoch gesondert erfasst und für die weitere Auswertung nicht verwendet. Ergänzend konnten in Einzelfällen anhand der Aktenlage bereits Ausschlusskriterien identifiziert werden, sodass in diesen Fällen eine Kontaktaufnahme grundsätzlich nicht erfolgte.

Tabelle 3: Erhobene Parameter der retrospektiven Datenauswertung

Parameter	Datenformat	Antwortmöglichkeiten
Alter	numerisch	
Geschlecht	Text	männlich/weiblich
Nationalität deutsch	Text	ja/nein
Datum des Vorfalls	Datum	
Datum der Erstvorstellung in der Unfallchirurgie	Datum	
Tätergeschlecht	Text	männlich/weiblich/mehrere/unbekannt
Beziehung zur Täterin/ zum Täter	Text	Lebenspartnerin/ Lebenspartner/ Expartnerin/ Expartner/ Verwandte 1. Grades/ weitere Verwandtschaft/ Freundin/ Freund o. Bekannte/ Bekannter/ Unbekannte/ Unbekannter
Täterzahl	numerisch	
Tatmotiv	Text	Beziehungskonflikt/ sexuell motiviert/ sonstige/ unbekannt
Tatort	Text	häuslich/ öffentlicher Raum/ unbekannt
Wiederholte Gewalterfahrung erkennbar	Text	ja/nein
Alkoholisierung des Opfers erkennbar	Text	ja/nein
Verletzungsmuster	Text	Prellung/Fraktur/Commotio/offene Wunden/ sonstige Wunden (Mehrfachnennungen möglich)
Stationäre Versorgung erforderlich	Text	ja/nein
Operation (unmittelbar) erforderlich	Text	ja/nein
Abbruch der empfohlenen Behandlung	Text	ja/nein
Hinweis auf weiterführende Angebote erfolgt	Text	ja/nein
Ablehnung weiterführender Angebote in der Behandlungssituation	Text	ja/nein

Die Patientendaten wurden mit den Archiven der Rechtsmedizin und des Institutes für Psychosomatik der Universitätsklinik Düsseldorf verglichen, um zusätzliche Daten zur Inanspruchnahme dieser Institutionen als nachfolgende Angebote zu

erhalten. Der Abgleich der Patientendaten mit den eigenen Akten erfolgte durch Mitarbeitenden der jeweiligen Institute; diese Personen wurden durch die Institute in eigener Verantwortung autorisiert.

2.3 Vorgehen bei der katamnestischen Untersuchung

Die o.g. Patientinnen und Patienten wurden in einem Zeitraum von 6-25 Monaten nach der unfallchirurgischen Konsultation nachuntersucht. Der lange Katamnesezeitraum entstand durch den Beginn der Datenerhebung für die Arbeit im September 2008 sowie die langfristigen Versuche, die Betroffenen zu erreichen und einen Termin für die Nachuntersuchung zu finden.

2.3.1 Ausschlusskriterien für die katamnestische Untersuchung

Die Ausschlusskriterien für die nachfolgende Untersuchung waren:

- Alter zum Zeitpunkt der geplanten Nachuntersuchung unter 18 Jahre
- Telefonische Nichterreichbarkeit
- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Erkrankungen mit Beteiligung des ZNS (z.B. Schlaganfall)
- Schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen (z.B. Psychose, Demenz)
- Schwerwiegende körperliche Erkrankungen (z.B. schwere COPD)

Zudem war es den Probandinnen und Probanden zu jedem Zeitpunkt möglich, die Untersuchung ohne Angabe von Gründen abzulehnen oder abzuberechen.

2.3.2 Telefonische Kontaktaufnahme zu den Probandinnen und Probanden

Die Kontaktaufnahme für die Nachuntersuchung der Probandinnen und Probanden erfolgte gemäß der Richtlinien der Ethikkommission ausschließlich telefonisch. Damit konnte gewährleistet werden, dass nicht zufällig eine Täterin oder ein Täter von der Untersuchung erfuhr und dies möglicherweise Anlass für erneute Gewalttaten wurde. Eine Darstellung des Procedere findet sich in einem Flussdiagramm im Anhang.

Die Versuche der Kontaktaufnahme geschahen zu verschiedenen Tageszeiten und Wochentagen sowie über einen längeren Zeitraum bis zum Erreichen der

Betroffenen bzw. mindestens 10-mal pro Fall zur Feststellung der Nichterreichbarkeit.

Im Rahmen der Kontaktaufnahme stellte sich die Untersucherin nach der Vergewisserung, die Probandin bzw. den Probanden selbst zu sprechen, ausführlich selbst vor, erläuterte die Untersuchung, prüfte das Vorliegen von Ausschlusskriterien und vereinbarte bei Einverständnis einen Untersuchungstermin. In diesem Termin wurden die telefonisch erfolgten Angaben wiederholt, ggf. präzisiert und Nachfragen beantwortet. Das Einverständnis wurde erneut schriftlich eingeholt.

2.3.3 Halbstrukturiertes Interview

Für die Nachuntersuchung wurde ein halbstrukturiertes Interview entwickelt. Die Dauer des Interviews betrug etwa eine Stunde und wurde auf Tonband (nach schriftlicher Einverständniserklärung der Probandin bzw. des Probanden) aufgezeichnet. Durch das Interview wurden Daten erhoben, die aus dem Aktenstudium nicht hervorgingen bzw. mit standardisierten Fragebögen nicht erfasst werden konnten. Es wurden erfasst:

- Aktuell bestehende körperliche und psychische Symptome und deren erinnertes Ausmaß zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Behandlung,
- das Erleben der Behandlungssituation in der unfallchirurgischen Ambulanz,
- ob und wie der Bezug zum damaligen Gewalterleben hergestellt wurde,
- die gewünschte und in Anspruch genommene soziale Unterstützung,
- die Inanspruchnahme der spezifischen Versorgungsangebote der UKD und weiterer Beteiligter aus dem Hilfenetzwerk für Gewaltopfer,
- Faktoren, die die Inanspruchnahme begünstigt oder erschwert haben.

Bestandteil des Interviews waren alle fünf Items des Instruments Screening Partnergewalt in der Lebenszeitversion (SPG, Nyberg et al. 2008) zur Erfassung von Erfahrungen mit Gewalt in der Partnerschaft in der Lebensgeschichte.

Zudem wurde während des Interviews ein klinisch psychischer Eindruck durch die psychiatrisch-psychotherapeutisch erfahrene Untersucherin erhoben. Zur Auswertung des Interviews wurde ein Auswertungsschema entwickelt. Entlang des Interviewleitfadens wurden die Einschätzungen der Symptomschwere durch die Betroffenen in eine fünfstufige Skalierung gebracht, um neben der

beschriebenen Belastung auch eine ansatzweise Quantifizierung vornehmen zu können. Die Fragen nach Inanspruchnahme und weiteren Traumata wurden untergliedert in verschiedene Unterformen (wie z.B. die verschiedenen Institutionen) jeweils mit ja/nein-Antwortmöglichkeit versehen, zudem waren an verschiedenen Stellen die zusätzliche Freitextangaben zur Ergänzung möglich, sofern die Angaben nicht anders erfasst werden konnten. Hier war eine Auswertung der Häufigkeiten vorgesehen. Zur Bewertung der Hilfsangebote wurden die Kategorien „Hilfreich/ Störend/ Unzureichend/ Egal/ Nicht erinnerlich“ vorgegeben, die jeweils mit ja/nein ausgewertet werden konnten sowie die Möglichkeit zur Freitextergänzung im Bedarfsfall einer anderen Nennung.

Zur Erfassung der sozialen und finanziellen Situation wurden ebenfalls Unterkategorien entwickelt.

Der komplette Interviewleitfaden und das Auswertungsschema sind im Anhang einsehbar.

2.3.4 Verwendete Fragebögen

Zusätzlich wurden mittels Fragebögen Daten erhoben über:

- das Ausmaß der psychischen Belastung mit der Symptomcheckliste SCL-90R (Franke 2002); damit sollten quantitativ verwertbare Daten zur psychischen Befindlichkeit erhoben werden
- die Beeinträchtigung der Lebensqualität mit dem Short Form Health Survey (SF12, Bullinger und Kirchberger 1998); damit sollte ein Maß für die somatische und psychische Beeinträchtigung mit Bezug auf die Lebensqualität erhoben werden
- das spezifische Ausmaß psychischer Belastung durch das Gewaltereignis mit der Impact of Event-Scale IES (Ferring, Filipp 1994); damit sollten spezifische Symptome einer Traumafolgestörung gemessen werden
- die Traumaliste des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen DIA-X (Wittchen, Pfister 1997); damit sollte geprüft werden, ob weitere Traumatisierungen über das Gewaltereignis hinaus, welches Konsultationsanlass in der Unfallchirurgie war, vorhanden sind und ebenfalls zu psychischen Folgestörungen führen könnten.

- das Vorkommen von Angst und Depression mit der Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D, Herrmann et al. 1995).

Die verwendeten Fragebögen werden im Folgenden näher charakterisiert.

Die **SCL-90-R** (Franke 2002) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Aus 90 Items werden die neun Skalen gebildet: „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Es werden zusätzlich drei globale Kennwerte gebildet. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Dabei liegen alters- und geschlechtsnormierte T-Werte vor.

Der **SF-12** als Kurzform des SF-36 (Bullinger, Kirchberger 1998) ist ein krankheitsübergreifendes Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er setzt sich aus 12 Items zusammen und erfasst 2 Summenskalen, die sich konzeptuell in die Bereiche «körperliche Gesundheit» und «psychische Gesundheit» einordnen. Das Antwortformat gestaltet sich in verschiedenen mehrstufigen Likertskalen. Die Auswertung erfolgt über spezielle Gewichtungen der einzelnen Antwortmöglichkeiten unter Bildung von Summenwerten für die seelische und körperliche Gesundheit. Für die amerikanische Normstichprobe wurden Mittelwerte von 50 und eine Standardabweichung von ± 10 festgelegt, wobei höhere Werte einen besseren Gesundheitszustand bedeuten.

Die **IES** (Ferring und Filipp 1994) misst typische individuelle psychische Reaktionen und Symptome der letzten sieben Tage als Folge extremer Ereignisse. Sie besteht aus 15 Items mit jeweils 4-stufiger Antwortmöglichkeit. Es wird ein Gesamtscore gebildet, der eine Schätzung der Posttraumatischen Belastung, jedoch keine Diagnose erlaubt. Bei Werten 0-8 wird von einem klinisch unauffälligen Befund ausgegangen, 9-25 als leicht, 26-43 als mäßig und über 43 als schwer ausgeprägte Symptomatik verstanden. Als Cut-Off-Wert für ein klinisch signifikantes Trauma wird ein Wert von 26 vorgeschlagen.

Das **Diagnostische Expertensystem für psychische Störungen** (DIA-X, Wittchen und Pfister 1997) ist ein modulares diagnostisches Beurteilungssystem zur Diagnostik psychischer Störungen nach den Forschungskriterien von ICD-10- bzw. DSM-IV. Die Auswertung erfolgt in der Regel computergestützt. Die Traumaliste ist Bestandteil des Kapitels zur Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen und besteht aus einer einfachen Liste von Ereigniskategorien, die in der Regel schriftlich vorgelegt wird. Erfasst werden in 9 Items Erfahrungen mit verschiedenen traumatischen Situationen mit einem zweistufigen Antwortformat (Ja/Nein). Im Anschluss werden Traumakriterien, das schlimmste Ereignis und das Lebensalter bei dessen Auftreten erfragt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde das Instrument lediglich deskriptiv zur Erfassung weiterer Traumatisierungen in der Vorgeschichte genutzt.

Die **HADS-D** (Herrmann et al. 1995) ist die deutsche Adaptation der englischsprachigen HADS. Sie besteht aus 14 Items, aus denen jeweils eine Angst- und Depressivitätssubskala gebildet wird. Sie dient zur Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Beschwerden. Werte ≤ 7 in den Subskalen werden als unauffällig gewertet, Werte ≥ 11 als auffällig, dazwischen liegende Werte als grenzwertig. Die Itemkennwerte weisen eine homogene Testkonstruktion auf.

Die Auswertung der Tests erfolgte manuell nach den jeweiligen Manualen.

2.4 Auswertungsmethodik

Alle Daten aus den in die Auswertung eingegangenen Erhebungsbögen der retrospektiven Fallanalyse, des Interview-Auswertungsbogens und der Fragebogenauswertungen der katamnestischen Untersuchung wurden in Microsoft Excel© erfasst.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte deskriptiv mittels Statistiksoftware SPSS 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, UA).

Bei den Daten wurden absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane, Minima und Maxima berechnet.

Zur Prüfung von Zusammenhängen in der Stichprobe wurden aufgrund der Datenstruktur (überwiegend nominal und ordinal) überwiegend der Chi-Quadrat-Test verwendet, bei kleiner Datenmenge der exakte Fisher-Test. Für die

statistischen Untersuchungen des Alters wurden der Kolmogorov-Smirnov- und der Zweistichproben-t-Test angewandt.

Weitergehende statistische Auswertungen, speziell umfangreiche vergleichende Untersuchungen der Gesamtstichprobe mit der nachuntersuchten Stichprobe waren aufgrund der kleinen Stichprobe nachuntersuchter Probandinnen und Probanden nicht möglich bzw. nicht sinnvoll.

Die Auswertungsbögen der Interviews wurden mit Zählung von Häufigkeiten untersucht, zusätzlich wurden qualitative Angaben erfasst, insbesondere Angaben der Untersuchten zu den weiterführenden Angeboten und –die Anonymität der Betroffenen während- mit Zitaten unterlegt. Die aus der Untersuchung resultierenden klinischen Diagnosen wurden ebenfalls mit Häufigkeiten erfasst.

Die ermittelten Ergebnisse wurden in Tabellen und Diagrammen unter Verwendung von Microsoft Excel[®] dargestellt. Die Arbeit selbst wurde mit Microsoft Word[®] geschrieben.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der retrospektiven Fallanalyse

3.1.1 Fallzahlen

In dem genannten Zeitraum von Mai 2007 bis Dezember 2008 wurden in der traumatologischen Notaufnahme (Unfallchirurgie) des UKD insgesamt 11631 Fälle behandelt. Davon wurden durch die behandelnden Unfallchirurgen 89 Patientinnen und Patienten als Gewaltopfer identifiziert und eingestuft, das entspricht 0,76%.

Im Zeitraum Mai bis Dezember 2007 wurden von 4413 Fällen 46 als Gewaltopfer indiziert (1,04%), in 2008 von 7218 Fällen 43 Gewaltopfer (0,60%). Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich zwischen beiden Zeiträumen ein signifikanter Unterschied mit ($p=0,007$). In der folgenden Abbildung die abnehmende Entwicklung der Identifizierung von Gewaltopfern in 4-Monatsintervallen grafisch dargestellt.

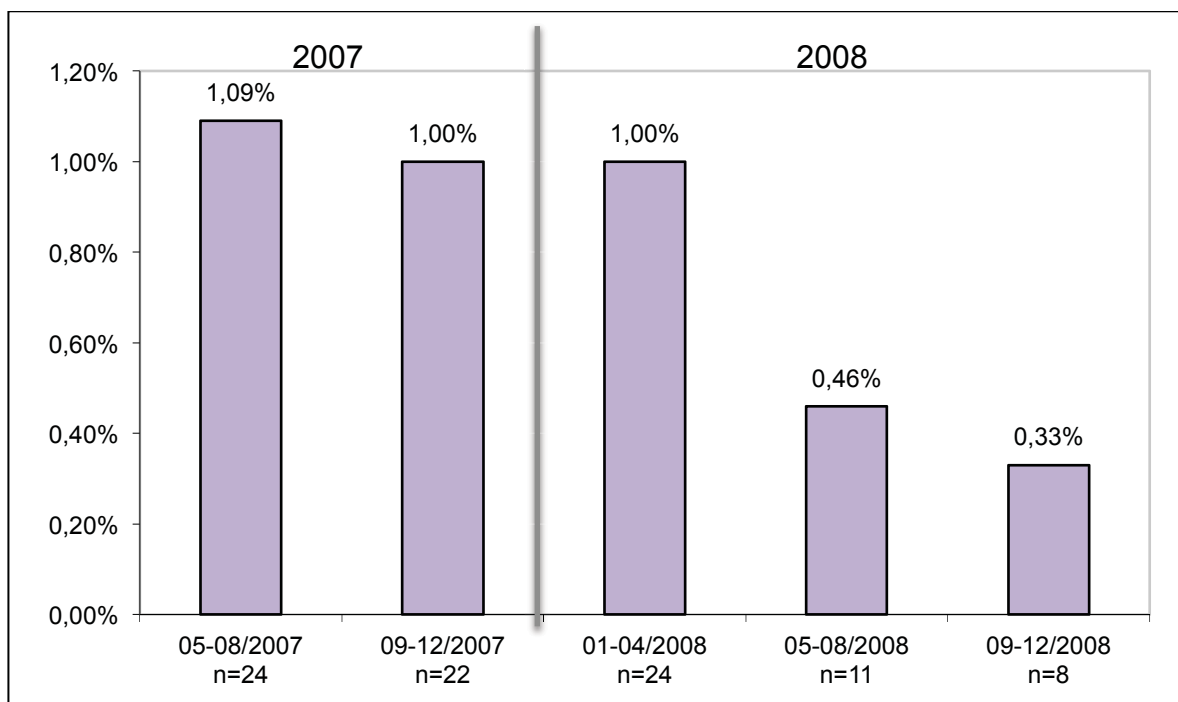


Abb. 2: Identifikationsquote von Gewaltopfern im Untersuchungszeitraum

3.1.2 Altersstruktur und Geschlechterverteilung

In der untersuchten Stichprobe waren 44 männliche und 45 weibliche Gewaltopfer. Bezüglich des Alters der Gewaltopfer die in der folgenden Tabelle dargestellte Verteilung gefunden.

Tabelle 4: Alters- und Geschlechtsverteilung in der retrospektiven Fallanalyse

Altersgruppe	Stichprobe	
	n=89	%
11-15	3	3,4
16-20	18	20,2
21-25	19	21,3
26-30	16	18,0
31-35	7	7,9
36-40	7	7,9
41-45	5	5,6
46-50	7	7,9
51-55	4	4,5
56-60	2	2,2
61-65	1	1,1

Das Alter zum Zeitpunkt der Behandlung in der Unfallchirurgie lag zwischen 13 und 63 Jahren. Insgesamt 7 Gewaltopfer waren zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung unter 18 Jahre alt. In den Altersgruppen unter 11 und über 65 Jahre war kein Gewaltopfer im Untersuchungszeitraum erfasst worden.

Mittelwert des Alters war 30,0 Jahre mit einer Standardabweichung von +/- 12,1 Jahren, Median des Alters war 26 Jahre. Die Männer waren im Durchschnitt 29,3 Jahre alt (Standardabweichung +/- 12,8), der jüngste war 13, der älteste 63 Jahre alt, der Median war 26 Jahre. Die Frauen wiesen ein Durchschnittsalter von 30,7 Jahren (+/- 11,6) auf, die jüngste war 14, die älteste 60 Jahre alt, der Median lag ebenfalls bei 26 Jahren. Die Werte nach Geschlechtern getrennt sind in

3 Ergebnisse

Tabelle 5 nochmals aufgeführt. Die Altersverteilung ist nach Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt ($p=0,01$), sondern linksschief.

Tabelle 5: Geschlechts- und Altersverteilung in der Stichprobe

	Häufigkeiten		Alterstatistiken der Geschlechtergruppen				
	Absolut	Relativ	M	SD	MIN	Median	MAX
Männlich	44	49,4	29,34	12,80	13	26	63
Weiblich	45	50,6	30,71	11,55	14	26	60
Gesamt	89	100,0%	30,03	12,13	13	26	63

In Abbildung 3 ist die Altersverteilung geschlechtergetrennt dargestellt, die linksschiefe Altersverteilung wird dadurch optisch deutlich. Die Altersverteilung der Geschlechter unterschied sich im t-Test statistisch nicht signifikant.

3 Ergebnisse

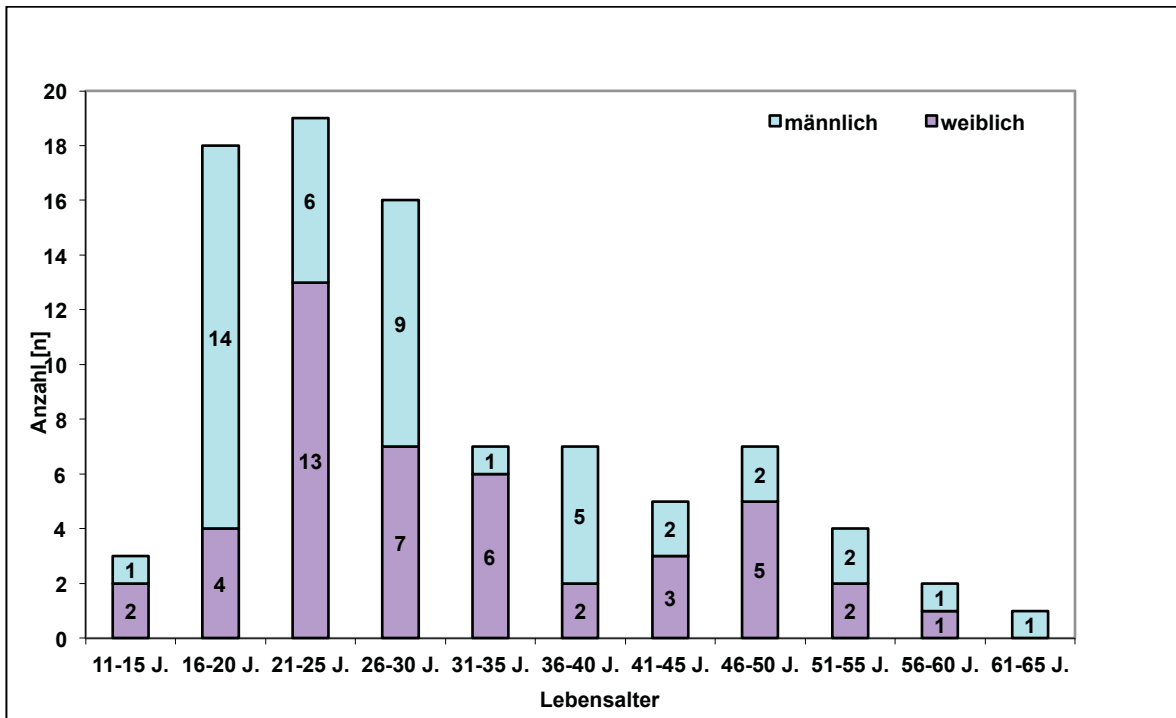


Abb. 3: Altersverteilung der Gesamtstichprobe

3.1.3 Angaben zum Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund wurde dann angenommen, wenn aus der Patientenakte eine andere als deutsche Nationalität ersichtlich war. Die damit lückenhafte Diskriminierung nach deutscher und nicht deutscher Nationalität wurde in Kauf genommen vor dem Hintergrund der kleinen Stichprobe. 47 Patientinnen und Patienten (53%) waren deutscher Nationalität. Migrationshintergrund, erkennbar über eine andere Nationalität, fand sich bei 42 Patientinnen und Patienten (47%). Nach Geschlechtern getrennt fand sich ein Migrationshintergrund bei 23 Männern (52%) und bei 19 Frauen (42%). Abb. 4 stellt die Daten grafisch dar.

3 Ergebnisse

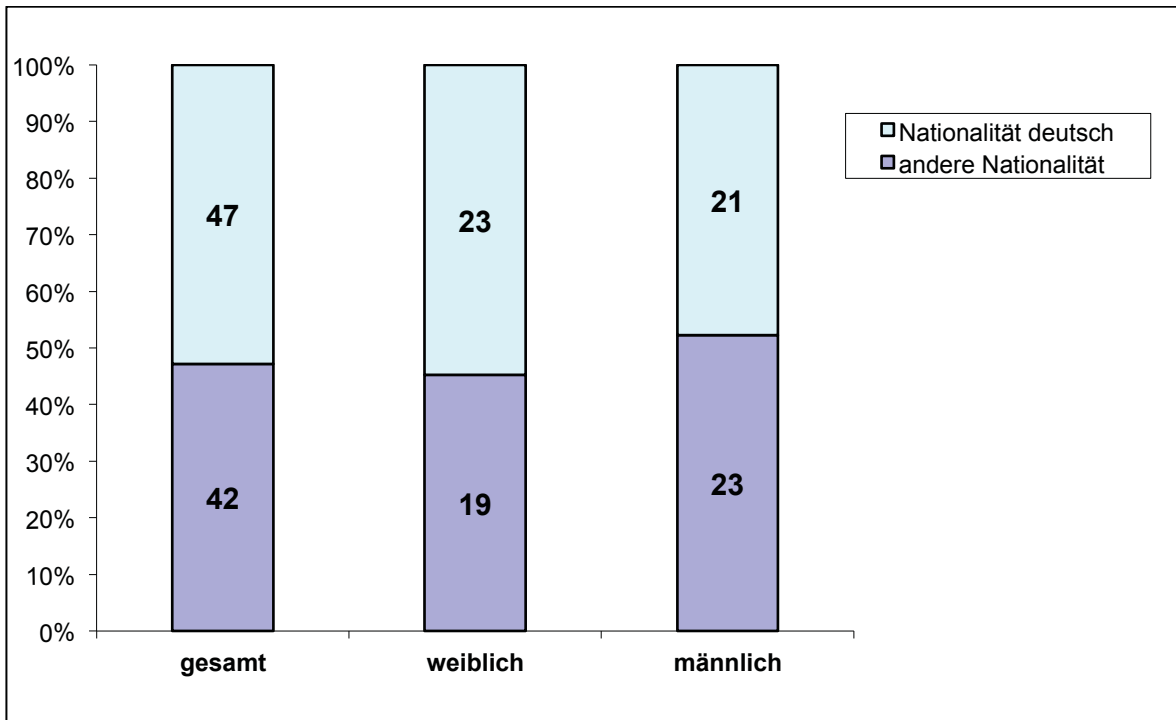


Abb. 4: Migrationshintergrund der Gewaltopfer gesamt und geschlechtsspezifisch

Die Unterschiede erwiesen sich im Chi-Quadrat-Test der Kreuztabelle zwischen den Geschlechtern als nicht signifikant ($p=0,342$).

3.1.4 Angaben zum Kontext der Tat

Wie in Abb. 5 gezeigt, war die Gewalt in 43 Fällen (48%) die Gewalt durch eine Einzeltäterin bzw. einen Einzeltäter verübt worden. Bei fünf Gewaltopfern (56%) war die Tat durch mehrere Täterinnen oder Täter verübt worden, dabei wurden zwischen zwei bis sechs Personen benannt. Die Anzahl an Täterinnen bzw. Tätern war in 41 Fällen (46%) nicht aus der Dokumentation erkennbar, was bedeutet, dass die Tat durch einen oder mehrere Personen verübt worden sein könnte.

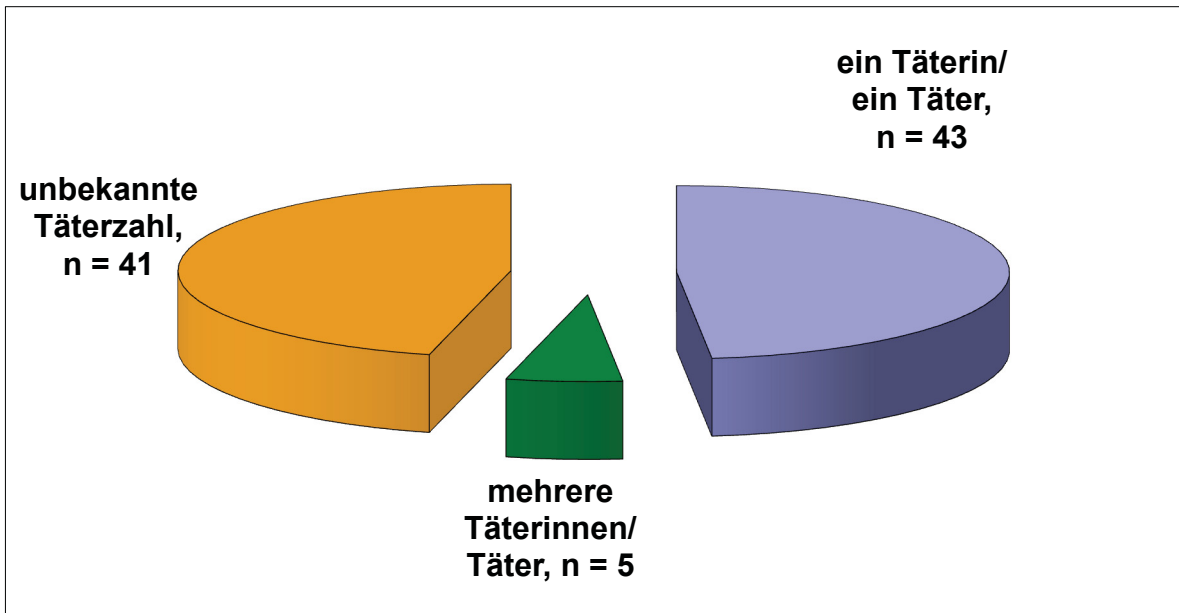


Abb. 5: Anzahl der Täterinnen bzw. Täter bei der Gewaltausübung

Sofern nur eine Person beteiligt war, waren es in 38 Fällen männliche Täter, in fünf Fällen Frauen als Täterinnen. In den Fällen mit mehreren Tätern war in zwei Dokumentationen erkennbar, dass es sich ausschließlich um männliche Täter handelte. In den übrigen 44 Fällen war das Tätergeschlecht aus der Dokumentation nicht zu ermitteln; die Aufteilung des Tätergeschlechts ist in Abb. 6 dargestellt.

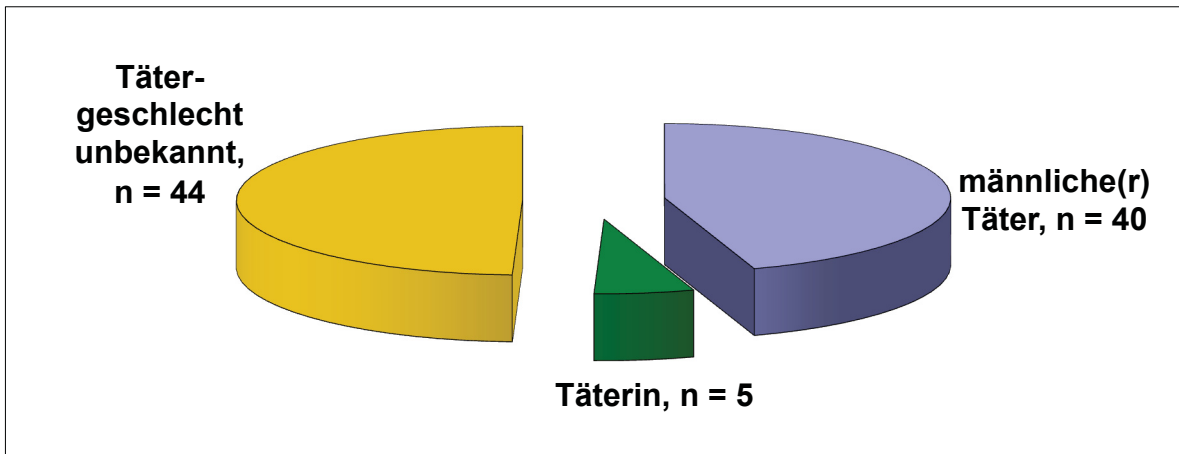


Abb. 6: aus der Dokumentation ermitteltes Tätergeschlecht für die Gewalt

Die Beziehung zwischen Gewaltopfer und Täter(n) konnte in 41 Fällen (46%) nicht ermittelt werden. In 11 Fällen (12%) waren ein oder mehrere Unbekannte als Täter benannt. In 20 Fällen waren Lebenspartner, in drei Fällen ehemalige Partner als Täter verzeichnet. Verwandte waren in fünf Fällen, davon drei Verwandte ersten

3 Ergebnisse

Grades und zwei entferntere Verwandte als Täter dokumentiert. Schließlich waren Freunde oder Bekannte in neun Fällen benannt; diese Ergebnisse sind in Abb. 7 grafisch dargestellt.

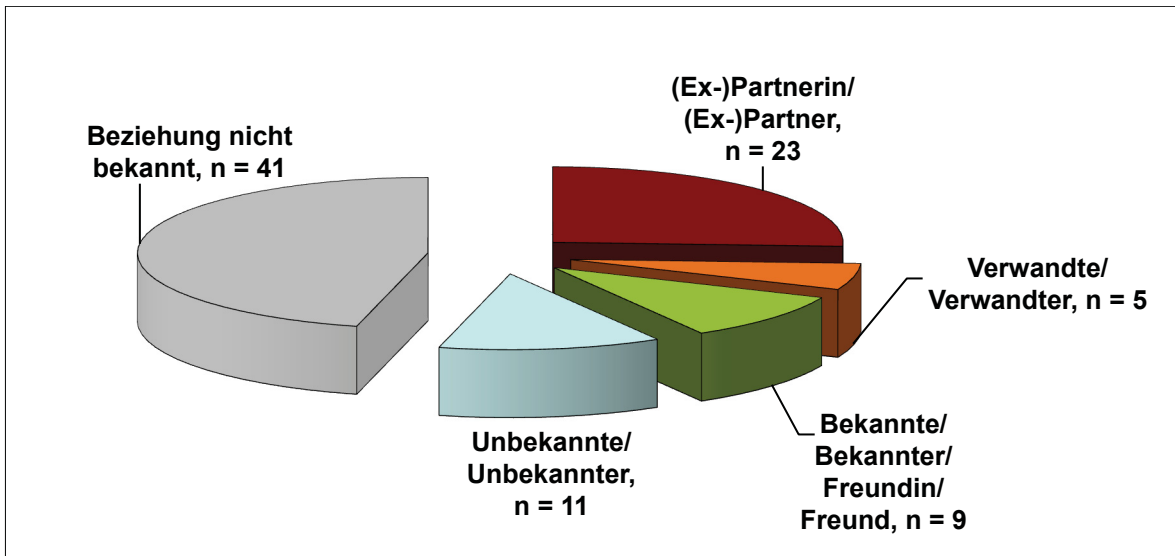


Abb. 7: Beziehung zwischen Täterin bzw, Täter und Gewaltopfer

In den 23 Fällen, in denen aktuelle oder ehemalige Partnerinnen oder Partner als Gewaltausübende benannt waren, waren in 22 Fällen Frauen Gewaltopfer (96%) und Männer Täter, in einem Fall (4%) das Opfer männlich und wurde von einer Frau verletzt. In den übrigen Fällen lag der Frauenanteil hingegen nur bei 24 von 66 Fällen (= 36%). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf partnerschaftliche Gewalt sind signifikant (im Chi- Quadrat- Test $p < 0,001$), siehe Abb.8.

3 Ergebnisse

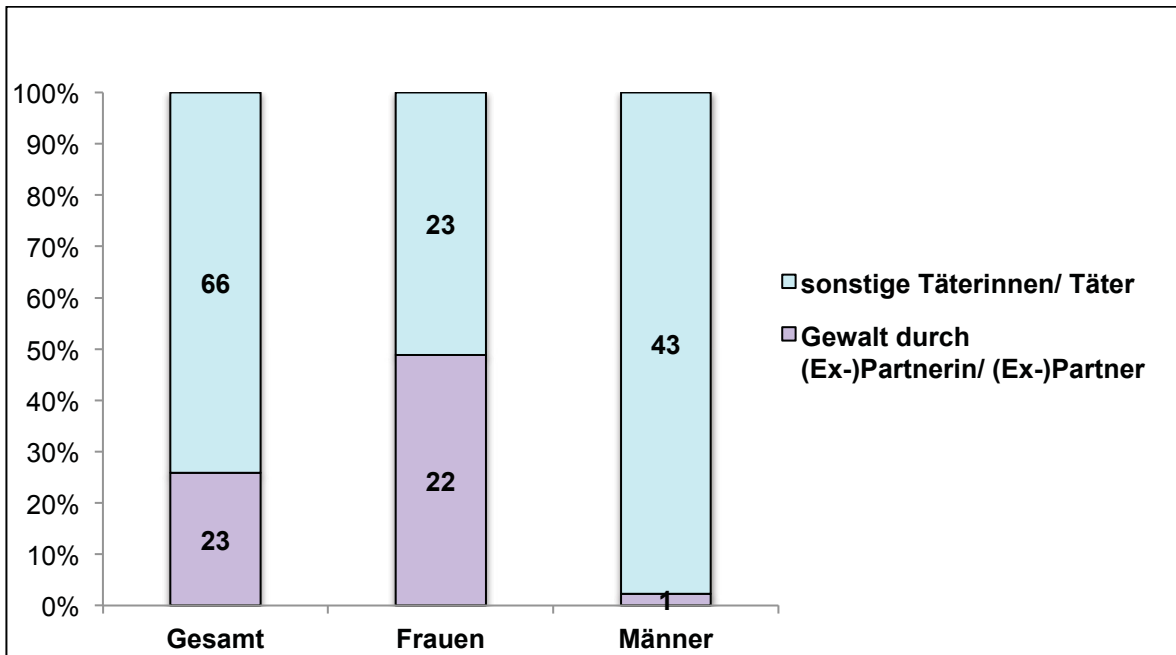


Abb. 8: geschlechterbezogene Darstellung des Anteils partnerbezogener Gewalt

Als Tatort wurde in 26 Fällen (29%) der häusliche Raum benannt wie in Abb. 9 erkennbar, wobei davon in 20. zwanzig Fällen die (Ex-)Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner die Gewalt ausübten. In fünf Fällen waren Verwandte in häuslichem Umfeld gewalttätig, in einem Fall gab es keine Angaben zu den Täterinnen bzw. Tätern. Im öffentlichen Raum wurden 47 Gewalttaten (53%) begangen. In 16 Fällen (18%) waren keine Angaben zum Tatort in der Akte genannt worden.

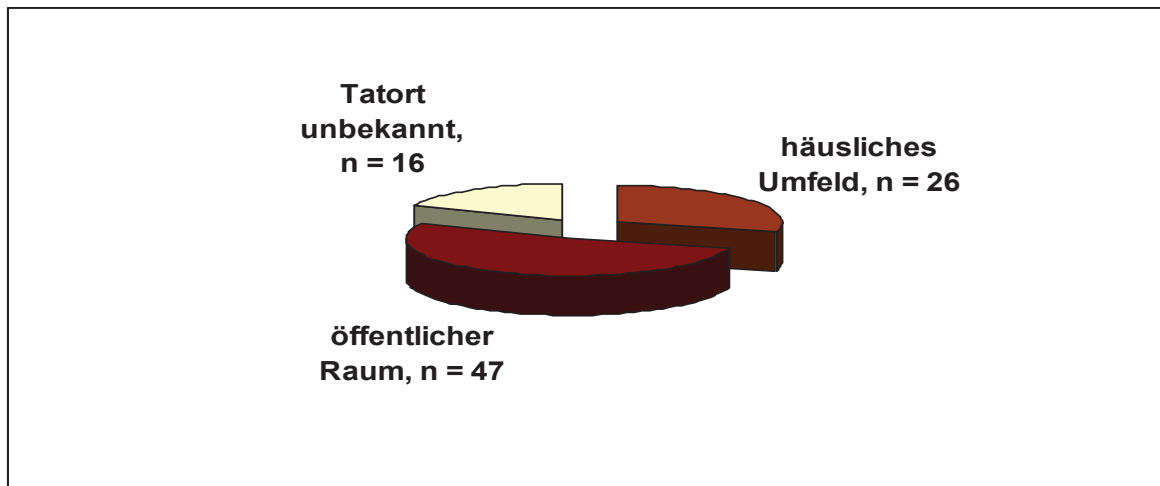


Abb. 9: Tatort des Gewaltgeschehens

Zum Tatmotiv wurde neben den 23 Fällen (26%) partnerschaftsbezogener Konflikte in drei Fällen (3%) sexuell motivierte Gewalt dokumentiert. In sechs weiteren Fällen (7%) wurden sonstige Tatmotive benannt, in 57 Fällen (64%) konnte aus der Dokumentation das Motiv der Gewalttat nicht erhoben werden. Wegen des hohen Anteils unklarer Motive erfolgte keine gesonderte grafische Darstellung.

In drei Fällen (3%) wurde eine mehrfache Vorstellung in der Unfallchirurgie wegen wiederholter Gewalt dokumentiert.

In 11 Fällen war eine Alkoholisierung des Opfers vermerkt (sieben Männer, vier Frauen). Alkoholisierete Gewaltopfer erfuhren überwiegend in öffentlichen Raum Gewalt (neun Fälle), in den zwei anderen Fällen war der Ort der Tat nicht vermerkt.

3.1.5 Verletzungsmuster

Tabelle 6: Verletzungsmuster und Behandlung in der Stichprobe

Variable	Ausprägung	Stichprobe	
		n=89	%
wiederholte Gewalterfahrung erkennbar	Ja	3	3,4
	Nein	86	96,6
Alkoholisierung des Opfers erkennbar	Ja	8	9,0
	Nein	81	81,0
Verletzungsmuster	Prellung	58	65,1
	Fraktur	29	32,5
	Commotio	11	11
	Offene Wunden	26	26
	sonstige	19	19
Stationäre Behandlung erforderlich	Ja	28	31,5
	Nein	61	68,5
Operation unmittelbar erforderlich	Ja	1	1,1
	Nein	88	98,9
Abbruch der empfohlenen Behandlung	Ja	8	9,0
	Nein	81	91,0
Hinweis auf weiterführende Angebote erfolgt	Ja	68	76,4
	Nein	21	23,6
Ablehnung weiterführender Angebote in der Behandlungssituation	Ja	8	9,0
	Nein	81	91,0

Die Verletzungsmuster der Gewaltopfer und Angaben zum Behandlungsablauf sind in Tabelle 6 zusammengestellt. 33 Patientinnen und Patienten (37,1%) wiesen Mehrfachverletzungen auf, eine Patientin wies keine Verletzungen auf, bzw. es wurden keine Verletzungen dokumentiert.

In 28 Fällen (31,5%) wurde eine stationäre Behandlung empfohlen, davon war in einem Fall eine Notfall-Operation unmittelbar erforderlich.

3.1.6 Inanspruchnahmeverhalten

Acht der als Gewaltopfer eingestuften Patientinnen und Patienten haben die unmittelbare Weiterbehandlung schon während der Erstvorstellung in der Unfallchirurgie abgelehnt bzw. abgebrochen. Darunter waren fünf Frauen, davon drei Opfer häuslicher Gewalt. Acht weitere haben die Informationen über weiterführende Angebote bzw. das Aushändigen des Flyers der Rechtsmedizin abgelehnt. Wiederum waren darunter fünf Frauen und unter diesen drei Opfer häuslicher Gewalt.

3.1.7 Angebote des Instituts für Rechtsmedizin und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Aus der Aktenauswertung ergab sich, dass mindestens 68 der 89 Gewaltopfer (=76,4%) auf die Versorgungsangebote einer nachfolgenden Dokumentation der Verletzungen in der Rechtsmedizin sowie das Beratungsangebot des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufmerksam gemacht wurden. Ein typischer Vermerk in der Akte dazu war „Flyer RM“ (Rechtsmedizin). In einem Abgleich mit den Akten des Instituts für Rechtsmedizin und des Klinischen Institutes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde sichtbar, dass 15 Betroffene (17% der Gesamtstichprobe) das Angebot des Instituts für Rechtsmedizin, aber nur zwei Betroffene (2% der Gesamtstichprobe) das Angebot des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Anspruch genommen hatten.

3.2 Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung

3.2.1 Stichprobe der Nachuntersuchung

Drei Probandinnen und Probanden waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch unter 18 Jahre alt und wurden daher aus der Stichprobe ausgeschlossen. In einem Fall war eine schwere chronische psychische Erkrankung vermerkt, daher erfolgte auch in diesem Fall der Ausschluss aus dem Studienkollektiv.

Nur von 51 der verbliebenen 85 (=60%) war eine Telefonnummer vorhanden bzw. konnte im Telefonverzeichnis ermittelt werden. Von diesen 51 Telefonnummern

3 Ergebnisse

waren 18 Telefonnummern (= 35%) nicht (mehr) vergeben. Von den verbliebenen 33 Gewaltopfern wurden 10 Probandinnen und Probanden trotz mehrfacher Versuche nicht erreicht. 23 Gewaltopfer konnten erreicht werden, davon mussten jedoch vier aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ausgeschlossen werden. Ein weiterer Proband musste wegen aktueller massiver psychischer Probleme ausgeschlossen werden. Von den so verbliebenen 18 Gewaltopfern lehnten sieben die Nachuntersuchung ab. Von denen, die die Nachuntersuchung ablehnten, äußerten zwei, dass sie „mit allem zufrieden gewesen“ seien. Insgesamt konnten schlussendlich elf Probandinnen und Probanden für eine Nachuntersuchung gewonnen werden (Abb. 10).

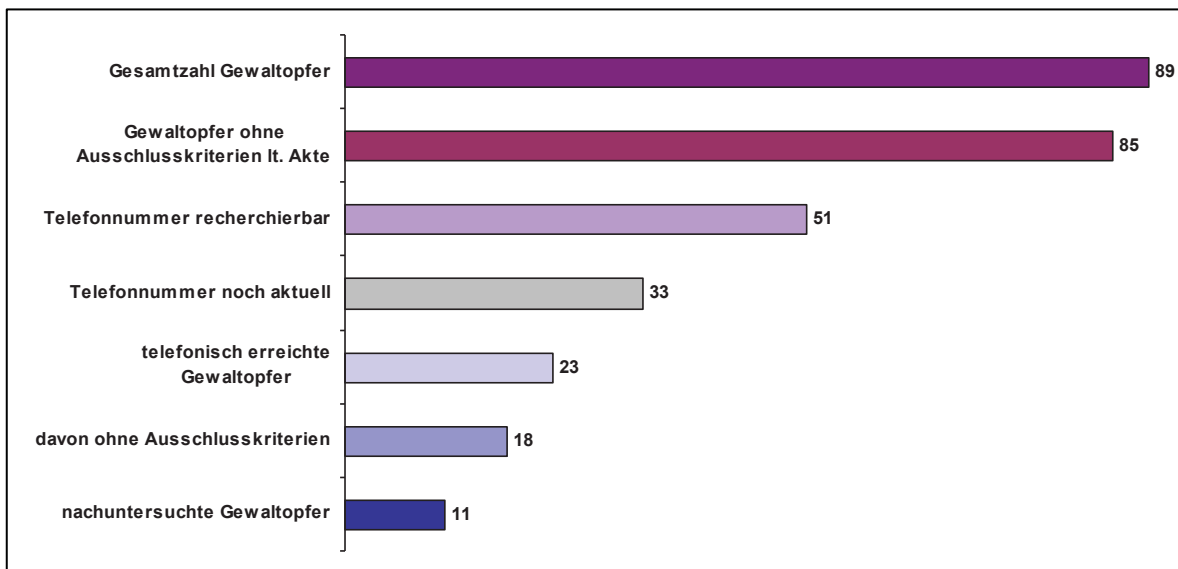


Abb. 10: Darstellung zur Erreichbarkeit bzw. Ausschluss der Gewaltopfer für die katamnestische Untersuchung

Das Alter der nachuntersuchten Stichprobe (n=11) betrug im Mittel 27 Jahre, der Median lag bei 25 Jahren. Der jüngste Proband war 17 Jahre (zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung jedoch 18 Jahre), der älteste 38 Jahre zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Unfallchirurgie. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe der 89 Gewaltopfer waren die Probanden also im Mittel drei Jahre jünger. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,21$). Obwohl kein signifikanter Unterschied gefunden werden konnte, fällt bei Betrachtung der Altersgruppen (s. Tabelle 7) auf, dass die Häufigkeiten in den Altersgruppen differieren. Dass in der Nachuntersuchung die Altersgruppe 11-15 nicht vertreten ist, ist methodisch durch die Einschlusskriterien bedingt. Betroffene aus der Altersgruppe 41-65 Jahre

3 Ergebnisse

wurden zwar telefonisch erreicht, von ihnen erklärte sich jedoch keiner zur Nachuntersuchung bereit.

Vier Probandinnen und Probanden hatten Migrationshintergrund, der Anteil war damit prozentual geringer als in der Gesamtstichprobe (s. Tabelle 7), was mit Ausschlusskriterien bezüglich der Nachuntersuchung (ausreichende Sprachkenntnisse) zusammenhängt. Der Migrationsanteil im Vergleich zur Gesamtstichprobe war signifikant kleiner ($p=0,07$; Fishers exakter Test).

Tabelle 7: Soziodemografische Daten der nachuntersuchten Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89)

Variable	Ausprägung	Stichprobe		Gesamtstichprobe (n=89), %
		n=11	%	
Geschlecht	männlich	5	45,5	49,4
	weiblich	6	54,5	50,6
Alter (Jahre)	11-15	0	0	3,4
	16-20	3	27,2	20,2
	21-25	3	27,2	21,3
	26-30	1	9,1	18,0
	31-35	2	18,2	7,9
	36-40	2	18,2	7,9
	41-65	0	0	21,3
Migrationshintergrund	Ja	4	36,4	47,2
	Nein	7	63,6	52,8

Legende: Unterschiede von mehr als 10% sind fett markiert

In der nachuntersuchten Stichprobe drei Fällen das Tätergeschlecht nicht bekannt und damit seltener als in der Gesamtstichprobe (s. Tabelle 8). Die Täterinnen bzw. Täter waren in vier Fällen unbekannt und damit ebenfalls seltener als in der Gesamtstichprobe. Nur in zwei Fällen war die Täterzahl unbekannt, auch das seltener als in der Gesamtstichprobe. Der Tatort war in allen Fällen in der Akte als bekannt beschrieben, dadurch scheint der öffentliche Raum häufiger als in der Gesamtstichprobe. Das Tatmotiv war in der nachuntersuchten Stichprobe in sechs Fällen dokumentiert, dabei waren Beziehungskonflikte und sexuell motivierte Taten in beiden Stichproben nur selten genannt und Unterschiede hier nicht feststellbar. Unterschiede zu wiederholter Gewalterfahrung oder Alkoholisierung des Opfers waren ebenfalls nicht erkennbar.

Tabelle 8: Angaben zur Tat bezogen auf die nachuntersuchte Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89)

Variable	Ausprägung	Stichprobe		Gesamtstichprobe (n=89),%
		n=11	%	
Tätergeschlecht	männlich	7	63,3	44,9
	weiblich	1	9,1	5,6
	unbekannt	3	27,2	49,4
Beziehung zum Täter	Lebenspartnerin/ Lebenspartner	3	27,2	22,5
	Expartnerin/ Expartner	0	0	3,4
	Verwandte/ Verwandter 1. Grades	0	0	3,4
	Weitere Verwandte	0	0	2,2
	Freundin/Freund oder Bekannte/ Bekannter	4	36,4	10,1
	Unbekannte/ Unbekannter	4	36,4	56,2
	Keine Angabe	0	0	2,2
Täterzahl	1	8	72,7	48,3
	mehrere	1	9,1	5,6
	unbekannt	2	18,2	46,1
Tatort	häuslich	3	27,2	29,2
	öffentlicher Raum	8	72,7	52,8
	unbekannt	0	0	18,0
Tatmotiv	Beziehungskonflikt	3	27,2	25,8
	sexuell motiviert	1	9,1	3,4
	sonstige	2	18,2	6,7
	unbekannt	5	45,5	64,0
Wiederholte Gewalterfahrung erkennbar	Ja	0	0	3,4
	Nein	11	100	96,6
Alkoholisierung des Opfers erkennbar	Ja	1	9,1	9,0
	Nein	10	90,9	81,0

Legende: Unterschiede von mehr als 10% sind fett markiert

Hinsichtlich der Verletzungsmuster, der erforderlichen Behandlung, Hinweise auf die weiterführenden Angebote, Abbruch der Behandlung oder Ablehnung weiterführender Angebote waren keine Unterschiede erkennbar (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Angaben zur unfallchirurgischen Behandlung bezogen auf die nachuntersuchte Stichprobe (n=11) im Vergleich zur Gesamtstichprobe (n=89)

Variable	Ausprägung	Stichprobe		Gesamtstichprobe (n=89),%
		n=11	%	
Verletzungsmuster	Prellung	8	72,7	65,1
	Fraktur	3	27,2	32,5
	Commotio	0	0	12,3
	offene Wunden	3	27,2	29,3
	sonstige	1	9,1	21,3
Stationäre Behandlung erforderlich	ja	3	27,2	31,4
	nein	8	72,7	68,5
Operation unmittelbar erforderlich	ja	0	0	1,1
	nein	11	100	98,9
Abbruch der empfohlenen Behandlung	ja	0	0	9,0
	nein	11	100	91,0
Hinweis auf weiterführende Angebote erfolgt	ja	9	81,8	76,4
	nein	2	18,2	23,6
Ablehnung weiterführender Angebote in der Behandlungssituation	ja	0	0	9,0
	nein	11	100	91,0

Drei Patientinnen der nachuntersuchten Stichprobe waren Opfer von Partnergewalt bzw. einem Beziehungskonflikt. Die Tat geschah bei allen drei im häuslichen Umfeld. Kein Fall von Partnergewalt erfolgte im öffentlichen Raum.

3.2.2 Resultate der Nachuntersuchungen

Die Nachuntersuchung erfolgte 197 bis 764 Tage nach der unfallchirurgischen Behandlung, im Durchschnitt 393 Tage (SD +/- 172 Tage, Median 379 Tage). Die starke Streuung ist mit Erhebungszeitpunkt der retrospektiven Daten (August 2008 - Januar 2009) und der schwierigen Erreichbarkeit der Probandinnen und Probanden zu erklären.

Zunächst sind ergänzende Angaben zu den einzelnen Probandinnen und Probanden in Tabelle 10 aufgeführt.

3 Ergebnisse

Tabelle 10: Angaben zu den nachuntersuchten Patienten und Untersuchungsdaten

Patientennummer	Untersuchungsdatum Unfallchirurgie	Datum der Nachuntersuchung	Alter bei Vorstellung in der Unfallchirurgie	Geschlecht	Migrationshintergrund
1	01.07.2007	02.09.2008	19	weiblich	Ja
2	05.04.2008	21.10.2008	37	männlich	nein
3	07.04.2008	21.10.2008	26	männlich	nein
4	05.02.2008	22.10.2008	23	weiblich	nein
5	05.07.2007	23.10.2008	38	männlich	Ja
6	02.09.2007	23.10.2008	22	weiblich	nein
7	12.05.2007	16.12.2008	32	weiblich	nein
8	07.04.2008	17.12.2008	25	männlich	Ja
9	24.01.2008	28.01.2009	20	weiblich	nein
10	16.01.2008	29.01.2009	34	weiblich	Ja
11	14.10.2007	16.11.2009	17	männlich	nein

Ausgewählte Ergebnisse der Fragebögen sind in Tabelle 11 dargestellt. Für die Auswertung des SCL-90-R wurde die Ergebnisdarstellung auf den GSI beschränkt, da die Probandin und der Proband mit einem auffälligen GSI-Wert auch in nahezu allen Subskalen auffällige Werte aufwiesen, bei denen mit einem normalen GSI-Wert auch die Subskalenwerte unauffällig waren. Die Ergebnisse der DIA-X sind nicht dargestellt, da es sich hier um qualitative Angaben handelt, auf diese Daten wird später eingegangen.

Insgesamt zeigen drei Untersuchte in keinem der Instrumente Auffälligkeiten, drei hatten vereinzelt grenzwertige Ergebnisse. Fünf Untersuchte hatten auffällige Werte, wobei diese immer im IES sowie vereinzelt bei anderen Instrumenten vorkamen. Im Summenwert für körperliche Gesundheit des SF12 war keiner der Probanden auffällig, bis auf einen grenzwertigen Score auch keiner der sonstigen Probanden im Depressionsteil der HADS. Dafür gab es vier grenzwertige und zwei auffällige Werte in der Angst-Subskala der HADS. Der Gesamtwert des SCL-90 ergab nur bei einer Probandin einen stark auffälligen sowie in einem weiteren Fall einen grenzwertigen Wert.

Bei der Probandin mit der massivsten Form von Gewalterfahrung als Untersuchungsanlass (Entführung, mehrtägige Gefangenschaft, Vergewaltigung,

3 Ergebnisse

körperliche Verletzung) waren lediglich IES und Subskala Angst der HADS leicht bzw. grenzwertig auffällig.

Tabelle 11: Ergebnisse der Fragebögen der nachuntersuchten Probandinnen und Probanden

Pat.-nr.	IES Gesamtscore	HADS Subskala		SCL-90R GSI		SF-12	
		Angst	Depression	Rohwert	T-Wert	Somatisch	Psychisch
1	28 ²	9 ⁴	1	0,31	49	48,2	50,7
2	45 ³	12 ⁵	10 ⁴	1,04	67 ⁶	44,1	32,2 ⁶
3	3	3	3	0,13	48	51,7	51,8
4	59 ³	5	1	0,34	50	44,6	60,0 ⁶
5	9	4	2	0,14	48	54,7	50,4
6	48 ³	20 ⁵	3	2,66	80 ⁷	53,2	44,8
7	5	0	0	0,12	44	55,3	52,0
8	8	8 ⁴	4	0,43	58	53,2	43,9
9	0	8 ⁴	4	0,20	46	45,8	52,4
10	38 ²	8 ⁴	2	0,28	51	40,2	50,4
11	19 ¹	4	2	0,37	55	55,9	54,5

Legende: IES: ¹ leicht belastet, ² **mässig belastet**, ³ **stark belastet**

HADS-Subskalenwerte: ⁴ grenzwertig, ⁵ **auffällig**

SCL-90-R und SF12: ⁶ außerhalb 1 Standardabweichung (SD), ⁷ **außerhalb 2 SD** zu den kritischen Schwellenwerten s. Kapitel 2

In der Traumaliste DIA-X gaben zwei Probanden an, dass sie kein traumatisches Erlebnis hatten. Diese Probanden hatten in keinem der weiteren Instrumente auffällige Werte. Der Untersuchungsanlass bei beiden männlichen Probanden war Gewalt in öffentlichem Raum durch Unbekannte. Beide standen unter Alkoholeinfluss. Einer hatte Prellungen, der andere neben Prellungen zusätzlich eine Fraktur erlitten. Acht Probanden gaben an, dass sie eine ernsthafte körperliche Bedrohung erlebt hatten. Fünf davon ergänzten in einer Zusatzfrage noch, dass sie dieses Ereignis am meisten belastet hatte. Eine Vergewaltigung, ein schwerwiegender Unfall und Entführung wurden jeweils einmal angegeben, einmal wurde „Schulzeit/Psychiatrie“ zusätzlich ergänzt, dreimal wurde angegeben, Zeuge gewesen zu sein, wie anderen Personen ein traumatisches Ereignis widerfuhr. Sofern ein schlimmstes Erlebnis benannt wurde, handelte es

3 Ergebnisse

sich immer um die Kategorie „körperliche Bedrohung“ und war dem Untersuchungsanlass zuzuordnen.

- **Auswertung der Interviews**

Aufgrund der im Interview gemachten Angaben der Probandinnen und Probanden zu ihren Symptomen wurde die Schwere der Symptome zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Vorstellung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, unterteilt in körperliche und psychische Symptome, in einer fünfstufigen Skala eingeschätzt, die Ergebnisse sind in der Tabelle 16 dargestellt.

Zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung berichteten alle Betroffenen mindestens mäßige körperliche Symptome. Acht gaben schwere oder sehr schwere körperliche Symptome an. Dabei speziell berichtete Symptome waren Schwellungen, Schmerzen, beschädigte Zähne, Nasenbluten und Hämatome.

Die psychische Belastung zu diesem Zeitpunkt wurde sehr unterschiedlich erlebt. Für fünf Probandinnen und Probanden wurde die psychische Symptombelastung als mindestens schwer eingeschätzt. Es ließ sich allerdings nicht genau trennen, inwiefern die berichteten psychischen Beschwerden bereits zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung selbst oder erst im weiteren Verlauf auftraten.

Vier Betroffene berichteten eine nur geringe oder keine psychische Belastung.

Tabelle 12: Symptomschwere bezüglich des Gewaltereignisses in der Stichprobe (n=11)

Symptomschwere	Zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Vorstellung		Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	
	Körperlich Anzahl n	Psychisch Anzahl n	Körperlich Anzahl n	Psychisch Anzahl n
Sehr stark	1	4	0	0
Stark	7	1	0	2
Mäßig	3	2	1	1
Wenig	0	2	3	2
Keine	0	2	7	6

Die Symptombelastung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung hatte insgesamt abgenommen. An körperlichen Symptomen wurde im Speziellen berichtet:

3 Ergebnisse

Schmerzen bei bestimmten Bewegungen, einseitige Hörminderung, Atembeschwerden bei Anstrengung und ein Höcker auf der Nase.

Die entlang des Auswertungsschemas des Interviews eruierten psychischen Symptome zu den beiden Zeitpunkten sind in Tabelle 13 dargestellt. Dabei hat bei den spezifisch genannten Symptomen die Häufigkeit (bis auf die Flashbacks) jeweils abgenommen, auffällig war eine hohe Anzahl unspezifischer Symptome zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

Tabelle 13: Vorkommen psychischer Symptome in der Stichprobe (n=11) zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Versorgung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

psychisches Symptom	Häufigkeit zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Vorstellung (Mehrfachnennung pro Patient möglich)	Häufigkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung
Stimmungstief	3	2
Flashbacks	3	3
Ängste	4	1
Hyperarousal	3	0
Dissoziationen	1	1
Antriebsstörungen	2	0
Substanzmissbrauch	1	0
Beziehungsstörungen	2	0
Alpträume	0	1
Schlafstörungen	0	1
Sonstige	1	8

Aufgrund der klinischen Beurteilung in der Nachuntersuchung wurden von der Untersucherin die in Tabelle 14 dargestellten psychischen Diagnosen gefunden:

Tabelle 14: Klinische Diagnosen in der untersuchten Stichprobe (n=11)

Diagnose	ICD-10	Häufigkeit in der Stichprobe (keine Mehrfachdiagnosen vorkommend)
Mittelgradige depressive Episode	F32.1	1
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	1
Anpassungsstörung	F43.2	1
körperdysmorphophobe Störung	F45.2	1
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS)	F60.31	1

Während die mittelgradige depressive Episode und die BPS nur mittelbar (über den Symptomausprägungsgrad) mit dem Gewalterleben, welches die unfallchirurgische Behandlung nach sich zog, in Zusammenhang gebracht werden konnten, war bei den übrigen drei Diagnosen ein klarer ursächlicher Zusammenhang herstellbar. Bei der Patientin mit der klinischen Diagnose der PTBS fand sich im IES der höchste Score, bei der Patientin mit der BPS in den Fragebögen das höchste Ausmaß an Symptombelastung. Insgesamt deckte sich der klinische Eindruck insofern auch mit der Fragebogendiagnostik, als alle, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert hatten, auffällige Werte in der IES hatten und ggf. in weiteren Tests, die anderen Patienten allenfalls grenzwertige Testergebnisse aufwiesen.

- **Akutbehandlung und Verweis an die weiterführenden Angebote**

Mit der chirurgischen Erstbehandlung äußerten sich zehn der elf Probandinnen und Probanden als mindestens zufrieden. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

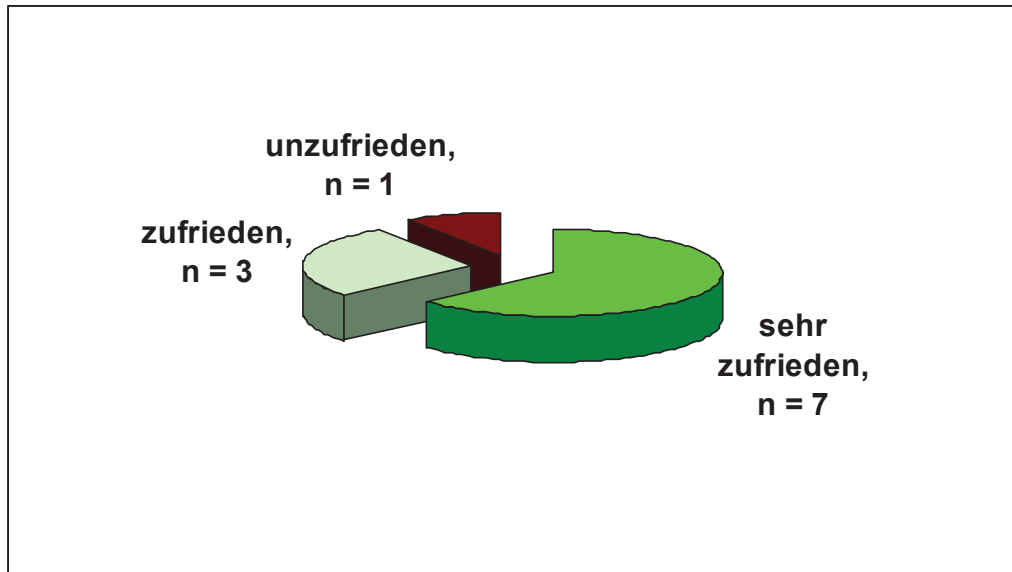


Abb. 11: Zufriedenheit mit der unfallchirurgischen Erstversorgung in der untersuchten Stichprobe (n=11)

Die chirurgische Behandlung selbst war dabei nie Gegenstand von Beanstandung. Die Unzufriedenheit der einen Patientin resultierte aus einem Folgetermin nach der Erstversorgung, in dem sie erlebte, dass eine von ihr erhoffte und in der Erstversorgung von ihr als notwendig verstandene Korrektur der Nase doch nicht als erforderlich erachtet wurde. Sie berichtete hierzu: „[ich] bin [...] in die Unfallchirurgie gekommen und da wurde mir gesagt, dass irgendwas gemacht werden müsse, weil die [Nase] ja auf der einen Seite dicker ist als auf der anderen und ich sollte nach 'ner Woche wiederkommen [...]. Und dann bin ich nach 'ner Woche wiedergekommen und dann war da 'ne andere Ärztin und die fand dann, dass doch nicht etwas gemacht werden sollte,“ (Interview Patientin 1, Transkript S.1).

In einem Fall wurde fehlende Aufklärung über psychische Folgen bemängelt: „es wurde ja auch nicht darauf hingewiesen, dass man von so was Schlimmeres als körperliche Schmerzen davontragen könnte, was anderes als körperliche Schmerzen. [...] Sowas wie: ‚ja, vielleicht solltest du dich mal in psychiatrische Behandlung [...] vorsichtshalber [...] begeben [...]‘, wurde also nie geäußert, sonst hätte ich das ja gemacht.“ (Interview Patientin 6, Transkript S. 13)

In einem anderen Fall wurde die Aufklärung als ausreichend beschrieben, allerdings Unterstützung bei der Orientierung im Gelände der Universitätsklinik und dem Heimtransport vermisst: „Das wichtigste für mich ist, dass die Leute da in

3 Ergebnisse

der Uni auch wirklich einen Wegweiser finden. [...] Die Aufklärung und Informationen waren in Ordnung [...], nur halt, das kann nicht sein, dass die die Leute da durch die Gegend schicken [zu weiterführenden Untersuchungen] [...], wenn man die Nase gebrochen hat [und die Brille nicht tragen kann] und eine Gehirnerschütterung, ist man sowieso traumatisiert, das ist nach 'nem Überfall halt so, [...] und wenn man hinget und sagt, der ist Brillenträger, dann gibt man dem nicht eine Schwarz-Weiß-Kopie mit einem Grundstücksplan, kreuzt dem dann ein Gebäude an und sagt ‚Da müssen Sie hin‘. So, und das ganze Spielchen dreimal hinereinander. [...] und da jemanden loszuschicken, der (a) nix sieht und (b) kaum gerade gehen kann. [...] Entweder geb' ich dem eine Pfleger an die Hand, ich pack den in 'nen Rollstuhl und lass den 'rüberfahren. [...] Ich hab mich da wirklich durchgefragt. [...] Wenn man die Nase so schief hat, alles grün und blau, die Leute reagieren nicht unbedingt sehr freundlich, [...] wenn man auf die zugeht. [...] Und dass man die Leute wenigstens fragt: ‚Wollen Sie einen Beförderungsschein haben [...]‘, damit die Leute da auch wegkommen. [...] Dann bin ich komplett durch das ganze Gelände geirrt, bis ich dann den Weg zur Straßenbahn gefunden hab, [...] ich bin ja mit dem Krankenwagen reingekommen [...], also hab ich auch nicht auf den Weg geachtet.“ (Interview Patient 2, Transkript S. 6-7)

Wie wichtig die Unterstützung auch in kleineren Dingen erlebt wird, erinnert eine weitere Patientin: „[Die] waren alle superlieb. [...] [Ich] wollte meinem Mann Bescheid sagen, dass er mich abholen kann [...]. Aber ich hatte mein Handy nicht dabei, das war ja bei der Polizei, also hatte ich keine Nummer [...], da hab ich das der Schwester gesagt, da hat die die Nummer rausgesucht bei der Auskunft [...].“ (Interview Patientin 7, Transkript S. 18-19)

Ein sehr zufriedener Patient äußerte beispielhaft: „[Ich] fühlte mich sehr gut unterstützt, ich musste nicht lange warten, das war halt auch mitten in der Nacht, [...] die Behandlung war eigentlich perfekt, mir wurde gesagt: ‚wenn Sie jetzt keine Zeit haben, sich an der Nase operieren zu lassen, können Sie später wiederkommen, das ist halt ein Folgeschaden, den operieren wir trotzdem später noch‘, und deswegen war ich sehr zufrieden.“ (Interview Patient 11, Transkript S. 24)

3 Ergebnisse

Mit den weiterführenden Angeboten des UKD wurden nach Aktenlage neun der elf Patientinnen und Patienten vertraut gemacht. Dennoch konnten sich auch die beiden, bei denen es dazu keinen Aktenvermerk dazu gab, an dieses Angebot erinnern, was einem Durchdringungsgrad von 100% entspräche. Wiederum hatten drei andere, die auf die Angebote hingewiesen worden waren, keine Erinnerung daran. Niemand erlebte die Hinweise als störend. Das Ergebnis ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

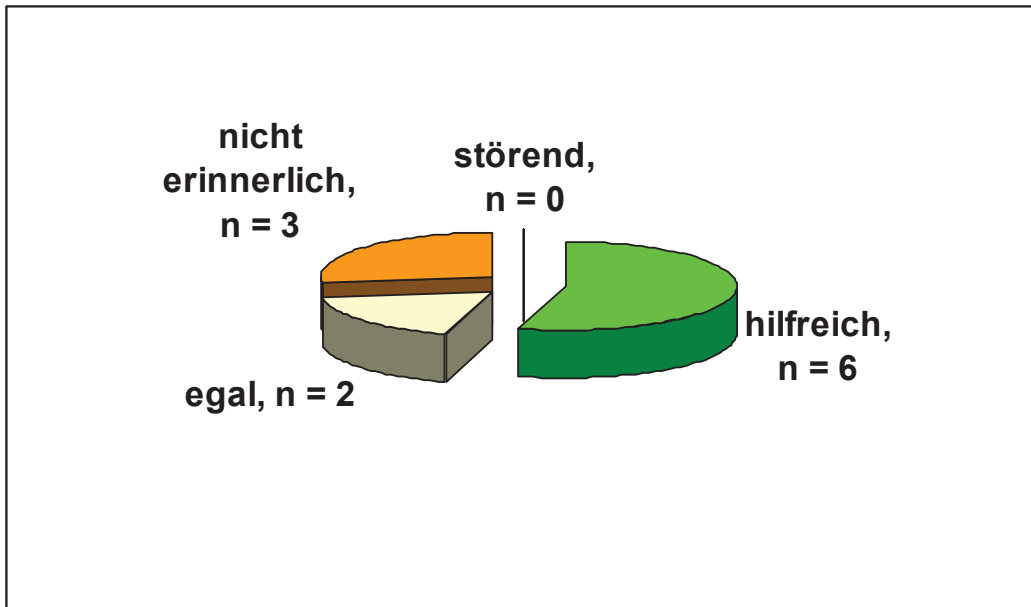


Abb. 12: Erleben des Hinweises auf weiterführende Angebote im UKD in der untersuchten Stichprobe (n=11)

- **Inanspruchnahme weiterführender Angebote**

Mit der anschließenden Betreuung allgemein zeigten sich die Probandinnen und Probanden überwiegend zufrieden, das Ergebnis ist in Abbildung 13 dargestellt. Insgesamt wurde die damalige Behandlung und Betreuung bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Rahmen dieser Studie von neun Nachuntersuchten als ausreichend empfunden und von zwei als nicht ausreichend.

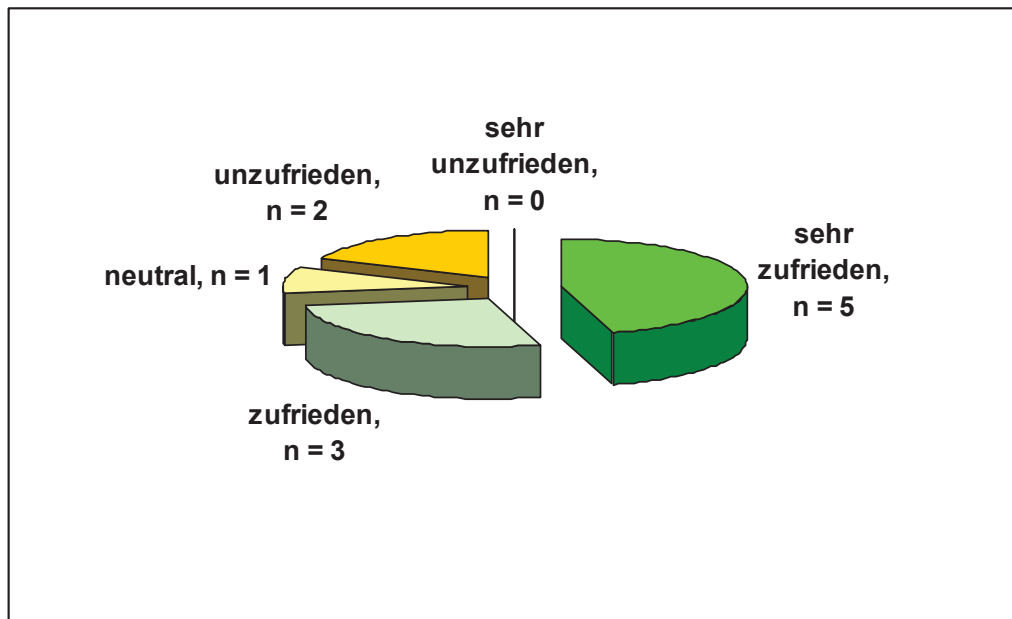


Abb.13: Zufriedenheit mit der weiterführenden Betreuung allgemein in der untersuchten Stichprobe (n=11)

Eine Probandin und ein Proband der nachuntersuchten Gruppe der Gewaltopfer haben das Angebot der Rechtsmedizin genutzt. Dieses Angebot erlebten beide als sehr hilfreich. Ein Proband wünschte im Verlauf der Nachuntersuchung, die Ergebnisse der rechtsmedizinischen Untersuchung zu bekommen, die er im Rahmen eines noch ausstehenden Gerichtsverfahrens benötigte.

Die Nennung der Inanspruchnahme weiterer Unterstützung ist in Tabelle 15 dargestellt. Das soziale Netz wurde dabei von allen Probandinnen und Probanden benannt. Nur von jeweils drei Untersuchten wurde weitere medizinische oder sonstige Hilfen in Anspruch genommen.

Weitergehende Nennungen fanden nicht statt, insbesondere wurde in keinem Fall über ambulante psychotherapeutische Behandlung, stationäre psychosomatische Therapie oder Seelsorge berichtet.

Tabelle 15: Inanspruchnahme weiterer Betreuung in der untersuchten Stichprobe (n=11)

Institution		Häufigkeit der Inanspruchnahme (Mehrfachnennungen möglich)
Soziales Netz	Partnerin/ Partner	3
	Weitere Familie	5
	Freundinnen/ Freunde	6
	berufliches Umfeld	2
	Nachbarn	1
Weitere medizinische Versorgung	Hausärztin/ Hausarzt	2
	Sonstige somatische ambulante Versorgung	1
	psychiatrische stationäre Therapie	1
Sonstige	Juristische Unterstützung	2
	Polizei	1
	Beratungsstelle	2

Als Art der in Anspruch genommenen Unterstützung wurden Zuhören in sechs Fällen, in zwei Fällen Trost und in jeweils einem Fall praktische Hilfe (konkret: anwaltliche Unterstützung), „Dasein“, Ratschläge genannt.

- **Wünsche der Betroffenen/ Hindernisse bei der Inanspruchnahme**

Die zu der unfallchirurgischen Versorgung geäußerten Wünsche bezogen sich weitestgehend auf die zuvor genannten Kritikpunkte. Zusätzlich wurden kürzere Wartezeiten und eine bessere Zusammenarbeit mit der Polizei gewünscht.

Bezüglich einer weitergehenden Unterstützung wurden genannt: Durchführung einer korrigierenden Operation (dabei einmal die Chirurgen uneinheitlich in ihren Aussagen und letztlich ablehnend erlebt), einen Termin beim Orthopäden (mit Wunsch nach Unterstützung durch die Unfallchirurgie), ambulante psychotherapeutische Versorgung, Kontakt zu einer Beratungsstelle und einmal auch „Beweisfotos“ – damit waren die Ergebnisse der rechtsmedizinischen Untersuchung gemeint.

Dabei äußerten zwei Betroffene, dass sie selbst Kontakt aufnehmen möchten zu weitergehenden Angeboten, davon benötigte eine einen konkreten

3 Ergebnisse

Ansprechpartner. Telefonisch kontaktiert zu werden, wünschten sich drei Betroffene, persönlich aufgesucht zu werden zwei weitere. Insgesamt sechs wünschten gar keine weitere Kontaktaufnahme (Abb. 14). Die zwei Patientinnen mit den höchsten IES-Werten wünschten sich jeweils aktive Nachsorge.

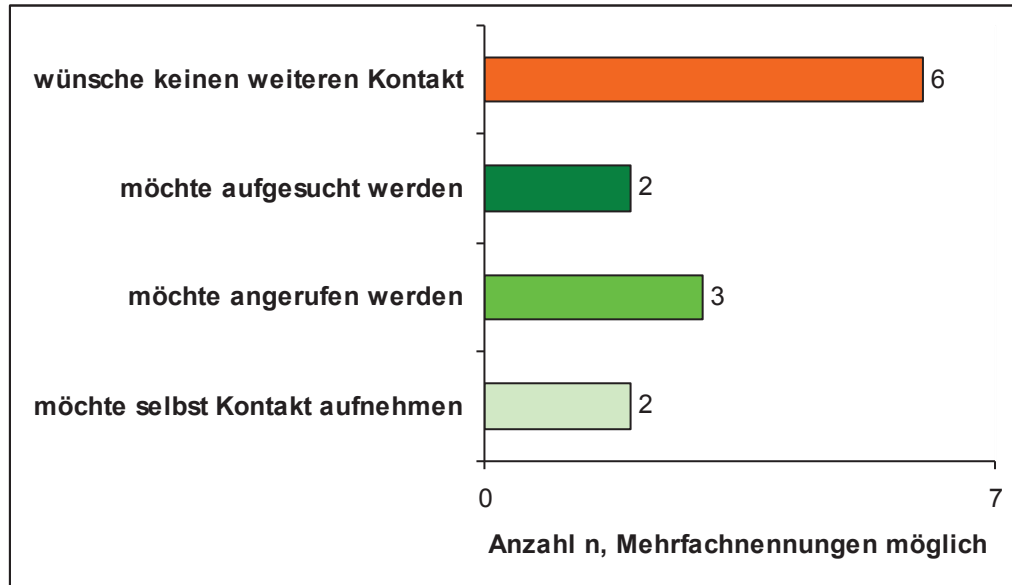


Abb. 14: geäußerte Wünsche zur Kontaktaufnahme für weiterführende Angebote in der untersuchten Stichprobe (n=11)

Als Hindernisse bei der Inanspruchnahme wurden genannt: sich abgelehnt zu fühlen; die Annahme, dass das nicht wichtig sei; fehlende Anregung von außen; Nichtwissen über Rahmenbedingungen; Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen sowie fehlende zeitliche Möglichkeiten. Nicht benannt, aber deutlich im Rahmen der Untersuchungssituation waren ferner in einem Fall ein deutliches Dissimulieren von Symptomen und in einem Fall sprachliche Probleme und Orientierungsschwierigkeiten.

Im Rahmen der Nachuntersuchung hatten eine Probandin und ein Proband direkten Beratungsbedarf: einmal wegen der Ergebnisse der rechtsmedizinischen Unter-suchung, einmal zur psychotherapeutischen Versorgung.

In jedem der fünf Fälle, in dem eine psychische Störung nach ICD-10 diagnostiziert wurde, wurde über Möglichkeiten einer spezifischen Behandlung gesprochen. Nur in einem Fall (Patientin mit Anpassungsstörung) äußerte die Betroffene von sich aus den Wunsch nach psychotherapeutischer Versorgung, zeigte sich aber mit den Zugangsmöglichkeiten nicht vertraut. In allen weiteren Fällen wurde eine entsprechende Behandlung abgelehnt, und zwar aus folgenden

Gründen: Zeitmangel; fehlendes Vertrauen und angenommene Wirkungslosigkeit psychotherapeutischer Behandlung; fehlender bzw. geringer Leidensdruck; die Patientin mit der dysmorphophoben Störung sah ihren Versorgungsbedarf ausschließlich im somatischen Bereich und konnte sich eine psychotherapeutische Versorgung nicht vorstellen. Dabei war die Symptomschwere gerade bei derjenigen, die sich selbst psychotherapeutische Hilfe wünschte, sowohl in der Fragebogendiagnostik, in den Angaben im Interview und auch im klinischen Eindruck der Untersucherin am wenigsten ausgeprägt.

- **Screening Partnergewalt**

Drei Patientinnen waren wegen Partnergewalt in der Unfallchirurgie; alle bejahten Fragen aus dem SPG (Screening Partnergewalt); alle drei waren zum Zeitpunkt der Untersuchung von diesen Partnern inzwischen getrennt. Eine Patientin hatte mehrfach zuvor vereinbarte Termine abgesagt, und der Untersuchungstermin kam erst zustande, als die Partnerschaft beendet war. Alle drei gaben an, dass sie sich getrennt hätten (nicht der Partner).

Eine weitere Patientin gab an, in einer früheren Partnerschaft Gewalt erlebt zu haben. Ein männlicher Patient berichtete ebenfalls über Gewalt in der Partnerschaft.

Die Angaben zu weitergehenden traumatischen Erfahrungen deckten sich weitestgehend mit denen aus der Traumaliste DIA-X.

- **Sonstige Angaben aus den Interviews**

Drei (männliche) Patienten berichteten spontan über eine eigene Alkoholisierung zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung, dabei war das nur in einem Fall in der Akte vermerkt.

Alle drei Patientinnen, die Opfer von Partnergewalt geworden waren, hatten sich im Vorfeld der Nachuntersuchung getrennt. Eine Patientin berichtete in dem Zusammenhang, dass mehrere von ihr veranlasste Terminverschiebungen auch damit zusammenhingen, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch mit dem Täter in Beziehung war.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie zunächst zusammenfassend dargestellt. Die weitere Gliederung orientiert sich an der des Ergebnisteils. Es werden zunächst die Daten der Aktenauswertung, danach die der Nachuntersuchung diskutiert.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen über die Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie des UKD soll schließlich eine Optimierung des Betreuungsangebotes speziell im Rahmen der Erstversorgung modellhaft für die Unfallchirurgie erarbeitet und auf der Grundlage der Literaturrecherche diskutiert werden.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum der Studie von Mai 2007 bis Dezember 2008 wurden von den 11.631 behandelten Fällen der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des UKD von den Ärztinnen und Ärzten 89 Patienten (45 Männer, 44 Frauen) als Gewaltopfer indiziert und erfüllten damit das Einschlusskriterium für die Aktenauswertung. Dabei ging die Zahl der identifizierten Gewaltopfer 2008 im Vergleich zu 2007 signifikant zurück. 42 Patientinnen und Patienten wiesen einen Migrationshintergrund auf. In 26 Fällen (29%) war häusliche Gewalt Untersuchungsanlass. Die Gewalt wurde in 50 Fällen (56%) von Unbekannten ausgeübt, in 47 Fällen (53%) waren der/die Täterinnen bzw. Täter bekannt, davon in 23 Fällen (Ex-)Partnerinnen oder (Ex-)Partner. Von Partnergewalt waren signifikant häufiger Frauen (49% der Frauen) als Männer (2% der Männer) betroffen. In 26 Fällen lag häusliche Gewalt vor. Wiederholte Gewalterfahrung war in 3 Fällen über eine mindestens zweimalige Vorstellung aus solchen Anlässen zu finden. Eine stationäre Versorgung wurde in 28 Fällen (31%) erforderlich. Acht Patientinnen und Patienten brachen die Untersuchung/ Behandlung vorzeitig ab. Im Rahmen der unfallchirurgischen Behandlung wurde die überwiegende Zahl der Gewaltopfer (68 Fälle = 76%) über die weiterführenden Angebote im UKD informiert. Davon lehnten acht die Information bzw. Aushändigung des Flyers ab. Fünfzehn Gewaltopfer (17%) nahmen das Angebot der Rechtsmedizin in

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Anspruch, nur zwei (2%) das Beratungsangebot des Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die Erreichbarkeit der Gewaltopfer zur Nachuntersuchung erwies sich als sehr schwierig. Wegen Ausschlusskriterien und Nichterreichbarkeit konnten nur 11 Probandinnen und Probanden für die Nachuntersuchung rekrutiert werden (12%). Von diesen waren fünf männlich und sechs weiblich, das Durchschnittsalter betrug 28,6 Jahre. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Die Nachuntersuchung erfolgte im Schnitt 393 Tage nach der unfallchirurgischen Vorstellung. Bei der IES fanden sich in fünf Fällen auffällige Werte. In der HADS-Subskala Angst fanden sich zwei auffällige und vier grenzwertige Werte. Bei den weiteren Instrumenten waren nur in Einzelfällen grenzwertige bis auffällige Ergebnisse zu finden. Drei Nachuntersuchte hatten durchgängig Werte im Normbereich, vier weitere hatten in ein bis zwei Instrumenten Ergebnisse im Grenzbereich, und vier zeigten mehrere Werte (bis zu fünf von sechs) im Grenzbereich oder außerhalb des Normbereichs, dabei waren alle mindestens mäßig belastet in der IES. In der Traumaliste des DIA-X gaben zwei Untersuchte an, dass sie keine traumatische Erfahrung hatten, diese zeigten auch in den übrigen Instrumenten keine Auffälligkeiten.

In der Auswertung der Interviews zeigte sich, dass zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch körperliche oder psychische Symptome vorhanden waren. Bei insgesamt fünf Probandinnen und Probanden wurde klinisch eine psychische Diagnose gestellt, wovon drei ursächlich traumaassoziiert und die beiden anderen möglicherweise im Ausprägungsgrad durch die Gewalterfahrung mit beeinflusst sind.

Mit der chirurgischen Behandlung zeigten sich zehn Nachuntersuchte mindestens zufrieden. Über die weiterführenden Angebote wurden alle elf informiert (nach Aktenlage neun, 2 nach Angaben im Interview). Sechs Betroffene erlebten das als hilfreich. Eine Probandin und ein Proband nahmen das rechtsmedizinische Angebot in Anspruch. In keinem Fall erfolgte eine psychotraumatologische Versorgung. Insgesamt wurde eher auf das vorhandene soziale Netzwerk zurückgegriffen, nur in vier Fällen wurde eine medizinische Weiterversorgung in Anspruch genommen und ebenfalls in nur geringem Umfang sonstige Hilfen

speziell aus dem Opferhilfenetzwerk (andere Beratungsstellen, Hilfe nach dem OES).

4.2 Diskussion der Ergebnisse der retrospektiven Fallanalyse

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 89 Gewaltopfer durch die Unfallchirurgen identifiziert, bei einer Gesamtzahl von 11631 Fällen sind dies 0,76%. Im Jahr 2007 wurden 1,06% aller Fälle als Gewaltopfer identifiziert, im Jahr 2008 signifikant weniger mit 0,58%. Diese Zahlen liegen deutlich niedriger als die der Voruntersuchung 2004 in der gleichen Klinik mit 5% (Schumann 2012) und einer ähnlichen Untersuchung aus Hamburg mit 3,5% (Kühne 2007), sowie im Vergleich mit weiteren Studien auch im internationalen Vergleich (z.B. Boyle et al. 2003, Davis et al. 2003, Hofner et al. 2005). Dieser Unterschied ist nicht durch eine Abnahme der Gewaltopferzahl generell zu erklären, die z.B. durch die Zahlen des Innenministeriums des Landes NRW (2010) belegt wird. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass methodische Unterschiede zu diesen unterschiedlichen Ergebnissen führten. Einschlusskriterium dieser Studie war eine durch die Unfallchirurgen vorgenommene Kennzeichnung der entsprechenden Akten, und diese erfolgte, sofern Gewaltfolgen der unmittelbare Behandlungsanlass war (Inzidenz). In den genannten Vergleichsstudien wurde häufig auch das Vorkommen von Gewalt in der Vorgeschichte (Prävalenz) eingeschlossen. In der Voruntersuchung der unfallchirurgischen Akten des UKD von 2004 (Schumann 2012) wurden die Akteninhalte aller unfallchirurgischen Akten aus diesem Jahr geprüft, eine Vorauswahl durch Indizierung wie in der jetzigen Untersuchung war nicht erfolgt. Die gefundenen Ergebnisse können deshalb so verstanden werden, dass im Untersuchungszeitraum durchaus mehr als in dieser Untersuchung erfasste Gewaltopfer identifiziert wurden, allerdings nicht regelmäßig eine entsprechende Kennzeichnung erfolgte. Diese Schlussfolgerung erscheint auch deswegen erlaubt, weil im Rahmen der Nachuntersuchung (siehe dort) nachvollziehbar wurde, dass auch sonst die Dokumentation nicht immer vollständig erfolgte. Möglicherweise ist dies auch zusätzlich durch die hohe Arbeitsauslastung bei gleichzeitiger Personalfuktuation in der chirurgischen Notaufnahme zu erklären. Um diesem „Störfaktor“ zu begegnen, bieten sich wiederholte Schulungen innerhalb eines Jahres an, unterstützt von signalhaft

etablierbaren Merkhilfen/Betreuungshilfen durch das Personal. Trotzdem ist davon auszugehen, dass nach wie vor zu wenige Gewaltopfer identifiziert werden. Bedenkenswert erscheint zudem die deutliche Abnahme der Identifizierungsquote innerhalb eines Jahres. Diese Zahlen können so verstanden werden, dass unmittelbar nach einer Schulungsmaßnahme besonders hohe Sensibilität besteht und lassen den Schluss zu, dass es wichtig ist, wiederholt für das Thema der Gewaltopferversorgung zu sensibilisieren, was sich auch mit den Ergebnissen von Krüger (2008) deckt.

Im Vergleich zu der genannten Voruntersuchung war die Altersstruktur vergleichbar: in der jetzigen Untersuchung (Mittelwerte 30 Jahre, SD 12 Jahre in der jetzigen Untersuchung bzw. 31 Jahre, SD 15 Jahre in der Voruntersuchung von Schumann 2012). Das Geschlechterverhältnis war in der jetzigen Studie ausgewogen gegenüber einer deutlichen Dominanz von Männern (73%; gegenüber Frauen 27%) in der Voruntersuchung (Schumann 2012), und entspricht damit den Erfahrungen, dass Frauen und Männer vergleichbar häufig Opfer von Gewalt werden (Döge 2011, Hornberg et al. 2008). Zieht man spezifisch nur die Fälle häuslicher Gewalt heran (29% der Fälle versus 17% in der Voruntersuchung) und die deutlich verbesserte Dokumentation bezüglich der Tatumstände (fehlende Dokumentation in 18% der Fälle versus 52% in der Voruntersuchung) könnte daraus abgeleitet werden, dass es zu einer verbesserten Erkennung von Fällen häuslicher Gewalt kam. Allerdings deutet die hohe Zahl (über 50%; in der Voruntersuchung 31%) identifizierter Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum dennoch darauf hin, dass diese weiterhin besser erkannt werden, wie in der Studie von Steen und Hunskaar (2004) beschrieben, oder möglicherweise auch falsche Angaben zum Tathergang durch die Betroffenen gemacht werden. Zusätzlich ist zu bedenken, dass Gewalt im öffentlichen Raum mutmaßlich leichter zu berichten ist als häusliche Gewalt.

Auffällig war der hohe Anteil von 42 Patienten mit Migrationshintergrund (47%). Ein Vergleich zur Voruntersuchung von Schumann (2012) ist in diesem Punkt nicht möglich, weil Angaben dazu von ihr nicht erfasst werden konnten. Dem hohen Anteil von Migranten könnte ein Interkulturalitäts-Bias im Rahmen der Identifikation von Gewaltopfern zugrunde liegen. Es könnte jedoch auch bedeuten, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger Opfer von Gewalttaten werden. In Zusammenhang mit den im Rahmen der Telefonkontakte erlebten

Sprachschwierigkeiten (als mögliches Ausschlusskriterium aus der Nachuntersuchung) liegt dadurch insgesamt nahe, dass migrationsspezifische Angebote für Gewaltopfer, die auch die Sprachschwierigkeiten berücksichtigen, sinnvoll sind. Unterstrichen wird die diesbezügliche Notwendigkeit durch die Studie von Schröttle und Khelaifat (2008), in der einerseits festgestellt wurde, dass Frauen türkischen Migrationshintergrundes vergleichsweise häufiger von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt in der aktuellen Partnerschaft betroffen waren, ihr Anteil unter den Frauen mit gewaltbedingten Verletzungen am höchsten war; andererseits Frauen mit Migrationshintergrund Hilfeeinrichtungen mehrheitlich nicht bekannt waren. Während 43% bzw. 44% der Migrantinnen angaben, Unterstützungsangebote zu kennen, waren es bei den Frauen deutscher Herkunft 67%. Vorstellbar für das UKD wären z.B. die Vereinfachung der Sprache des vorliegenden Flyers, die Übersetzung des Flyers in andere Sprachen und die Organisation von dolmetschender Unterstützung für die rechtsmedizinische Untersuchung oder erforderliche Nachbehandlungen. Für die obigen Ausführungen – wie auch für die folgenden – gilt generell das Gebot einer zurückhaltenden Bewertung, da nur eine kleine Fallzahl ausgewertet werden konnte.

4.2.1 Verletzungsmuster und stationäre Weiterbehandlung

In der überwiegenden Zahl der Fälle (58 = 65%) wurden ‚Prellungen‘ diagnostiziert, jedoch auch gehäuft Frakturen (32%); die Zahl der Frakturen ist vergleichbar zur Voruntersuchung von Schumann (2012), die eine Häufigkeit von 29% findet, ähnliches gilt für Schädelhirntraumata (12% in der jetzigen zu 17% in der Voruntersuchung). Die Reihenfolge der Häufigkeiten der Verletzungsarten entspricht denen in der Literatur beschriebenen (Brzank 2005). Die Häufigkeit der stationären Aufnahmen liegt mit 31,5% über der in der Voruntersuchung von Schumann 2012, (27% Opfer häuslicher Gewalt, und 12% Opfer unklarer Gewalt) und deutlich über der der Hamburger Untersuchung (11%, Kühne 2007). Die höhere Quote stationärer Aufnahmen bei nicht grundsätzlich abweichenden Arten von Verletzungen könnte damit zu erklären sein, dass schwerere Verletzungen zu mehr Aufmerksamkeit und damit erhöhter Indizierungsquote bei den unfallchirurgischen Behandlerinnen und Behandlern führten. Anmerkung: der

Begriff der Prellung wird in der Regel als Sammelbegriff für Weichteiltraumata mit und ohne Schwellung oder Hämatom verwendet. Aus rechtsmedizinischer Sicht wäre wünschenswert, statt diesem relativ unbestimmten Begriff eine konkrete Beschreibung des tatsächlichen Befundes zu dokumentieren; z.B. Hämatom (mit Größe und Farbgebung sowie Größe am Körper) mit oder ohne begleitende Schwellung und Schmerzen.

4.2.2 Beteiligte am Tatgeschehen und Kontext der Tat

In der Untersuchung überwogen unter den Opfern von (Ex-)Partnerinnen bzw. (Ex-)Partnern Frauen deutlich (23 Frauen versus 1 Mann). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Schröttle und Ansorge (2008). Allerdings wies schon Archer (2000) darauf hin, dass Männer vergleichbar häufig wie Frauen Partnergewalt ausgesetzt sind. Die niedrige Anzahl von männlichen Opfern von Partnergewalt könnte möglicherweise durch geringere Verletzungsfolgen zu erklären sein, sodass eine unfallchirurgische Behandlung gar nicht erst aufgesucht wird, oder dass in diesen Fällen – wahrscheinlich aus Scham - über den Tathergang nichts berichtet wurde.

Häusliche Gewalt wurde bei 22 Frauen (85%) beschrieben. Aber nur für vier Männer (15%) ergab die Dokumentation eine Form häuslicher Gewalt. Diese Zahlen sind noch deutlicher als in der bereits mehrfach vergleichend zitierten Studie von Schumann (2012), in der von den Opfern häuslicher Gewalt 69% Frauen und 31% Männer waren. Dass Frauen häufiger Opfer häuslicher Gewalt sind und von Partnern attackiert werden, Männer hingegen häufiger im öffentlichen Raum Gewalt erleben, stimmt mit den Angaben aus der Literatur überein (Müller und Schröttle 2004, Jungnitz et al. 2004). Der in dieser Studie gefundene hohe Anteil von Opfern häuslicher Gewalt könnte durch verstärkte Aufmerksamkeit der Untersucher auf diese Gewaltform als Ergebnis der Schulung der Mitarbeiter zu erklären sein.

4.2.3 Inanspruchnahmeverhalten

Die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten (81, d.h. 91%) hat die unfallchirurgische Behandlung vollständig wahrgenommen. Acht Patientinnen und Patienten (9,0%) hatten die unfallchirurgische Behandlung vorzeitig abgebrochen.

Drei davon waren Opfer häuslicher Gewalt. Das entspricht einer Abbruchquote von 11% unter den Opfern häuslicher Gewalt. Anhand der nur geringen Fallzahl lässt sich nicht - wie in der Literatur beschrieben - belegen, dass Opfer häuslicher Gewalt bevorzugt Behandlungen (Fanslow et al. 1998) abbrechen. Möglicherweise hat jedoch auch der sensibilisierte Umgang der Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen zu einer geringeren Abbruchquote geführt. Die Abbruchquote ist nicht mit der Voruntersuchung von Schumann vergleichbar, weil sich dort nur Angaben zu Opfern häuslicher Gewalt und Ablehnung stationärer Behandlung finden (n=5), in der hier vorliegenden Untersuchung jedoch auch Abbrüche der ambulanten Behandlung (z.B. durch Verlassen der Räumlichkeiten vor Abschluss der Untersuchung/ Behandlung) miterfasst wurden.

Von den acht Patientinnen und Patienten, die die Behandlung abbrachen, haben jedoch sechs den Flyer zu weiterführenden Angeboten angenommen, nur zwei lehnten ab. Von den Gewaltopfern, die ihre Behandlung regulär abschlossen, lehnten sechs das Informationsangebot zu weiterführenden Angeboten ab, sodass die Akzeptanz für die Informationen und den Flyer insgesamt hoch war. Dies entspricht auch der Untersuchung von Chang et al. (2005), wonach Informationen und individuelle Beratung von den meisten Betroffenen gewünscht wird. Mit dem Flyer ist damit eine Form der Information gelungen, die sowohl von den unfallchirurgischen Behandlerinnen und Behandler als auch den Patientinnen und Patienten gut angenommen wird.

4.2.4 Angebote des Instituts für Rechtsmedizin und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Mindestens 68 der 89 Gewaltopfer (76%) sind auf weiterführende Angebote des UKD aufmerksam gemacht worden. Der Durchdringungsgrad war wahrscheinlich noch höher, wie die Nachuntersuchung ergab (s. dort) und damit insgesamt auf einem hohen Niveau.

Immerhin 15 davon (17% der Gesamtstichprobe) sind dem Angebot des Rechtsmedizinischen Institutes gefolgt. Da es vorher ein solches Angebot nicht gab und das Thema Gewaltopferversorgung in der Unfallchirurgie noch keinen herausragenden Stellenwert hatte, ist hier klar von einer verbesserten Versorgung auszugehen. In der Untersuchung von Kühne (2007) wurde berichtet, dass 51 von

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

290 Patienten (17%) im Rahmen der Unfallchirurgischen Versorgung eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung im Rahmen eines Konsils erhielten, sodass der Durchdringungsgrad auch bei diesem anderen –personalintensiveren – Zugangsweg nicht höher war. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass bei Aufrechterhaltung des Angebotes die Inanspruchnahme weiter steigen wird, wie von Seifert et al. 2004 beschrieben.

Wenngleich die Schlussfolgerung aufgrund der niedrigen Fallzahl nur vorsichtig zu treffen ist, erscheint das Vorgehen des UKD – mit einer Kontaktaufnahme zum rechtsmedizinischen Angebot ggf. zu einem späteren Zeitpunkt - ähnlich effektiv und unter Kostenaspekten wahrscheinlich günstiger.

Nur zwei von 89 Gewaltopfern (2%) sind im Klinischen Institut für Psychosomatik und Psychotherapie vorstellig geworden. Hier ist von einer verbesserten Versorgung nicht auszugehen, obwohl in der Voruntersuchung von Schumann 2012 in keinem Fall ein Konsil im Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychosomatik stattgefunden hat. Allerdings hatte Müller (2011) in seiner Untersuchung finden können, dass 2004 drei Gewaltopfer, die im Klinischen Institut für Psychosomatik untersucht worden waren, zuvor in der Unfallchirurgie des UKD behandelt worden waren – ob eine Zuweisung erfolgte, konnte jedoch nicht geklärt werden. Möglicher Grund für die fehlende Verbesserung ist, dass das Angebot der Gewaltopferversorgung innerhalb des UKD in der Wahrnehmung der unfallchirurgischen Ärztinnen und Ärzte sehr rechtsmedizinisch fokussiert war und dementsprechend auch an die Gewaltopfer weitervermittelt worden ist (erkennbar an dem häufigen Akteneintrag „Flyer RM“). Hier scheint eine entsprechende (wiederholte) Wissensvermittlung an die Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen sinnvoll. Ein weiterer Grund könnte in der stärkeren Wahrnehmung der körperlichen Gewaltfolgen durch die Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen liegen. Gleichzeitig deutet dieses Ergebnis dennoch darauf hin, dass die Art der Wissensübermittlung mit dem Flyer effektiv ist (Unterschied der Inanspruchnahme zwischen Rechtsmedizin und Psychosomatik). Es erschien daher sinnvoll, eine Überarbeitung des vorliegenden Flyers vorzunehmen mit verstärkter Fokussierung auch auf mögliche seelische Folgen von Gewalt. Dass die Betroffenen vor allem über den Flyer am umfangreichsten von den Hilfsangeboten erfuhren, deckt sich mit Studien zur Wirkung von Printmedien. Zwar befassen sich diese nicht primär mit der Wirkung von Flyern. Ihre Ergebnisse lassen sich aber entsprechend auf

den Flyer übertragen, da diese dem Printbereich zuzuordnen sind (Noelle-Neumann et al. 2000).

Die Ergebnisse beider Studien, die unterschiedlich methodisch vorgingen (Erfassung der Nachbehandlung aus der Aktenlage bei Schumann 2012 im Vergleich zum Abgleich mit den Akten aus dem Institut für Rechtsmedizin und dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der vorliegenden Untersuchung) könnten jedoch auch darauf hindeuten, dass unabhängig von Konsilen, die unmittelbar im Rahmen der unfallchirurgischen Behandlung veranlasst wurden, durch die Behandlerinnen und Behandler eine Empfehlung zu weiterführenden Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen auch mündlich, vom Flyer unabhängig und ggf. undokumentiert stattfand.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der katamnestischen

Untersuchung

Von den identifizierten 89 Gewaltopfern konnten insgesamt nur 11 nachuntersucht werden. Ausschlaggebend hierfür waren neben Ausschlusskriterien vor allem die schwierige telefonische Erreichbarkeit der Betroffenen. Nur in 60% der Fälle (51 von 85 ohne zunächst erkennbare Ausschlusskriterien) konnte eine aktuelle Telefonnummer überhaupt noch ermittelt werden. Davon waren in 28 Fällen die Nummern entweder nicht mehr vergeben oder trotz mehrfacher Kontaktversuche nicht erreichbar.

Insgesamt konnten also nur noch 23 der ursprünglich 85 potentiellen Probandinnen und Probanden (27,1%) für eine Nachuntersuchung nach durchschnittlich 13 Monaten erreicht werden. Dieses Ergebnis entspricht den Erfahrungen aus einer abgebrochenen Untersuchung mangels Untersuchten, bei der die Gewaltopfer aus der Studie von Müller (2011) nach 2 Jahren durch die Autorin nachuntersucht werden sollten und bei der von ursprünglich 57 identifizierten Gewaltopfern nur noch insgesamt drei (5,2%) erreicht werden konnten. Ob die Erreichbarkeit bei Nicht-Gewaltopfern besser wäre, kann nur gemutmaßt werden. Allerdings erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass sich Gewaltopfer unerreichbar machen beispielsweise durch Wechsel der Telefonnummer in eine Geheimnummer oder Umzug. Hintergrund hierfür könnte eine Flucht vor den Gewalttätern sein, was bei einem Täter aus dem persönlichen

Umfeld eine sinnvolle Maßnahme sein kann, bei unbekanntem Täter eher einem Vermeidungsverhalten entspräche. In der Untersuchung von Müller und Schröttle (2004) ist bei jeder zehnten Frau Gewalt Auslöser für einen Umzug. Denkbar wäre jedoch auch, bei Verharren in einer gewaltvollen Beziehung, sich aus Angst oder Scham unerreichbar gemacht zu haben bzw. aufgrund dieser Situation wohnungslos geworden zu sein: laut Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen (2005) liegen bei 18% der wohnungslosen Frauen akute Gewalt durch Partner oder Dritte der Wohnungslosigkeit zugrunde. Gestützt werden diese Vermutungen durch die Angaben der von Partnergewalt betroffenen Patientinnen, dass sie sich in der Zwischenzeit getrennt hatten. Eine Patientin äußerte, dass sie die Untersuchungstermine mehrfach auch wegen ihrer noch bestehenden Partnerschaft zu dem Gewalttäter verschoben hätte.

Gar nicht bzw. nur in einem Fall für die Nachuntersuchung erreicht werden konnten Betroffene, bei denen eine Alkoholisierung in der unfallchirurgischen Untersuchung auffiel und diejenigen, die sich mehrfach in unfallchirurgischer Behandlung befanden: Hier war bei keinem überhaupt die telefonische Kontaktaufnahme möglich. Auch wenn es sich jeweils um sehr kleine Gruppen von Betroffenen handelt, erscheinen auch diese besonders unterstützungsbedürftig. Bei den Alkoholisierten könnte Gewalterleben zu vermehrter Ausprägung weiteren Alkoholkonsums führen (Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung 2009), die Gruppe der wiederholt Behandelten erscheint durch die massive physische wiederholt erlebte Gewalt physisch und psychisch bedroht. Gleichzeitig scheinen sich gerade diese Menschen einer weiteren Kontaktaufnahme zu entziehen. Ob hier das Angebot einer Nachsorgesprechstunde greifen würde, erscheint fraglich, möglicherweise wird speziell die Gruppe der Alkoholisierten nur über eine aufsuchende Nachsorge erreicht werden können.

Schließlich lehnten noch sieben Betroffene die Untersuchung ab, sodass insgesamt nur elf Probandinnen und Probanden nachuntersucht werden konnten. In der Geschlechterverteilung und im Altersdurchschnitt waren die Nachuntersuchten mit der Gesamtstichprobe vergleichbar. Auffällig war der geringere Anteil an Probandinnen und Probanden mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Gesamtstichprobe, was mit dem Ausschlusskriterium „Sprachschwierigkeiten“ allein hinreichend erklärbar ist (Ausschluss von vier telefonisch erreichten Betroffenen aufgrund dieses Kriteriums). Dies gibt erneut

einen Hinweis darauf, dass die Etablierung migrationspezifischer Angebote sinnvoll erscheint.

Auffällig erscheint im Vergleich der Nachuntersuchten zur Gesamtstichprobe schließlich noch, dass keiner von ihnen die Behandlung in der Unfallchirurgie abbrach oder den Hinweis auf weiterführende Angebote ablehnte, was als Hinweis darauf zu werten ist, dass - methodisch bedingt - eine Selektion einer Stichprobe mit hoher/guter Compliance erfolgte.

4.3.1 Diskussion der Ergebnisse der Fragebögen

Die meisten Auffälligkeiten ergaben sich bei der IES, mit der traumaassoziierten Stress erhoben wird. Hier zeigten fünf von 11 Probandinnen und Probanden einen auffälligen Wert. Das Ergebnis weist auf eine deutliche traumaspezifische, mit dem Gewalterlebnis assoziierte psychische Belastung bei etwa der Hälfte der Betroffenen hin. Dies deckt sich mit Befunden epidemiologischer Untersuchungen, dass 8-50% derjenigen, die ein Trauma erlebt haben, eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Kessler et al. 1995) bzw. 39% Frauen nach körperlichen Übergriffen (Flatten et al. 2011, Resnick et al. 1993); wobei Frauen ein signifikant höheres Risiko haben, eine akute PTBS nach Gewalterfahrung zu entwickeln (Olbricht 2002). Da der IES jedoch keine klare Diagnose erlaubt, ist hier nur eine gemeinsame Tendenz festzustellen.

Auch die in sechs Fällen mindestens grenzwertigen Ergebnisse in der Angst-Skala der HADS unterstützen die Annahme erhöhten traumaassoziierten Stresses, da Ängste zu häufigen unspezifischen Symptomen in Folge von Gewalterleben als spezifischer Form von Traumatisierung gehören (u.a. Black 2011, Brzank et al. 2005, Hornberg et al. 2008, Müller und Schröttle 2004).

Im Kontrast dazu war die von den Probandinnen und Probanden angegebene allgemeine psychische Belastung (SF12 -psychisch und SCL-90R) nur bei ein bzw. zwei von elf auffällig. Dies deutet darauf hin, dass die Betroffenen sich in ihrer Gesamtbefindlichkeit nicht generell beeinträchtigt fühlen. Die geringe Belastung bezüglich depressiver Symptome (nur in einem Fall ein Grenzwert erreicht) ist einerseits erstaunlich, da depressive Symptome häufig in

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Zusammenhang mit Gewalterfahrung (u.a. Zlotnik et al. 2006, Brzank et al. 2005, Hagemann-White und Bohne 2003) und ebenfalls häufig komorbide zu einer PTBS auftreten (Kessler et al. 1995). Andererseits ergaben Verlaufsstudien, dass sich depressive Symptome rascher zurückbilden als Ängste (Atkeson et al. 1982, Kilpatrick et al. 1979).

In der Traumaliste des DIA-X gaben zwei Patienten kein Trauma an. Da diese sich in der Fragebogendiagnostik gänzlich unauffällig zeigten, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass diese ihre Gewalterfahrung nicht als traumatisierend erlebt haben. Beide hatten eine einmalige Gewalterfahrung im öffentlichen Raum erfahren, waren ausschließlich ambulant versorgt worden. Dies kann auf eine geringere Schwere der Verletzungen hindeuten, sodass bei aller Schwierigkeit, prädiktive Faktoren zu definieren, hier insgesamt eine günstige Konstellation in beiden Fällen vorgelegen haben dürfte (s. auch Brewin et al. 2000, Ozer et al. 2003). In weiteren vier Fällen war ausschließlich das zur unfallchirurgischen Konsultation führende Gewaltereignis (bzw. in Fällen häuslicher Gewalt auch ggf. die wiederholte Gewalterfahrung) benannt, davon in einem Fall das eine Ereignis in mehreren Kategorien angegeben. Weitere traumatische Erlebnisse wurden in vier Fällen angegeben, davon war eins zeitlich in der Kindheit zu verorten. In verschiedenen Studien (Brewin et al. 2000, Bremer et al. 1995, Cimino und Dutton 1991) wurden Kindheitstraumata als möglicher Prädiktor für eine spätere PTBS im Falle einer erneuten Viktimisierung gefunden, traf jedoch in diesem Einzelfall im Rahmen der Studie nicht zu; hier war keine PTBS zu finden. Schließlich weist die Tatsache, dass sofern überhaupt ein schwerwiegendstes Erlebnis in der Traumaliste angegeben wurde, immer das Gewalterlebnis genannt wurde, auf die subjektive Bedeutsamkeit hin. Zusätzlich kann daraus geschlossen werden, dass die mit dem IES gemessenen Belastungen deutlich mit den Ereignissen in Zusammenhang stehen, die Anlass für das Aufsuchen der unfallchirurgischen Behandlung waren.

Bei Gesamtbetrachtung der Fragebögen ist festzustellen, dass auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach durchschnittlich 13 Monaten bei der Hälfte der Betroffenen immer noch psychische Folgen der Gewalt zu finden waren, also schon eine erhebliche Chronifizierung stattgefunden hat.

4.3.2 Diskussion der Ergebnisse der Interviews

- **Symptombelastung zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung**

Die körperliche Symptombelastung zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung wurde bei allen Nachuntersuchten als mindestens mäßig ausgeprägt eingeschätzt. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung hatten die körperlichen Symptome erwartungsgemäß deutlich abgenommen, waren jedoch in einigen Fällen noch vorhanden und führten zu funktionellen Einschränkungen (Bewegungseinschränkung, Hörminderung, Einschränkung der Atmung), Schmerzen oder ästhetischen Beeinträchtigungen und entsprechen den typischen, in der Literatur angegebenen Gewaltfolgen (u.a. Hellbernd et al. 2004). Auch wenn die Symptomausprägung nicht sehr stark war, können die Beeinträchtigungen auch dazu führen, an die Traumatisierung wiederkehrend erinnert zu werden, so berichteten es die Betroffenen.

Die psychische Belastung zeitnah zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Konsultation wurde für die Stichprobe in der Tendenz ähnlich stark wie die körperlichen Symptome eingeschätzt. Dabei wurden von den Betroffenen sowohl spezifische Traumafolge-Symptome wie Hyperarousal, Flashbacks und Dissoziation, benannt, als auch unspezifischere Symptome, wie sie typischerweise nach Gewalterfahrung auftreten, wie Stimmungstiefs, Ängste, Antriebsstörungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und Beziehungsstörungen. Diese Befunde decken sich mit den Angaben in der Literatur (u.a. Hornberg et al. 2008).

Die psychische Belastung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde aufgrund der Angaben im Interview ebenfalls als rückläufig eingeschätzt. Innerhalb der Studie entspricht dies den Fragebogenergebnissen zur allgemeinen psychischen Belastung in SF12 und SCL-90R. Dass innerhalb eines Jahres von einer Symptomreduktion auszugehen ist, deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen der Literatur sowohl für unspezifische (u.a. Atkeson et al. 1982) als auch für traumaspezifische Symptome (Rothbaum et al. 1992, Riggs et al. 1995, Norris und Kaniasty 1994). Als Symptome wurden sowohl traumaspezifische als auch unspezifische genannt sowie stark empfundene Gefühle: Stimmungstiefs, Flashbacks, Ängste, Dissoziationen, Albträume, Schlafstörungen, Unruhe,

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Verunsicherung, Hilflosigkeit und Wut. Ein Teil der Symptome wurde von einem Patienten als durch anderweitige belastende Lebensumstände entstanden berichtet, was im Verlauf der Untersuchung auch nachvollziehbar schien.

Kontrastierend zu den Ergebnissen der Fragebögen und der Angaben in den Interviews, in denen sich die Betroffenen als weitgehend unbelastet erlebten, steht, dass bei insgesamt fünf Probandinnen und Probanden aufgrund des klinischen Eindrucks der Autorin eine psychische Störung nach ICD-10 diagnostiziert wurde. Zwei davon (PTBS, ICD-10 F43.1 und Anpassungsstörung, ICD-10 F43.2) sind dabei traumaspezifische Diagnosen. In einem dritten Fall (körperdysmorphophobe Störung, ICD-10 F45.2) konnte der Zusammenhang zur Gewalterfahrung aufgrund der geschilderten zeitlichen Abfolge und des inhaltlichen Bezuges zu den Verletzungsfolgen klar nachvollzogen werden. Den somatoformen Störungen zugeordnet kann hier ebenfalls von einer typischen Folge von Gewalterfahrung gesprochen werden (Teegen und Schriefer 2002). Die in einem vierten Fall diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) war durch zusätzliche belastende Lebensumstände mindestens mitbedingt und somit allenfalls im Ausprägungsgrad durch das Gewaltereignis beeinflusst. Für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ gilt ähnliches: sie hat schon vor der Gewalterfahrung bestanden, es wurde fortgesetztes Erleben von Traumatisierung schon in der Kindheit berichtet, sodass auch hier allenfalls der Grad der Symptomausprägung durch das (erneute) Gewalterleben beeinflusst wurde, was von der Betroffenen auch sehr klar so beschrieben wurde. Unter dem Aspekt der Borderline-Störung als komplexer Traumafolgestörung (Driessen et al. 2002) ist jedoch ein Einfluss der erneuten Gewalterfahrung auf die Symptomatik denkbar.

Dass nur eine PTBS klinisch diagnostiziert wurde - trotz mehrerer auffälliger Werte in der IES - kann damit in Zusammenhang gebracht werden, dass im Interview im Vergleich zu den Angaben in den Fragebögen eine Tendenz zur Dissimulation entsprechender Symptome zu erkennen war, die Symptomlast nicht so ausgeprägt schien und zusätzlich die BPS so ausgeprägt erschien, dass eine möglicherweise komorbid vorhandene PTBS nicht deutlich wurde. Zudem scheint der spezifisch traumassozierte Stress von den Betroffenen sehr ausgestanzt und nicht allgemein belastend wahrgenommen zu werden, was die Diskrepanz der Untersuchungsergebnisse ebenfalls mit erklären kann.

- **Akutbehandlung und Verweis an die weiterführenden Angebote**

Mit der chirurgischen Erstversorgung waren die Untersuchten bis auf eine Ausnahme zufrieden. Dieses sehr positive Ergebnis könnte allerdings auch durch den oben vermuteten Selektions-Bias verfälscht worden sein. Dennoch scheint die Zufriedenheit mit der Erstversorgung gut, denn auch zwei Betroffene, die die Nachuntersuchung ablehnten, äußerten dennoch am Telefon, dass sie „mit allem zufrieden“ gewesen seien.

Als Kritikpunkte wurden (jeweils einmal) geäußert, dass widersprüchliche Aussagen von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten gemacht wurden, dass keine Unterstützung bzw. Begleitung zu weiterführenden Untersuchungen erfolgte (bei entsprechender körperlicher Einschränkung), der Rücktransport nicht ausreichend sichergestellt und nicht auf psychische Folgen einer Gewalterfahrung und deren Behandlungsnotwendigkeit aufmerksam gemacht wurde. Die geäußerte Kritik ist insbesondere vor dem Hintergrund der psychischen Verfassung nach Gewalterfahrung bedenkenswert, die auch noch Stunden nach dem Ereignis andauern kann und durch Erleben von Hilf- und Schutzlosigkeit, dissoziativer Reaktion und neurophysiologischen Veränderungen gekennzeichnet ist (Nijenhuis et al. 2004). Die von den Betroffenen angesprochenen Kritikpunkte deuten darauf hin, dass sie zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Behandlung nicht in der Verfassung waren, sich mit ihren Bedürfnissen angemessen Gehör zu verschaffen. Daraus ergibt sich, dass in der Versorgung von Gewaltopfern eine aktivere Hilfestellung und Begleitung geleistet werden sollte, um ihrer Situation gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang wäre vorstellbar, eine spezielle Gewaltopfersprechstunde in der Unfallchirurgie zu installieren, zu der die Betroffenen zu einem Nachuntersuchungstermin einbestellt würden. Dies würde einerseits dem Wunsch der Betroffenen nach somatischer Versorgung entgegenkommen und eine intensivere Beratung z.B. durch einen begleitend erreichbaren Sozialarbeiter ermöglichen. Zudem wäre ein solcher Ansatz dahingehend ressourcenschonend, als dass keine 24-Stunden-Bereitschaft dafür erforderlich ist. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die geäußerte

Kritik sämtlich von Betroffenen (insgesamt drei) kamen, die noch heute psychisch belastet sind.

Zu der Information über weiterführende Hilfsangebote äußerten auch die beiden Probanden, bei denen kein entsprechender, diesbezüglicher Aktenvermerk erfolgte, sich daran erinnern zu können, was darauf schließen lässt, dass auch in der Gesamtstichprobe der Durchdringungsgrad noch höher sein dürfte, als sich aufgrund der Aktenauswertung darstellt. Die Information wurde überwiegend als hilfreich erinnert und in keinem Fall als störend. Dies deckt sich auch mit den Untersuchungen der S.I.G.N.A.L-Studie von Hellbernd et al. (2005) und einer Untersuchung von Mark et al. (2007), dass Betroffene auf ihre Gewalterfahrung angesprochen werden möchten und ihnen Information wichtig ist (Chang et al. 2005).

- **Inanspruchnahme weiterführender Angebote**

Die Probandinnen und Probanden zeigten sich auch allgemein mit der weiteren Betreuung überwiegend zufrieden. Allerdings fiel auf, dass die weitere Unterstützung überwiegend innerhalb des sozialen Netzwerks in Anspruch genommen wurde (das wurde von allen berichtet) und kaum Einrichtungen des Opferhilfenetzwerks aufgesucht wurden. Dies könnte einerseits damit zu erklären sein, dass die gewünschte und konkret in Anspruch genommene Hilfe vorrangig auch passend zum sozialen Netzwerk war: so wurden vorrangig Zuhören, Trost, Ratschläge und „Dasein“ und nur in einem Fall praktische Hilfe (konkret: anwaltliche Unterstützung) genannt. Andererseits kann sich ausgewirkt haben, dass die Information zu weiterführenden Angeboten möglicherweise zu stark auf das rechtsmedizinische Angebot fokussiert war. Es erscheint sinnvoll, in einer Überarbeitung des vorliegenden Flyers darauf verstärkt hinzuweisen, dass über den genannten Kontakt eine Weitervermittlung auch an andere Institutionen des Opferhilfenetzwerks im Bedarfsfall verwiesen wird, um die Motivation zur Kontaktaufnahme auch für diejenigen zu stärken, die primär keinen Bedarf zur Unterstützung durch das Institut für Rechtsmedizin sehen. Auch eine medizinische Weiterversorgung wurde nur in weniger als der Hälfte der Fälle in Anspruch genommen. Besonders kritisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass in

keinem Fall eine ambulante psychotherapeutische oder stationäre psychosomatische Versorgung in Anspruch genommen wurde. Nur in einem Fall erfolgte eine psychiatrische Behandlung komorbider Symptome. Zwar wurde die psychische Belastung überwiegend als nicht stark angegeben, dennoch war eine gewisse Belastung sowohl in den Fragebögen als auch den Interviews erkennbar. Zudem ist aufgrund des langen Katamnesezeitraumes von einer weiteren spontanen Besserung der Symptome kaum noch auszugehen (Atkeson 1982, Kilpatrick 1979, Rothbaum 1992, Norris und Kaniasty 1994). Gleichzeitig ist denkbar, dass die untersuchte Stichprobe gerade aufgrund der geringen Fallzahl nicht repräsentativ ist.

In allen Fällen, in denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wurde eine psychotherapeutische Behandlung thematisiert. Nur in einem Fall erfolgte diese von seiten der Betroffenen selbst; sie war jedoch diejenige mit der geringsten Symptomschwere sowohl in der Fragebogenuntersuchung als auch in der Einschätzung der Untersucherin. Die vier anderen, die von der Untersucherin als bezüglich ihrer psychischen Störung behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden, wollten eine solche Behandlung aus unterschiedlichen Gründen (andere Einschätzung der Symptomschwere, fehlende Zeit, fehlendes Vertrauen) nicht in Anspruch nehmen. Auch dieser Befund spricht dafür, einen niedrigschwelligen Beratungszugang z.B. gekoppelt an eine unfallchirurgischen Nachsorge – bei von den Betroffenen überwiegend positiv besetzter chirurgischer Versorgung - zu schaffen.

Immerhin zwei der Nachuntersuchten hatten die rechtsmedizinische Untersuchung in Anspruch genommen und diese als positiv bewertet. Im Rahmen der Nachuntersuchung bat einer der beiden um Unterstützung, seine Untersuchungsbefunde auch nach Ablauf der ursprünglich benannten Ablauffrist für eine noch ausstehende Gerichtsverhandlung zu bekommen, was die Notwendigkeit verlängerter Aufbewahrungszeiten unterstreicht.

- **Wünsche der Betroffenen**

Auch die Wünsche der Betroffenen an die Behandlung in der Unfallchirurgie selbst entwickelten sich teilweise aus der schon zuvor benannten Kritik und waren

geprägt von dem Wunsch nach Unterstützung. Speziell genannt wurden kürzere Wartezeiten, Hinweise auf psychische Folgeprobleme, Vermittlung von folgenden somatischen Behandlungen und Terminen und Organisation von Rücktransporten, die im Rahmen der Gegebenheiten nur eingeschränkt umsetzbar erscheinen. So wurde bezüglich der Wartezeiten von Fanslow et al. 1998 für weibliche Opfer häuslicher Gewalt eine eher längere Wartezeit aufgrund der niedriger eingeschätzten Verletzungsschwere dokumentiert. Es ist davon auszugehen, dass die eingeschätzte Verletzungsschwere auch zukünftig maßgeblich die Wartezeit bestimmen wird. Die gewünschte Aufklärung über mögliche psychische Folgen würde über wiederholte Schulungen der unfallchirurgischen Behandlerinnen und Behandler möglicherweise besser etabliert werden und kann zudem bei einer Überarbeitung des Flyers über die Benennung möglicher psychosomatischer Folgeprobleme vermittelt werden.

Der einmal geäußerte Wunsch einer engeren Zusammenarbeit mit der Polizei (um die Täter zu fassen) zeigt, dass machtvolle Zuschreibungen an die Unfallchirurgie aus der Opferperspektive vorgenommen werden und zu Versorgungswünschen führen. Vielen Wünschen könnte mit der Einrichtung einer Gewaltsprechstunde, wie bereits oben erwähnt, wahrscheinlich besser begegnet werden als es im Rahmen einer Notfallvorstellung möglich ist.

Zudem wurde einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle und einmal psychotherapeutische Versorgung gewünscht. Der geringe Bedarf an zentralen Angeboten, z.B. Beratungsstellen oder seelsorgerischer Begleitung, ist ungewöhnlich im Vergleich zur Studie von Hellbernd (2005), wo der Wunsch nach mehr Informationen über Beratungsstellen an erster Stelle genannt wurde. Es erscheint fraglich, inwieweit die Angebote des Opferhilfenetzwerkes in differenzierter Weise überhaupt bekannt waren. Gleichzeitig fühlte sich die untersuchte Stichprobe bereits weitgehend gut versorgt (s.o.), sodass die Diskrepanz möglicherweise auch dadurch erklärt wird.

Mit fünf Probandinnen und Probanden wünschte sich knapp die Hälfte der Betroffenen eine nachfolgende Kontaktaufnahme, die in vier Fällen aktiv von Seiten des Hilfenetzwerkes (telefonisch oder persönlich) gewünscht wurde. Aus dem geringen Grad der Erreichbarkeit im Rahmen des Follow-Up sowie den Aussagen der Nachuntersuchten lässt sich schließen, dass jedoch nur frühzeitige aktive Hilfe erfolversprechend scheint. Ein proaktiver Ansatz entspricht auch den

Überlegungen im Rahmen der Versorgung von Frauen als Opfern häuslicher Gewalt (Kavemann et al. 2005). Dafür ist es notwendig, bereits im Rahmen der unfallchirurgischen Erstversorgung entsprechende Wünsche der Opfer zu erfragen, zu dokumentieren und ihre Daten – bei Zustimmung - innerhalb des Opferhilfenetzwerkes entsprechend weiterzuleiten. Alternativ würde auch hier eine spezielle Gewaltopfersprechstunde im Rahmen der somatischen Versorgung den Wünschen der Betroffenen, gleichzeitig aber auch ihrer Selbstbestimmung, Rechnung tragen, da in der Erstversorgung nicht abzusehen ist, ob eine Weiterbehandlung anschließend von den Opfern gewünscht wird (vgl. Hagemann-White 2003).

4.4 Schlussfolgerungen

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde untersucht, inwiefern die Implementierung des Angebots der Gewaltopferversorgung an der Universitätsklinik Düsseldorf die Betroffenen erreicht und zu einer verbesserten Versorgung beiträgt. Die Studie fußt auf einer umfangreichen interdisziplinären Voruntersuchung zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs vor Beginn des neuen Angebots zur Gewaltopferversorgung. Die Untersuchung in der Unfallchirurgie kann aufgrund ihrer besonderen Stellung unter den erstversorgenden Fächern als maßgeblich betrachtet werden.

Unter den im Untersuchungszeitraum (2007-2008) vorstelligen 11.631 Patientinnen und Patienten wurden 89 als Gewaltopfer gekennzeichnet (0,76%), wobei die Methodik eine andere war als in der Voruntersuchung und die Zahlen deshalb nur bedingt verglichen werden können. Während die Voruntersuchung die Prävalenzrate von Gewaltopfern im Jahr 2004 auf Grundlage einer retrospektiven Aktenanalyse ermittelt hat, war die jetzige Untersuchung auf die Erkennungsrate mit entsprechender ärztlicher Dokumentation in der Akte von Gewaltopfern gerichtet. Bei Annahme einer weiterhin hohen Dunkelziffer ist die Erkennungsrate und/ oder Dokumentation nach wie vor unbefriedigend. Die Abnahme der Erkennungsquote im Verlauf des Untersuchungszeitraums spricht außerdem dafür, dass die Ärztinnen und Ärzte in den erstversorgenden Fächern für die Gewaltthematik wiederholt sensibilisiert werden müssen.

Zudem deuten Kritikpunkte und Wünsche, die von Betroffenen im Rahmen der Nachuntersuchung geäußert wurden darauf hin, dass sie sich noch mehr Sensibilität und aktivere Unterstützung im Rahmen der Erstversorgung wünschen. Hier zeigen sich zwei Probleme, die getrennter Aufmerksamkeit bedürfen: die Sensibilisierung des medizinischen Personals zum einen für die aktive Vermittlung von Hilfen, zum anderen der notwendige Blick auf die psychische Situation der Betroffenen. Der hohe Anteil an Betroffenen mit Migrationshintergrund zeigt die Notwendigkeit eines migrationsspezifischen Angebotes insbesondere auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Nachuntersuchung.

Der Durchdringungsgrad mit Informationen über das Angebot der Gewaltopferversorgung war erfreulich hoch (mindestens 76%) und wurde von den Betroffenen als überwiegend hilfreich angegeben, in keinem Fall als störend. Die Inanspruchnahme des rechtsmedizinischen Angebotes konnte innerhalb kurzer Zeit auf vergleichbares Niveau gebracht werden wie ein ähnliches, bereits etabliertes Angebot in Hamburg (Kühne 2007). Im Vergleich zu 2004 ist daher zu konstatieren, dass eine verbesserte Versorgung von Gewaltopfern in diesem Teilbereich stattgefunden hat. Es ist ebenfalls davon auszugehen, dass hier eine gerichtsfeste Dokumentation der gewaltbedingten Verletzungen stattgefunden hat. Das Angebot wurde von den nachuntersuchten Patienten, die es in Anspruch nahmen, als hilfreich und freundlich beschrieben, sodass sich für das rechtsmedizinische Angebot kein Veränderungsbedarf ableiten lässt.

Die Weiterleitung in das psychotherapeutische Angebot des UKD gelang allerdings nur in zwei Fällen, sodass hier von einer systematisierten Vernetzung noch nicht gesprochen werden kann. Die Gründe hierfür dürften darin liegen, dass das Weiterbetreuungsangebot von den Ärztinnen und Ärzten rechtsmedizinisch fokussiert wahrgenommen, vermutlich dementsprechend weitervermittelt wird und auch im ausgehändigten Flyer der Informationsschwerpunkt rechtsmedizinisch ist. Zur Verbesserung dieser Situation angesichts oft gravierender psychischer Folgeerscheinungen erscheint es sinnvoll, (1) diese Erfahrungen in wiederholte Schulungen des medizinischen Personals mit aufzunehmen und (2) den Flyer für die Betroffenen diesbezüglich zu überarbeiten.

In der nachuntersuchten Stichprobe fanden sich in fast der Hälfte der Fälle psychische Belastungen, bei einem Viertel klar traumaassoziiert zum Gewaltereignis. Die Ausprägung der Belastung wurde dabei nur als mäßig

angegeben, was erklären kann, dass die Betreuung nach der Gewalterfahrung als überwiegend zufrieden stellend erlebt wurde, obwohl eine spezifische psychotraumatologische Versorgung in keinem Fall stattfand und vorrangig das eigene soziale Netzwerk in Anspruch genommen wurde. Das Opferhilfenetzwerk auch außerhalb des UKD wurde ebenfalls nur wenig genutzt, das Bedürfnis danach auch nur wenig geäußert; wobei fraglich blieb, inwiefern die Angebote insgesamt differenzierter bekannt waren. Dennoch wünschte etwa die Hälfte eine weiterführende Versorgung, dabei bestanden einige Wünsche nach somatischer Versorgung, einige bevorzugten auch einen pro-aktiven Ansatz, die andere Hälfte sah keinen weiterführenden Bedarf.

Insgesamt stellt die Erkennung und adäquate Weiterversorgung von Gewaltopfern in der medizinischen Versorgung ein weiterhin nur unzureichend gelöstes Problem dar. Die vorliegende Arbeit zeigt jedoch gleichzeitig, dass bereits kleine Interventionen durchaus zu Veränderungen führen können.

Beispielhaft wird im Anhang der Text für eine Überarbeitung des Flyers vorgestellt. In dieser Neufassung wurde der ursprüngliche Text gekürzt und einfachere Formulierungen gewählt. Hintergrund hierfür war, die Verständlichkeit des Flyers auch für Menschen mit Sprachschwierigkeiten durch Migrationshintergrund oder kognitiven Beeinträchtigungen bereits mit geringem Aufwand zu erhöhen, ohne verschiedene Flyerversionen (leichte Sprache, Übersetzungen) erstellen zu müssen. Mehrere Flyerversionen wären zudem wahrscheinlich im Alltag einer (unfallchirurgischen) Notfallversorgung nicht ausreichend praktikabel. Die Möglichkeit psychischer Folgen wurde explizit erwähnt. Dies erschien notwendig vor dem Hintergrund, dass nur wenige Gewaltopfer im Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie versorgt wurden, und von den Nachuntersuchten psychotherapeutische bzw. spezifisch psychotraumatologische Unterstützung – auch nicht an anderer Stelle - in Anspruch genommen wurde. Gleichzeitig wurde ein entsprechender Versorgungsbedarf jedoch geäußert bzw. ersichtlich. Zudem wurde in dem überarbeiteten Text der Hinweis verstärkt, dass eine Weitervermittlung auch innerhalb des Opferhilfenetzwerks Düsseldorf erfolgt unter dem Aspekt, dass Betroffenen oft gar nicht selbst erkennbar ist, wofür sie Hilfe in Anspruch nehmen können und in welchen Bereichen die einzelnen Institutionen Unterstützung bieten. Der Textvorschlag wurde mit dem Institut für Rechtsmedizin abgestimmt.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Obwohl die Aussagekraft durch die methodisch bedingte sehr kleine nachuntersuchte Stichprobe eingeschränkt ist, sind Verbesserungspotentiale für die Gewaltopferversorgung dennoch bereits erkennbar. Zusammengefasst erscheinen folgende Verbesserungen sinnvoll:

- Wiederholte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des UKD zur verbesserten Identifizierung von Gewaltopfern und verbesserter Weitervermittlung in das Hilfesystem
- Überarbeitung des Flyers mit verstärktem Hinweis auf psychische Folgen von Gewalt und vereinfachter Sprache
- Etablierung migrationsspezifischer Angebote
- Kopplung eines Beratungsangebotes an eine Nachsorgesprechstunde
- Ggf. aufsuchende Hilfsangebote auf Wunsch von Betroffenen.

In diesen Rahmen könnte auch weitere Forschung integriert werden, wodurch höhere Fallzahlen mit mehr Aussagekraft erreicht würden. Es bedarf stetiger Beschäftigung mit dem Thema und Weiterentwicklung der Interventionen, um die Versorgung von Gewaltopfern grundlegend zu verbessern.

5 Literaturverzeichnis

Albani C, Blaser G, Geyer M, Borkenhagen A, Brähler E (2004) Psychotherapie und Versorgungsforschung 49: 407-414

Amann G, Wipplinger R (2013) Körperliche Gewalt und sexueller Mißbrauch. Risikofaktoren für die Entstehung sexueller Störungen. Psychotherapie im Dialog 14(1): 61-67.

Archer J (2000) Sex Differences in Agression Between Heterosexual Partners: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin 126: 651-680

Arias I (2004) The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. Journal of Women's Health 13 (5): 468 – 473

Atkeson BM, Calhoun KS, Resick PA, Ellis EM (1982): Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. J Cons Clin Psych 50: 96-102

Baier D, Pfeiffer Chr, Simonson J, Rabold S (2009) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN. Hannover: KFN

Bennett L, Riger S, Schewe P, Howard A, Wasco S (2004) Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation. Journal of interpersonal violence 19: 815-29

Black MC (2011) Intimate partner violence and adverse health consequences. American Journal of Lifestyle Medicine 5(5): 428-439

Blättner B, Krüger K, Grewe A (2009) A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung - eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des gFFZ: Frankfurt a.M

Bonomi AE, Anderson, ML, Rivara FP, Thompson RS (2009) Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. Health Services Research 44(3): 1052-1067

Boyle A, Todd C (2003) Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 20: 438-442

Bremer JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Chamey DS, Innis RB (1995) MRI-based measurement of hippocampal volume in combat-related PTSD. *Am J Psych* 152: 23-32

Brewin CR, Andrews B, Valentine JB (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68(5): 748-66

Brzank P (2005) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L-Interventionsprogramm. Materialien zur Implementierung von Interventionsprogrammen. Berlin

Brzank P (2009) (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 52: 330-338

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G (2005) Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 48: 337-345

Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe Göttingen

Bundeskriminalamt (2010) Polizeiliche Kriminalstatistiken. PKS-Zeitreihen 1987-2009.

Bundesministerium des Innern (BMI 2013) Polizeiliche Kriminalstatistik 2012. Bundesrepublik Deutschland. 60. Ausgabe Wiesbaden.

Bundesministerium für Justiz (2001): Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz - GewSchG)

Bundesministerium für Justiz (2004): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Verletzten im Strafverfahren (Opferrechtsreformgesetz OpferRRG)

Bundesministerium für Justiz (2009): Gesetz zur Stärkung der Rechte von Verletzten und Zeugen im Strafverfahren (2. Opferrechtsreformgesetz - 2. ORRG)

Busmann KD, Erthal C, Schroth A (2008) Wirkungen von Körperstrafenverboten. Erste Ergebnisse der europäischen Vergleichsstudie zu den „Auswirkungen eines gesetzlichen Verbots von Gewalt in der Erziehung“. RdJB 4: 404-422

Campbell J (2002) Health consequences of intimate partner violence. Lancet 359(9.314): 1.331 – 1.336

Chang SC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, McNeil M, Scholle SH (2005) Health care interventions for intimate partner violence: what women want. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Womens Health 15: 21-30

Cimino J Dutton M (1991): Factors influencing the development of PTSD in battered women. A paper presented at the 99th convention of the APA, San Francisco.

Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, Anastos K, Cohen J, Melnick S (2000) Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women an women risk for HIV. Am J Public Health 90(4): 560-565

Davis JW, Parks SN, Kaups KL, Bennink LD, Bilello JF (2003) Victims of Domestic Violence on the Trauma Service: Unrecognized and Underreported. The Journal of Trauma 54: 352-355

De Quervain DJ (2008) Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: implications fort he treatment of PTSD. Prog Brain Res 167: 239-247

Döge P (2011) Männer – die ewigen Gewalttäter? VS Verlag Wiesbaden.

Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Barea R C, Wulff H, Ratzka S (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Nervenarzt 73: 820-829

Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A (2006) Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 163: 885-892

Eisenstat SA, Bancroft L (1999): Domestic Violence. *NEJM* 341: 886-892

Fanslow JL, Norton RN, Spinola CG (1998) Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Ann Emerg Med* 32:451-457

Ferring D, Filipp SH (1994) Teststatische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica* 40: 344-362

Fischer G, Riedesser P (2009) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma und Gewalt* 3: 202-210

Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A (2010) Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 140: w13099

Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfe in Notfällen (2005) *Gesamtbericht 2005*. Darmstadt

Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinemann A (2004) Gewaltforschung zum Thema „Häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin* 14: 193-198

Franke, GH (2002) *SCL-90-R. Symptomcheckliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version*. Beltz Test GmbH Göttingen

Fugate M, Landis L, Riordan K, Naureckas S, Engel B (2005) Barriers for domestic violence help seeking: implications for intervention. *Violence against women* 11: 290-310

Galtung J (1975) Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Rowohlt Reinbek

Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts CH (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study of women's health and domestic violence. *The Lancet* 368: 1260-1269.

Gierden-Jülich M (2007) Grußwort zur Fachtagung. In: Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen NRW e.V.: 5 Jahre Gewaltschutzgesetz. Erfahrungen und Perspektiven

Goldberg B, Hermann D, Heiliger A, Schröttle M (2005): Gewalthandlungen und Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), München. 580–640.

Graß H, Rothschild MA (2004) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin* 14:188-192

Graß H, Mützel E, Preuss R (2012) Die Versorgung kann verbessert werden. *Dtsch. Ärztebl* 109(26): A797-9

Görgen T (2009) „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“. Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zur Gefährdung älterer und pflegebedürftiger Menschen. Studie des BMFSFJ.

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlung in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Dtsch Ärztebl Int* 108(17) 287-94

Hagemann-White C, Bohne S (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Universität Osnabrück

Haller B, Dawid E (2006) Kosten häuslicher Gewalt in Österreich. Institut für Konfliktforschung Wien

Harms B, Winters L, Schäfer I (2008) Die Opferhilfe Hamburg – psychische Belastung von Ratsuchenden und Bewertung der Beratung. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Heinz, A (2002) Jenseits der Flucht: Neue Interventionsmöglichkeiten gegen häusliche Gewalt im Vergleich. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Heitmeyer W (2002) Internationales Handbuch der Gewaltforschung VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hellbernd H, Brzank P, Maschewsky-Schneider U (2005) Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 48: 329-336

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Das SIGNAL Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual. Hans Huber Bern

Hidalgo RB, Davidson JR (2000) Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. J Clin Psychiatry 2000; 61 Suppl 7: 5-13.

Hillienhof, A (2014) Dt. Ärztebl PP 13(2): 52

Hirsch, RD (2003) Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland- Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen. In: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention. Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen. Workshop Reader, S.13-43

Hofner MC, Python MV, Martin E, Gervasoni JP, Graz B, Yersin B (2005) Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J* 22: 481-485

Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 42. Robert-Koch-Institut Berlin

Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnes-Davies R, Feder G (2010) Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine* 40(6): 881-893.

Howe A, Crilly M, Fairhurst C (2002) Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. *Emergency Medical Journal* 19: 138-140

Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Statistik „Häusliche Gewalt“. Jahreszahlen 2010.

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord, Hrsg.) (2009) Familiäre Gewalt und Alkohol. Eine Einführung in die Thematik und Empfehlungen für die Praxis.

Jelinek L, Randjbar S, Moritz S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D (2007) Posttraumatische Belastungsstörung bei Opfern von Gewalttaten. *Rechtsmedizin* 17: 301-305

Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, Dassler K, Möller-Herckenhoff L, Windolf J, Ritz-Timme S, Graß H (2012) Qualität der Befunddokumentation und weiterführenden Betreuung von Gewaltopfern am Beispiel einer unfallchirurgischen Notaufnahme einer Großstadt. *Z Orthop Unfall* 150: 89-97

Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (2004) Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C, Geserick C, Schmidt EM, Schröttle M (2011) Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische

Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend, Wien

Kapfhammer HP, Dobmeier P, Ehentraut S, Rothenhäusler HB (2001) Trauma und Dissoziation – eine neurobiologische Perspektive. *Psychotherapie* 6(1): 114-129

Kaufmann, FX (2009) *Sozialpolitik und Sozialstaat. Soziologische Analysen.* Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Kavemann B, Kreyssig U (Hrsg) (2006) *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt.* Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Kavemann B, Leopold B, Schirmacher G, Hagemann-White C (2005) Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG). Universität Osnabrück

Kavemann B (2016) Erinnerbarkeit, Angst, Scham und Schuld als Grenzen der Forschung zu Gewalt. In Helfferich C (Hrsg.) *Forschungsmanual Gewalt.* Springer Wiesbaden; 51-67

Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C (1995) Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psych* 52: 1048-1060

Kilpatrick DG, Veronen LJ, Resick PA (1979): Assessment of the aftermath of rape: Changing patterns for fear. *Journal of Behavioral Assessment* 1:113-148

Kindler H (2007) Folgen von Vernachlässigung, psychischer und physischer Misshandlung bei Kindern. In: Kindler H, Lillig S, Blüml H et al. (2007) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §§ 1.666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst (ASD).* Abschnitt 24 bis 26. BMFSFJ, DJI München

Kindler H (2016) *Ethische Fragen in der Forschung mit Kindern und Jugendlichen zu sexueller Gewalt: Ein Überblick.* In Helfferich C (Hrsg.) *Forschungsmanual Gewalt.* Springer Wiesbaden; 69-100

Kriminalpräventiver Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf (2009) Opferhilfe in Düsseldorf. 2. Auflage. Düsseldorf

Krüger K (2008) Eine quantitative Datenerhebung über Erfahrungen und Einstellungen von im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten zu häuslicher Gewalt gegen Frauen – Drei hessische Kliniken im Vergleich. Masterthesis. Hochschule Fulda. Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Kühne OC EM (2007) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dissertation Universitätsklinikum Hamburg

Lampert T, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut

Landeskriminalamt (LKA) Nordrhein.Westfalen. Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. Bericht zur Kriminalitätsentwicklung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Landeskriminalamt (LKA) Nordrhein.Westfalen. Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. Bericht zur Kriminalitätsentwicklung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Landeskriminalamt (LKA) Nordrhein.Westfalen. Polizeiliche Kriminalstatistik 2009. Bericht zur Kriminalitätsentwicklung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Lenz HJ (2006) Gewalt gegen Männer. In: Heitmeyer W, Schröttle M (Hrsg) Gewalt. Beschreibungen - Analysen - Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn

Löbmann R, Herbers K, Schacht G, Feldner M, Schneider A (2004) Evaluation der niedersächsischen Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.

Mason R, Schwartz B, Burgess R, Irwin E (2010) Emergency Medical Services: a resource for victims of domestic violence? *Emerg Med J* 27; 561-564

Mark H, Bitzker K, Grimm A, Klapp BF, Rauchfuß M (2007) Gesundheitsstörungen erwachsener Frauen im Zusammenhang mit körperlicher und sexueller Gewalt: Ergebnisse einer Berliner Patientinnenstudie. *Geburtsh Frauenheilk* 67: 43-49

Martinez, M, Schröttle, M, Condon, S, Springer-Kremser, M, Timmerman, G, Hagemann-White, C, Lenz, H-J, May-Chahal, C, Penhale, B, Reingardiene, J, Brzank, P, Honkatukia, P, Jaspard, M, Lundgren, E, Piispa, M, Romito, P, Walby S, and Westerstrand J. (2006). Report of the state of the state of the research of interpersonal violence, and its impact on health and human rights available in Europe. European Commission

Möllering A (2006) Traumaambulanzen: Versorgungskonzept bei psychischer Traumatisierung in NRW. *PID* 7: 387-392

Morier-Genoud C, Bodenmann P, Favral B, Vanotti M (2006) Violence in primary care: prevalence and follow-up of victims. *BMC family practice* 7:15

Müller JM (2011) Versorgung von Gewaltopfern am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Eine retrospektive Fallanalyse mit rechtsmedizinischem Schwerpunkt. *Dissertationsschrift Düsseldorf*

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

Nägele B, Böhm U, Görden T, Kotlenga S, Petermann F (2011) Partnergewalt gegen ältere Frauen. Verlag für Polizeiwissenschaften Frankfurt.

National Institute of Justice (NIJ 2000) Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from the national violence against women survey. Washington

5 Literaturverzeichnis

Nijenhuis E, van der Hart O, Steel K (2004) Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur – Traumatischer Ursprung – Phobische Residuen. In Reddemann L, Hofmann A: Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Thieme Stuttgart

Noelle-Neumann E, Schulz W, Wilke J (Hrsg.): (2000) Fischer Lexikon. Publizistik Massenkommunikation. Fischer Taschenbuch Verlag.

Norris F, Kastiany K (1994) Psychological distress following criminal victimization: Cross-sectional, longitudinal and prospective analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 10:239-261

Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R-D, Riecher-Rössler, A (2008) Screening Partnergewalt: Ein deutschsprachiges Instrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschr Neurol Psychiat* 76: 28-36

Olbricht I, (2002) Was Frauen krank macht : Zur Psychosomatik der Frau. Kösel München

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 129(1): 52-73

Peschel-Gutzeit LM (2006) Häusliche Gewalt und Opferschutz im Spiegel der Justiz. *Rechtsmedizin* 16: 82-87

Phelan MB, Hamberger LK, Guse CE, Edwards S, Walczak S, Zosel A (2005) Domestic violence Among Male and Female Patients Seeking Emergency Medical Services. *Violence and Victims* 20: 187-206

Plichta SB, Falik M (2001) Prevalence of Violence and Its Implications for Women's Health. *Women's Health Issues* 11:244-258

Poloczek S, Schmitt TK (2002) Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notfall & Rettungsmedizin* 5: 498-504

Ramsay J, Rivas C, Feder J (2005) Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner

violence: a systematic review of controlled evaluations. Barts and The London. Queen Mary's School of Medicine and Dentistry.

Reemtsma JP (2005) Was sind eigentlich Opferinteressen? Rechtsmedizin 15: 86-91

Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Cons Clin Psych 61: 984-991

Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB (1995): A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. Journal of Interpersonal Violence 10: 201-214

Rönnerberg, AM, Hammarström, A (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. In: Scand. J. Public Health 28, S. 222-229.

Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W (1992): A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. Journal of Traumatic Stress 5: 455-475.

Scarpa A, Haden SC, Hurley J (2006) Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: the moderating effects of coping and social support. Journal of interpersonal violence 21: 446-69

Schlack R, Rüdell J, Karger A, Hölling H (2013) Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl. 56: 755-764

Schröttle M, Martinez M, Condon S et al. (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. Co-ordination action on human rights violation funded through the european commission, 6th framework programme, Project No. 506348

Schröttle M, Khelaifat N (2008) Gesundheit - Gewalt - Migration: Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schröttle M, Ansorge N (2008) Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt

Schröttle M (2016) Methodische Anforderungen an Gewaltprävalenzstudien im Bereich gegen Frauen (und Männer). In Helfferich C (Hrsg.) Forschungsmanual Gewalt. Springer Wiesbaden; 101-119

Schumann K (2012) Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie – Schwerpunkt häusliche Gewalt. Dissertationsschrift Düsseldorf

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

Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). Psychologie der Aggressivität. Göttingen: Hogrefe.

Sherin JE, Nemeroff CB (2011) Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues in clinical neuroscience 13(3): 263-278

Shin LM, Rauch SL, Pitman RK (2006) Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. Ann N Y Acad Sci 1071: 67-69

Sohal H, Eldridge S, Feder G (2007) The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. BMC Family Practice 8: 1-9.

Specht, W, Spiel, Chr (2009) Gewalt in der Schule: Vorkommen, Prävention, Intervention. In: Specht W (Hrsg.) Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009, Band 2: Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen, Leykam.

Steen K, Hunskaar S (2004) Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department – a two-year prospective study. *Medical Science Monitor* 10(2): 75-79

Steiner B, Krippner K (2006) *Psychotraumatheorie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten*. Schattauer Stuttgart New York

Strawn JR, Geraciotti TD (2008) Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 25: 260-271

Teegen F, Schriefer J (2002) Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. *Psychotherapeut* 47: 90-97

Thompson MP, Kingree JB, Desai S (2004) Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: data from a nationally representative survey. *Am J Public Health* 94(4): 599-604

Varjavand, N., D. G. Cohen, E. J. Gracely and D. H. Novack (2004). A survey of residents' attitudes and practices in screening for, managing, and documenting domestic violence. *J Am Med Womens Assoc* 59(1): 48-53.

Verbeek F, Petermann U (1999) Gewaltprävention in der Schule: Ein Überblick. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 7: 133-146

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 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 105)*. Kohlhammer, Stuttgart

Wittchen, HU, Pfister H (1997) DIA-X Interviews. Swets & Zeitlinger, Frankfurt

World Health Organisation (WHO 1999) Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva

World Health Organisation (WHO 2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Genf

World Health Organization (WHO 2008): Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. Geneva

World Health Organization (WHO 2013a) Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and intimate partner sexual violence. Geneva

World Health Organization (WHO 2013b) Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Genf. Deutsche Übersetzung durch S.I.G.N.A.L. e.V.

World Health Organization (WHO 2014) Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. Geneva

Yehuda R (2006) Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications *Ann N Y Acad Sci* 1071: 137-166

Zlotnik C, Johnson DM, Kohn R (2006) Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American Women. *Journal of Interpersonal Violence* 21: 262-27

6 Anhang

6.1 Vorgehen bei der Kontaktaufnahme mit den Patienten

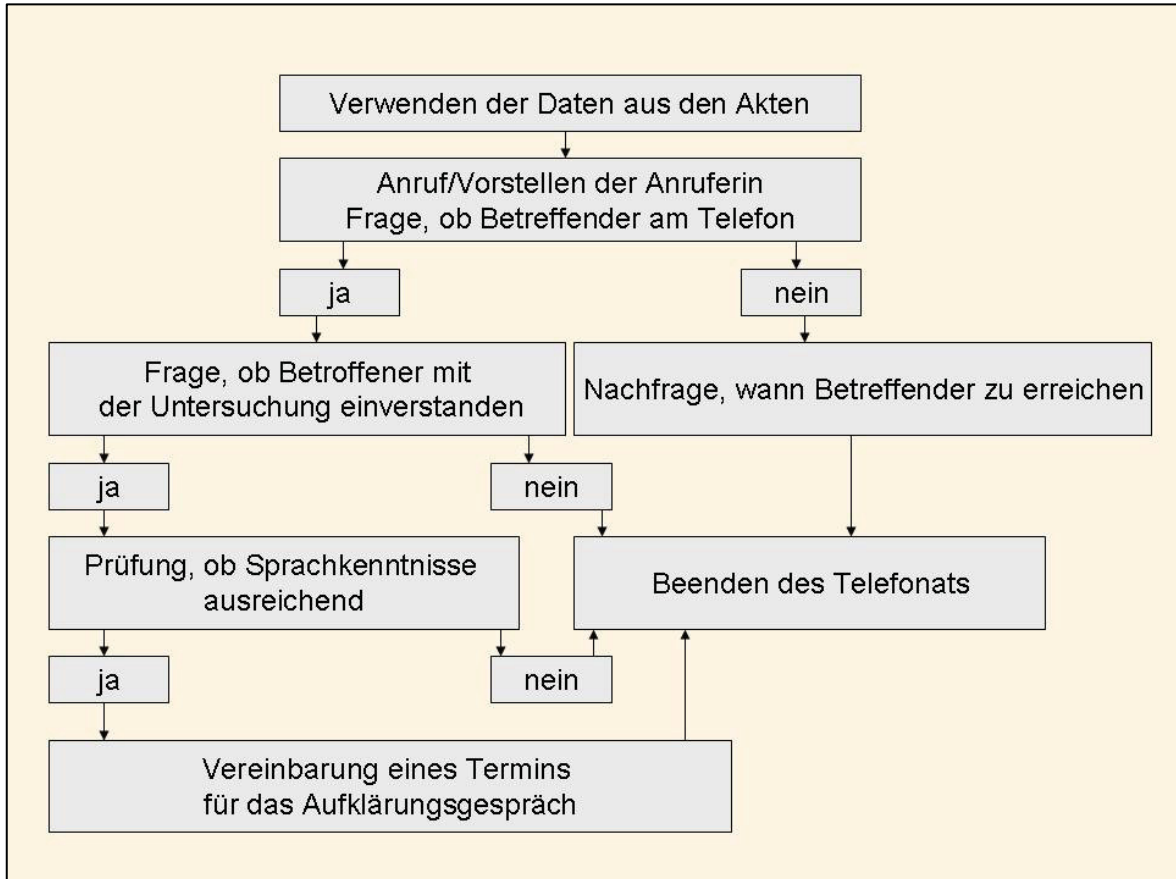


Abb. 1: Vorgehen bei der Kontaktaufnahme mit den Probandinnen und Probanden

6.2 Halbstrukturiertes Interview

1. Symptome

Sie sind 2007/2008 in der Unfallchirurgie untersucht worden. Welche Beschwerden haben dazu geführt? Wie stark waren diese ausgeprägt?

Gab es zeitgleich auch noch andere Symptome? Wie stark waren diese ausgeprägt?

Nachfragen: körperlich/psychisch/Beziehung

bei körperlich nachfragen: Schwere; organische Hintergründe; (ggf. explizit Schmerzen)

bei psychisch nachfragen: Schwere; ggf. explizit: depressive Symptome, Ängste, posttraumatische/ dissoziative Symptome, Essstörung, Zwänge, Substanzmissbrauch (bei Alkohol zusätzlich CAGE: (1)Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten? (2)Haben Sie sich schon einmal darüber aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren? (3)Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse? (4)Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?)

Wie fühlen Sie sich heute? (gibt es noch Beschwerden? Wie haben die sich verändert? Gab es erneute Verletzungen?)

Worauf führen Sie die Beschwerden zurück?

2. frühere Traumata

Instrument :Screening Partnergewalt (SPG)

2.1 Wurden Sie schon früher einmal von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt? (Wenn ja, von wem, wann)

2.2 Haben Sie in einer Beziehung/Ehe Angst verspürt oder sich bedroht gefühlt (wenn ja: jetzige/frühere Beziehung, wann?)

2.3 Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie sich vor Ihrem Partner gefürchtet haben? (wenn ja: jetzige/frühere Beziehung, wann?)

2.4 Hat Sie ein Partner je zu Geschlechtsverkehr gezwungen? (wenn ja: jetzige/frühere Beziehung, wann)

2.5 Waren Sie jemals wegen Gewalt in der Partnerschaft im Krankenhaus? (wenn ja: jetzige/frühere Beziehung/wann?)

Haben Sie sonstige traumatische Erfahrungen in der Vorgeschichte (z.B. Unfälle)?

3. Betreuung/Nachbetreuung

Sie sind damals in der Unfallchirurgie betreut worden. Wie haben Sie sich unterstützt gefühlt? (sofern erfolgt:) Sie sind über das spezielle Betreuungsangebot am UKD informiert worden/ haben damals ein Informationsblatt über die Gewaltopferversorgung am UKD bekommen.

War das hilfreich? Haben Sie die Sprechstunde aufgesucht? Welche Hilfe haben Sie dort erfahren? Wie haben Sie das erlebt?

Was hätten Sie sich sonst noch /alternativ an Unterstützung gewünscht? (konkret nachfragen, Hausärztl.Behandlg., sonst. somat. Ther., Psychotherapie, Beratungsstelle, Seelsorger, Angehörige/Freunde)

Welche Hilfe haben Sie sich davon erhofft (Zuhören, Ratschläge, Trost, praktische Hilfe (konkret?), finanzielle Unterstützung ,sonstiges (konkret?))

Wie hätte die Kontaktaufnahme aussehen sollen?

Welche sonstigen Formen der Weiterbetreuung haben Sie genutzt?

Empfinden Sie Ihre Weiterbetreuung/ Behandlung als ausreichend? Was würden Sie sonst noch benötigen?

4.soziale Situation

Wie ist Ihre Lebenssituation heute?

Nachfragen: Partnerschaft/ Kinder; Wohnen allein oder mit Familie
Berufliche Situation (arbeiten, Ausbildung, Arbeitslos)
Finanzielle Situation (subj. Einschätzung)

Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig wäre zu ergänzen?

Vielen Dank für das Gespräch!

6.3 Auswertung halbstrukturiertes Interview

Auswertung halbstandardisiertes Interview

1. Symptomatik

Zum Zeitpunkt der unfallchirurgischen Untersuchung

Gewalt spontan berichtet? ja nein

Spontan beschriebene Beschwerden: _____

Körperlich: sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Psychisch: sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Stimmungstiefs sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Antriebsstörung sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Ängste sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Dissoziation sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Flashbacks sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Hyperarousal sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Alkoholmissbrauch sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Substanzmissbrauch sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Beziehungsstörung sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Aktuell

Spontan beschriebene Beschwerden: _____

Körperlich: sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

somatischer Hintergrund vorhanden ja nein

Psychisch: sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Stimmungstiefs sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Antriebsstörg. sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Ängste sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Dissoziation sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Flashbacks sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Hyperarousal sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Alkoholmissbr sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Substanzmissbrauch sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

Beziehungsstörung sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

6 Anhang

weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar
weitere _____ sehr stark stark mäßig wenig nicht unklar

danach wiederholte Gewalterfahrung ja nein

2. frühere Traumata

vorhanden ja nein

wenn ja, Art des Traumas:

Unfall	ja, mehrfach <input type="radio"/>	ja, einmal <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
	selbstverschuldet	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar <input type="radio"/>	
Naturkatastrophe	ja, mehrfach <input type="radio"/>	ja, einmal <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Körperl. Gewalt	ja, mehrfach <input type="radio"/>	ja, einmal <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Gewaltandrohung	ja, mehrfach <input type="radio"/>	ja, einmal <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sex. Übergriff	ja, mehrfach <input type="radio"/>	ja, einmal <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

3. Betreuung/Nachbetreuung

Flyer:

hilfreich ja nein
störend ja nein
egal ja nein
nicht erinnerl. ja nein
sonst. _____

Gewaltopferversorgung:

aufgesucht ja nein

wenn ja:

Untersuchung

hilfreich ja nein

Was?

störend ja nein

Was?

Unzureichend ja nein

Was?

egal ja nein

sonst. _____

Beratung

hilfreich ja nein

Was?

störend ja nein

Was?

Unzureichend ja nein

Was?

egal ja nein

sonst. _____

Wunsch nach Unterstützung: _____ genutzt: _____

Hausärztl. Behandlg.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sonst. Somat. Ther.					
• Ambul.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Stat.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Psychotherapie					
• Ambul.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Stat.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Beratungsstelle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• (konkret: _____)					
Aufsuchende Hilfe	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Seelsorger	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unbek. <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Angehörige/Freunde					
• Partner	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Sonst. Familie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Freunde	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Kollegen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Nachbarn	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
• Sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	(konkret: _____)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	(konkret: _____)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wunsch nach Hilfe durch: _____ genutzt: _____

Zuhören	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ratschläge	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Trost	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Prakt. Hilfe	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	(konkret: _____)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Finanz. Unterst.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	(konkret: _____)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Kontaktaufnahme:

Wunsch, selbst Kontakt aufzunehmen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wunsch, telefonisch kontaktiert zu werden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wunsch, persönlich kontaktiert zu werden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Schwierigkeiten/ Hindernisse:

Schwer Termin bekommen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Termin(e) ungünstig gelegen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Behandler/Betreuer passte nicht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Behandlung/Betreuung unpassend	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Örtlich schwer erreichbar	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Finanzielle Schwierigkeiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Keine Kinderbetreuung in der Zeit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Partner/Familie wollte nicht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>
Schamgefühle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	unklar <input type="radio"/>

6 Anhang

Sonstige Bedenken ja nein unklar (welche?)

Betreuung ausreichend ja nein
Heute noch erforderlich ja nein (konkret: _____)

Außerdem benötigt würde:




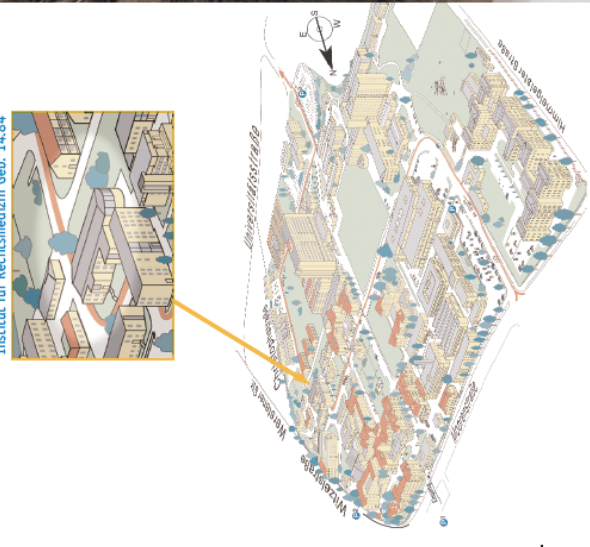
(offene Antworten)

4. Soziale Situation

Familienstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet
Wohnen allein Familie ther. Umfeld
Berufl. Arbeit Ausbildung arbeitslos Hausfrau berentet
Finanz. Sehr gut gut ausreichend knapp bedrohlich

Ergänzungen:

6.4 Bisheriger Flyer zu Versorgungsangeboten für Gewaltopfer im UKD

	 <p>Universitätsklinikum Düsseldorf</p>		
<p>Das Angebot des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) für Opfer von Gewalt:</p> <p>Unterstützung</p> <p>Kompetenz</p> <p>Diskretion</p>	 <p>Universitätsklinikum Düsseldorf</p>	<p>Institut für Rechtsmedizin Geb. 14.84</p>  <p>Die Kliniken finden Sie über das Leitsystem auf dem UKD-Gelände</p> <p>Universitätsklinikum Düsseldorf Moorenstrasse 5 40225 Düsseldorf Telefon 0211.81.06000</p> <p>Formularnr.: 0021-06-01T-RE-1 Stand 06/2006</p>	<p>„gerichts-feste“ Dokumentation, eine sachgerechte Beweissicherung sowie die korrekte Interpretation von Verletzungen von Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind. Die Mitarbeiter(innen) der Kliniken und Institute sind speziell geschult, durch eine optimale Vernetzung der Einrichtungen stehen Gewaltopfern alle medizinischen Disziplinen unmittelbar zur Verfügung. Auch eine kompetente, „opfer vermittelte“</p> <p>Opfer von Gewalt können folgendes Angebot nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Behandlung körperlicher und seelischer Verletzungen ■ Dokumentation von Verletzungen als Basis einer späteren Begutachtung ■ Sicherung von Untersuchungsmaterial für Spurensicherungen oder die Diagnostik von Vergiftungen ■ Weitervermittlung in andere Einrichtungen des Düsseldorf-Hilfenetzwerkes für Gewaltopfer
<p>UKD-Medizinische Hilfe für Gewaltopfer</p> <p>Unterstützung</p> <p>Kompetenz</p> <p>Diskretion</p>			



Institutionen dieses Netzwerkes zusammen. Selbstverständlich wird alles, was Sie mitteilen, vertraulich behandelt; die Mitarbeiter(innen) des UKD unterliegen der Schweigepflicht.

Die Abwendung dauerhafter körperlicher und seelischer Schäden sowie die Dokumentation Ihrer Verletzungen sind jetzt sehr wichtig.

Sie sollten deshalb medizinische Behandlung und Beratung in Anspruch nehmen. Im UKD sind rund um die Uhr alle medizinischen Disziplinen vertreten, die für die Behandlung Ihrer körperliche oder seelische Verletzungen nötig sind. Es ist auch wichtig, dass Ihre Verletzungen jetzt genau dokumentiert, d.h. sachkundig beschrieben und möglichst auch fotografiert werden. Insbesondere nach sexuellen Übergriffen sollte die Möglichkeit der Sicherung von Spuren, die der Täter hinterlassen hat, geprüft werden; Sie sollten deshalb möglichst nicht duschen und getragene

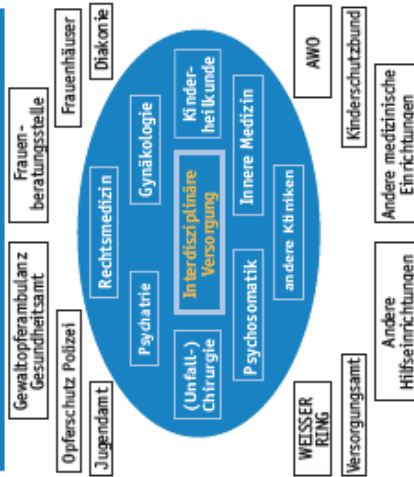
Wäsche nicht waschen und aufheben.

Die Dokumentation ihrer Verletzungen sowie die Sicherung von Spuren können entscheidend für die Aufklärung (und damit auch für die Ahndung) der Gewalttat, der Sie zum Opfer gefallen sind, sein. Im UKD sind Rechtsmediziner verfügbar, d.h. Ärztinnen und Ärzte, die speziell für die Dokumentation und Interpretation von Verletzungen sowie auch für die Sicherung von Spuren nach Gewalttaten ausgebildet sind.

Sie sind Opfer von Gewalt geworden?

Dann brauchen Sie Hilfe. Sie können sich an die Polizei oder an Institutionen des Hilfsnetzwerkes für Gewaltopfer wenden. Falls Sie behandlungsbedürftige körperliche oder seelische Verletzungen haben und medizinische Hilfe bedürfen, können Sie

**UKD - Medizinische Hilfe für Gewaltopfer
Unser Netzwerk**



Wie können Sie Kontakt mit uns aufnehmen? Was geschieht weiter?

Speziell geschultes Personal wird Sie zu den Ärztinnen/Ärzten im UKD vermitteln, die Ihnen unter Berücksichtigung Ihrer besonderen Situation am besten helfen können. Sollten Sie eine Behandlung/Beratung durch Ärztinnen/Ärzten mehrerer Disziplinen benötigen, wird dies durch die erstbehandelnden Kollegen organisiert. Nach der medizinischen Behandlung wird Ihnen eine Vermittlung in das Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer angeboten.



6.5 Textvorschlag für die Überarbeitung des Flyers

Sie sind Opfer von Gewalt geworden?

Bitte nehmen Sie Hilfe in Anspruch!

Denn Gewalt kann zu ernsthaften und langfristigen körperlichen und seelischen Schäden und sozialen Einbußen führen.

Wichtig für Sie ist jetzt

- Die **Behandlung körperlicher Verletzungen**: Wir bieten Ihnen am UKD eine umfassende Untersuchung und eine Behandlung durch verschiedene Fachrichtungen
- Die **Behandlung seelischer Verletzungen**: Gewalt verletzt nicht nur den Körper, sondern auch die Seele. Scheuen Sie sich bitte nicht, auch über Ihre seelische Schmerzen zu sprechen. Auch für die Linderung dieser Schmerzen gibt es am Universitätsklinikum Düsseldorf Spezialisten.
- Die **gerichts-feste Dokumentation der Folgen der Gewalt**: Nur wenn eine solche Dokumentation erfolgt, kann später vor Gericht bewiesen werden, was Ihnen angetan wurde. Falls Sie zunächst auf eine Anzeige verzichtet haben, bieten wir die Dokumentation der Verletzungsfolgen vertraulich oder sogar anonym an; Sie können dann in Ruhe überlegen, ob Sie später doch noch Anzeige erstatten und Ihre Befunde dann dafür anfordern. Die Dokumentation sollte möglichst schnell nach der Tat erfolgen, denn Verletzungen heilen und Spuren verschwinden. Auch hierfür bietet Ihnen das Universitätsklinikum Düsseldorf Ihnen ein Angebot im Institut für Rechtsmedizin
- Die **Organisation weiterer Unterstützung**: über die Möglichkeiten können Sie beraten und vermittelt werden in das Düsseldorfer Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer. Das Hilfsnetzwerk bietet Ihnen ein breites Angebot an Unterstützung.

Was müssen Sie tun?

Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt am UKD an oder melden Sie sich telefonisch:

Wählen Sie 0211/ 81-06000.

Sie können sich unmittelbar nach einem Gewalterleben melden oder auch zu einem späteren Zeitpunkt – wann immer Sie Hilfe benötigen.

Was passiert, wenn Sie Kontakt aufnehmen?

Speziell geschultes Personal wird Sie zu Ärztinnen/ Ärzten im UKD vermitteln, die Ihnen unter Berücksichtigung Ihrer besonderen Situation helfen können. Die Hilfe umfasst die Untersuchung und Behandlung von körperlichen und seelischen Störungen und die gerichts-feste Dokumentation von Gewaltfolgen.

Wenn Sie eine Behandlung/ Beratung durch Ärztinnen/ Ärzte mehrerer Fachrichtungen benötigen, organisieren das die Erstbehandler in Abstimmung mit Ihnen.

Das Ärzteteam am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum ist für eine Terminabsprache über die schon benannte Telefonnummer **0211/ 81-06000** erreichbar.

Nach der medizinischen Behandlung wird Ihnen eine Weitervermittlung in das **Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer** angeboten.

Denn auch nach der ärztlichen Hilfe können Sorgen und Belastungen im Alltag auftreten. Hier helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Unterstützungsangebote in Düsseldorf.

Ein für Sie passender Ansprechpartner wird Ihnen benannt. Wenn Sie es wünschen, werden Sie bei der Kontaktaufnahme unterstützt.

Selbstverständlich wird alles, was Sie uns mitteilen, **vertraulich** behandelt; die Mitarbeiter(innen) des UKD unterliegen der **Schweigepflicht**.

Danksagung:

Besonders möchte ich Frau PD Dr. med. H. Graß aus dem Institut für Rechtsmedizin danken für die strukturierte Anleitung auch im Rahmen der von ihr organisierten Seminare, die dauernde unkomplizierte Ansprechbarkeit und Unterstützung bei den Untersuchungen im Institut für Rechtsmedizin sowie die zahlreichen wertvollen Anregungen.

Ebenfalls danken möchte ich Herrn A. Karger, Oberarzt am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die Formulierung des Themas, die intensive Unterstützung und Ermutigung sowie hilfreichen Anregungen. Schließlich gilt mein Dank auch Herrn PD Dr. med. P. Jungbluth aus der Klinik für Unfall- und Handchirurgie für die intensive und unbürokratische Hilfe bei der Aktenauswertung.

Eidesstattliche Versicherung

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

17.01.15, Beret Knittel