

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

**Formen und Folgen
gewaltassoziierter Verletzungen in der Psychiatrie – retro-
spektive Fallanalyse mit rechtsmedizinischer Fokussierung**

Dissertation

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

vorgelegt von
Tom Ruhwedel

2014

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Referentin: PD Dr. med. Hildegard Graß

Korreferentin: PD Dr. med. Birgit Janssen

Danksagung:

Frau Priv.- Doz. Dr.med. Hildegard Graß möchte ich ganz besonders herzlich danken für die Bereitstellung des interessanten Themas und für Ihre hervorragende und lückenlose Unterstützung und fachliche Betreuung auf dem Weg zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit.

Frau Prof. Dr.med. Stefanie Ritz-Timme danke ich für die Möglichkeit, diese Dissertation am Institut für Rechtsmedizin der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf durchzuführen.

Weiterhin danke ich Frau Priv.- Doz. Dr.med. Birgit Janssen und Herrn Dr.med Jaroslav Malevani für die Möglichkeit die Akten aus dem Archiv des LVR-Klinikum Düsseldorf zu sichten und auszuwerten sowie für ihre positiven Anregungen und ihren fachlichen Rat.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	2
Zusammenfassung	6
1. Theoretischer Hintergrund	8
1.1 Definition und Typisierung von Gewalt.....	8
1.2 Beobachtung von gewaltassoziierten Verletzungen	12
1.3 Häufigkeiten des Auftretens von Gewalt	18
1.4 Folgen der Gewalt	22
1.4.1 Gesundheitliche Folgen der Gewalt	22
1.4.2 Ökonomische Folgen der Gewalt	28
1.4.3 Weitere Folgen der Gewalt	29
1.5 Gewaltprävention in Deutschland	34
1.6 Ableitung der Fragestellung	36
2. Methoden.....	37
2.1 Stichprobe	37
2.2 Material: Der Exzerpt-Bogen	39
2.3 Statistische Auswertung.....	41
3. Ergebnisse.....	42
3.1 Beschreibung der Items des Exzerpt Fragebogens	42
3.1.1 Fragebogenteil 1-1: Personen und Zeit.....	42
3.1.2 Fragebogenteil 1-2: Tatgeschehen, Beteiligte und Motivlage	48
3.1.3 Fragebogenteil 2-1: Beschreibung der Gewalt	55
3.1.4 Fragebogenteil 2-2: Art der Befunderhebung	60
3.1.4 Fragebogenteil 2-3: Weiteres Vorgehen	61
3.1.5 Fragebogenteil 3: Besondere Hergangsumstände	62
3.1.6 Fragebogenteil 4: Psychisch-Psychiatrische Befundlage	63
3.2 Zusammenhang zwischen Opfern und Tatumständen mit den psychiatrischen Diagnosen.....	69
3.2.1 Zusammenhang zwischen Opfergeschlecht und Diagnosen	69
3.2.2 Zusammenhang zwischen Gewaltform und Diagnosen.....	71
3.2.3 Folgen im zeitlichen Kontext an das Gewaltereignis.....	73
4. Diskussion	76
5. Literaturverzeichnis	81
Anhang A: Exzerpt-Bogen	86
Eidesstattliche Versicherung	106

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

- Abbildung 1:** Typographie der Gewalt nach der Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002).....10
- Abbildung 2:** Darstellung der logischen Sequenz von Abläufen oder Prozessen, welche in ein Beobachtungssystem für Verletzungen durch Gewaltausübung integriert sind nach der Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO,2004a).....13
- Abbildung 3a-c:** Polizeiliche Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamtes in der Version vom 15.11.2009.....19
- Abbildung 4:** Psychische Folgen aus unterschiedlichen Gewaltnaturen bei Frauen in einer bundesdeutschen Befragung (Müller et al., 2004).....27
- Abbildung 5:** Psychosoziale Folgen aus unterschiedlichen Gewaltnaturen bei Frauen in einer bundesdeutschen Befragung (Müller et al., 2004).....30
- Abbildung 6:** Psychische Folgen aus unterschiedlichen Gewaltnaturen bei Frauen in einer bundesdeutschen Befragung (Müller et al., 2004).....31
- Abbildung 7:** Altersverteilung der Gewaltopfer in der Stichprobe.....44
- Abbildung 8:** Übersicht über die Behandlungszeitpunkte (Monate, Wochentage und Tageszeiten).....45
- Abbildung 9:** Zeitliches Intervall zwischen Gewaltereignis und Klinikbehandlung, nach Geschlecht getrennt betrachtet.....46
- Abbildung 10:** Verteilung der Einlieferungsform in die Ambulanz, nach Geschlecht getrennt betrachtet.....47
- Abbildung 11a-d:** Bedingte relative Häufigkeiten nach Geschlechtern getrennt dargestellt in Bezug auf das vorliegen der jeweiligen genannten Motive.....52
- Abbildung 12:** Vorkommen in der Stichprobe nach der Typographie der Gewalt nach der Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002). Insgesamt konnten 42 Fälle gemäß Schema eingeteilt werden.....58

Abbildung 13: Der Zusammenhang zwischen Geschlecht des Opfers und der Gewaltform.....	58
--	----

Tabellen:

Tabelle 1: Mögliche Datenquellen zur Beobachtungen von gewaltassoziierten Verletzungen und relevanten Nebeninformationen.....	14
--	----

Tabelle 2: Die MED-DOC-CARD - Kitteltaschenkarten für Ärzte. Hinweise für eine möglichst vollständige und gerichtsverwertbare Dokumentation bei Gewaltassoziierten Verletzungen.....	17
---	----

Tabelle 3: Darstellung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt (nach Hornberg, Schröttle, Bohne, Pauli und Khelaifat, 2004).....	23
--	----

Tabelle 4: Bedeutung des S.I.G.N.A.L.-Akronyms.....	34
--	----

Tabelle 5: Übersicht über die Strukturen des Exzerpt-Fragebogen, der in der vorliegenden Untersuchung verwendet worden ist.....	40
--	----

Tabelle 6: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorkommende Antworten in Teil 1-1 des Exzerpt-Fragebogens.....	42
---	----

Tabelle 7: Nationalität der Opfer, auch nach Geschlechtern getrennt.....	43
---	----

Tabelle 8: Altersstatistiken der Gewaltopfer in der Stichprobe. Gesamt und nach Geschlechtern getrennt.....	44
--	----

Tabelle 9: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorkommende Antworten in Teil 1-2 des Exzerpt-Fragebogens.....	48
---	----

Tabelle 10: Übersicht über Bekanntschaftsverhältnis von Täter und Opfer.....	50
---	----

Tabelle 11: Übersicht über den Zusammenhang über das gleichzeitige Auftreten verschiedener Motive, nach Angaben der mutmaßlichen Opfer. Gezeigt ist der Kontingenzkoeffizient, sowie der jeweilige Signifikanztest nach Fischer.....	52
---	----

Tabelle 12: Übersicht über die Personen, die die Gewalt dokumentiert haben.....	54
--	----

Tabelle 13: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorkommende Antworten in Teil 2-1 des Exzerpt-Fragebogens.....	55
--	----

Tabelle 14: Übersicht über das bedingte Vorliegen von seelischer und körperlicher Gewalt und der Sonderform Sexualdelikt.....	57
Tabelle 15: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 2-2 des Exzerpt-Fragebogens.....	60
Tabelle 16: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 2-3 des Exzerpt-Fragebogens.....	62
Tabelle 17: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 3 des Exzerpt-Fragebogens.....	62
Tabelle 18: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 4 des Exzerpt-Fragebogens.....	64
Tabelle 19: Übersicht über den Zusammenhang und das Vorliegen von akuter und zurückliegender seelischer und körperlicher Gewalt in der Stichprobe.....	65
Tabelle 20: Übersicht über den Zusammenhang und das Vorliegen von zurückliegender seelischer und körperlicher Gewalt (n= 51).....	66
Tabelle 21: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters (n =62).....	67
Tabelle 22: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen (n =62).....	68
Tabelle 23: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und dem Geschlecht des mutmaßlichen Opfers (n= 62).....	70
Tabelle 24: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen (n= 62).....	71
Tabelle 25: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und der Gewaltform.....	72
Tabelle 26: Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Diagnose und der Gewaltform.....	73
Tabelle 27: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und dem Zeitraum zwischen Vorstellung in der Psychiatrie und der vermeintlichen Tat.....	74

Tabelle 28: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen (n= 62).....	75
--	----

Zusammenfassung

Vielfältige Berichte und Untersuchungen zur Prävalenz der Gewaltbetroffenheit in unserer Bevölkerung legen nahe, dass die verschiedenen Formen von Gewalt gesundheitlichen und auch ökonomischen Folgen für die Gesellschaft nach sich ziehen. Neben vorbeugenden Maßnahmen (Primärprävention) ist auch die sorgfältige Dokumentation bei der Behandlung von Gewaltopfern und eine Nachsorge (sekundäre und tertiäre Prävention) im medizinischen Bereich indiziert, damit eine körperliche und seelische Genesung gefördert wird, sowie bei Bedarf auch eine strafrechtliche Aufarbeitung und/oder eine Opferentschädigung adäquat möglich sind. Instrumente im Sinne von Handreichungen, Leitfäden für die Befunderhebung und –sicherung oder Leitlinien stehen im ärztlichen Bereich zur Verfügung. Die bisherige Erfahrung – insbesondere aus der rechtsmedizinischen Perspektive – weist aus, dass diese Instrumente allerdings wenig bekannt bzw. genutzt werden und immer noch viele Gewaltopfer in ihrer Betroffenheit im Gesundheitswesen nicht erkannt und demzufolge auch nicht angemessen betreut werden. Auch am Universitätsklinikum Düsseldorf ist davon auszugehen, dass Gewaltopfer nicht erkannt werden. Zur Gestaltung neuer Strategien zur Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen sollte daher mit einer retrospektiven Untersuchung von Patientendaten am Universitätsklinikum geprüft werden, welche Gewaltbetroffenheit aus den Fallakten zu erheben ist, und welche Gewalt-spezifischen Maßnahmen ergriffen wurden. Hierzu wurden in verschiedenen Kliniken des UKD diesbezügliche Analysen durchgeführt, so auch in der psychiatrischen Klinik. In dieser Klinik wurden zwischen 2004 und 2007 insgesamt 6371 volljährige Patienten stationär behandelt. Die Patientenakten wurden unter Einhaltung der Vorgaben der Ethikkommission hinsichtlich dokumentierter Gewalt gesichtet. Dieser methodische Ansatz ergab 65 auswertbare Patientenakten. Diese Zahl ist durchaus überraschend, denn im Kontext mit vielfältigen psychiatrischen Erkrankungen wird davon ausgegangen, dass ein Zusammenhang mit Gewalterfahrungen besteht. Auf der anderen Seite kann diese Anzahl auch der Methode geschuldet sein,

da keine nachträgliche Interpretation der Akteninhalte erfolgte. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass mehrheitlich in den detailliert ausgewerteten Akten ein akutes Gewalterleben nicht im Vordergrund stand und insofern forensische Aspekte einer Befundsicherung (Spurensicherung) von körperlichen Gewaltfolgen nicht einschlägig werden konnte. Gut dokumentiert wurden die Tatumstände sowie die Täter-Opfer-Konstellationen als auch die Formen der Gewalt. Bei den Formen von Gewalt fiel auf, dass z.B. Vernachlässigung weniger Berücksichtigung in der Anamnese finden als z.B. physische Gewalt. Hinsichtlich der psychiatrischen Folgen von Gewalt zeigten sich Zusammenhänge mit folgenden Störungsmustern: Depressivität, Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen, Sozialer Rückzug und Akute Belastungsreaktionen.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Definition und Typisierung von Gewalt

Eine einheitliche und exakte Definition von Gewalt zu finden stellt die wissenschaftliche Forschung wie auch die Gesellschaft vor ein großes Problem. So schreibt z.B. die Weltgesundheitsorganisation in der deutschen Übersetzung der Zusammenfassung ihres ersten Weltumfassenden Gewalt- und Gesundheitsberichtes:

„Gewalt als die Gesundheit der Bevölkerung gefährdendes Problem wurde bisher u. a. deshalb weitgehend ignoriert, weil keine eindeutige Problemdefinition vorliegt. Gewalt ist ein äußerst diffuses und komplexes Phänomen, das sich einer exakten wissenschaftlichen Definition entzieht und dessen Definition eher dem Urteil des Einzelnen überlassen bleibt.“ (WHO, 2003, S. 5).

Ähnlich problematisch sieht es auch die von der Bundesregierung 1989 eingesetzte Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt, die in ihrem Gutachten 1990 auf folgende Problematik hinweisen:

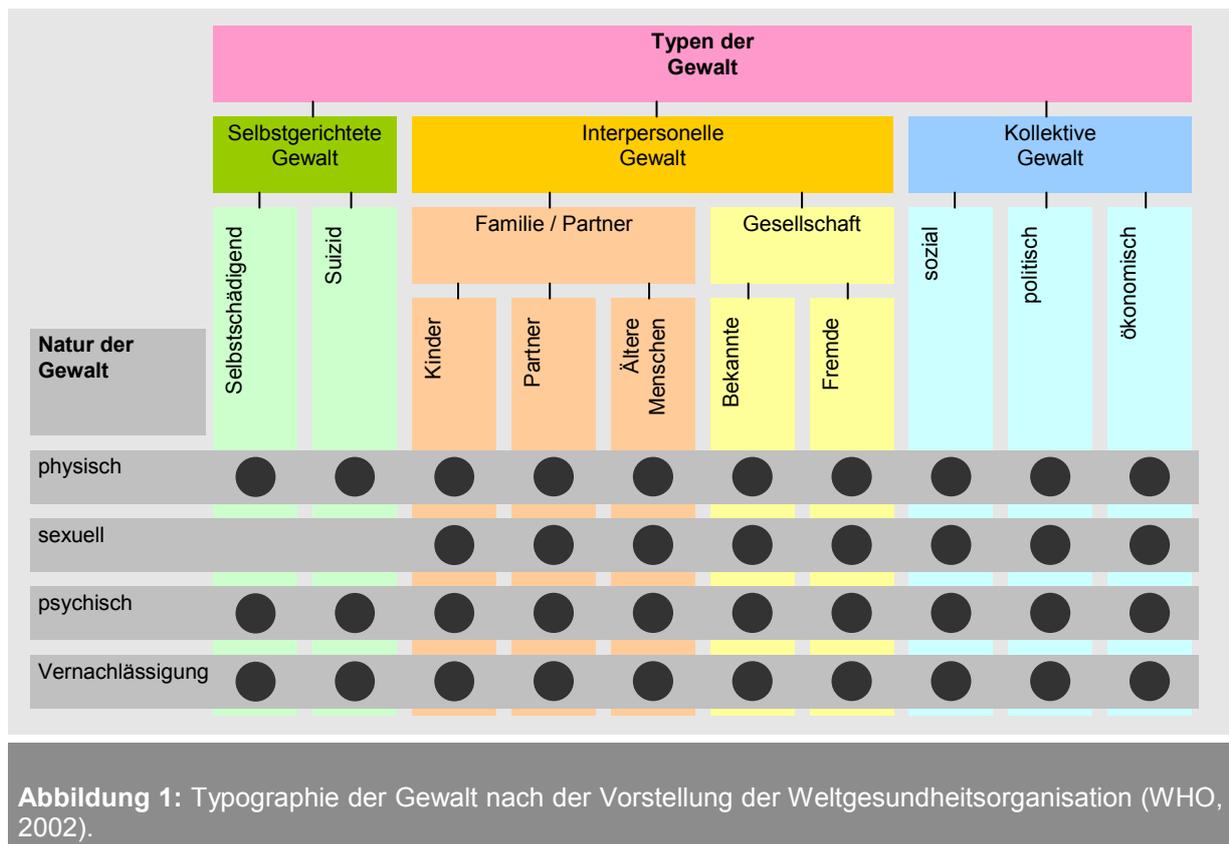
„Aus der Diskussion über den Inhalt des Gewaltbegriffes hat sich bisher kein allgemeingültiges, von allen gesellschaftlichen Gruppen und Wissenschaftsrichtungen getragenes Gewaltverständnis herausgebildet. Eine mangels einer wertneutralen Begriffsbildung notwendige Übereinkunft über einen Gewaltbegriff war bis heute nicht möglich.“ (Unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt, 1990, S. 36)

Trotz der Definitionsschwierigkeiten liefert die Weltgesundheitsorganisation in ihrem ersten weltumfassenden Arbeitsbericht zu Gewalt und Gesundheit eine mögliche Arbeitsdefinition für den Gewaltbegriff:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (WHO, 2003, S. 6)

Dem folgend entwickelte die Weltgesundheitsorganisation eine Typologie zur besseren Spezifizierung von Gewalt (WHO, 2002, S. 6 ff.), um eine wissenschaftliche Beurteilung von Gewalt besser zu ermöglichen. Grundsätzlich wird danach Gewalt in zwei Dimensionen beurteilt: zum einen werden die Gewaltumstände in Bezug auf die Täterschaft (Typ der Gewalt) und zum anderen die Form der Gewalt (Natur der Gewalt) voneinander unterschieden. Die Gewalttypen werden in drei Hauptkategorien unterschieden: zum einen wird die Selbstbezogene Gewalt, zum zweiten die Gewalt zwischen Personen und zum dritten die Kollektive Gewalt unterschieden. Die Natur der Gewalt wird in vier Subkategorien, in physische, sexuelle, psychische Gewalt und Gewalt durch Vernachlässigung unterschieden. Die Einteilung der WHO wird in Abbildung 1 skizziert.

Dabei wird unter Selbstgerichteter Gewalt diejenige Gewalt verstanden, welche der Täter gegen sich selber einsetzt und somit auch gleichzeitig sein eigenes Opfer ist. Zu unterscheiden sind hier die beiden Subkategorien, welche einmal selbstschädigendes Verhalten wie Selbstverletzendes Verhalten umfasst und zum anderen Verhalten, welches die Selbsttötung (Suizid) zur Folge bzw. zum Ziel hat. Eine sexuelle Natur wird dabei innerhalb der selbstgerichteten Gewalt ausgeschlossen.



Die umfangreichste zweite Typisierung – die interpersonelle Gewalt – gliedert sich einmal in Gewalt, die innerhalb der Familie oder einer Partnerschaft ausgeübt wird und zum anderen in Gewalt, welche innerhalb der Gesellschaft außerhalb des familiären Rahmens ausgeübt wird. Innerhalb familiärer Strukturen wird noch einmal unterschieden zwischen Gewalt gegen Kinder, Gewalt innerhalb einer Partnerschaft sowie Gewalt gegen ältere Menschen. Die andere Subkategorie der Interpersonellen Gewalt umfasst Gewalt, die von Personen außerhalb der Familie ausgeübt wird. Hierbei wird wieder zwischen Gewalt ausgehend von bekannten und von unbekanntem Personen unterschieden. Dabei fallen in den Bereich der interpersonellen Gewaltausübung im gesellschaftlichen Rahmen z.B. Überfälle oder Vergewaltigungen, aber auch institutionelle Gewalt wie z.B. Misshandlungen innerhalb von Schulen, Arbeitsplätzen oder Gefängnissen, wobei der Täter jeweils bekannt sein kann oder auch nicht.

In der letzten Typisierung, der Kollektiven Gewalt, wird wiederum in drei Subkategorien unterschieden. Hauptaugenmerk bei dieser Gewaltdenkategorie ist es, dass die Gewalt durch eine Gruppe ausgeübt wird und sich die Gewalt auch nur auf eine andere Gruppe bezieht. Die erste Subgruppe – die sozial kollektiv ausgeübte Gewalt – umfasst dabei Gewaltakte, welche z.B. von organisierten Gruppen oder Banden, wie z.B. Jugendbanden oder Hooligans, ausgeht. Die nächste Subkategorie – die kollektive politische Gewalt – umfasst vor allem Gewalt, welche durch Regierungen bzw. durch staatliche Organe oder Terroristen in Form von Kriegen, Folter oder Terrorakten ausgeübt wird. Und schließlich ist die dritte Subkategorie – die kollektive ökonomische Gewalt – diejenige Gewalt, welche kollektiv durch ökonomische Interessen motiviert ausgeübt wird. Hier könnten z.B. Gewalttaten in Zusammenhang mit organisiertem Verbrechen im Rahmen von Menschen- und Drogenhandel Erwähnung finden.

Die Natur der Gewalt – welche in physische, psychische, sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung unterschieden wird – versteht sich dabei nicht exklusiv. So kann die Entführung von Ausländern durch eine paramilitärische Vereinigung sowohl physische (z.B. Schläge) als auch psychische (z.B. Drohung und Einschüchterung) Komponenten umfassen. In anderen Bereichen – z.B. der interpersonellen Gewalt in Familien – scheint es sogar unwahrscheinlich, dass diese Komponenten separat voneinander auftreten. So fanden z.B. Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand und Winkvist (2000) in einer Befragung nach sexueller, psychischer und physischer Gewalt bei 480 verheirateten Frauen in Nicaragua heraus, dass Frauen in ihrer Ehe häufig mehreren Arten von Gewalt ausgesetzt sind. Immerhin 21% der Stichprobe an verheirateten Frauen waren sogar allen drei Gewaltarten ausgesetzt.

Wie zweckmäßig ein einheitliches System zur Gewaltbeschreibung ist, zeigt die Tatsache, dass in einzelnen Forschungsgebieten der Gewalt differente Definitionen vorherrschend sind. So finden sich z.B. einige Definitionen in der bundesdeutschen Un-

tersuchung von speziell häuslicher Gewalt, welche das Modell der WHO erweitern bzw. Begriffe ersetzen. So ist eine geläufige Definition von den Naturen der Gewalt eine fünffache Unterscheidung speziell im Rahmen häuslicher Gewalt in psychische, physische, sexualisierte, ökonomische und soziale Gewalt (Wieners und Hellbernd, 2000). Den Begriff der Vernachlässigung gibt es in dieser Definition nicht, wohingegen die soziale Gewalt (d.h. die soziale Isolation einer Frau durch ihren Mann z.B. durch Kontrolle der sozialen Kontakte oder dem Verbot von Kontakten) und die ökonomische Gewalt (d.h. das Arbeitsverbot oder den Zwang zur Arbeit durch den Lebenspartner) hier neu eingeführt sind. Diese Einteilung scheint zweckmäßig, da so auch besondere Tatumstände wie im Fall der Natascha K. (siehe z.B. Hall und Leidig, 2006), d.h. die acht monatige Gefangenschaft (soziale Gewalt), sexuelle Nötigung (sexualisierte Gewalt) und die damit verbundenen psychischen Qualen (psychische Gewalt) entsprechend kategorisiert werden können.

Insgesamt gesehen scheint die WHO-Einteilung in die unterschiedlichen Typen von Gewalt aber zunächst gut geeignet, die einzelnen sich in der wissenschaftlichen Literatur entwickelten Forschungsfelder um das Thema Gewalt den einzelnen Subkategorien zuzuordnen und so zu klassifizieren. Auch für die individuelle Fallbeschreibung eines Gewaltopfers ist die WHO-Typologie hilfreich und macht so Studienergebnisse untereinander vergleichbar.

1.2 Beobachtung von gewaltassoziierten Verletzungen

Die Weltgesundheitsorganisation schlägt das weltumspannende Beobachten von Gewaltausübung und deren Folgen vor, damit die Prävention, Intervention und andere Gegenmaßnahmen erfolgreich etabliert werden können. Ein grobes Schema, in wie weit die Beobachtung der stattfindenden Verletzungen durch Gewalt operationalisiert werden könnte, zeigt Abbildung 2.

Dass dieses System durchaus Erfolg versprechend sein kann, zeigt das von der Weltgesundheitsorganisation geschilderte Beispiel einer Beobachtung innerhalb des Versorgungssystems von Kingston, Jamaica (WHO, 2004b). Während eines Jahres wurden in den Unfall- und Notaufnahmen von einem Zusammenschluss mehrerer Organisationen bezüglich der gewaltassoziierten Krankenfälle Daten erhoben. Dabei fiel auf, dass über 50% der ca. 6.000 Patienten Männer zwischen 25 und 44 Jahren gewesen waren, die überwiegend Messerstich-, Schuss- oder Schlagverletzungen aufwiesen. Es waren in 70% aller Fälle die Verletzungen auf spontan entstandene Kämpfe – also interpersonelle gesellschaftliche physische Gewalt (vgl. Abschnitt 2.1) – zurückzuführen. Dabei handelte es sich in den überwiegenden Fällen um bekannte oder verwandte Personen. Auf Grund der Befunde wurde ein neues Evaluationssystem bei der Krankenaufnahme in den Krankenhäusern in Kingston eingeführt, welches speziell zu der Gewaltopferproblematik weitere Daten wissenschaftlich sammeln sollte. Auf Grund dieser Daten konnten spezielle Problemgebiete („Hot Spots“) innerhalb der Stadt ausgemacht werden, es wurden soziale Projekte, Medienaufmerksamkeit auf die Problematik, Polizeiprogramme zur Gewaltprävention und andere bedürfnisorientierte Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden.

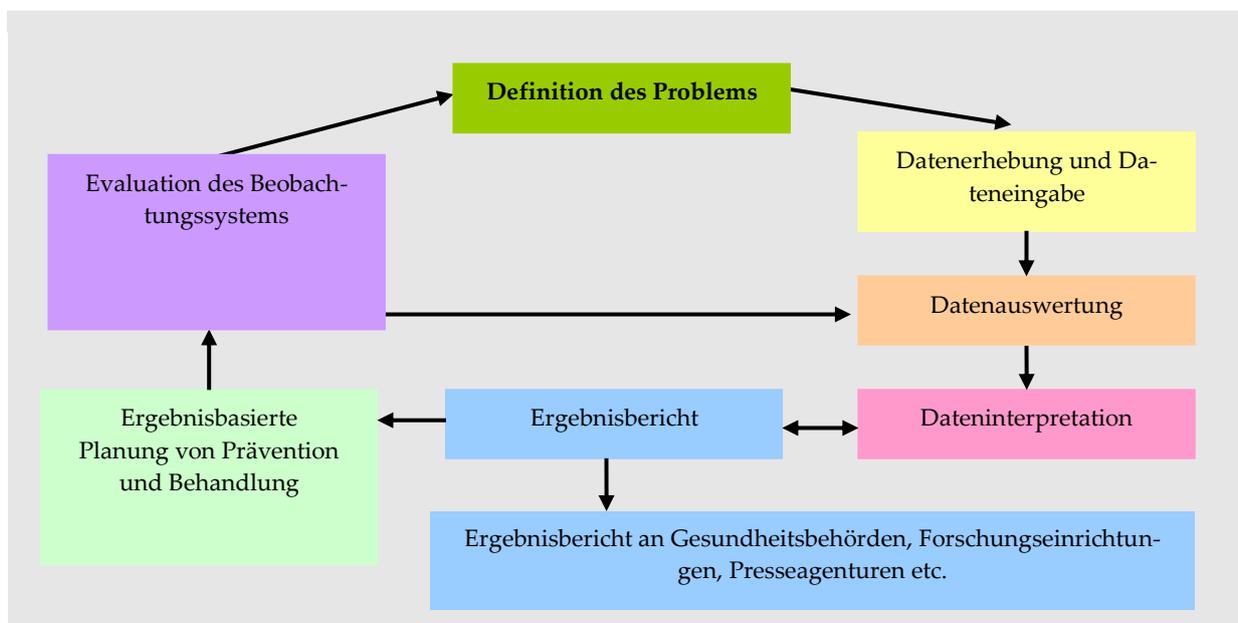


Abbildung 2: Darstellung der logischen Sequenz von Abläufen oder Prozessen, welche in ein Beobachtungssystem für Verletzungen durch Gewaltausübung integriert sind nach der Vorstellung der Weltgesundheitsbehörde (WHO, 2004a)

Dieses Beispiel zeigt, dass wissenschaftliche Beobachtung geeignet sein kann, um Gewaltprävention gezielter und ressourcenorientierter einzusetzen. Die WHO (2004b) schlägt aus diesem Grund die in Tabelle 1 gezeigten Beobachtungsmöglichkeiten für gewaltassoziierte Verletzungen vor.

Tabelle 1: Mögliche Datenquellen zur Beobachtungen von Gewaltassoziierten Verletzungen und relevanten Nebeninformationen.

Art der Daten	Mögliche Datenquellen	Beispiele für vorhandene Daten
Sterbedaten	Totenscheine, Geburtenregister, Rechtsmedizinische Gutachten (Obduktion)	Todesursachen, Todeszeiten und -orte
Morbiditäts- und Gesundheitsbezogene Daten	Krankenhaus-, Klinik- und Medizinische Akten	Störungen, Verletzungen, physische oder mentale Gesundheitsdaten, Begleitumstände von Verletzungen, Schwere von Verletzungen
Selbstberichtete Daten	Umfragen, Medien, Fokusgruppen	Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken, Viktimisierung, Vergehen, Exposition von Gewalt in dem Umfeld und zu Hause, Riskantes Verhalten
Gemeindedaten	Demographische Aufzeichnungen, Behördenaufzeichnungen	Demographische Daten, Einkommensniveau, Bildungsniveau, Arbeitslosenquoten
Kriminaldaten	Polizeiaufzeichnungen, Gerichtsakten, Gefängnisakten, Akten der Spurensicherung	Deliktart, Charakteristiken von Verbrechen, Begleitumstände, Opfercharakteristiken
Sozio-Ökonomische Daten	Versicherungs- oder Krankenhausaufzeichnungen, Studienberichte, Konsumentenberichte	Gesundheitsausgaben, Inanspruchnahme von Leistungen, Behandlungserfolge, Behandlungskosten, Persönliches- und Haushaltseinkommen, Ausgabenstruktur
Politische oder Regierungsdaten	Regierungsakten, Gesetzesentwürfe	Gesetze, Vorschriften, Institutionalisierte Regeln und -praktiken

Dabei gibt es den Vorschlag der WHO (2004b), dass zur erfolgreichen Beobachtungen von gewaltassoziierten Verletzungen ein Minimales Datenset und ein Optionales Datenset für die erfolgreiche Aufzeichnung und Auswertung der Daten gegeben sein kann. Dabei gibt es neben einem Kerndatensatz zusätzliche Daten, die je nach Verletzungsumstand erhoben werden sollen. Der Kerndatensatz umfasst als Minimales

Datenset (MDS) eine Personenkennung, das Alter und Geschlecht des Gewaltopfers, Ort des Geschehens, Absicht und Tätigkeit des Opfers, Art und Mechanismus der Verletzung. Als Optionales Datenset (ODS) könnten noch zusätzlich die ethnische Zugehörigkeit des Opfers, Datum und Zeit der Verletzung, mögliche externe Ursachen, Wohnort des Opfers, möglicher Alkohol- und Drogenmissbrauch, Dispositionen und eine Ereigniszusammenfassung mit erhoben werden. Daneben gibt es wie erwähnt Vorschläge, welche für spezielle Verletzungssituationen (z.B. Verkehrsunfälle, Suizide oder Überfälle) erhoben werden könnten. So wird z.B. im Falle von Überfällen empfohlen, dass als MDS die Begleitumstände des Überfalls und die Opfer-Täter-Beziehung erfragt werden. Optional werden Informationen zu benutzten Gegenständen des Täters vorgeschlagen.

Auch in Deutschland gibt es Bemühungen zur vermehrten Messung von gewaltassoziierten Verletzungen. Jedoch besteht in der German Modification des ICD-10 aus Datenschutzrechtlichen Gründen nicht die Möglichkeit, entsprechende Ziffern in die Akte bei stationären Unterbringungen einzutragen (Brzank, Hahn und Hellbernd, 2006). Dabei ist eine erfolgreiche und aussagekräftige Befunddokumentation nach Gewaltgeschehen für eine gerichtsverwertbare Dokumentation immer im Interesse des Opfers – selbst, oder im Besonderen, wenn eine Straftat nicht unmittelbar angezeigt wird.

In Großbritannien wird bemängelt, dass obwohl das Gesundheitsministerium ein Routinescreening z.B. für häusliche Gewalt empfiehlt, in der Praxis jedoch diese Screenings immer noch von vielen Ärzten und auch Patienten abgelehnt werden. Es scheint der Bedarf einer besseren Integration und Ausbildung bezüglich dieses Problems zu bestehen (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson und Feder, 2002).

Untersuchung von Gewalt – Eine Domäne der Rechtsmedizin: In Deutschland wird aus diesem Grund vorgeschlagen, dass z.B. im Rahmen häuslicher Gewalt speziell

die Rechtsmedizin einen möglichen Schnittpunkt zur Gewaltdokumentation darstellen könnte, um so mittels auch beispielsweise privater Begutachtung den Anspruch des Opfers zu sichern (Graß und Rothschild, 2004). Zusätzlich könne – wie in einem Kölner Modellprojekt (vgl. Graß und Rotschild, 2004) bereits geschehen – mit der Rechtsmedizin eine Schnittstelle zu Behörden, anderen medizinischen Fachrichtungen und Gewaltopfern etabliert werden. Dies sei deswegen erstrebenswert, da mit der Rechtsmedizin gerade in Bezug auf die Gewaltdokumentation eine fachkundige Institution vorliegt, welche als bestehende Ressourcen sowohl mit dem Ziel des Opferschutzes (im Sinne möglicher gerichtlicher Ansprüche) bzw. der Täterverfolgung sowie der Weiterbildung innerhalb dieses Bereiches als auch für die Schnittstellenübergreifende Erkenntnisgeneration genutzt werden kann. Auch ist in diesem Zusammenhang ein Werkzeug für Ärzte vorgestellt worden, welches als Kitteltascheninformationskarte eine Kurzanleitung zur Dokumentation für gewaltassoziierte Verletzungen enthält (MED-DOC-CARD ©, Institut für Rechtsmedizin Köln). Die Informationen, welche die Karte enthält, sind in Tabelle 2 gezeigt. Im Rahmen des Kölner Modellprojektes hat sich ebenfalls die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt ergeben, wobei sich in diesem Zusammenhang ebenfalls ein standardisiertes Vorgehen zur Datenerfassung etabliert hat. Dieses Vorgehen wird in Abschnitt 3.2 beschrieben.

Tabelle 2: Die MED-DOC-CARD - Kitteltaschenkarten für Ärzte. Hinweise für eine möglichst vollständige und gerichtsverwertbare Dokumentation bei Gewaltassoziierten Verletzungen.

MED-DOC-CARD © Medizinische Befunddokumentation effektiv – informativ – kompakt speziell bei Gewalteinwirkung	
<p>1 Basisdokumentation</p> <p>WER? Name des Untersuchers</p> <p>WO? Ort der Untersuchung (Praxis/Klinik)</p> <p>WANN? Datum & Uhrzeit der Untersuchung</p> <p>Für WEN? Name des Patienten/der Patientin</p> <p>WO? & WANN? soll sich WAS ereignet haben? (Anamnese zum Sachverhalt) möglichst die Angaben wortgetreu wiedergeben</p>	<p>2 Patientenbezogene Angaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikation durch ... (Personalausweis, Angaben Dritter?) - Mit anwesende Personen ? (Dolmetscher, Partner, Kinder) - Körperlänge und Körpergewicht - Habitus - psychische Verfassung (beschreiben! nicht werten) - Besonderheiten (z.B. Schwangerschaft, Behinderung, Erkrankungen)
<p>3 BEFUNDERHEBUNG</p> <p>WO? Exakte Zuordnung am Körper unter Verwendung von anatomisch/ topografischen Strukturen</p> <p>WAS? Benennung des Befundes, z.B. Hämatom, Schnittwunde usw.</p> <p>WIE? Nähere Beschreibung des Befundes mit Größe, Form, Farbe, Tiefe, Randkontur - eventuell Handskizze, Schemazeichnung oder Fotos</p>	<p>4 BEURTEILUNG *</p> <p>WELCHE Art von Störung/Verletzung? Diagnose, Verdachtsdiagnose</p> <p>WIE ALT ist die Störung/Verletzung? frisch, ... Tage alt ? (Angabe der Bewertungskriterien)</p> <p>WIE ist der Befund im Kontext mit der Anamnese zu bewerten? Beurteilung überhaupt möglich? Übereinstimmung der Befunde mit den Angaben oder Abweichungen? Schweregrad der Verletzungen?</p>
<p>5 Weitere Maßnahmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - b.B. Wiedervorstellungstermin z.B. innerhalb von 1 – 2 Tagen - Blut-, Urin- oder andere Proben (z.B. Abstriche bei sexuellen Übergriffen) für welche Untersuchungen? - Weitere diagnostische Maßnahmen? - Weitervermittlung an wen? <p>Facharzt, Beratungsstelle usw.</p>	<p>6 Fotodokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - konventionelle Fotos sind besser als Polaroid-Fotos (Farbechtheit bei Lagerung, reproduzierbar) - digitale Fotos sind anzustreben. - Ablichtung des Befundes in der Übersicht, dann - Detailaufnahme mit Maßstab im Bildausschnitt, - alternativ zum Maßstab einen genormten, reproduzierbaren Gegenstand mit integrieren, z.B. Pinzette o.ä. - Wird die Fotodokumentation abgelehnt, sollte dies dokumentiert werden.
<p>Bei Fragen wenden Sie sich an die in Ihrer Region tätige Rechtsmedizin. Ihre Dokumentation ist ein Dokument Ihrer Kompetenz – Ihre Visitenkarte!</p>	
<p>Med-Doc-Card - Auflage 06/2005 © Dr. H. Graß und Prof. Rothschild, c/o Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Universität zu Köln, unter Mitwirkung von Dr. A. Koerfer und Prof. R. Obliers, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität zu Köln</p>	

[Die abgebildete Version der Med-Doc-Card ist zur Veröffentlichung in dieser Form von der in © erstbenannten ausdrücklich freigegeben; aktuelle Versionen der Karte können über Grass@akademie-oegw.de angefragt werden]

1.3 Häufigkeiten des Auftretens von Gewalt

Wie in Abschnitt 2.2 dargestellt gibt es verschiedene Möglichkeiten, das Auftreten von Gewalt zu messen. Demzufolge variieren die Schätzungen für die Gewalthäufigkeit je nach Erhebungsart. Die registrierten Straftaten der polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes im Bereich verschiedener Gewaltdelikte zeigen die Abbildungen 3a bis 3c. Neben den offiziell angezeigten und verurteilten Straftaten existieren vermutlich weitere Übergriffe, welche nicht angezeigt oder strafverfolgt werden. Gewalt kennt – wie in Abschnitt 2.1 dargestellt – viele unterschiedliche Gesichter.

Häusliche Gewalt gegen Frauen: Was zumindest das Aufkommen und die Prävalenz betrifft, so stellt die häusliche Gewalt gegen Frauen eines der weitaus größten Problem in unserer Gesellschaft dar. Eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Müller, Schröttle, Glammeier, und Oppenheimer, 2004) zeigte auf, dass 37% von 10.264 befragten Frauen angaben, seit dem Alter von 16 Jahren Opfer von physischer Gewalt geworden zu sein. 42% der Befragten Frauen gaben an, das Opfer psychischer Gewalt zu sein und rund 13% der repräsentativen Stichprobe ab dem Alter von 16 gaben an, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein. Sexuelle Belästigung hatten nach ihren eigenen Angaben 58% der Frauen in der Stichprobe erlebt. Dabei darf nicht vernachlässigt werden, dass auch oft Kinder als Zeugen der häuslichen Gewalt gegen die Mutter selber als Zeugen der Gewalt empfindlichen Schaden nehmen (Seifert, Heinemann und Püschel, 2006).

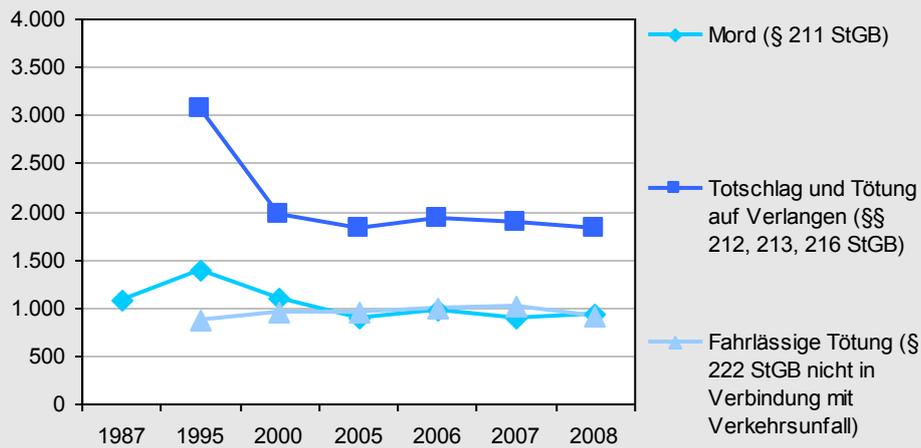


Abbildung 3a: Übersicht über die Häufigkeit an Straftaten gegen das Leben in den Jahren 1987, 1995, 2000 und den Jahren 2005 bis 2008.

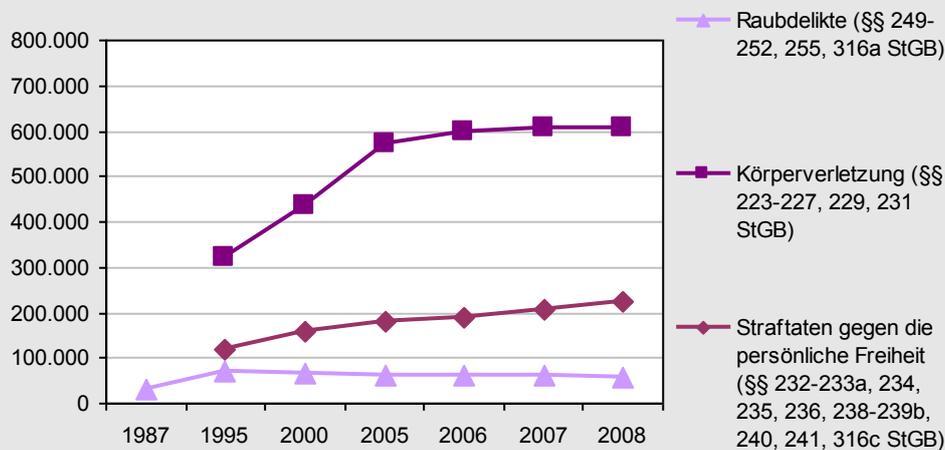


Abbildung 3b: Übersicht über die Häufigkeit an Rohdelikten und Straftaten gegen die persönliche Freiheit in den Jahren 1987, 1995, 2000 und den Jahren 2005 bis 2008.

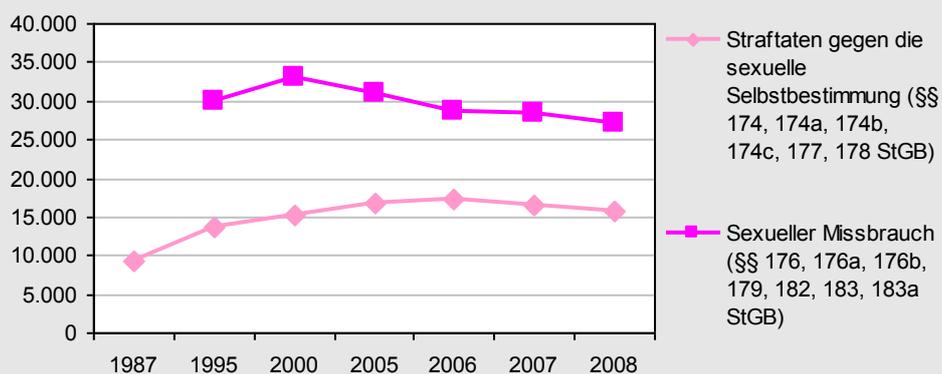


Abbildung 3c: Übersicht über die Häufigkeit an Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in den Jahren 1987, 1995, 2000 und den Jahren 2005 bis 2008.

Abbildung 3a bis 3c: Polizeiliche Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamtes in der Version vom 15.11.2009. Quelle: Statistisches Bundesamt (<http://www.destatis.de>).

Kindesmisshandlung bzw. -missbrauch: Auch die direkte Misshandlung von Kindern selber stellt ein großes Problem innerhalb der Bundesrepublik dar. Für das Jahr 2008 wurden z. B. in der polizeilichen Kriminalitätsstatistik 12.052 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch gem. §§ 176, 176a, 176b StGB registriert (Bundeskriminalamt, 2009). Während in einer Befragung von 1.024 Frauen ein Fünftel angaben, sexuell missbraucht worden zu sein, so waren 6,8% während der Kindheit (bis zum zwölften Lebensjahr), 10,3% während der Jugend (dreizehntes bis zwanzigstes Lebensjahr) und 6,4% als Erwachsene (21 Jahre und älter) Opfer von Gewalt geworden. 3,5% der befragten Frauen gaben an, dass sie während mehr als einem der Zeitpunkte sexuellen Missbrauch erfahren hatten (Peschers, Du Mont, Jundt, Pfortner, Dugan und Kindermann, 2003). Dabei ist gerade im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt nicht zu unterschätzen, dass ein gewisser Anteil an Frauen weder eine Anzeige gegenüber Behörden, noch eine Angabe bezüglich der Gewalterfahrung in Befragungen macht, da sich die Opfer entweder schämen, den Imageverlust fürchten oder anderweitige Gründe haben, das Problem zu verschweigen (WHO, 2002).

Gewalt in Pflegeeinrichtungen und Kliniken: Es gibt Schätzungen für die Vereinigten Staaten von Amerika, welche die Aussage treffen, dass jährlich zwischen 1 und 2 Millionen ältere Menschen in der Familie oder in Pflegeeinrichtungen misshandelt werden (Lachs und Pillemer, 1995). Für Deutschland zeigte eine Befragung in der Stadt Bonn, dass 11% einer Stichprobe an 459 Über-60-jährigen Pflegebedürftigen Menschen angaben in irgendeiner Form Opfer von Misshandlungen durch das Pflegepersonal oder pflegende Angehörige geworden zu sein (Hirsch und Brendebach, 1999). Aber auch umgekehrt gibt es in Pflegeberufen ein großes Problemfeld, bei welchem sich Pflegekräfte und Ärzte nicht selten der Gewalt durch Pflegebedürftige oder zu betreuende Menschen ausgesetzt sehen – für Deutschland existieren hier Schätzungen zwischen 11% und 57% an psychischen oder physischen Übergriffen auf in Pflegeberufen tätigen Menschen (z.B. Zeh, Schablon, Wohler, Richter und Nienhaus, 2009).

Andere Gewaltformen: Neben diesen nur kurz skizzierten Problemgebieten in der interpersonellen Gewalt, welche momentan Gegenstand der wissenschaftlichen Gewaltforschung sind, gibt es noch weitere Problemfelder, die vorstellbar sind und Konsequenzen für die Opfer und unsere Gesellschaft haben: Im Bereich der Selbstgerichteten Gewalt z.B. wird über mehrfach aufgetretenes selbstverletzendes Verhalten bei 5% der Jugendlichen ab 14 Jahren in Deutschland berichtet. Bei weiteren 5% zumindest über das einmalige Auftreten selbstverletzender Gewalt (Petermann und Winkel, 2007). Die Suizidrate ist mit 10.733 Fällen (davon 7.939 Männer) im Jahr 2004 in Deutschland beschrieben (Schelhase und Rübenach, 2006), wobei die Dunkelziffer hierbei weitaus höher liegen könnte. Bei den Kollektiven Gewaltassoziierten Verletzungen sind z.B. Verletzungen und Traumatisierungen von Soldaten in Krisengebieten zu nennen, welche im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von 2005 mit 121 offiziellen Fällen zum Jahr 2008 mit 245 offiziellen Fällen in der Bundeswehr sich verdoppelt haben (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2009).

1.4 Folgen der Gewalt

Bei den Folgen der Gewalt können unterschiedliche Konsequenzen für die Opfer und für die Gesellschaft unterschieden werden. Zunächst einmal können die direkt auftretenden Folgen wie Verletzungen durch physische Gewalt beobachtet werden. Dann sind aber auch weitere, mit der Gewalt assoziierten Folgeschäden vorstellbar (wie z.B. die PTBS als Folge von Kriegserlebnissen). Neben der Bedeutung für die Opfer - wie z.B. in Form erheblichen Leidensdrucks, einer Minderung der Lebensqualität oder eine Reduktion der Lebenserwartung - sind auch soziale und ökonomische Konsequenzen als Folge von erfahrener Gewalt beobachtbar.

So müssen neben den direkten medizinischen Behandlungskosten zur Behandlung von physischen oder psychischen Schäden – welche die Gesundheitssysteme direkt belasten – auch indirekte Folgekosten wie Arbeitsausfall, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit – berücksichtigt werden. Auch Kosten durch Strafvollzug gegenüber dem Täter können bei den Folgekosten der Gewalt berücksichtigt werden.

In sozialer Hinsicht kann zusätzlich festgestellt werden, dass die Auswirkung von Gewalt nicht selten in erneuter Gewalt resultiert – indem aus Opfern erneut Täter werden. Nachfolgend sollen die Folgen der Gewalt kurz systematisch skizziert werden.

1.4.1 Gesundheitliche Folgen der Gewalt

Gerade in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen kann Gewalt – wie in Abschnitt 2.1 definiert – eine Vielzahl an Auswirkungen haben. Die in Tabelle 3 gezeigten Folgen der Gewalt sind die üblichen mit Gewalt assoziierten Verletzungen und Folgen (nach Hornberg, Schröttle, Bohne, Pauli und Khelaifat, 2008).

Tabelle 3: Darstellung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt (nach Hornberg, Schröttle, Bohne, Pauli und Khelaifat, 2008).

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen	
Nicht-tödliche Folgen	
Körperliche Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➔ Verletzungen ➔ funktionelle Beeinträchtigungen ➔ dauerhafte Behinderungen 	Gesundheitsgefährdende (Überlebens-)Strategien als Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➔ Rauchen ➔ Alkohol- und Drogengebrauch ➔ risikoreiches Sexualverhalten ➔ selbstverletzendes Verhalten
(Psycho-)somatische Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➔ chronische Schmerzsyndrome ➔ Reizdarmsyndrom ➔ Magen-Darm-Störungen ➔ Harnwegsinfektionen ➔ Atemwegsbeschwerden 	
Psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➔ Posttraumatische Belastungsstörungen ➔ Depression, Ängste, Schlafstörungen, ➔ Panikattacken ➔ Essstörungen ➔ Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl ➔ Suizidalität 	Folgen für die reproduktive Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> ➔ Eileiter- u. Eierstockentzündungen ➔ sexuell übertragbare Krankheiten ➔ ungewollte Schwangerschaften ➔ Schwangerschaftskomplikationen ➔ Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht
Tödliche Folgen	
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Tödliche Verletzungen ➔ Tötung 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Mord ➔ Suizid

In der Folge sollen die körperlichen, psychosomatischen und psychischen Folgen kurz dargestellt werden.

Körperliche und (Psycho-)somatische Folgen international: In einer Patientenbefragung unter Gewaltopfern in den USA an drei verschiedenen Kliniken konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für sechs oder mehr chronische physische Be-

schwerden – welche auch im Zusammenhang mit somatoformen oder psychiatrischen Störungsbildern (Depression, PTBS) stehen können - im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt und mit gesellschaftlicher Gewalt signifikant erhöht ist (Nicolaidis, Curry, McFarland und Gerrity, 2004). Zusätzlich zeigte sich in dieser Studie auch eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Erkrankung an einer Depression für alle Gewaltopfer (untersucht wurden häusliche Gewalt, gesellschaftliche Gewalt und Kindesmissbrauch mit physischer und/oder sexueller Gewaltkomponente) im Vergleich zu Patientinnen, welche keiner Gewalt ausgesetzt waren. Eine weitere, kontrollgruppenkontrollierte Studie aus den USA zeigte, dass sexuell oder physisch missbrauchte Frauen deutlich häufiger von gynäkologischen Beschwerden (wie Vaginalblutungen, Vaginale Infektionen, Sexuell übertragbaren Krankheiten und Infektionen des Urogenitaltraktes), stressassoziierten Erkrankungen (wie Appetitverlust, Bauchschmerzen, Verdauungsschwierigkeiten), sowie Problemen, die das zentrale Nervensystem betreffen (wie Kopfschmerzen und Rückenschmerzen) betroffen gewesen sind als Frauen, welche niemals Missbrauchserfahrungen gemacht hatten.

Körperliche und (Psycho-)somatische Folgen national: Bei der rechtsmedizinischen Untersuchung von 1.071 Gewaltopfern in Hamburg im Jahr 2003 konnte gezeigt werden, dass stumpfe Gewalteinwirkung (ungeformt) mit weitem Abstand (74%) bei allen untersuchten Opfern festgestellt werden konnte, gefolgt von Abformungen und von Frakturen, die in jeweils 6% der Fälle beobachtet werden konnten. Stichverletzungen wurden bei 5% der Patienten beobachtet und Schussverletzungen bei 1% der untersuchten Patienten (Seifert et al., 2004). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend berichtet im Zusammenhang mit Gewalt gegen 1.712 befragten Frauen, die seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal wegen körperlichen Verletzungen in Behandlung gewesen waren, dass 91% der Patientinnen mindestens einmal wegen Hämatome oder Prellungen, 26% der Patientinnen mindestens einmal wegen Schmerzen im Körper, 22% der Patientinnen mindestens einmal wegen offe-

nen Wunden, 19% der Patientinnen mindestens einmal wegen Verstauchungen, Zerrungen oder Muskelrissen, 18% der Patientinnen mindestens einmal wegen Kopfverletzungen oder Verletzungen im Gesicht, 13% der Patientinnen mindestens einmal wegen Unterleibsschmerzen, 10% der Patientinnen mindestens einmal wegen einer Gehirnerschütterung, 6% der Patientinnen mindestens einmal wegen Vaginalen Verletzungen oder Blutungen im Genitalbereich, 5% der Patientinnen mindestens einmal wegen Hämatome oder Prellungen, 3% der Patientinnen mindestens einmal wegen einer Fehlgeburt, 2% mindestens einmal wegen inneren Verletzungen und 11% der Patientinnen mindestens einmal wegen anderen Verletzungen in medizinischer Behandlung gewesen waren (Müller, Schröttle, Glammeier, und Oppenheimer, 2004). In einer anderen Befragung in Deutschland zu den gesundheitlichen Konsequenzen von Gewalt unter 806 Frauen, die im Alter von 16 Jahren oder älter mindestens einmal Opfer von physischer oder sexualisierter Gewalt geworden waren zeigten sich die folgenden Konsequenzen an körperlichen Folgen (Brzank, Hellbernd und Maschewsky-Schneider, 2004): Hier gaben 44% Hämatome oder Prellungen als physische Folgeschäden, 17% Rupturen und Frakturen, 10% Stich-, Schuss- oder Brandverletzungen, 8% Abschürfungen oder Kratzwunden, 2% Zahnverlust, 2% Organverletzungen und 17% unspezifische andere Verletzungen an. Über einzelne direkte physische Verletzungen hinaus wurden auch Schmerz- und Beschwerdensyndrome berichtet. Dabei wurden in 23% Unterleibs- bzw. Verdauungsbeschwerden, in 18% Kopfschmerzen oder Migräne, in 15% Herzkreislaufbeschwerden, in 7% Beschwerden am Bewegungsapparat und in 5% Atemwegsbeschwerden als Folge der Gewalt berichtet.

Psychiatrische Folgen international: Die häufigsten in internationalen Studien beschriebenen psychischen Folgen von Gewalterfahrungen (vornehmlich bei Frauen) sind Depressionen, Stresssymptome, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Essstörungen und Suizidalität. Bei Kindesmisshandlung werden darüber hinaus noch Einschränkungen in der kognitiven und emotionalen Entwick-

lung festgestellt (für einen Überblick siehe Hornberg, Schröttle, Bohne, Pauli und Khelaifat, 2004).

In einer australischen Studie wird einerseits bemängelt, dass die Untersuchungen zu den Auswirkungen von Gewalt in der Mehrheit nur einen Zusammenhang zu physischen Folgen betrachten, obwohl in Studien zu psychischen Folgen bereits starke Assoziationen aufgezeigt werden konnten, und andererseits wird an Hand einer Stichprobe von 1.257 ambulanten Patientinnen in 30 Praxen festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken bei schweren Missbrauchsoffern von kombinierten Gewaltformen im Vergleich zu Frauen, die niemals Opfer von Gewalt geworden waren um ein vielfaches (adjustierte Schätzung: 5,8-mal so groß) größer ist (Hegarty, Gunn, Chondros und Small, 2004).

Psychiatrische Folgen durch Kriege: In Gebieten, welche durch Kriege erschüttert worden sind, lassen sich besonders viele mentale Störungen beobachten. In Afghanistan z.B. wurden bei 50%-60% an Befragten traumatische Erlebnisse als Folge des Kriegs berichtet. Beobachtungen von Punkt-Prävalenzen der PTBS zwischen 20-40%, depressiver Symptomatik zwischen 39%-68% und Symptome einer Angststörung bei 52%-71% der durch Gewalt traumatisierten Opfer (Murthy, R.S. und Rashmi, 2006). Dabei ist das Bild, welches sich in anderen Ländern in dem Review von Murpthy, R.S. und Rashmi 2006 zeigt durchaus vergleichbar: Auch auf dem Balkan, im Irak, in Ruanda, im Libanon, in Palästina und in Sri-Lanka sind ähnlich hohe Prävalenzen an mentalen Störungen, die mit Depressivität, Angst oder PTBS in Zusammenhang stehen, beobachtet worden.

Psychiatrische Folgen national: In der bislang bundesdeutschen größten und aktuellsten Studie zur Prävention, Prävalenz und Auswirkung von Gewalt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurden in 2003 10.000 Frauen in einem „Face-to-Face“-Interview nach Gewalterfahrungen befragt (Müller, Schröttle, Glammeier, und Oppenheimer, 2004). Insgesamt hatten 3.440

Frauen psychische Gewalt erlebt, 3.246 Frauen eine sexuelle Belästigung, 587 Frauen sexuelle Gewalt und 1.762 Frauen körperliche Gewalt erlebt. Diese Frauen nannten die in Abbildung 4 gezeigten psychischen Symptomatiken.

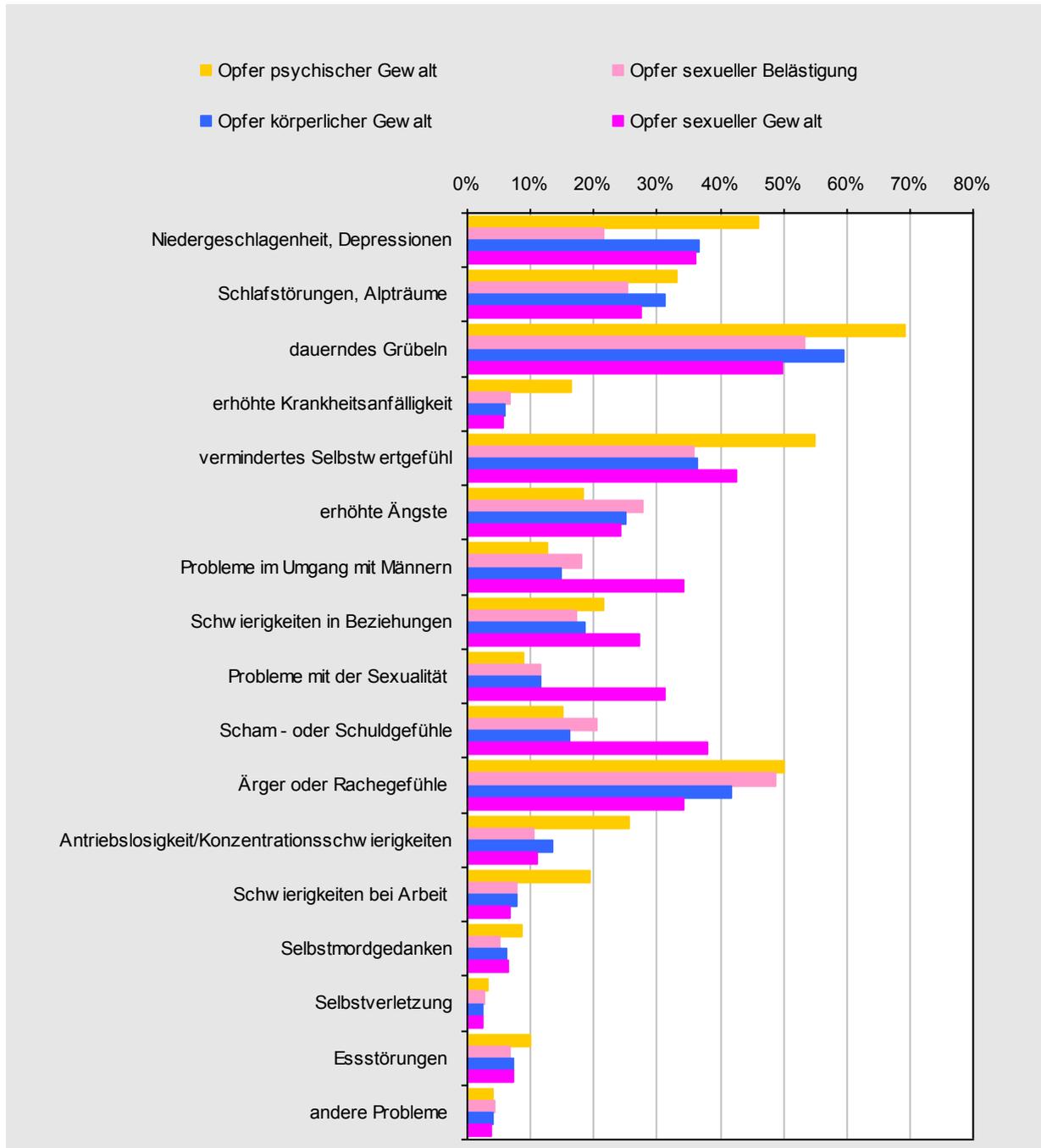


Abbildung 4: Psychische Folgen aus unterschiedlichen Gewaltnaturen bei Frauen in einer bundesdeutschen Befragung (Müller et al., 2004).

1.4.2 Ökonomische Folgen der Gewalt

Ein Gewaltübergriff beinhaltet als Folgekosten neben der Opferversorgung (direkte medizinische Kosten, die bei der Behandlung von physischen Schäden entstehen; direkte medizinische Versorgung von psychischen Verletzungen, die durch die Gewalt entstanden sind) auch indirekte Kosten, welche durch die Schädigung des Opfers entstehen (z.B. der direkte Verdienstausschlag durch Krankheit, Verlust an Arbeitskraft und damit an Produktivität, Verwaltungsaufwand, Kosten für Opferhilfeorganisationen) oder durch die Notwendigkeit der Haftunterbringung der Täters (z.B. direkte Unterbringungskosten, Ausfall bzw. Einschränkung in der Arbeitskraft bzw. Produktivität des Täters, indirekte Kosten durch Programme zur Resozialisierung, Therapie des Täters und Fortbildung des Täters).

Internationale Befunde zu Kosten der Gewalt: So stellen diese durch Gewalt resultierenden Kosten in Lateinamerika ein so großes Problem dar, dass die Schätzungen, in wie weit das Bruttoinlandsprodukt (BIP) einzelner Länder durch die Folgekosten von Gewalt reduziert ist, zwischen 5,1% in Peru und 24,9% in El Salvador liegen, wobei für die größten lateinamerikanischen Länder Schätzungen von 11,8% für Venezuela und 10,5% für Brasilien existieren (Waters, Hyder, Rajkotia, Basu und Butchart, 2005). In den Vereinigten Staaten von Amerika werden die direkten Behandlungskosten für misshandelte Kinder und deren Familien für das Jahr 1996 auf 14 Billionen US\$ geschätzt (Courtney, 1999).

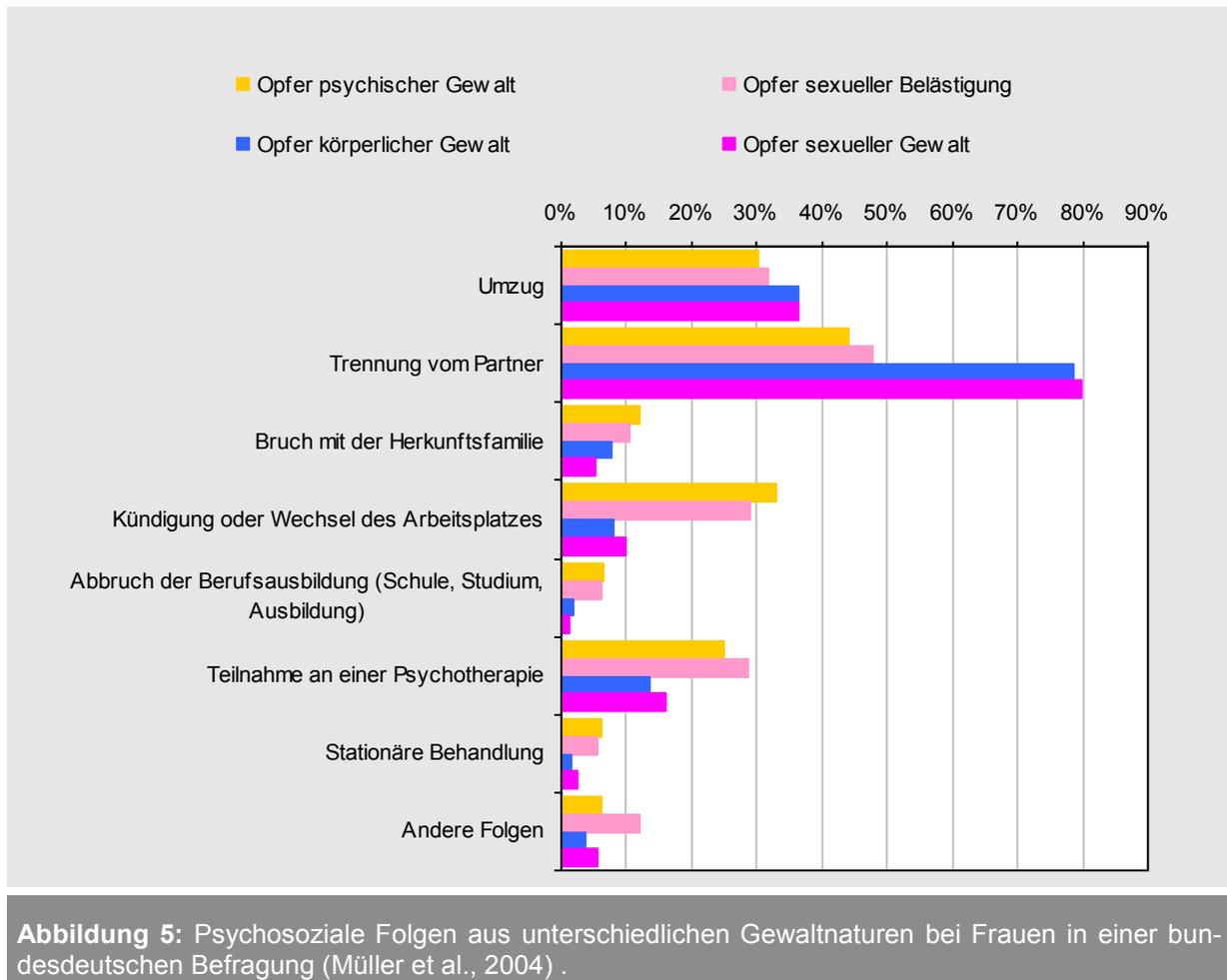
Nationale Befunde zu Kosten der Gewalt: In Bezug auf die nationalen Kosten in Deutschland, die durch Gewalt verursacht werden, ist nach Angaben des statistischen Bundesamtes und des Robert-Koch-Institutes keine Schätzung der Datenlage verfügbar (vgl. Hornberg et al., 2008, S.25). Nur die Kosten für Gewalt gegen Frauen in Finnland und der Schweiz werden in derselben Quelle mit 50 bis 260 Millionen Euro beziffert, für Großbritannien wird ein jährlicher Kostenfaktor von 34 Milliarden Euro pro Jahr genannt. Aus diesen und weiteren Schätzungen resultieren nach An-

gaben von Hornberg et al. (2008) zwischen 9 und 555 Euro pro Einwohner eines Landes an direkten und indirekten Folgekosten pro Jahr. Daraus resultierend könnten die geschätzten Kosten für Deutschland mit ca.80 Mio. Einwohnern zwischen 720 Millionen Euro und 44,4 Milliarden Euro pro Jahr liegen.

1.4.3 Weitere Folgen der Gewalt

Gewalt hat auch viele Auswirkungen auf das Verhalten und die Lebensentwicklung der Opfer, welche sich nicht direkt durch Kosten oder Verletzungen beziffern lassen. Dabei hängen diese Verhaltensweisen mit einem Verlust der Lebensfreude und der Lebensqualität der Opfer und deren Angehörigen oder einer Bedrohung für die Gesellschaft zusammen.

Psychosoziale Folgen von Gewalt: In der Studie von Müller et al. (2004) wurde zusätzlich evaluiert, ob die Frauen, welche Opfer von Gewalt geworden waren, nachfolgend psychosoziale Folgen durch die Gewalt erlebt hatten. Insgesamt waren Informationen von 1.248 Frauen, die Opfer von psychischer Gewalt geworden waren, von 568 Frauen, die Opfer sexueller Belästigung geworden waren, 956 Frauen, die Opfer von körperlicher Gewalt geworden waren und Informationen von 341 Frauen, die Opfer sexueller Gewalt geworden waren, vorhanden. Dabei zeigte sich das in Abbildung 5 gezeigte Aufkommen an durch diese Frauen beschriebenen psychosozialen Folgen.



Einnahme von Drogen, Medikamenten oder Beruhigungsmitteln in Folge der Gewalt: Zusätzlich wurde in der Studie von Müller et al. (2004) gemessen, ob die Frauen zur besseren Bewältigung des Erlebten entweder Medikamente wie Antidepressiva oder Schlafmittel regelmäßig eingenommen hatten oder ob sogar ein Drogen- oder Alkoholmissbrauch stattgefunden hatte. Insgesamt lagen hierzu Angaben von 4.135 psychisch misshandelten, von 5.763 sexuell belästigten, von 2.777 körperlich misshandelten und von 1.004 sexuell misshandelten Frauen vor, wobei die in Abbildung 6 gezeigten Häufigkeiten in der Stichprobe angegeben worden waren.

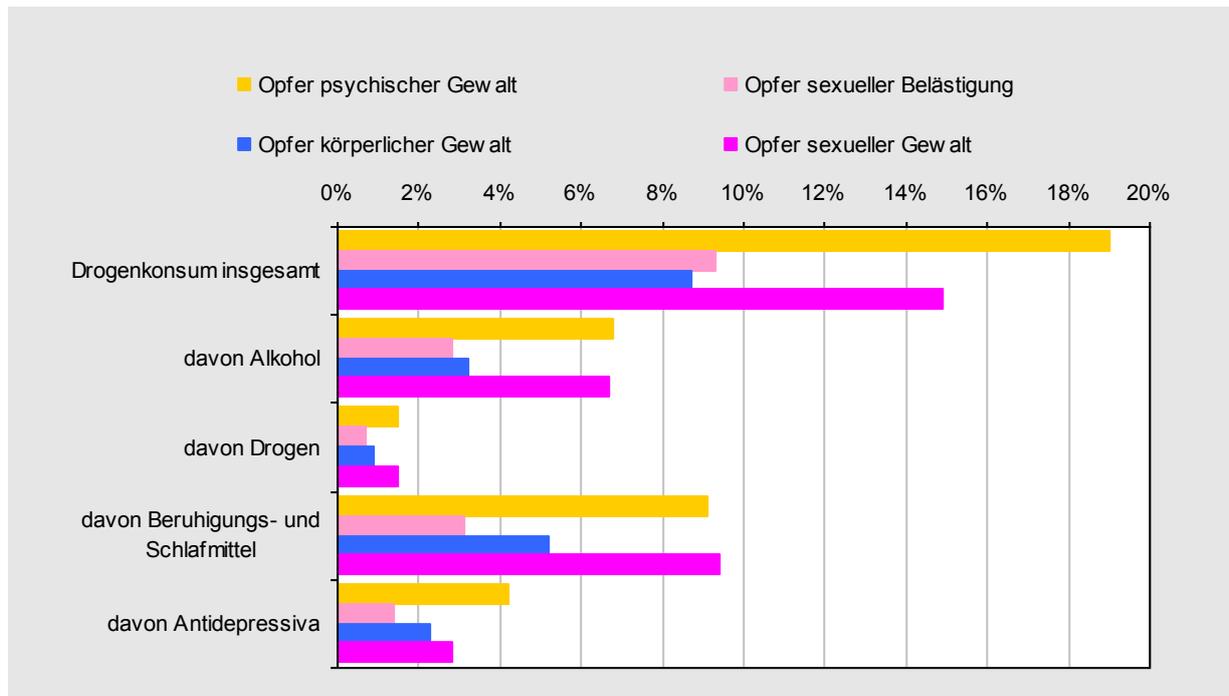


Abbildung 6: Psychische Folgen aus unterschiedlichen Gewaltnaturen bei Frauen in einer bundesdeutschen Befragung (Müller et al., 2004).

Gewalt in der Schwangerschaft: Bei Frauen, welche z.B. während oder im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft Opfer von Gewalt werden, lassen sich verschiedene Unterschiede zu normal schwangeren Frauen beobachten, nämlich dass die Gewaltopfer z.B. später mit der Schwangerschaftsvorsorge beginnen, dass das Geburtsgewicht ihrer Kinder niedriger ist als von vergleichbaren Geburten, es häufiger zu fetalen Traumata kommt und dass es vor allem zu Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mutter kommt, welche weitere Auswirkungen haben wie z.B. vermehrte Schwierigkeiten beim Stillen, einer höheren Rate und einem stärkeren Schweregrad bei postnatalen Depressionen, einer stärkeren Depressivität der Mutter insgesamt sowie einer Tendenz zu so genannten „Short-intervall“-Schwangerschaften (Jasinski, 2004).

Gewalt in Pflegeeinrichtungen: Im Zusammenhang mit gewaltsamen Übergriffen auf das Pflegepersonal in Kliniken durch die Patienten (z.B. Psychiatrische Einrichtungen) gibt es neben den direkten Folgen für die Betroffenen noch weitere Effekte. So werden z.B. Belastungen des Pflege-Patientenverhältnisses berichtet, welche sich

in einer niedrigeren Bereitschaft zur Unterstützung der Patienten, in einem vermehrten „Aus-dem-Weg-gehen“ gegenüber den Patienten oder einer stärkeren Passivität in der Pflege äußert (Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer und Dassen, 2005). In einer sechsmonatigen Studie in sechs Kliniken in Deutschland haben Richter und Berger (2001) 155 gewalttätige Übergriffe von Patienten auf das Personal der Klinik beobachtet. Dabei handelte es sich bei den Tätern vor allem um schizophrene, demente oder mental retardierte Patienten. Ein Pfleger wurde durch eine Messerstichverletzung lebensgefährlich verletzt. 4% der Opfer schieden in der Folge frühzeitig aus dem Dienst aus, 5% der Opfer waren über einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig. Viele Opfer zeigten in einem Messinstrument zur PTBS erhöhte Werte, wobei jedoch in keinem Fall ein Hinweis auf das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung im klinischen Sinne vorlag. Es gibt also Hinweise darauf, dass Gewalt in Pflegeeinrichtungen zu einer schlechteren Patientenversorgung führen kann. Zur Prävention zur Gewalt in Pflegeeinrichtungen liegen bereits erste Empfehlungen vor (z. B. Graß, Walentich, Rothschild und Ritz-Timme, 2007).

Gewalterfahrungen im Kindesalter: Ein Phänomen, welches auch „*victim to perpetrator cycle*“ genannt wird, zeigt auch eine Art Gewaltspirale auf – d.h. Gewalt, welche durch Gewalt bedingt ist. So gelten Missbrauch und sexueller Missbrauch von Kindern als Prädiktoren für eine spätere Gewaltbereitschaft, d.h. kindliche Opfer werden später selber häufiger zu Tätern als Menschen ohne Gewalterfahrung im Kindesalter. Auch die Beobachtung von Gewalt im Kindesalter führe zu einer erhöhten Aggressionsbereitschaft im Erwachsenenalter (vgl. Krahe und Greve, 2002). In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass eine Beobachtung in der jüngeren Vergangenheit (Catani, 2010) einen umgekehrten Zusammenhang herstellt: nämlich dass die Kriegstraumatisierung eines Elternteils zu einer größeren Wahrscheinlichkeit für Gewalt zwischen den Ehepartnern oder gegen die Kinder führt und so der Kreislauf der Gewalt auch umgekehrt genährt werde.

Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten: Einen etwas anderen „Zyklus der Gewalt“ stellt der Zusammenhang zwischen eigenen Gewalterfahrungen und dem Ausüben von selbstgerichteter Gewalt dar. So sind traumatisierende Erlebnisse ein Risikofaktor für die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten (z.B. Petermann & Winkel, 2007). Eine rechtsmedizinische Untersuchung in Deutschland konnte zeigen, dass bei über 50% von Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten eine sexuelle Misshandlung stattgefunden hatte (Seifert, Püschel und Anders, 2009). Anscheinend gibt es einen Zusammenhang dahingehend, dass Opfer mit Gewalterfahrung bedingt durch den Leidensdruck erneut Opfer werden – und zwar von selbst beigebrachten Verletzungen oder Tötungsversuchen.

1.5 Gewaltprävention in Deutschland

Mit der Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Kinder wurde in 1999 das erste Projekt zur Gewaltprävention, das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm als institutionalisiertes Präventionsprogramm an dem Universitätsklinikum Benjamin Franklin initiiert. Dabei hat das Akronym S.I.G.N.A.L. die in Tabelle 4 beschriebene Bedeutung und ist gleichzeitig ziel- und handlungsbeschreibend für das Projekt (Hornberg et al., 2008).

Tabelle 4: Bedeutung des S.I.G.N.A.L.-Akronyms.

S	Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
I	Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.
G	Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
N	Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind.
A	Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
L	Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

(S.I.G.N.A.L. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V., Leitfaden, 2010)

Mit der Prävention einhergehend gibt es die Forderung, das klinische Personal speziell auch in Bezug auf die Anamnese und Beratung von Gewaltopfern zu schulen. Dies wurde z.B. auch im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Programmes für Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahr 2005 und 2006 regelmäßig in Form von „Train the Trai-

ner“ Seminaren angeboten und gegenwärtig noch auf Anfrage durchgeführt (S.I.G.N.A.L. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V., Fortbildung, 2015). Der Verein ist mittlerweile auch an dem bundesweiten Projekt „M.I.G.G.“ (Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen) beteiligt, wobei hier eine Vernetzung verschiedener Modellträger an der ambulante Prävention und Intervention gegen Gewalt an mehreren Standorten in Deutschland zusammen arbeiten. So sind ebenfalls die Rechtsmedizinischen Institute der Universitäten Düsseldorf, Kiel und München an diesem Projekt beteiligt, um ihre Erfahrungen im Bereich der Dokumentation und Erforschung von Gewalt in die ambulante Betreuung von Gewaltopfern mit einfließen zu lassen.

1.6 Ableitung der Fragestellung

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt, deren Folgen für die Opfer und für die Gesellschaft, scheint insgesamt ein relativ junges Beschäftigungsfeld zu sein. Viele Folgen von unterschiedlichen Gewalterfahrungen werden im psychischen Bereich vermutet. Gegenstand der vorliegenden Arbeit soll von daher die Auseinandersetzung mit dem Vorkommen von Gewalterfahrungen innerhalb der klinischen Psychiatrie sein. Es soll speziell untersucht werden, ob die Befundlage in der Psychiatrie rechtsmedizinischen Ansprüchen genügen kann und ob die Aktenlage dazu verwendet werden kann, um wissenschaftliche Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Phänomen Gewalt zu untersuchen – und zwar einerseits in wie weit die Beobachtung speziell bei einem psychiatrischen Kollektiv von Patienten sich mit den bisherigen Befunden deckt und andererseits, ob spezielle Konstellationen innerhalb der Tatumstände spezielle Symptome oder Störungsbilder begünstigen. Letztlich soll auch untersucht werden, in wie weit eine Opferbetreuung im Rahmen der medizinischen Versorgung speziell auf das Gewalterleben stattgefunden hatte.

Damit resultieren vier verschiedene Fragestellungen:

1. Wie umfangreich ist die Datensituation in den medizinischen Befunden einer psychiatrischen Notfallstation und in wie weit entsprechen sie rechtsmedizinischen Ansprüchen zur Gewaltdokumentation?
2. Ist das Phänomen Gewalt in Bezug auf Opfer-, Täter und Tatumstände, wie es in der Psychiatrie beobachtet werden kann, vergleichbar mit dem allgemein beobachtbaren Phänomen Gewalt?
3. Sind spezielle gesundheitliche Folgen im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen in Bezug auf spezielle Opfer-, Täter und Tatumstände zu beobachten?
4. Findet eine entsprechende Versorgung und Nachbetreuung in Bezug auf das Gewalterleben statt?

2. Methoden

2.1 Stichprobe

Es wurden, in der Zeit von Mai 2008 bis Juni 2009, 6 371 Krankenakten im Archiv der Rheinischen Kliniken gesichtet. Als Zeitintervall für die Retrospektivebetrachtung der Patientenversorgung wurde das Jahr 2004 festgelegt. Das Zeitintervall wurde so gewählt, um davon auszugehen, dass die vollständigen Patientenakten in den Archiven vorhanden waren. Ebenfalls war so davon auszugehen, dass ein Zeitintervall bearbeitet wurde, welches den „Regelfall“ einer psychiatrischen Patientenbetreuung an den Rheinischen Kliniken abbildete.

Als erster Arbeitsschritt der studentischen Arbeitsgruppe wurde eine Stichwortsammlung erstellt um eine vergleichende Fallauswertung aus Krankenakten durchführen zu können. Als Grundlagen für diese Erhebung dienten der Arbeitsgruppe Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien der rechtsmedizinischen Institute Köln und Hamburg (Seifert, et.al, 2006a, Päsler, 2010). Diese Stichwortsammlung wurde anschließend gegliedert und den einzelnen Abschnitten übergeordnete Begriffe zugeordnet. Die Stichwortsammlung wurde anschließend in einem strukturierten Fragenkatalog zusammengefasst. Der so erstellte Fragenkatalog wurde als schriftliche Dokumentationsvorlage für eine erste Auswertung von jeweils 20 zufällig selektierten Patientenakten genutzt.

Nach diesem Vor-Test des Auswertungsschemas in den jeweiligen Archiven der Kliniken Gynäkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychosomatik und Unfallchirurgie wurde der Fragenkatalog für eine optimierte Auswertung mit Unterstützung der Fachbetreuer angepasst. Im Anschluss wurde der überarbeitete Fragenkatalog durch die studentische Arbeitsgruppe zum Exzerpt-

Bogen (siehe Anhang A) weiterentwickelt. Für die Digitalisierung und Eingabe der erhobenen Falldaten, wurde auf Grundlage dieser Endversion des Exzerpt-Bogen eine rechnergestützte Datenmaske erstellt. Die so erstellte Datenbank ermöglichte eine EDV gesteuerte, vergleichbare Auswertung aller Akten.

Ausgewertet wurden 6 371 Patientenakten aus dem Archiv der Rheinischen Kliniken Düsseldorf. Um die Akten in die Auswertung aufnehmen zu dürfen, galt eine schriftliche Dokumentation im Hinblick auf Formen von Gewalt in der Patientenakte als Voraussetzung. Diese Voraussetzung wurde für die Studie mit der Studiennummer 2783 durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf vom 08.09.2006 festgelegt. In die Datenmaske aufgenommen wurden nur solche Fälle, bei denen ein Erleben körperlicher Gewalt, sexuellen Missbrauchs, psychischer Misshandlung und/oder Vernachlässigung gesichert waren. Als gesichert galten unter Berücksichtigung der oben genannten Vorgaben solche Fälle, bei denen eine schriftliche Dokumentation von Verdachtsäußerungen und/ oder gestellte Diagnosen durch behandelnde Ärzte, Krankenschwestern oder andere Personen in Anamnesebögen, Arztbriefen, Sitzungsprotokollen psychologischer Sitzungen, Stationskurven und/oder Untersuchungsprotokollen gefunden wurde.

In den Rheinischen Kliniken Düsseldorf, der psychiatrischen Klinik des UKD, wurden im Jahr 2004, 6371 volljährige Patienten stationär behandelt. Unter Einhaltung aller Vorgaben der Ethikkommission wurden 65 auswertbare Patientenakten selektiert.

Anhand der 65 aufgenommenen Fälle wurde mit dem elektronischen Exzerpt-Bogen eine Datenbank erstellt. Anschließend wurden die Falldaten erst in Microsoft Excel 2007, dann in das Statistikprogramm SPSS überführt und ausgewertet.

2.2 Material: Der Exzerpt-Bogen

Der Exzerpt-Bogen besteht aus 67 Themenblöcken, die sich in 4 Hauptteile aufgliedern. Jeder Themenblock selbst besteht aus einem oder mehreren Items, welche entweder eine vordefinierte Antwortauswahl zu einzelnen Themen haben oder aus einer Freitexteingabe bestehen.

Der erste Hauptteil des Exzerpt-Bogens umfasst „Allgemeine Angaben“ und gliedert sich wiederum in zwei Unterpunkte auf. Im ersten Unterpunkt werden Fragen zu „Personen und Zeit“ gestellt, im zweiten Unterpunkt Fragen zu dem „Tatgeschehen, Beteiligten und Motivlage“. Der zweite Hauptpunkt umfasst Fragen zur „Befunderhebung zum Thema Gewalt“. Dieser Punkt hat wiederum drei Unterpunkte – zur „Beschreibung der Gewalt“, zur „Art der Befunderhebung“ und zum „Weiteren Vorgehen“. Der dritte Hauptpunkt enthält Angaben zu „Besonderen Hergangsumständen“. Der vierte Hauptpunkt schließlich erfragt die „Psychisch-psychiatrische Befundlage“.

Eine grobe Übersicht, welche Informationen mit wie vielen Themenblöcken und Items in den jeweiligen Teilen des Exzerpt-Bogens erfragt werden, enthält Tabelle 5. Damit enthält der Exzerptbogen insgesamt 59 Themenkomplexe, welche insgesamt 344 Fragen (Items) umfassen. Dabei beginnt die Nummerierung des Inventars aus internen Gründen mit der Nummer neun, da die ersten acht Items zu Zwecken der internen Codierung bereits belegt sind. Der komplette Exzerpt-Bogen ist in Anhang A abgebildet.

Mittlerweile liegt der Exzerpt-Bogen als PC-gestützte Version vor. Die eingegebenen Fälle können von der Software als PHP-Datenbank exportiert werden. In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst die relevanten Informationen aus den Akten in den Exzerpt-Bogen eingelesen und anschließend aus der PHP-Datenbank zuerst in Excel und anschließend in SPSS zur weiteren Auswertung exportiert.

Tabelle 5: Übersicht über die Struktur des Exzerpt-Fragebogen, der in der vorliegenden Untersuchung verwendet worden ist.

	Fragebogenteil	Informationen zu	Anzahl Themenblöcke (Items)
1	Allgemeine Angaben		
1-1	„Personen und Zeit“	Angaben zum Opfer (z.B. Geschlecht, Nationalität, Alter), Zeit des Vorfalls, Zeit der ärztlichen Vorstellung, Erstversorgung, besondere Tatumstände	12 (24)
1-2	„Tatgeschehen, Beteiligte und Motivlage“	Angaben zum Tatverdächtigen, Anamnesequelle, Örtlichkeit des Vorfalls	11 (22)
2	Befunderhebung zum Thema Gewalt		
2-1	„Beschreibung der Gewalt“	Untersuchungsbefund, Behandlung, Qualitätsaspekte der Behandlung (forensisch)	14 (105)
2-2	„Art der Befunderhebung“	Qualitätssicherung der Beweismittel, Eingesetzte Methoden zur Befundsicherung	8 (40)
2-3	„Weiteres Vorgehen“	Spezifische Versorgung und Betreuung, Nachsorge, Anzeige, Jugendamt	5 (29)
3	„Besondere Hergangsumstände“		
		Drogen und Alkoholmissbrauch Opfer und Tatverdächtiger; bekannte Vorerkrankungen	3 (16)
4	„Psychisch-psychiatrische Befundlage“		
		Besondere Aspekte zur Erfassung psychisch-psychiatrischer Befunde	6 (69)

2.3 Statistische Auswertung

Die Daten wurden mittels SPSS inferenzstatistisch ausgewertet. Dabei wurde allgemein ein Alpha-Fehlerniveau von 5% angenommen, wobei bei p -Werten $<.10$ von einer Tendenz gesprochen wird. Als Zusammenhangsmaß wurde der Kontingenzkoeffizient für nominale Daten gewählt; dies folgt der Empfehlung von Bortz (2006, S. 506ff). Die Zusammenhangsmaße werden gemäß ihrem Betrag betrachtet, wobei eine Korrelation zwischen 0 und .3 als kein Zusammenhang, eine Korrelation zwischen .3 und .5 als mittlerer Zusammenhang und eine Korrelation größer als .5 als großer Zusammenhang interpretiert werden soll. Auch die Interpretation der Effektgröße der Korrelation folgt damit der Empfehlung von Bortz (2006, S. 610ff). Zusätzlich zur deskriptiven Darstellung der Zusammenhangsmaße sollen diese auch inferenzstatistisch untersucht werden. Die entsprechende Alternativhypothese (die Korrelation zeigt sich von 0 verschieden) wird ab einem p -Wert kleiner als .05 angenommen. Im Falle des Kontingenzkoeffizienten wird nach Möglichkeit die exakte Version des Chi-Quadrat-Tests ausgewählt. Für Vier-Felder-Tafeln entspricht dieser Test automatisch dem exakten Test von Fisher für die Vierfeldertafel.

Ordinale Daten für zwei unabhängige Gruppen sollen mittels des U-Tests auf einen Unterschied in der Verteilung untersucht werden, metrische Daten für zwei unabhängige Gruppen werden mittels des T-Tests auf einen Mittelwertsunterschied hin untersucht. Die Verteilung einer Datenreihe (metrisches Skalenniveau) kann mittels des Kolmogorow-Smirnow-Tests (K-S-Test) auf das Vorliegen einer Normalverteilung hin untersucht werden. Im Falle des K-S-Tests kann das Vorliegen einer Normalverteilung der Daten bei p -Werten größer als 0,05 nicht verworfen werden.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Items des Exzerpt Fragebogens

3.1.1 Fragebogenteil 1-1: Personen und Zeit

Analyse der fehlenden Werte: Der erste Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält 12 Themenblöcke mit insgesamt 24 Items. Dabei waren in einem Themenblock ausschließlich konstante Angaben (das Jahr der Behandlung; bedingt durch die Operationalisierung) und in einem Themenblock kein Vorkommen der jeweiligen Fragestellungen vorhanden. In drei Frageblöcken (Geschlecht, Alter, Zeitpunkt der Behandlung) waren 100% der Angaben vorhanden. In den übrigen sieben Frageblöcken fehlten die Angaben in den Akten bei zwischen 4,6% und 84,6% der Fälle. Eine genaue Abbildung der fehlenden Werte ist in Tabelle 6 enthalten.

Tabelle 6: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 1-1 des Exzerpt-Fragebogens

Teil des Exzerptbogens	Frageblock Nr.	Items Nr.	Frageblock Beschreibung	Antwortkonstanz bzw. kein Vorkommen	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
1-1	9	1	Patient: Geschlecht		65	0%	AR
	10	2	Patient: Nationalität		54	16,9%	AR
	11	3	Patient: Alter (in Jahren)		65	0%	AR
	12	4	Patient: Körperlänge		42	35,4%	
	13	5	Patient: Körpergewicht		49	24,6%	
	14	6-7	Patient: Verstorben?	Nicht vorgekommen	65	0%	
	15	8	Behandlung: Jahr	Konstant	65	0%	
	16	9-12	Vorfall: Zeitlicher Aspekt		10	84,6%	
	17	13-15	Behandlung: Zeitlicher Aspekt		65	0,0%	AR
	18	16	Vorfall – Behandlung: Zeitintervall		51	21,5%	AR
	19	17-18	Verletzte Gekommen		62	4,6%	AR
	20	19-24	Erstversorgung		35	46,2%	AR

Deskriptive Auswertung Geschlecht (n= 65): Die Patienten waren zu 73,8% weiblich (absolute Häufigkeit: 48) und zu 26,2% männlich (Absolute Häufigkeit: 17).

Deskriptive Auswertung Nationalität (n= 54): Die Nationalitäten der Opfer sind in Tabelle 10 abgebildet. Die Nationalitäten erlauben die dichotome Einteilung in Deutsch (36 Fälle) und „Nicht-Deutsch“ (18 Fälle) für weitere Analysen.

Tabelle 7: Nationalitäten der Opfer, auch nach Geschlechtern getrennt.

Nationalität der Opfer (n= 65)	Absolute Häufigkeit	Davon Männer	Davon Frauen
albanisch	1	0	1
deutsch	36	6	30
englisch	1	1	0
ghanesisch	1	0	1
jugoslawisch	2	0	2
kongolesisch	1	0	1
kroatisch	1	0	1
marokkanisch	1	0	1
polnisch	2	1	1
russisch	1	1	0
taiwanesisch	1	1	0
türkisch	6	3	3
<i>Fehlende Daten</i>	11	4	7

Deskriptive Auswertung Alter (n= 65): Das Alter der Opfer betrug zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Abteilung im Mittel 33,89 Jahre (Standardabweichung \pm 13,89 Jahre), wobei das jüngste Opfer 17 Jahre und das älteste Opfer 83 Jahre alt gewesen ist. Die Verteilung des Alters nach dem Geschlecht der Gewaltopfer getrennt ist in Abbildung 7 wiedergegeben. Dabei unterscheidet sich das Alter der Gewaltopfer zwischen Männern mit einem Mittelwert von 35,6 Jahren (SD \pm 11.4 Jahre) und Frauen mit einem Mittelwert von 33,3 Jahren (SD \pm 14.7 Jahre) nicht signifikant voneinander (*T*-Test: $t_{63} = 0.53$; $p = .56$). Die kompletten Altersstatistiken sind in Tabelle 8 gezeigt.

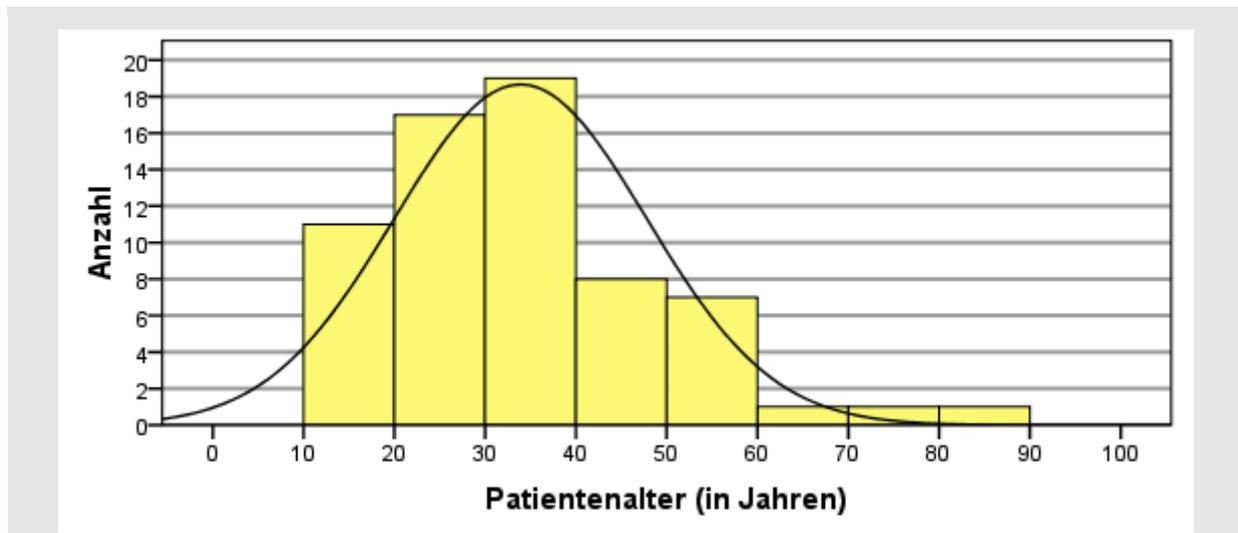


Abbildung 7: Altersverteilung der Gewaltopfer in der Stichprobe .

Tabelle 8: Altersstatistiken der Gewaltopfer in der Stichprobe. Gesamt und nach Geschlechtern getrennt.

Gruppe	M	SD	MIN	25.%-Rang	Median	75.%-Rang	MAX
Männer (n= 17)	35,6	11,4	19	26,5	33,0	48,0	57
Frauen (n= 48)	33,3	14,7	17	23,0	30,5	40,7	83
Gesamt (n= 65)	33,9	13,9	17	23,5	32,0	42,0	83

Deskriptive Auswertung Behandlungszeitpunkt (n= 65): In Bezug auf die Monate, in denen die Patienten in der psychiatrischen Klinik vorstellig geworden waren zeigte sich, dass die Verteilung nicht als gleich verteilt angenommen werden kann (*K-S-Test*: $p= 0,003$). Deskriptiv deutet sich an, dass die überwiegenden Besuche in der ersten Jahreshälfte stattgefunden hatten; dies zeigt sich insbesondere bei den männlichen Patienten. Auch die Wochentage wurden anscheinend unterschiedlich häufig frequentiert (*K-S-Test*: $p= 0,019$); deskriptiv am häufigsten wurden der Dienstag und der Mittwoch besucht. Bezüglich der Tageszeit schließlich wurden auch diese unterschiedlich häufig frequentiert (*K-S-Test*: $p < 0,001$). Hier zeigten sich die häufigsten Besuche zwischen 06:00 und 18:00 Uhr. Alle drei Verteilungen (Monate, Wochentage und Tageszeiten) sind in Abbildung 8 dargestellt.

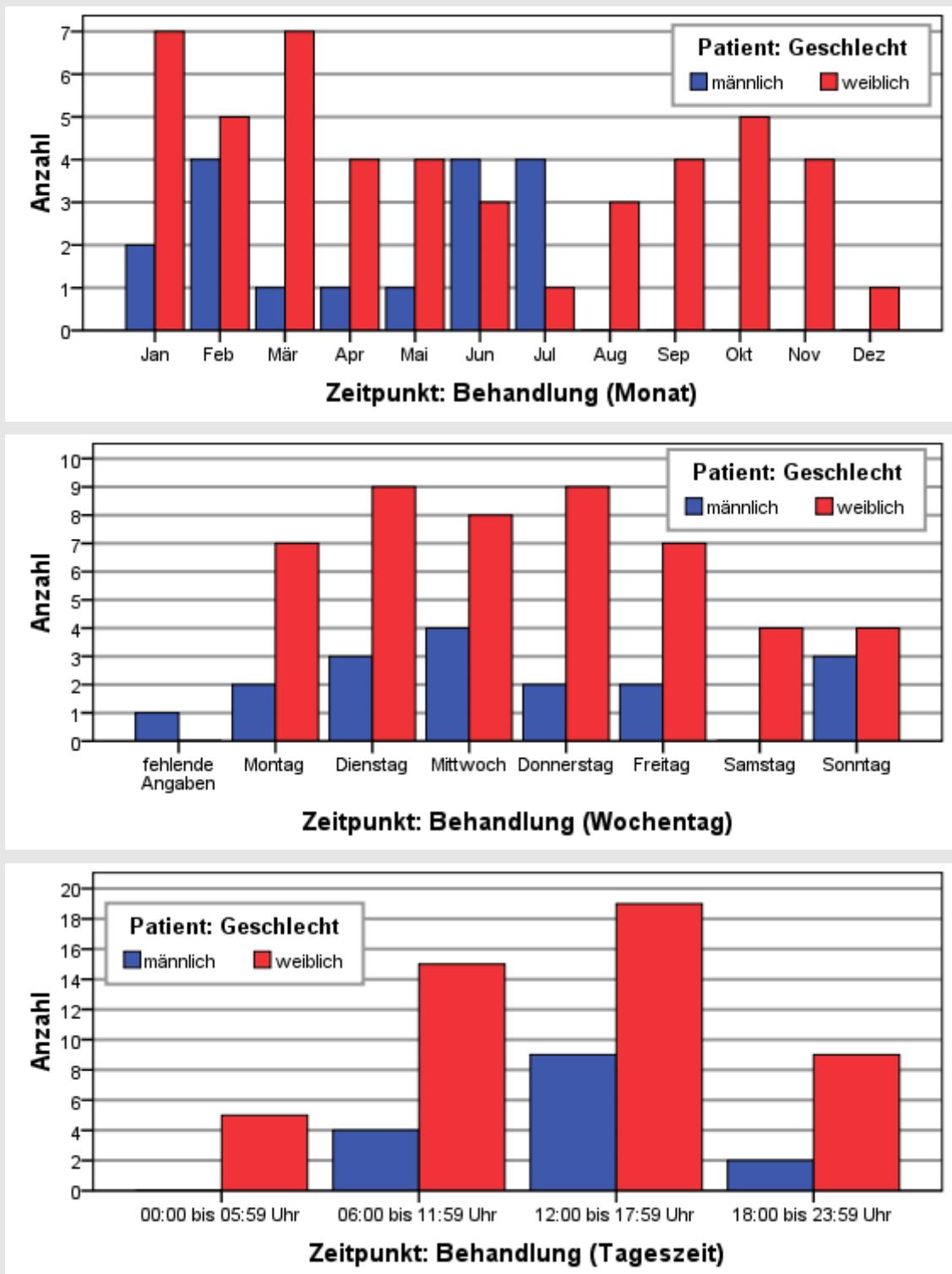
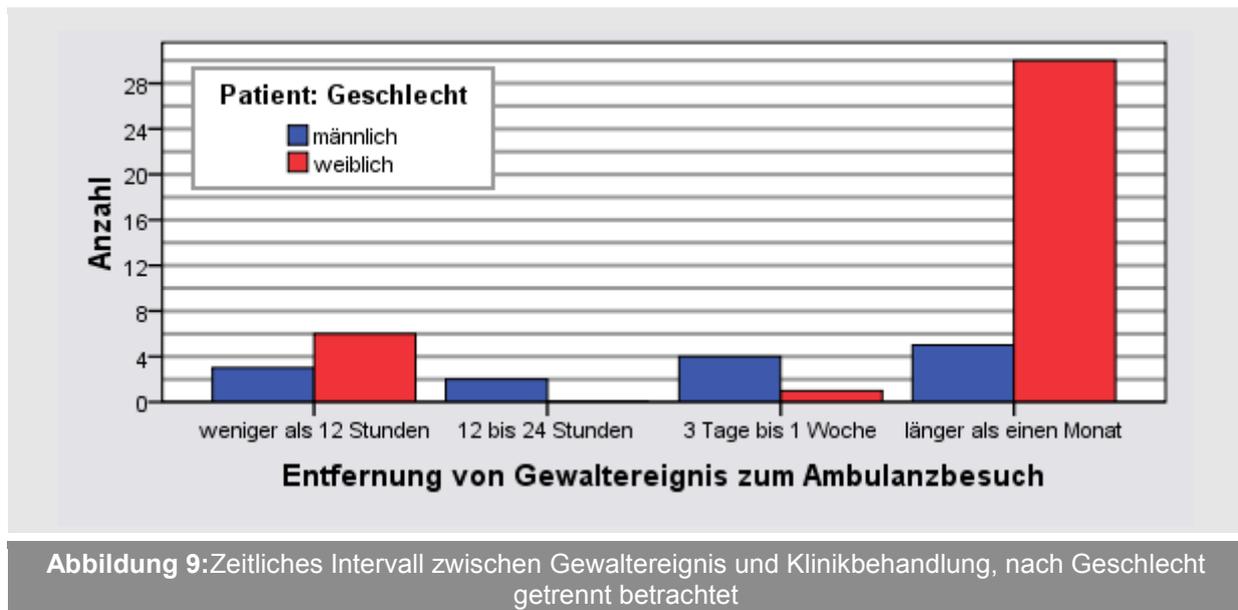


Abbildung 8: Übersicht über die Behandlungszeitpunkte (Monate, Wochentage und Tageszeiten).

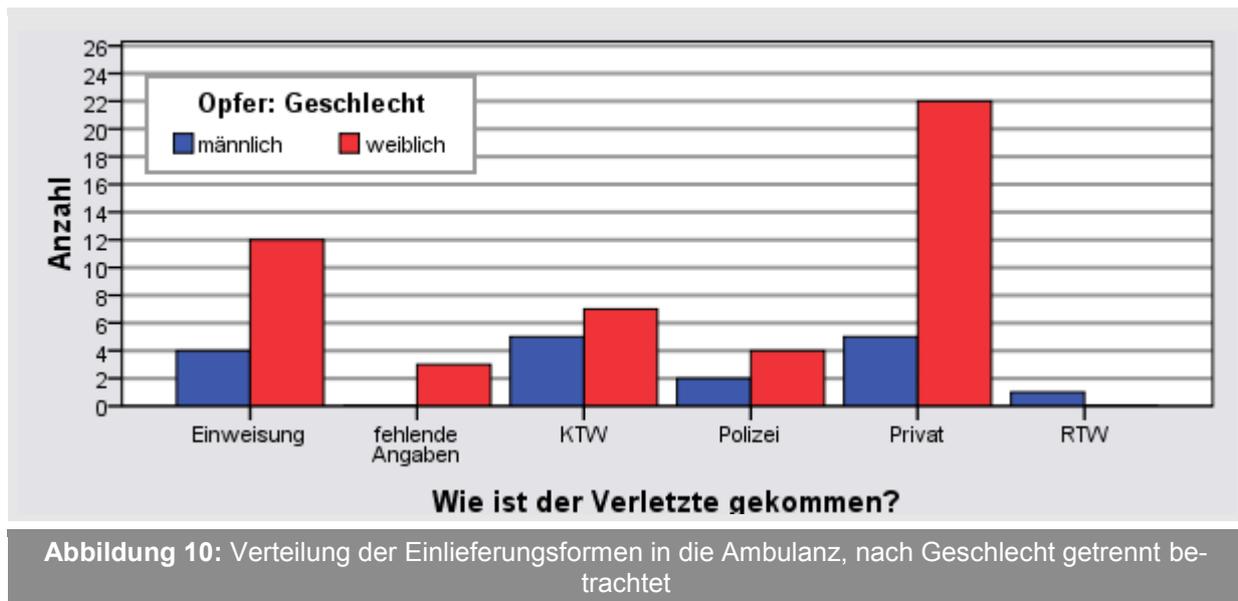
Deskriptive Auswertung Intervall Vorfall mit Behandlung (n= 51): Die Entfernung zu dem jeweiligen Gewaltvorfall lag in den überwiegenden Fällen weiter als einen Monat zurück (absolute Häufigkeit= 35). In den übrigen Fällen lag das Ereignis neun

mal weniger als 12 Stunden zurück, in 2 Fällen lag eine Entfernung zwischen 12 und 24 Stunden zu dem Ereignis und in fünf Fällen hat das Gewalterlebnis 3 Tage bis eine Woche vor dem Behandlungstermin in der Klinik gelegen. Dabei unterscheiden sich die Entfernungen zwischen Männern und Frauen (U -Test: $p=0,008$), wobei deskriptiv bei den Frauen das Gewaltereignis eher länger zurück gelegen hat und die Männer eher zeitnah nach dem Vorfall die Ambulanz aufgesucht hatten.



Deskriptive Auswertung des Items wie die Patienten zur Klinik kamen (n= 62): Die Verletzten waren mit 27 Fällen überwiegend privat erschienen (41,5%). Am zweithäufigsten waren die Verletzten auf Grund einer Einweisung erschienen (16 Fälle; 24,6%), gefolgt von einer Einlieferung mittels Krankentransportwagen (12 Fälle; 18,5%), der Polizei (6 Fälle; 9,2%) und dem Rettungswagen (1 Fall; 1,5%). In drei Fällen fehlte die Angabe, wie der Verletzte erschienen war. In Abbildung 10 ist die Verteilung der verschiedenen Erscheinungsformen – nach Geschlecht getrennt – dargestellt. Zwischen den Geschlechtern gab es keinen Unterschied in der Einlieferungsart (χ^2 -Test, exakt: $p=0,265$). Zusätzlich waren im Freitext weitere Informationen enthalten, so waren insgesamt 6 Einweisungen nach PsychKG (in 3 Fällen mittels des Ordnungsamtes und dem KTW, in drei Fällen mittels der Polizei), drei Verlegungen aus einer anderen Klinik (mittels KTW) und eine Einweisung von einem nie-

dergelassenen Arzt mittels KTW. Bezüglich der Einweisung nach PsychKG waren es vier Männer und zwei Frauen, bei denen eine solche Einweisungsform bekannt gewesen ist. In relativer Darstellung entspricht dies 23,5% der Männer und nur 4,2% der Frauen, die so in der Klinik erschienen waren, wobei dieser Unterschied signifikant ist (χ^2 -Test, exakt: $p=0,036$).



Deskriptive Auswertung Erstversorgung (n= 35): Eine mögliche externe Erstversorgung war in 35 Fällen den Akten zu entnehmen. Dabei war in 12 Fällen gesichert, dass keine externe Erstversorgung stattgefunden hatte. In 23 Fällen war eine externe Erstversorgung dokumentiert. Dabei waren acht Männer und 15 Frauen extern erstversorgt worden, was keinem bedeutsamen Unterschied zwischen den Geschlechtern entspricht (χ^2 -Test, exakt: $p=0,709$). Die Erstversorgung fand in zwei Fällen in der Universitätsklinik statt (ein Fall in der Chirurgie; ein Fall in der Psychiatrie). In neun weiteren Fällen fand die Erstversorgung in einer anderen Klinik statt, in zwei Fällen durch den Notarzt und in sieben Fällen durch einen niedergelassenen Arzt.

3.1.2 Fragebogenteil 1-2: Tatgeschehen, Beteiligte und Motivlage

Analyse der fehlenden Werte: Der zweite Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält 11 Themenblöcke mit insgesamt 22 Items. Dieser zweite Teil enthielt keine komplett konstante Items bzw. Themenblöcke und auch keine Items bzw. Themenblöcke, bei denen der abgefragte Inhalt nicht aufgetreten war. Bei einem Item (dem Alter der Beschuldigten) waren in keinem einzigen Fall Angaben vorhanden. In den übrigen einzelnen Blöcken waren zwischen 1,5% und 83,1% der Daten fehlend bzw. keine Angaben der Akte zu entnehmen. Eine komplette Übersicht enthält Tabelle 9.

Tabelle 9: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 1-2 des Exzerpt-Fragebogens

Teil des Exzerptbogens	Fragenblock Nr.	Items Nr.	Fragenblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
1-2	21	25	Beschuldigter: Geschlecht		48	26,2%	AR
	22	26	Beschuldigter: Alter	Komplett ohne Angabe	0	100%	
	23	27	Beschuldigter: Nationalität		11	83,1%	AR
	24	28	Beschuldigter: Bekannt?		51	21,5%	AR
	25	29-30	Beschuldigter: Bekanntschaftsgrad		50	23,1%	AR
	26	31	Beschuldigter: Anzahl Beschuldigte		46	29,2%	AR
	27	32	Opfer-Täter-Konstellation (Geschlecht)		48	26,2%	AR
	28	33-37	Motivlage		56	16,9%	AR
	29	38-39	Ort der Gewalt		35	43,2%	AR
	30	40-42	Anamnese anwesende Personen		63	3,1%	AR
	31	43-46	Gewalteinwirkung aussagende Person		64	1,5%	AR

Geschlecht des Beschuldigten (n= 48) und Geschlechterkonstellation zwischen Opfer und Täter (n= 48): Der Beschuldigte war in 45 Fällen ein Mann und in drei Fällen eine Frau. Dabei waren 36 weibliche geschädigte Personen nach den Angaben in der Akten Opfer von männlicher Gewalt geworden und zwei Frauen Opfer weiblicher Gewalt. Eine männliche geschädigte Person war Opfer von weiblicher Gewalt, neun Männer wurden nach eigenen Angaben Opfer von Gewalt, die durch Männer

ausgeübt wurde. Damit zeigt sich kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Opfergeschlecht und dem Tätergeschlecht (Fishers exakter Test: $p=0,512$).

Nationalität des Beschuldigten (n= 11): Die Nationalität war in nur 11 Fällen bekannt; dabei waren es fünf Beschuldigte deutscher, ein Beschuldiger ghanesischer, ein Beschuldiger kongolesischer, zwei Beschuldigte türkischer Nationalität sowie ein Beschuldiger aus Kamerun. Mit Ausnahme eines deutschen Beschuldigten, der mutmaßlich einen Übergriff auf eine polnische Frau (seine Lebenspartnerin) begangen hatte fanden die übrigen zehn Übergriffe immer innerhalb derselben nationalen Zugehörigkeit statt, d.h. Opfer und Täter hatten dieselbe Nationalität. Dieser Zusammenhang ist trotz der geringen Fallzahl signifikant (χ^2 -Test, exakt: $p=0,007$).

Bekanntschaft zum Beschuldigten (n= 51) und Bekanntschaftsgrad zum Beschuldigten (n= 50): Das Bekanntschaftsverhältnis konnte in 51 Fällen per Freitext klassifiziert werden: In 39 Fällen waren mutmaßlicher Täter und Opfer gut miteinander bekannt, in 10 Fällen waren sich der mutmaßliche Täter und das Opfer unbekannt und in zwei Fällen waren mutmaßlicher Täter und Opfer flüchtig miteinander bekannt. Von den 39 gut bekannten Verhältnissen waren es 14 Verwandtschaftsverhältnisse ersten Grades, zwei Verwandtschaftsverhältnis 2. Grades, 11 Lebenspartnerschaften, eine freundschaftlich verbundene Person, vier Expartner und acht bekannte Personen (davon zwei nur flüchtig bekannt). Eine weitergehende Freitextbeschreibung zur näheren Spezifizierung lag in 27 Fällen vor. Die Beziehungen zwischen Täter und Opfer ist hierarchisch über die Variablen in Tabelle 10 dargestellt.

Anzahl der Beschuldigten (n= 46): In 30 Fällen war nur eine Person an dem jeweiligen Übergriff beteiligt. In sieben Fällen waren es zwei beteiligte Personen (Vater und Bruder (2 Fälle), Vater und Bekannter, Mutter und Großmutter, beide Elternteile, Bruder und Großvater, ein Fall mit zwei unbekanntem Personen). In neun Fällen war die genaue Personenanzahl nicht den Akten zu entnehmen, jedoch war bekannt, dass

es sich um mehr als einen mutmaßlichen Täter gehandelt hatte. Bei diesen neun Fällen gab es in drei keine weiteren Angaben zum Bekanntschaftsgrad, in drei Fällen war klar, dass es sich um mehrere unbekannte Personen gehandelt hatte, in zwei Fällen waren es jeweils mehrere Polizeibeamte und in einem Fall waren es mehrere Geschäftspartner.

Tabelle 10: Übersicht über Bekanntschaftsverhältnisse von Täter und Opfer

Bekanntschaft? (Item 28)	Spezifizierung Bekanntschaft (Item 29)	Weitere Angaben zum Bekanntschaftsverhältnis (Item 30)	Anzahl Fälle
Gut Bekannt (n= 38)	1. Verwandtschaftsgrad (n= 14)	Vater	8
		Vater und Bruder	2
		Beide Eltern	1
		Vater und Bekannter	1
		Mutter und Großmutter	1
		Bruder und Großvater	1
	Verwandtschaftsgrad (n= 2)	Großelternteil	1
		Familienmitglied (unspezifiziert)	1
	Lebenspartner (n= 11)	Lebenspartner	10
		Ehemann und Sohn	1
	Ex-Partner (n= 4)	Ex-Partner	4
	Freund/in (n= 1)	Freund/in	1
	Bekannte Person (n= 8)	Kinderarzt	1
		Stiefsohn	1
		Nachbar	1
		Lebensgefährte der Mutter	1
Arbeitskollege		1	
Unspezifiziert		1	
Geschäftspartner		1	
Flüchtig bekannt (n= 2)	Nachbar	1	
Unbekannt (n= 10)	Unbekannte Person (n= 10)	Polizeibeamte	2
		Räuber	1
		Unspezifiziert	7

Motivlage des Beschuldigten (n= 56): Bei 56 mutmaßlichen Opfern ließen sich in mindestens einer der Variablen zur Motivlage Angaben aus den Akten entnehmen. Es waren bei 45 mutmaßlichen Opfern Angaben in der Akte, ob es sich um eine Beziehungsmotivierte Tat gehandelt hatte. Bei 19 (entspricht 42,2%) Fällen war dies der Fall. In Bezug auf ein sexuelles Motiv waren bei 47 mutmaßlichen Opfern an Hand der Akten Angaben zu entnehmen. In 26 Fällen (entspricht 40%) war der gewaltsame Übergriff sexuell motiviert. Bei 38 Akten konnte ein materielles Motiv angenommen werden; dabei war dies in 6 Fällen (entspricht 9,2%) Motiv für den Gewaltübergriff. Letztlich waren in 43 Akten Vermerke über eine andere Motivlage als die drei vorgenannten entweder ein- oder auszuschließen. In 12 Fällen (entspricht 18,4%) war ein anderes Motiv für die Tat genannt, wobei dies jedoch in keinem Fall näher spezifiziert worden war. Zwischen männlichen und weiblichen mutmaßlichen Opfern gab es dabei knapp keinen Unterschied hinsichtlich eines Beziehungsmotivs (Fishers exakter Test: $p= 0,086$), keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen als Opfer eines sexuellen Übergriffs (Fishers exakter Test: $p= 1,000$), keinen Unterschied hinsichtlich eines materiellen Motivs (Fishers exakter Test: $p= 1,000$), jedoch einen Unterschied hinsichtlich der sexuellen Motive (Fishers exakter Test: $p= 0,005$). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigt Abbildung 11. Dabei ist zu beachten, dass zwar bei sexuell motivierten Gewaltübergriffen kein Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht, aber nur dahingehend, dass das Verhältnis von Männern, die nicht Opfer sexuell motivierter Gewalt geworden sind in etwa genauso groß ist wie das Verhältnis zu Männern, die Opfer von sexuell motivierten Straftaten geworden sind (und bei Frauen ebenso). Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass Frauen insgesamt als Patientinnen in der Psychiatrie wesentlich häufiger Opfer von Gewalt gewesen waren. In Bezug auf den Zusammenhang zwischen den einzelnen Motiven für die gewaltsamen Übergriffe zeigte sich das in Tabelle 11 gezeigte Muster. Dabei zeigte sich vor allem ein negativer Zusammenhang zwischen beziehungsmotivierten Gewaltakten und sexuell motivierter Gewaltanwendung ($\Phi= -0,52$ ($p= 0,002$)). Zwischen den übrigen Motiven zeigte sich jeweils kein Zusammenhang.

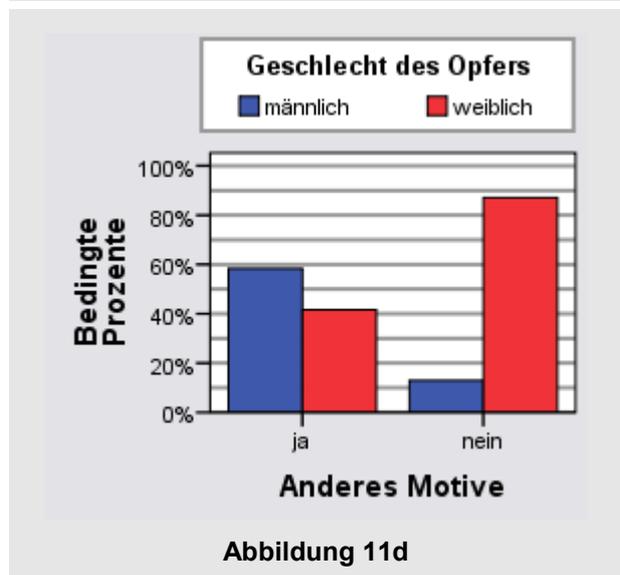
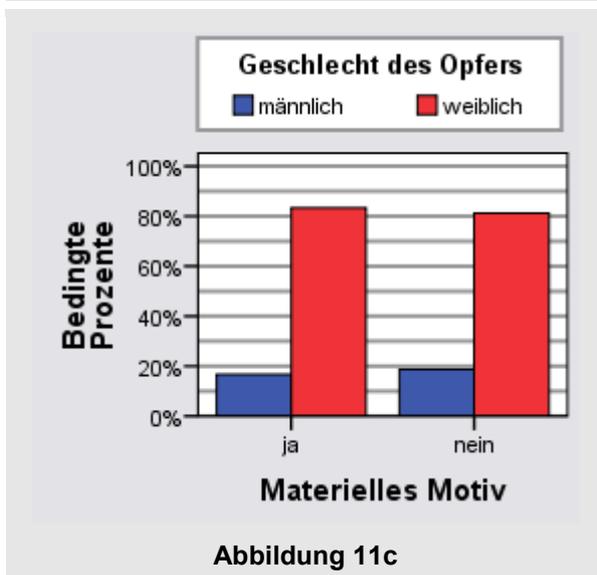
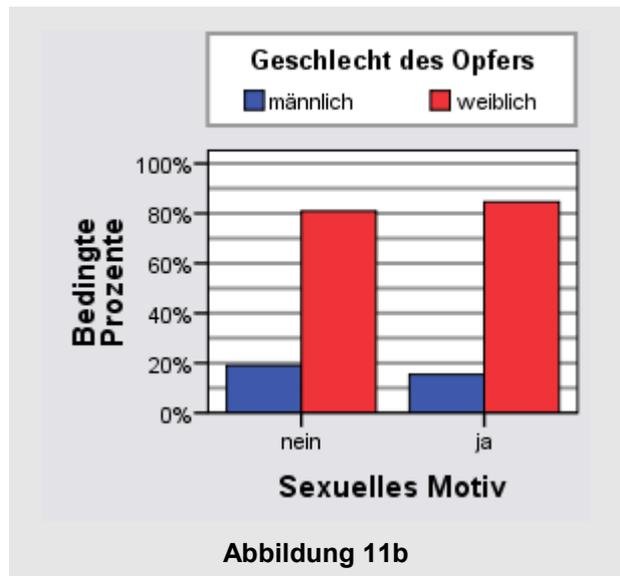
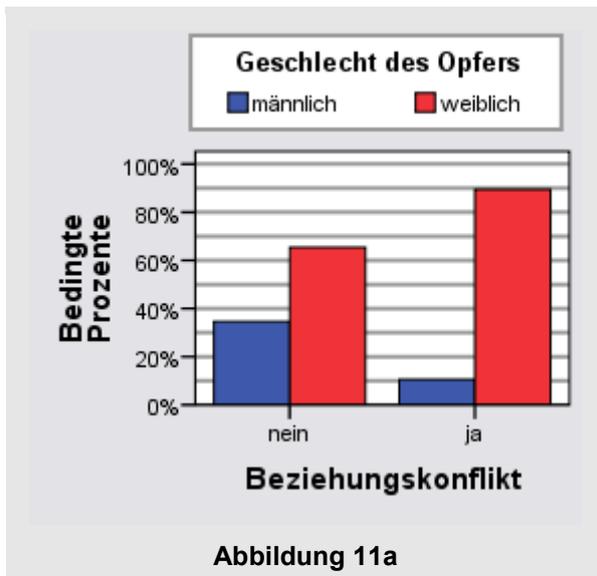


Abbildung 11 a bis d: Bedingte relative Häufigkeiten nach Geschlechtern getrennt dargestellt in Bezug auf das Vorliegen der jeweiligen genannten Motive (Motiv liegt vor = „ja“) bzw. Dem Nicht-Vorliegen der jeweils genannten Motive (Motiv liegt nicht vor = „nein“)

Tabelle 11: Übersicht über den Zusammenhang über das gleichzeitige Auftreten verschiedener Motive, nach den Angaben der mutmaßlichen Opfer. Gezeigt ist der Kontingenzkoeffizient (Φ), sowie der jeweilige Signifikanztest zum Unterschied auf Null (exakter Test nach Fisher)

	Beziehungskonflikt	Sexuelles Motiv	Materielles Motiv	Anderes Motiv
Beziehungskonflikt	1			
Sexuelles Motiv	$\Phi = -0,52$ ($p = 0,002$)	1		
Materielles Motiv	$\Phi = -0,31$ ($p = 0,135$)	$\Phi = -0,19$ ($p = 0,364$)	1	
Anderes Motiv	$\Phi = -0,11$ ($p = 0,712$)	$\Phi = -0,02$ ($p = 1,000$)	$\Phi = 0,04$ ($p = 1,000$)	1

Ort der Gewalt (n= 35): Der Ort der Gewalt war in 35 Fällen in den Akten dokumentiert, in 30 Fällen fehlten die Angaben. Am Häufigsten trat die Gewalt in der häuslichen Umgebung auf (22 Fälle). In fünf Fällen war die Gewalt innerhalb des öffentlichen Raums draußen ausgeübt worden, in drei Fällen an mehrfachen Orten, in drei Fällen in besonderen öffentlichen Räumlichkeiten (wie z.B. im Gefängnis) und in zwei Fällen in öffentlichen Orten innerhalb geschlossener Gebäude.

Anamnese bei anwesenden Personen (n= 63): Angaben zur Anamnese fehlten in zwei Fällen; in 55 Fällen konnte die Anamnese mit der geschädigten Person durchgeführt werden (davon war in zehn Fällen eine weitere Person anwesend, welche bei der Anamnese unterstützend geholfen hatte, in einem Fall war keine Angabe über eine weitere Person und in 44 Fällen wurde die Anamnese nur mit der geschädigten Person durchgeführt). In acht Fällen konnte keine Anamnese mit der geschädigten Person durchgeführt werden; in fünf dieser Fälle konnte überhaupt keine Anamnese erhoben werden, in drei Fällen erfolgte die Anamnese durch eine andere Person.

Gewalteinwirkung aussagende Person (n= 64): Die Gewalteinwirkung wurde entweder von der geschädigten Person angegeben, vom Arzt festgestellt oder von einer anderen Person angegeben. Dabei war es möglich, dass die Gewalteinwirkung auch von mehreren Personen bestätigt wurde. Bei einem Patienten fehlten Angaben darüber, ob er selbst das Gewaltgeschehen angegeben hatte – bei diesem Patienten wurde jedoch sowohl von einer Dritten Person als auch durch den Arzt das Gewaltgeschehen bestätigt. Bei einer Patientin ging aus der Akte nicht hervor, ob die Patientin begleitet wurde und eine andere Person die Gewalteinwirkung bestätigt hatte. In diesem Fall hatte der Arzt Gewalteinwirkung festgestellt und die Patientin Gewalteinwirkung angegeben. In einem weiteren Fall konnte zu keiner der drei Angaben eine Information aus der Akte entnommen werden. In den übrigen 62 Fällen wurde in 41 Fällen die Gewalteinwirkung durch einen Arzt festgestellt und dokumentiert (in 21 Fällen nicht), in 54 Fällen wurde die Gewalt durch das mutmaßliche Opfer angege-

ben (in acht Fällen nicht) und in 16 Fällen wurde in der Akte vermerkt dass die Gewaltanwendung durch eine außenstehende Person berichtet oder bestätigt worden ist (und in 46 Fällen nicht). Dabei entstand das in Tabelle 12 gezeigte Bild

Tabelle 12: Übersicht über die Personen, die die Gewalt dokumentiert haben			
Arzt	Mutmaßliches Opfer	Andere Person	Anzahl der Fälle
nein	nein	nein	0
nein	nein	ja	1
nein	ja	nein	16
nein	ja	ja	4
ja	nein	nein	3
ja	nein	ja	4
ja	ja	nein	27
ja	ja	ja	7

3.1.3 Fragebogenteil 2-1: Beschreibung der Gewalt

Analyse der fehlenden Werte: Der dritte Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält 14 Themenblöcke mit insgesamt 123 Items. Es waren in sieben Themenblöcken keinerlei Angaben in den Akten zu entnehmen. In einem Frageblock (Objektivierung der Gewalt) waren 100% der Angaben vorhanden. In den übrigen sieben Frageblöcken fehlten die Angaben in den Akten bei zwischen 6,2% und 86,2% der Fälle. Eine genaue Abbildung der fehlenden Werte ist in Tabelle 13 enthalten.

Tabelle 13: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 2-1 des Exzerpt-Fragebogens

Teil des Exzerptbogens	Frageblock Nr.	Items Nr.	Frageblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
2-1	32	47-51	Art der Gewalt		61	6,2%	AR
	33	52	Häufigkeit der Gewalt 1		55	15,4%	AR
	34	53-55	Häufigkeit der Gewalt 2		55	15,4%	AR
	35	56-68	Sonderform Sexualdelikt		56	13,8%	AR
	36	69-77	Sonderform Übergriff	Kein Vorkommen	0	100%	
	37	78-84	Strangulation	Kein Vorkommen	0	100%	
	38	85	Benutzte Gegenstände	Kein Vorkommen	0	100%	
	39	86-132	Untersuchungsbefunde		9	86,2%	AR
	40	133-141	Untersuchungsbefunde Hals/Gesicht	Kein Vorkommen	0	100%	
	41	142-153	Untersuchungsbefunde Anogenital	Kein Vorkommen	0	100%	
	42	154-157	Ergänzende Angaben sexueller Übergriff	Kein Vorkommen	0	100%	
	43	158-167	Vernachlässigung		45	30,8%	AR
	44	168	Objektivierung der Gewalt		65	0%	AR
	45	169-170	Patientenversorgung Stationär	Komplett fehlend	0	100%	

Art der Gewalt (n= 61): In vier Fällen fehlten Angaben zu jeglicher Art der Gewalt. In den übrigen 61 Fällen wurde nach spezifische Angaben zu einer körperlichen oder seelischen Gewalt in den Akten gesucht. In 60 Fällen wurde körperliche Gewalt angewendet, in 4 Fällen fehlte eine Angabe zu dem Aufkommen körperlicher Gewalt

und in einem Fall war keine körperliche Gewalt aufgetreten. In 16 Fällen war den Akten das Auftreten seelischer Gewalt zu entnehmen, in 22 Fällen fanden sich keine Angaben zu seelischer Gewalt und in 27 Fällen konnte das Auftreten von seelischer Gewalt ausgeschlossen werden. Die Sonderform Sexualdelikt wird im Kontext der körperlichen und seelischen Gewalt drei Abschnitte weiter unten ausgewertet.

Häufigkeit der Gewalt (n= 55): In 37 Fällen handelte es sich um mehrfache Ereignisse, wohingegen in 18 Fällen das Gewaltereignis einmalig aufgetreten war. In zehn Fällen konnten keine Angaben gefunden werden, ob es sich um ein einmaliges oder mehrfaches Ereignis gehandelt hatte. Auch die Häufigkeit der Gewalt wird zwei Abschnitte weiter unten im Kontext mit den verschiedenen Gewaltformen ausgewertet.

Sonderform Sexualdelikt (n= 56): In insgesamt 56 Fällen war erkennbar, ob es sich um ein Sexualdelikt gehandelt hatte oder nicht. In 27 Fällen handelte es sich um sexuelle Gewalt, wohingegen in 29 Fällen keine sexuelle Gewalt vorgelegen hatte. Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Einordnung in den Kontext von Geschlecht, Häufigkeit und Art der Gewalt.

Zusammenhänge zwischen Art und Häufigkeit der Gewalt, Sexualdelikten und Geschlecht: Die einzelnen Gewalterlebnisse bedingten teilweise einander. Aus den drei Variablen Sonderform Sexualdelikt, Art der Gewalt seelisch und Art der Gewalt körperlich (Item 47, 48 und 56) soll eine Einteilung der Gewalt nach WHO-Standard erfolgen. Dabei ergab sich zunächst das in Tabelle 14 gezeigte Bild an Kombinationen der drei Items. Dabei wurde jeder Fall, in dem die Sonderform Sexualdelikt vorgelegen hatte als sexuelle Gewalt gewertet, wodurch sich insgesamt 27 Fälle ergeben haben. Jeder Fall, in dem nicht die Sonderform Sexualdelikt vorgelegen hatte aber körperliche Gewalt, wurde als solche gezählt (ebenfalls 27 Fälle). In einem Fall lag nur seelische Gewalt vor (keine körperliche und auch kein Sexualdelikt), dieser wurde

als solcher gezählt. In den übrigen 10 Fällen reichte die Information nicht aus, um die Gewalt zu klassifizieren.

Tabelle 14: Übersicht über das bedingte Vorliegen von seelischer und körperlicher Gewalt und der Sonderform Sexualdelikt

Sexualdelikt	Körperliche Gewalt	Seelische Gewalt	Anzahl der Fälle	Klassifikation	Anzahl Fälle
ja	ja	ja	9	Sexuelle Gewalt	27
ja	ja	nein	7		
ja	ja	fehlende Angaben	11		
nein	ja	ja	3	Körperliche Gewalt	27
nein	ja	nein	19		
nein	ja	fehlende Angaben	5		
nein	nein	ja	1	Seelische Gewalt	1
nein	fehlende Angaben	fehlende Angaben	1	Fehlende Angaben	10
fehlende Angaben	ja	ja	3		
fehlende Angaben	ja	nein	1		
fehlende Angaben	ja	fehlende Angaben	2		
fehlende Angaben	fehlende Angaben	fehlende Angaben	3		

Die Kombination aus den drei in den WHO-Kontext eingeteilten Gewaltformen (Natur der Gewalt: Sexuell, Physisch, Psychisch und Vernachlässigung) und den Typen der Gewalt (Selbstgerichtet, Interpersonell, Kollektiv) bzw. das Verhältnis zwischen Täter und Opfer (Vergleiche Abschnitt 2.1, Abbildung 1) ergibt das in Abbildung 12 gezeigte Bild an Häufigkeiten bezüglich des Vorkommens in der Stichprobe (wobei in 42 Fällen sowohl Angaben zur Natur der Gewalt als auch Angaben zum Gewalttypus gemeinsam vorgelegen hatten).

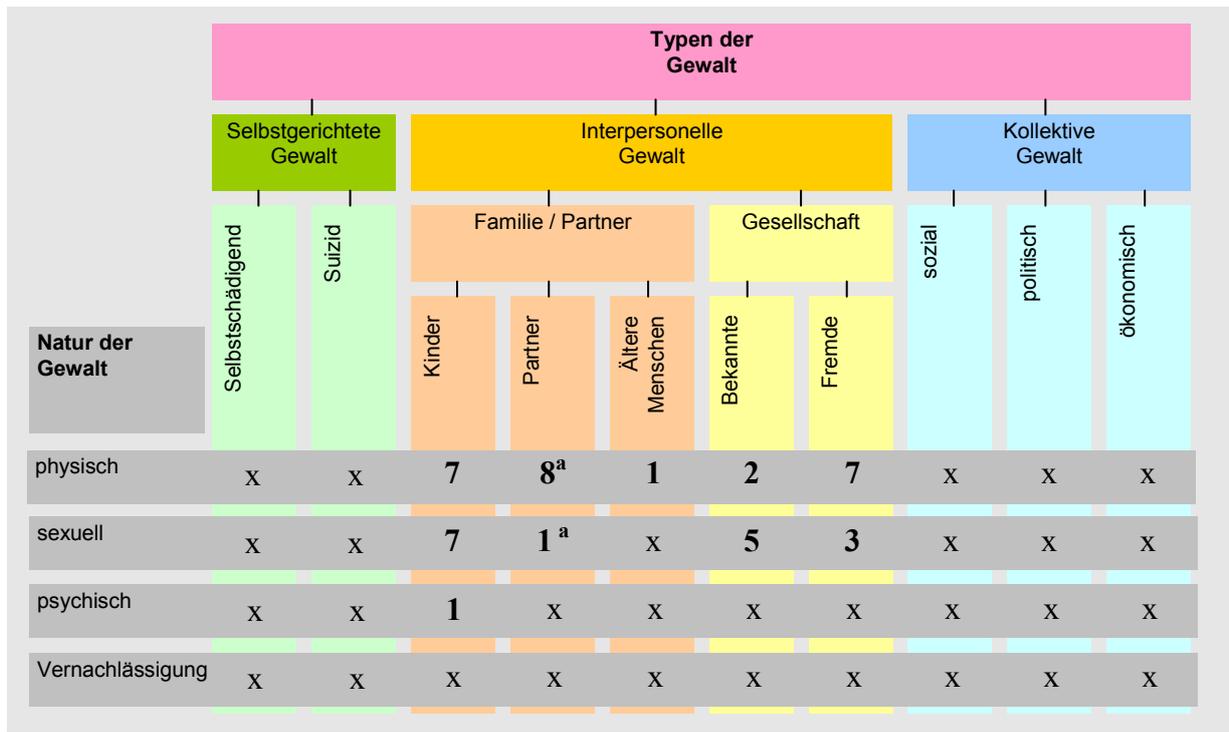


Abbildung 12: Vorkommen in der Stichprobe nach der Typographie der Gewalt nach der Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002). Insgesamt konnten 42 Fälle gemäß dem Schema eingeteilt werden.

^a darunter jeweils eine Ex-Partnerschaft

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Opfers und den drei Gewaltformen ist in Abbildung 13 gezeigt.

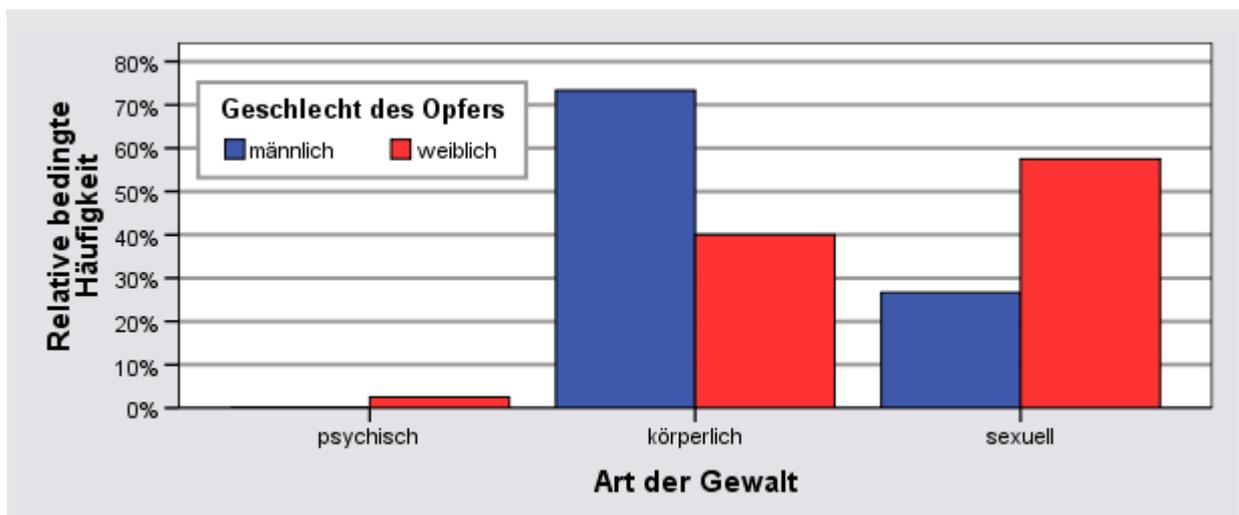


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen Geschlecht des Opfers und Gewaltform.

Untersuchungsbefunde (n= 8): In acht Fällen waren Untersuchungsbefunde über die Verletzungen aus der Akte nachvollziehbar. Bei einem 22-jährigen Mann, der Opfer physischer Gewalt geworden war, waren Hämatome und Quetschungen am Gesichtsschädel dokumentiert worden. Ein weiterer 22-jähriger Mann, ebenfalls Opfer physischer Gewalt, verfügte über stumpfe, ungeformte Gewaltspuren und Hämatome an Gesichtsschädel, Brustkorb, Abdomen, Rücken, oberen und unteren Extremitäten. Bei einem 33-jährigen Mann, ebenfalls Opfer physischer Gewalt, waren Hämatome am Gesichtsschädel dokumentiert. Bei einer 73-jährigen Frau, die auch Opfer physischer Gewalt wurde, war stumpfe ungeformte Gewalt am Hirnschädel dokumentiert. Eine 19-jährige Frau, ebenfalls Opfer physischer Gewalt, hatte dokumentierte Hämatome an Armen und Beinen, Riss/Quetschwunden, stumpfe geformte Gewalt, Schnittverletzungen und Kratzspuren an Arm und Hand. Ein männliches, 38-jähriges Opfer physischer Gewalt hatte Hämatome im Gesichtsschädel dokumentiert. Ein 57-jähriger Mann, Opfer physischer Gewalt, wies Hämatome im Bereich des Abdomens auf. Ein 25-jähriger Mann, Opfer physischer Gewalt, wies Hämatome am Oberarm auf. Somit erweisen sich sämtliche, dokumentierte Verletzungen als alleinig in die Kategorie der körperlichen Gewalt gehörig. Damit erscheint eine Dokumentation von Verletzungen resultierend aus physischer Gewalt häufiger zu erfolgen als eine Dokumentation von Verletzungen resultierend aus sexueller Gewalt [$p= 0,004$; Binomialtest].

Vernachlässigung (n= 45): Eine Aussage zum Pflegezustand war in 45 Fällen dokumentiert; dabei wiesen sechs Männer einen Pflegemangel auf (und drei nicht) sowie drei Frauen (und 28 nicht). Der Bekleidungszustand war in 34 Fällen dokumentiert. Hier wiesen drei von fünf Männern und fünf von 29 Frauen mangelhafte Pflege auf. Angaben bezüglich eines u.U. bestehenden intellektuellen Entwicklungsrückstandes fanden sich in 31 Akten; für 27 Frauen wurde ein solcher Rückstand bejaht, bei den übrigen 4 Fällen (sämtlich Männer) wurde ein Entwicklungsrückstand verneint.

Objektivierung der Gewalt (n= 65): In allen Fällen konnte anhand der Akten entschieden werden, ob eine Objektivierung der Gewalt vorgelegen hatte oder nicht. In 26 Fällen war die Gewalt objektiviert worden (und in 39 Fällen nicht).

3.1.4 Fragebogenteil 2-2: Art der Befunderhebung

Analyse der fehlenden Werte: Der vierte Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält acht Themenblöcke mit insgesamt 52 Items. Es waren bei drei Themenblöcken keinerlei Angaben aus den Akten zu entnehmen. In den übrigen fünf Frageblöcken konnte jeweils zu 100% entnommen werden, ob entsprechende Daten vorlagen oder nicht. Eine genaue Abbildung der fehlenden Werte ist in Tabelle 15 enthalten.

Tabelle 15: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 2-2 des Exzerpt-Fragebogens							
Teil des Exzerptbogens	Frageblock Nr.	Items Nr.	Frageblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
2-2	46	171-182	Diagnosesicherung		65	0%	AR
	47	183-184	Blutalkoholkontrolle		65	0%	AR
	48	185-190	Toxikologie	Kein Vorkommen			
	49	191-197	Mikrobiologie	Kein Vorkommen			
	50	198-203	Spurensicherung	Kein Vorkommen			
	51	204-212	Bildgebung		65	0%	AR
	52	213-216	Konsile		65	0%	AR
	53	217-223	Befunddokumentation		65	0%	AR

Diagnosesicherung (n= 65): In 25 von den 65 Fällen wurde die Diagnose mittels verbalem Befund gesichert. Dabei war dies in fünf Fällen unter Ausweisung der Angabe, WO genau am Körper und in vier dieser fünf Fälle zusätzlich unter Ausweisung der Angabe, WAS genau am Körper geschehen.

Blutalkoholkontrolle (n= 65): In 15 der 65 Fälle ist der Blutalkohol kontrolliert worden. In acht Fällen wurde kein Blutalkohol (0,0 ‰) festgestellt, in sieben Fällen wurde Blutalkohol zwischen 0,8‰ und 3,5‰ festgestellt (im Mittel 1,7‰, SD \pm 1,0‰). Unter den alkoholisierten Personen waren ein Mann und sechs Frauen. Unter den nicht-alkoholisierten Personen waren zwei Männer und sechs Frauen. In einem Fall physischer Gewalt war das Opfer alkoholisiert (und in drei Fällen nicht), in vier Fällen sexueller Gewalt war das Opfer alkoholisiert (und in vier Fällen nicht).

Bildgebende Diagnostik (n= 65): In 60 Fällen lag keine Diagnosesicherung mittels bildgebender Diagnostik vor. In fünf Fällen war bei den Opfern eine kraniale Bildgebung (Tomographie) erfolgt. Es war bei keinem Patienten eine Sonographie oder ein anderes Röntgenbild gemacht worden.

Konsile (n= 65): In 24 der 65 Fälle war eine konsiliarische Untersuchung angeordnet und durchgeführt worden. Alle Konsile wurden durch einen Psychiater angeordnet.

Befunddokumentation (n= 65): Eine Dokumentation des Befundes erfolgte in 47 Fällen durch den Klinikarzt, in 18 Fällen hatte keine Befunddokumentation stattgefunden. In keinem Fall dokumentierte ein Rechtsmediziner einen Befund.

3.1.4 Fragebogenteil 2-3: Weiteres Vorgehen

Analyse der fehlenden Werte: Der fünfte Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält fünf Themenblöcke mit insgesamt 29 Items. Es waren bei vier Themenblöcken keinerlei Angaben aus den Akten zu entnehmen. In dem übrigen Frageblock konnte zu 93,8% entnommen werden, ob entsprechende Daten vorlagen oder nicht. Eine genaue Abbildung der fehlenden Werte ist in Tabelle 16 enthalten.

Tabelle 16: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 2-3 des Exzerpt-Fragebogens.

Teil des Exzerptbogens	Fragenblock Nr.	Items Nr.	Fragenblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
2-3	54	224-238	Weitere Versorgung		61	6,2%	AR
	55	239-244	Aufträge für Befunderhebung	Komplett fehlend			
	56	245	Wegweisung Gewaltschutzgesetz	Komplett fehlend			
	57	246-248	Polizeiliche Anzeige	Komplett fehlend			
	58	249-253	Meldung an das Jugendamt	Komplett fehlend			

Weitere Versorgung (n= 61): Von 61 mutmaßlichen Opfern war bekannt, ob eine Nachsorge stattgefunden hatte oder nicht. In 47 Fällen wurden die mutmaßlichen Opfer psychiatrisch ambulant weiter versorgt. In fünf Fällen hatte eine medizinische Versorgung stattgefunden. In sieben Fällen wurden die mutmaßlichen Gewaltopfer in eine betreute Wohneinheit untergebracht.

3.1.5 Fragebogenteil 3: Besondere Hergangsumstände

Analyse der fehlenden Werte: Der sechste Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält drei Themenblöcke mit insgesamt 29 Items. Bei zwei Themenblöcken fehlten die Angaben in den Akten. In dem übrigen Frageblock konnten zu 100% entsprechende Daten entnommen werden. Eine genaue Abbildung der fehlenden Werte ist in Tabelle 17 enthalten.

Tabelle 17: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 3 des Exzerpt-Fragebogens.

Teil des Exzerptbogens	Fragenblock Nr.	Items Nr.	Fragenblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR= Auswertungsrelevant)
3	59	254-262	Konsumverhalten geschädigte Person		65	0%	AR
	60	263-271	Konsumverhalten beschuldigte Person	Komplett fehlend			
	67	272-273	Vorerkrankungen	Komplett fehlend			

Konsumverhalten der geschädigten Person (n= 65): In allen Fällen war bekannt, ob und in wie weit die mutmaßlichen Opfer akuten oder chronischen Alkohol-, Medikamenten oder Drogenmissbrauch, zur Zeit der Aufnahme, betrieben hatten. Bei insgesamt 52 Patienten fanden sich Angaben zum Drogenkonsum. Für den akuten Drogenmissbrauch haben 28 Patienten keinerlei akuten Drogenmissbrauch betrieben, ein Patient hatte Drogen missbraucht, drei hatten Alkohol missbraucht, zwei hatten Medikamente missbraucht, bei sieben bestand ein Missbrauch von sowohl Alkohol als auch Medikamenten und in 11 Fällen bestand eine multipler Substanzmissbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Bei dem chronischen Missbrauch war in 23 Fällen kein Missbrauch, in zwei Fällen ein Medikamentenmissbrauch zu verzeichnen, in vier Fällen Alkoholmissbrauch, in zwei Fällen Drogenmissbrauch, in sieben Fällen sowohl Alkohol- als auch Medikamentenmissbrauch, in einem Fall chronischer Medikamenten und Drogenmissbrauch und in 13 Fällen multipler Missbrauch (Drogen, Medikamente und Alkohol). Dabei fand in 23 Fällen, in denen kein akuter Konsum stattfand, auch niemals zuvor chronischer Konsum statt, in 23 Fällen lag ein akuter Konsum und ein chronischer Missbrauch vor und in sechs Fällen war ein chronischer Missbrauch bei den mutmaßlichen Opfern angegeben worden aber kein akuter Missbrauch. Weder zwischen chronischen noch akuten Konsum zeigten sich Zusammenhänge mit dem Geschlecht [Geschlecht mit akutem Missbrauch: $p= 0,513$; Geschlecht mit chronischem Missbrauch: $p= 0,746$; jeweils exakter Test n. Fisher] noch mit der Gewaltform [Gewaltform mit akutem Missbrauch: $p= 0,858$; Gewaltform mit chronischem Missbrauch: $p= 0,522$; jeweils exakter Test n. Fisher].

3.1.6 Fragebogenteil 4: Psychisch-Psychiatrische Befundlage

Analyse der fehlenden Werte: Der siebte und letzte Teil des Exzerpt-Bogens (EB) enthält sechs Themenblöcke mit insgesamt 70 Items. Bei allen Themenblöcken waren die Angaben in den Akten zu entnehmen. Eine genaue Abbildung der Blöcke und der fehlenden Werte ist in Tabelle 18 enthalten.

Tabelle 18: Übersicht über fehlende, konstante und nicht vorgekommene Antworten in Teil 4 des Exzerpt-Fragebogens.

Teil des Exzerptbogens	Fragenblock Nr.	Items Nr.	Fragenblock Beschreibung	Antwortkonstanz, kein Vorkommen oder komplett fehlend	Vorhandene Fälle	Fehlende Daten %	Relevanz (AR=Auswertungsrelevant)
4	62	274	Art des Zugangs		61	7,2%	AR
	63	275-277	Zuweisende Profession		65	0%	AR
	64	278-285	Einweisungsbesonderheit		64	1,5%	AR
	65	286-297	Spezifizierung Gewalt		65	0%	AR
	66	298-325	Psychiatrisches Diagnoseraster		62	4,6%	AR
	67	326-344	Diagnosen		65	0%	AR

Art des Zugangs (n= 61): In vier Fällen waren keine Angaben ersichtlich, in 36 Fällen war der Zugang mit geplanter Zuweisung nach Voranmeldung, in 15 Fällen waren die mutmaßlichen Opfer als Notfalleinweisung erschienen und in 10 Fällen war der Zugang ohne eigene Vorstellung des Patienten.

Zuweisende Profession (n= 65): Die zuweisende Profession war in allen Fällen dokumentiert; in einem Fall wurde der Patient aus einer anderen, nichtfachspezifischen Ambulanz, in sechs Fällen aus einer anderen nicht fachspezifischen Klinik, in 14 Fällen vom notärztlichen Dienst, in 15 Fällen von einer fachspezifischen Praxis, in vier Fällen aus einer nicht-fachspezifischen Praxis, in 12 Fällen aus einer fachspezifischen eigenen Ambulanz des Universitätsklinikums und in einem Fall aus einer nicht-fachspezifischen Ambulanz des Universitätsklinikums zugewiesen.

Einweisungsbesonderheit (n= 64): Die Einweisungsbesonderheiten waren bezüglich einer möglichen Krisenintervention in 64 Fällen dokumentiert. In 59 Fällen hatte eine Krisenintervention stattgefunden, in fünf Fällen nicht. Bezüglich Suizidalität war diese in 60 Fällen dokumentiert, wobei sie bei 34 mutmaßlichen Opfern akut gewesen war und bei 26 mutmaßlichen Opfern nicht. Angaben zu früheren Suizidversuchen waren bei 55 Opfern dokumentiert; bei 28 Opfern hatte es in der Vergangenheit Suizidversuche gegeben, bei 27 Patienten hingegen gab es keine Suizidversuche.

Gewaltereignisse haben bei 51 Opfern eine Rolle gespielt, bei 7 nicht (und bei 7 Fällen war dies unklar). Anderes selbstgefährdendes Verhalten fand in 43 Fällen nicht statt, war in 16 Fällen dokumentiert und war somit in 6 Fällen unklar.

Spezifizierung der Gewalt (n= 64): Der Punkt Spezifizierung der Gewalt enthält in Teilen redundante Informationen zu Angaben in Teil 2-2 des Exzerpt-Bogens; berichtet werden sollen hier nur ergänzende Informationen. Zunächst zeigt Tabelle 18 den Zusammenhang zwischen akuten und zurückliegenden seelischen und körperlichen Gewalterfahrungen. 67,3% der Stichprobe wiesen dabei ausschließlich zurückliegende seelische und/oder körperliche Gewalterfahrungen auf. Dabei waren kombinierte seelische und körperliche Gewalt mit 46,9% Anteil an der Stichprobe am Häufigsten gefolgt von ausschließlich körperlichen Gewalterfahrungen mit 20,4% Anteil an der Stichprobe.

Tabelle 19: Übersicht über den Zusammenhang und das Vorliegen von akuter und zurückliegender seelischer und körperlicher Gewalt in der Stichprobe (n= 49)

Akutes Gewaltereignis See- lisch	Akutes Gewaltereignis Kör- perlich	Zurückliegendes Gewaltereignis See- lisch	Zurückliegendes Gewaltereignis Kör- perlich	n
Ja	Ja	Ja	Ja	3
Ja	Ja	Nein	Ja	2
Ja	Nein	Nein	Nein	1
Nein	Ja	Nein	Nein	6
Nein	Nein	Nein	Ja	10
Nein	Ja	Nein	Ja	3
Nein	Nein	Ja	Nein	1
Nein	Nein	Ja	Ja	23

Dabei kann bei den zurückliegenden Gewaltereignissen zwischen einmaligen und mehrmaligen Übergriffen unterschieden werden. Die Zusammenhänge zwischen ein- und mehrmaligen seelischen und körperlichen Gewalterfahrungen zeigt Tabelle 20.

Tabelle 20: Übersicht über den Zusammenhang und das Vorliegen von zurückliegender seelischer und körperlicher Gewalt (n= 59)

Einmaliges Gewaltereignis See- lisch	Mehrmaliges Gewaltereignis See- lisch	Einmaliges Gewaltereignis Kör- perlich	Mehrmaliges Gewaltereignis Kör- perlich	n
nein	nein	nein	nein	8
nein	nein	nein	ja	8
nein	nein	ja	nein	6
ja	nein	ja	nein	2
nein	ja	nein	nein	2
nein	ja	nein	ja	23

Psychiatrisches Diagnoseraster (n= 62): Bezüglich des psychiatrischen Diagnoserasters waren bei 62 Patienten in mehr oder weniger der Fälle Angaben zu den insgesamt 28 Items ersichtlich. Neben den drei Fällen, in denen sämtliche Items des psychiatrischen Diagnoserasters unklar waren, waren in 46 Fällen zu sämtlichen Items Angaben vorhanden. In fünf Fällen herrschte Unklarheit bezüglich eines, in drei Fällen bezüglich zweier, in zwei Fällen bezüglich dreier, in jeweils einem Fall bezüglich fünf, 12, 23 oder 25 Items und in zwei Fällen herrschte in 27 Items Unklarheit. In Bezug auf das Vorkommen einzelner Diagnosen waren 11 Diagnosen in mehr als 10 Fällen aufgetreten. Mit 51 Fällen war die Störung des Affekts am häufigsten aufgetreten, gefolgt von Depression (47 Fälle), Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung (43 Fälle), Psychomotorische Störungen (41 Fälle), Störung des formalen Denkens (38 Fälle), Angst (34 Fälle), Befürchtungen und Zwänge (30 Fälle), Allgemeine Angst (26 Fälle), Andere Störungen (20 Fälle), Störung des Circadianen Rhythmus (16 Fälle), und Wahn (12 Fälle). Die übrigen Diagnosen waren in weniger als 10 Fällen aufgetreten; einen vollständigen Überblick über das Vorkommen der Störungen gibt Tabelle 21. Eine Auswertung hinsichtlich der Beziehung der Diagnosen zu Opfer, Tat und Tatumständen erfolgt im nächsten Abschnitt.

Tabelle 21: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters (n= 62)

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Gültige Fälle	Fehlende Angaben	Opfer mit entsprechender Diagnose	Opfer ohne entsprechende Diagnose
Bewusstseinsstörung	58	7	3	55
Orientierungsstörung	59	6	3	56
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung	58	7	43	15
Störung des formalen Denkens	58	7	38	20
Flashback	56	9	1	55
Intrusionen	55	10	1	54
Befürchtungen und Zwänge	57	8	30	27
Wahn	59	6	12	47
Sinnestäuschung	59	6	5	54
Ich-Störung	58	7	3	55
Dissoziation	56	9	4	52
Störung des Affekts	58	7	51	7
Angst	58	7	34	24
Phobie	58	7	3	55
Panik	58	7	2	56
Allgemeine Angst	57	8	26	31
Depression	59	6	47	12
Psychomotorische Störungen	57	8	41	16
Störung des Circadianen Rhythmus	57	8	16	41
Andere Störungen	57	8	20	37
Hyperarousal	56	9	0	56
Störung des Appetits	55	10	8	47
Somatoforme Störung	54	11	2	52
Gastro-Intestinale Störung	57	8	2	55
Kardio-Respiratorische Störung	57	8	3	54
Andere Vegetative Störung	55	10	1	54
Andere Missempfindungen	56	9	2	54
Neurologische Störung	57	8	3	54

Diagnosen (n= 62): Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen konnte in 62 Fällen Aussagen zu mindestens einem Item getroffen werden. In 46 Fällen waren auch hier bezüglich aller 13 Items vollständige Informationen enthalten. In sieben Fällen herrschte in einem Item, in einem Fall in zwei Items, in einem Fall in drei Items, in

einem Fall in fünf Items, in zwei Fällen in acht Items, in einem Fall in neun Items, in zwei Fällen in elf Items und in einem Fall in zwölf Items Unklarheit. Insgesamt acht Items hatten Häufigkeiten größer als zehn in der Stichprobe. Am Häufigsten trat die Diagnose Depressivität (47 Fälle) Aufmerksamkeitsstörung (41 Fälle), Angststörung (32 Fälle), sozialer Rückzug (ebenfalls 32 Fälle), akute Belastungsreaktion (31 Fälle), Anpassungsstörung (24 Fälle), Zwang (17 Fälle) und aggressivem Verhalten (11 Fälle) auf. Tabelle 22 zeigt das genaue Vorkommen der einzelnen Items in der Stichprobe.

Tabelle 22: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen (n= 62)

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Gültige Fälle	Fehlende Angaben	Opfer mit entsprechender Diagnose	Opfer ohne entsprechende Diagnose
PTBS	54	11	16	38
F62	56	9	7	49
Akute Belastungsreaktion	58	7	31	27
Anpassungsstörung	56	9	24	32
Sozialer Rückzug	54	11	32	22
Körperliche Beschwerden	55	10	8	47
Angststörung	55	10	32	23
Depressivität	59	6	47	12
Schizoide Störung	54	11	9	45
Zwang	57	8	17	40
Aufmerksamkeitsstörung	57	8	41	16
Delinquentes Verhalten	57	8	10	47
Aggressives Verhalten	57	8	11	46

Auch hier erfolgt eine genauere Auswertung hinsichtlich der Beziehung der Diagnosen zu Opfer, Tat und Tatumständen im nächsten Abschnitt.

3.2 Zusammenhang zwischen Opfern und Tatumständen mit den psychiatrischen Diagnosen

3.2.1 Zusammenhang zwischen Opfergeschlecht und Diagnosen

In 54 bis 59 Fällen konnte ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des mutmaßlichen Opfers und der Verteilung im psychiatrischen Diagnoseraster berechnet werden. Dabei zeigten sich bei insgesamt zwei Störungsbildern signifikante Zusammenhänge auf. Depressionen schienen viel häufiger bei weiblichen Opfern aufzutreten als bei männlichen ($p < 0,001$), während Wahn öfter bei Männern vorgekommen war als bei Frauen ($p = 0,026$). In drei weiteren Items zeigte sich ein tendenziell signifikanter Zusammenhang. Befürchtungen und Zwänge waren häufiger bei Frauen, wohingegen gastrointestinale Störungen und Sinnestäuschungen bei Männern öfter in Erscheinung traten (jeweils $p < 0,10$). Eine Darstellung nach Geschlechtern getrennt liefert Tabelle 23.

In Bezug auf die Diagnosen war je nach Item in zwischen 54 und 59 Fällen ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Geschlecht herstellbar. Von den 13 Diagnosen zeigten sich in drei Diagnosen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des Vorkommens zwischen den Geschlechtern. Während auch hier die Depressivität eher bei weiblichen Opfern aufgetreten war ($p = 0,002$) zeigten sich bei den Männern eher aggressives ($p = 0,018$) und in der Tendenz delinquentes Verhalten ($p = 0,099$) unterschiedlich. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist in Tabelle 24 gezeigt.

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und dem Geschlecht des mutmaßlichen Opfers (n= 62)

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Männer (relative Häufigkeit)	Frauen (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
Bewusstseinsstörung	58	7,10%	4,50%	1
Orientierungsstörung	59	14,30%	2,20%	0,137
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung	58	72,40%	75%	1
Störung des formalen Denkens	58	57,10%	68,20%	0,525
Flashback	56	0%	2,30%	1
Intrusionen	55	0%	2,40%	1
Befürchtungen und Zwänge	57	28,60%	60,50%	0,063^T
Wahn	59	42,90%	13,30%	0,026*
Sinnestäuschung	59	21,40%	4,40%	0,081^T
Ich-Störung	58	14,30%	2,30%	0,142
Dissoziation	56	7,10%	7,10%	1
Störung des Affekts	58	92,90%	86,40%	1
Angst	58	42,90%	63,60%	0,218
Phobie	58	7,10%	4,50%	1
Panik	58	7,10%	2,30%	0,428
Allgemeine Angst	57	28,60%	51,20%	0,217
Depression	59	38,50%	91,30%	<0,001***
Psychomotorische Störungen	57	64,30%	74,40%	0,505
Störung des Circadianen Rhythmus	57	21,40%	30,20%	0,735
Andere Störungen	57	35,70%	34,90%	1
Hyperarousal	56	0%	0%	---
Störung des Appetits	55	15,40%	14,30%	1
Somatoforme Störung	54	8,30%	2,40%	0,398
Gastro-Intestinale Störung	57	14,30%	0%	0,057^T
Kardio-Respiratorische Störung	57	14,30%	2,30%	0,146
Andere Vegetative Störung	55	0%	2,40%	1
Andere Missempfindungen	56	7,10%	2,40%	0,441
Neurologische Störung	57	13,30%	2,40%	0,166

^T 0,05 <p≤ 0,1 * 0,01 <p≤ 0,05 ** 0,001 <p≤ 0,01 * p≤ 0,001

Tabelle 24: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen (n= 62)

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Männer (relative Häufigkeit)	Frauen (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
PTBS	54	23,10%	31,70%	0,732
F62	56	0%	16,30%	0,183
Akute Belastungsreaktion	58	50%	54,50%	1
Anpassungsstörung	56	50%	40,50%	0,551
Sozialer Rückzug	54	50%	62,50%	0,531
Körperliche Beschwerden	55	21,40%	12,20%	0,405
Angststörung	55	50%	61%	0,539
Depressivität	59	38,50%	91,30%	<0,001***
Schizoide Störung	54	30,80%	12,20%	0,195
Zwang	57	20%	33,30%	0,513
Aufmerksamkeitsstörung	57	64,30%	74,40%	0,505
Delinquentes Verhalten	57	35,70%	11,60%	0,099[†]
Aggressives Verhalten	57	42,90%	11,60%	0,018*

[†] 0,05 < p ≤ 0,1 * 0,01 < p ≤ 0,05 ** 0,001 < p ≤ 0,01 * p ≤ 0,001

3.2.2 Zusammenhang zwischen Gewaltform und Diagnosen

In zwischen 47 und 51 Fällen konnte ein Zusammenhang zwischen der Gewaltform, die das mutmaßliche Opfer betroffen hatte und der Verteilung im psychiatrischen Diagnoseraster berechnet werden. Dabei wurde der eine Fall der seelischen Gewalt ignoriert und nur die sexuellen mit den physischen Gewaltereignissen verglichen. Es zeigte sich nur bei der Störung des formalen Denkens ein Unterschied in den psychiatrischen Diagnoserastern dahingehend, als dass diese Störung bei Opfern physischer Gewalt tendenziell häufiger aufgetreten war als bei Opfern sexueller Übergriffe (jeweils p= 0,067). In Tabelle 25 sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Diagnoseraster nach den beiden Gewaltformen getrennt dargestellt.

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und der Gewaltform

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Physische Gewalt (relative Häufigkeit)	Sexuelle Gewalt (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
Bewusstseinsstörung	50	8,3%	3,8%	0,602
Orientierungsstörung	51	8,3%	2,0%	0,595
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung	50	79,2%	69,2%	0,526
Störung des formalen Denkens	50	83,3%	57,7%	0,067[†]
Flashback	48	0%	4%	1,000
Intrusionen	47	4,5%	0%	0,468
Befürchtungen und Zwänge	49	52,2%	46,2%	0,778
Wahn	50	25%	19,2%	0,738
Sinnestäuschung	50	8,3%	7,7%	1,000
Ich-Störung	50	8,3%	3,8%	0,602
Dissoziation	48	13%	4%	0,338
Störung des Affekts	50	91,7%	92,3%	1,000
Angst	50	66,7%	57,7%	0,570
Phobie	50	8,3%	3,8%	0,602
Panik	50	8,3%	0%	0,225
Allgemeine Angst	49	52,2%	42,3%	0,572
Depression	51	70,8%	85,2%	0,310
Psychomotorische Störungen	49	70,8%	72%	1,000
Störung des Circadianen Rhythmus	49	29,2%	28%	1,000
Andere Störungen	49	29,2%	40%	0,551
Hyperarousal	48	0%	0%	1,000
Störung des Appetits	47	17,4%	16,7%	1,000
Somatoforme Störung	46	8,7%	0%	0,489
Gastro-Intestinale Störung	49	8,3%	0%	0,235
Kardio-Respiratorische Störung	49	8,3%	4%	0,609
Andere Vegetative Störung	47	0%	0%	1,000
Andere Missempfindungen	48	8,3%	0%	0,489
Neurologische Störung	49	8,3%	0%	0,490

[†] 0,05 < p ≤ 0,1 * 0,01 < p ≤ 0,05 ** 0,001 < p ≤ 0,01 * p ≤ 0,001

In Bezug auf die Diagnosen war je nach Item in zwischen 46 und 50 Fällen ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Geschlecht herstellbar. Von den 13 Diagnosen zeigten sich bei keiner Diagnose signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des

Vorkommens zwischen den beiden Gewaltformen. Rein deskriptiv scheint auffällig, dass bei den Anpassungsstörungen Opfer von sexueller Gewalt häufiger betroffen scheinen. Die Verteilung zwischen den Gewaltformen ist in Tabelle 26 gezeigt.

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Diagnose und der Gewaltform

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Physische Gewalt (relative Häufigkeit)	Sexuelle Gewalt (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
PTBS	46	26,1%	30,4%	1,000
F62	48	8,3%	16,7%	0,666
Akute Belastungsreaktion	50	54,2%	53,8%	1,000
Anpassungsstörung	49	29,2%	52%	0,148
Sozialer Rückzug	48	69,6%	60%	0,556
Körperliche Beschwerden	49	20,8%	8%	0,247
Angststörung	48	65,2%	60%	0,772
Depressivität	50	73,9%	85,2%	0,480
Schizoide Störung	47	20,8%	13,0%	0,701
Zwang	50	29,2%	26,9%	1,000
Aufmerksamkeitsstörung	50	70,8%	73,1%	1,000
Delinquentes Verhalten	50	16,7%	15,4%	1,000
Aggressives Verhalten	50	16,7%	11,5%	0,281

^T 0,05 <p≤ 0,1 * 0,01 <p≤ 0,05 ** 0,001 <p≤ 0,01 * p≤ 0,001

3.2.3 Folgen im zeitlichen Kontext an das Gewaltereignis

In zwischen 44 und 47 Fällen je Item des psychiatrischen Diagnoserasters konnte ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des mutmaßlichen Opfers und der Verteilung im psychiatrischen Diagnoseraster berechnet werden. Es zeigten sich bei insgesamt zwei Störungsbildern signifikante Zusammenhänge auf. Dabei zeigten sich bei Dissoziationen ($p= 0,079$), Sinnestäuschungen ($p= 0,022$) und anderen Missempfindungen ($p= 0,092$) Hinweise darauf, dass dies eher bei einem frühen Kontakt mit der Psychiatrie als Diagnose vergeben werden konnte, wohingegen Depressivität ($p= 0,004$) und Angst ($p= 0,095$) erst relativ spät eingetreten waren. Die gesamte Verteilung zeigt Tabelle 27.

Tabelle 27: Zusammenhang zwischen den einzelnen Items des psychiatrischen Diagnose Rasters und dem Zeitraum zwischen Vorstellung in der Psychiatrie und der vermeintlichen Tat

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Bei Gewaltereignissen vor weniger als einer Woche (relative Häufigkeit)	Bei Gewaltereignissen vor über einem Monat (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
Bewusstseinsstörung	46	7,1%	3,1%	0,521
Orientierungsstörung	47	14,3%	3%	0,208
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung	47	78,6%	75,8%	1,0
Störung des formalen Denkens	47	71,4%	69,7%	1,0
Flashback	46	0%	0%	---
Intrusionen	45	0%	3,1%	1,0
Befürchtungen und Zwänge	46	38,5%	57,6%	0,330
Wahn	47	28,6%	18,2%	0,456
Sinnestäuschung	47	21,4%	0%	0,022*
Ich-Störung	47	7,1%	0%	0,298
Dissoziation	45	15,4%	0%	0,079^T
Störung des Affekts	47	85,7%	93,9%	0,572
Angst	47	42,9%	72,7%	0,095^T
Phobie	47	0%	6,1%	1,0
Panik	47	7,1%	0%	0,298
Allgemeine Angst	46	35,7%	50%	0,522
Depression	47	50%	90,9%	0,004***
Psychomotorische Störungen	46	71,4%	75%	1,0
Störung des Circadianen Rhythmus	46	28,6%	21,9%	0,713
Andere Störungen	46	35,7%	40,6%	1,0
Hyperarousal	45	0%	0%	---
Störung des Appetits	44	7,7%	19,4%	0,654
Somatoforme Störung	44	7,7%	0%	0,295
Gastro-Intestinale Störung	45	7,1%	0%	0,311
Kardio-Respiratorische Störung	45	14,3%	3,2%	0,224
Andere Vegetative Störung	44	0%	0%	---
Andere Missempfindungen	45	14,3%	0%	0,092^T
Neurologische Störung	46	13,3%	0%	0,101

^T 0,05 <p≤ 0,1 * 0,01 <p≤ 0,05 ** 0,001 <p≤ 0,01 * p≤ 0,001

In Bezug auf die Diagnosen war je nach Item in zwischen 41 und 47 Fällen ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Geschlecht herstellbar. Von den 13 Diagnosen

zeigten sich in vier Diagnosen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des Vorkommens zwischen den beiden Gruppen, welche vor weniger als einer Woche oder vor über einem Monat in der Psychiatrie nach dem Gewalterleben vorstellig geworden waren. Während körperliche Beschwerden ($p= 0,065$), Aggressives ($p= 0,002$) und delinquentes Verhalten ($p= 0,060$) eher zeitnah zu dem Gewaltereignis aufgetreten waren, zeigte sich die Depressivität erst mit zeitlichem Abstand ($p= 0,009$). Die Verteilung zwischen den beiden Gruppen ist in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Übersicht über das Vorkommen der einzelnen Items der psychiatrischen Diagnosen ($n= 62$).

Diagnose aus psychiatrischem Diagnoseraster	Dokumentierte Fälle (gesamt)	Bei Gewaltereignissen vor weniger als einer Woche (relative Häufigkeit)	Bei Gewaltereignissen vor über einem Monat (relative Häufigkeit)	Test nach Fisher (exakter p-Wert, zweiseitig)
PTBS	41	33,3%	24,1%	0,701
F62	44	14,3%	16,7%	1,0
Akute Belastungsreaktion	46	71,4%	53,1%	0,335
Anpassungsstörung	46	28,6%	43,8%	0,513
Sozialer Rückzug	44	46,2%	67,7%	0,309
Körperliche Beschwerden	45	28,6%	6,5%	0,065^T
Angststörung	44	46,2%	67,7%	0,309
Depressivität	46	53,8%	90,9%	0,009**
Schizoide Störung	44	28,6%	10%	0,184
Zwang	47	21,4%	30,3%	0,726
Aufmerksamkeitsstörung	46	64,3%	75%	0,493
Delinquentes Verhalten	46	28,6%	6,3%	0,060^T
Aggressives Verhalten	46	50%	6,3%	0,002**

^T $0,05 < p \leq 0,1$ * $0,01 < p \leq 0,05$ ** $0,001 < p \leq 0,01$ * $p \leq 0,001$

4. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Datenqualität und Quantität in Patientenakten einer psychiatrischen Klinik zur zentralen Fragestellung einer Gewaltopferwerdung zu sichten und zu beurteilen sowie spezifische Zusammenhänge aus der Datensituation abzuleiten. Zudem sollte die Versorgungssituation bei dokumentierter Gewalt überprüft werden.

Zunächst konnte mittels des Exzerpt-Bogen als rechtsmedizinisches Untersuchungsinstrument bei retrospektiver Betrachtung von Patientenakten standardisiert und systematisch eine zufriedenstellende Datenlage von den 65 gesicherten Fällen mit einer traumatischen Gewalterfahrung erhoben werden. In Bezug auf die Grundgesamtheit von 6 371 gesichteten Akten machen die gesichteten 65 Fälle einen Anteil von 1,02% aus. In Bezug auf die Prävalenzdaten für Deutschland in Bezug auf unterschiedliche Gewaltereignisse (vgl. Abschnitt 1.3) scheint diese Zahl sehr gering, wobei es durchaus möglich ist, dass die Häufigkeit von traumatischen Ereignissen unabhängig von den jeweiligen in der Psychiatrie behandelten Störungen stattfindet (und somit nicht aktenkundig gemacht wird). Andererseits zeigt eine Studie aus den USA, dass die Lebenszeitprävalenz von 60% bei Männern und 51% bei Frauen für mind. ein traumatisierendes Ereignis liegt. Die Prävalenz für die Entstehung einer Posttraumatische Belastungsstörung in Folge eines solchen Ereignisses liegt insgesamt bei 7,8% (Kessler et al., 1995). Im Vergleich zu diesen Zahlen scheint die Anzahl der in der Grundgesamtheit der Akten identifizierten Fälle mit traumatischem Gewalterleben relativ gering. Dabei könnten die mangelnden Möglichkeiten der entsprechenden Codierung nach ICD-10-GM von traumatischem Erleben (Brzank et al., 2006) und die Ablehnung der Dokumentation aus datenschutzrechtlichen Gründen durch die Behandelnden (z. B. Ramsay et al., 2002) einerseits, aber auch rein pragmatische Gründe wie die indizierte Vermeidung der Fokussierung von Fragen in Bezug das Trauma in der akuten Phase der Traumatisierung zur Vermeidung des

Debriefings (Gray & Litz, 2005) andererseits Erklärungsmöglichkeiten sein, warum die Stichprobe im Verhältnis zur Grundgesamtheit so gering ausgefallen ist.

Ideen, die zur Behandlung akuter Traumatisierungen das traumafokussierte psychologische Debriefing vorschlagen, finden in der wissenschaftlichen Literatur keine ausreichende Evidenz, und im Gegenteil wird in den Leitlinien zur Behandlung der akuten Traumatisierung von dem standardmäßigem Einsatz abgeraten (Flatten et al., 2011a). So ergibt sich ein Interessenskonflikt zwischen dem Bedürfnis nach einer möglichst genauen und vollständigen Dokumentation und dem Bedürfnis nach einer leitlinienkonformen Versorgung.

Darüber hinaus, zeigten sich in den gesichteten 65 Fällen – teilweise über ganze Blöcke des Exzerpt-Bogens – Lücken in der Datenvollständigkeit hinsichtlich des Messinstruments. Diese betrafen vor allem diejenigen Teile des Fragebogens, welche mit der Spuren- und Gewaltabsicherung sowie Täterbeschreibung in Zusammenhang gestanden haben. Hieraus kann die Empfehlung abgeleitet werden, dass ggf. rechtsmedizinische Schulungen dazu führen könnten, dass auch solche Daten miterhoben werden. Dabei wäre – wie oben erwähnt – die mögliche Gefahr eines Debriefings jedoch zu berücksichtigen.

In Bezug auf die Gewalttypisierung betrafen alle 65 gesichteten Fälle den interpersonellen Bereich (nach WHO-Standard), sowie hierbei überwiegend sexuelle bzw. körperliche Gewalt. Nicht in der Stichprobe aufgetreten waren Opfer von kollektiver Gewalt oder Suizidalitätstopfer (als Typen der Gewalt). Ebenfalls konnten keine Vernachlässigungstopfer und auch nur ein seelischer Missbrauchsfall (als Form der Gewalt) in der vorliegenden Stichprobe beobachtet werden.

Dabei wird in den USA die Kindesvernachlässigung mit einer Lebenszeitprävalenz von 2,1% bei Männern und 3,4% bei Frauen berichtet, wobei sich in 23,9% Fällen bei den Männern und 17,9% der Fälle der Frauen eine PTSD entwickelt (Kessler et al.,

1995). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass diese spezielle Gewaltform gegebenenfalls unterschätzt wird und bei der Anamnese vielleicht zu wenig Berücksichtigung in dem Fragenkatalog der Ärzte findet.

Es deuten sich darüber hinaus Defizite dahingehend an, dass rechtsmedizinische Befunde vor allem bei physischer Gewalterfahrung gesammelt werden, in der vorliegenden Arbeit aber in keinem einzigen Fall von sexuellem Missbrauch. Hier wäre es nötig, auch bei Sexualdelikten einen entsprechenden Befund beim Opfer zu erstellen – auch um eine spätere Strafverfolgung zu gewährleisten. Jedoch gilt auch hierbei zu berücksichtigen, dass es Diskrepanzen zwischen rechtsmedizinischer und psychiatrischer Interessenslage geben kann; während rechtsmedizinisch eine umfangreiche Beweissicherung notwendig scheint, so ist in der psychiatrischen Behandlung von akut traumatisierten Opfern zunächst Stabilisierung das Mittel der Wahl für eine erfolgreiche Behandlung (Flatten et al., 2011b).

Die Versorgungssituation für Gewaltopfer in der Psychiatrie zeigt sich als sehr gut. In 77% aller Fälle fand im Anschluss an die stationäre Behandlung eine anschließende ambulante Versorgung statt. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass dies die Zustimmung oder auch Bereitschaft der Patienten erfordert.

Bezüglich der Folgen von traumatisierenden Erfahrungen zeigten sich in der vorliegenden Arbeit Depressivität, Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen, Sozialer Rückzug und Akute Belastungsreaktionen als manifeste psychische Störung bei den mutmaßlichen Opfern von Gewalterfahrungen besonders häufig. Damit fügen sich diese Ergebnisse gut in das Bild, welche andere Studien aufzeigen konnten (z. B. Müller et al., 2004). Bezüglich der Zusammenhänge mit besonderen Opfer- oder Tat Umständen zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung der Abstand zum Gewaltereignis und das Geschlecht des Opfers als zusammenhängende Maße mit einer entsprechenden Diagnose, wohingegen ein Einfluss von physischer oder sexueller

Gewalterfahrung keinen spezifischen Zusammenhang mit einer Störung aufgewiesen hatte. Dies bedeutet, dass verschiedene Formen der Gewalt in der vorliegenden Arbeit keine erhöhte Vulnerabilität für spezifische Erkrankungen zeigen. Der Faktor Geschlecht war auch in einer Meta-Studie von Brewin, Andrews & Valentine in 2000 als ein Risikofaktor für die Entstehung einer PTSD genannt. Der zeitliche Faktor kann sich ergeben, da spezielle Erkrankungen wie die Depression einen erhöhten zeitlichen Abstand zu dem Gewaltereignis benötigen, bis entsprechende körperliche Veränderungen (bedingt durch den Einfluss des Gewalterlebens) in der Manifestation der depressiven Symptomatik zum Tragen kommen. Auch scheinen Männer und Frauen Gewalt unterschiedlich zu verarbeiten, so dass hier eine Prädisposition für verschiedene Störungen vorliegt. Dabei muss limitierend erwähnt werden, dass Männer z. B. häufiger aggressives und delinquentes Verhalten aufweisen, jedoch selber auch häufiger Opfer von physischer Gewalt denn psychischer Gewalt sind – wobei sich beides eben auch wechselseitig bedingen kann. Männer scheinen in der vorliegenden Stichprobe aber weniger vulnerabel für Depressivität zu sein als Frauen.

Insgesamt zeigt die Auswertung dieser Arbeit, dass die psychiatrische Dokumentation viele Informationen für eine weitere auch wissenschaftliche Auswertung enthält. Es konnte gezeigt werden, dass trotz retrospektiver Betrachtung von Patientenakten der Exzerpt-Bogen als rechtsmedizinisches Untersuchungsinstrument erfolgreich eingesetzt werden konnte. Selbstverständlich zeigten sich einige Lücken in der Datenvollständigkeit; diese betrafen vor allem diejenigen Teile des Fragebogens, welche mit der Spuren- und Gewaltabsicherung sowie Täterbeschreibung in Zusammenhang gestanden haben. Die speziellen rechtsmedizinischen Themen, die in der Dokumentation noch Lücken aufweisen, könnten durch Aufklärung, rechtsmedizinische Schulungen oder auch Schulungen speziell in Bezug auf den Exzerpt-Bogen geschlossen werden. Die vollständige Befunddokumentation könnte u. a. gewährleisten, dass Opfer auch später eine Möglichkeit haben entsprechend juristische Schritte gegen den vermeintlichen Täter mittels ausreichender Beweiskraft einzuleiten. Auf

dem heutigen Stand der Dokumentation in der Psychiatrie können vor allem Wissenslücken bezüglich des Phänomens Gewalt und die Auswirkungen auf die mutmaßlichen Opfer solide untersucht werden. Gerade in Bezug auf die künftige Behandlung von psychiatrischen Patienten mit Gewalterfahrung können Informationen über die Auswirkung des Gewalterlebens maßgeblichen Einfluss nehmen.

5. Literaturverzeichnis

- Bortz, J. und Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brewin, C. R., Andrews, B. und Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
- Brzank, P., Hahn, D. und Hellbernd, H. (2006). „Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage inner halb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(8), 824–832.
- Brzank, P., Hellbernd, H. und Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. *Gesundheitswesen*, 66(03), 164–169.
- Bundeskriminalamt (2009). *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2008 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Catani, C. (2010). Krieg im Zuhause – ein Überblick zum Zusammenhang zwischen Kriegstraumatisierung und familiärer Gewalt. *Verhaltenstherapie*, 20(1), 19–27.
- Courtney, M. E. (1999). The economics. *Child Abuse & Neglect*, 23(10), 975–986.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Bericht des Verteidigungsausschusses und zum Beschluss des Deutschen Bundestages vom 12.02.2009 „Betreuung bei post-traumatischen Belastungsstörungen stärken und entwickeln“*. Stellungnahme Nr.6 (2009). (Verfügbar online unter: <http://www.dgppn.de/>)
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. und Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1595–1610.

- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409–417.
- Flatten, G., Bär, O., Becker, K., Bengel, J., Frommberger, U., Hofmann, A., Lempa, W. und Möllering, A. (2011a): S2 – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3. 214-221.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. und Woller, W. (2011b). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3. 202-210.
- Gray, M. J. und Litz, B. T. (2005). Behavioral Interventions for Recent Trauma Empirically Informed Practice Guidelines. *Behavior modification*, 29(1), 189-215.
- Graß, H. und Rothschild, M. A. (2004). Klinische Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*, 14(3), 189–193.
- Graß, H., Walentich, G., Rotschild, M. A. und Ritz-Timme, S., (2007) *Rechtsmedizin* 6 (17), 367-371.
- Hall, A., Leidig, M. (2006). *Girl in the Cellar. The Natascha Kampusch Story*. London: Hodder & Stoughton.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P. und Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*, 328(7440), 621–624.
- Hirsch, R. D. und Brendebach, C. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 449–455.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Pauli, A. und Khelaifat, N. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 42. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Jasinski, J. L. (2004). Pregnancy and Domestic Violence: A Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*, 5(1), 47–64.

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. und Nelson C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52 (12), 1048-1060.
- Krahé, B. und Greve, W. (2002). Aggression und Gewalt: Aktueller Erkenntnistand und Perspektiven künftiger Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 33(3), 123–142.
- Lachs, M. S. und Pillemer, K. (1995). Abuse and Neglect of Elderly Persons. *N Engl J Med*, 332(7), 437–443.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S. und Oppenheimer, C. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Murthy, R. S. und Rashmi, L. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry*, 5(1), 25–30.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E. und Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283–296.
- Nicolaidis, C., Curry, M., McFarland, B. und Gerrity, M. (2004). Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19(8), 819–827.
- Päsler, E., (2010). Häusliche Gewalt - ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin. Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“ für die Jahre 2000 bis 2004. Dissertation. Universität zu Köln
- Peschers, U. M., Du Mont, J., Jundt, K., Pfortner, M., Dugan, E. und Kindermann, G. (2003). Prevalence of Sexual Abuse Among Women Seeking Gynecologic Care in Germany. *Obstetrics & Gynecology*, 101(1), 103–108.
- Petermann, F. und Winkel, S. (2007). Selbstverletzendes Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 123–133.

- Poloczek, S. und Schmitt, T. K. (2002). Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notfall & Rettungsmedizin*, 5 (7), 498-504.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. und Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325(7359), 314-326.
- Richter, D. und Berger, K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Der Nervenarzt*, 72(9), 693–699.
- Schelhase, T. und Rübenach, S.P. (2006). Die Todesursachenstatistik – Methodik und Ergebnisse 2004. Statistisches Bundesamt - Wirtschaft und Statistik 6, 614-629.
- Seifert, D., Anders, S., Franke, B., Schröer, J., Gehl, A., Heinemann, A. und Püschel, K. (2004). Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin*, 14(3), 183–188.
- Seifert, D., et al. (2006 a). Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern: Charakteristika bei Opfern von Partnerschafts-konflikten. *Rechtsmedizin* 16(4), 205–212.
- Seifert, D., Heinemann, A. und Püschel, K. (2006). Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(33), A2168-A2173.
- Seifert, D., Püschel, K. und Anders, S. (2009). Selbst verletzendes Verhalten bei weiblichen Opfern von Gewalt. *Rechtsmedizin*, 19(5), 325–330.
- S.I.G.N.A.L. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V., Fortbildung, (2015). „Train the Trainer“ Seminare. Online erreichbar unter: http://www.signal-intervention.de/index.php?np=2_4_0_0
- S.I.G.N.A.L. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V., Leitfaden, (2010). Verfügbar unter: http://www.signal-intervention.de/index.php?np=6_1_0_0
- Unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (1990). Erstgutachten der Unterkommissionen: Ursachen, Prävention und

- Kontrolle von Gewalt (Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission)). Berlin: Duncker und Humblot.
- Waters, H. R., Hyder, A. A., Rajkotia, Y., Basu, S. und Butchart, A. (2005). The costs of interpersonal violence -an international review. *Health Policy*, 73(3), 303–315.
- Wetzels, P. und Pfeiffer, C. (1995). Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen Raum – Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Forschungsbericht Nr. 37, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover: (S. 1–18)
- WHO (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit - Zusammenfassung. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004a). Injury surveillance guidelines. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004b). Preventing violence A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- Wieners, K. und Hellbernd, H. (2000). Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In EWHNET European Women's Health Network (Ed.), Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. (S. 32–45).
- Zeh, A., Schablon, A., Wohler, C., Richter, D. und Nienhaus, A. (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen - Ein Literaturüberblick: Violence and Aggression in Care-Related Jobs - A Literature Overview. *Gesundheitswesen*, 71(08/09), 449–459.

Anhang A: Exzerpt-Bogen

(Erhebungsinstrument, gemeinsam erstellt durch die Doktoranden-Gruppe unter Anleitung von Frau P.D. Dr. med. Hildegard Graß, Institut für Rechtsmedizin, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, siehe: 2. Methoden-Teil)

Teil 1: allgemeine Angaben (Seite 1)

Teil 1-1 Personen und Zeit

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
9	1	Geschädigte Person: Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
10	2	Geschädigte Person: Nationalität	<i>Freitexteingabe</i>
11	3	Geschädigte Person: Alter (in Jahren)	<i>numerische Eingabe</i>
12	4	Geschädigte Person: Körperlänge (in cm)	<i>numerische Eingabe</i>
13	5	Geschädigte Person: Körpergewicht (in kg)	<i>numerische Eingabe</i>
14	6	Status bei Entlassung	<input type="checkbox"/> Lebend <input type="checkbox"/> verstorben
	7	Verstorben auf Grund der Gewalteinwirkung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
15	8	Jahr der Behandlung	<i>numerische Eingabe</i>
16	9	Datum des Vorfalls: Keine Angaben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	10	Datum des Vorfalls, Monat	<i>Freitexteingabe</i> [Jan / Feb / Mär / Apr / Mai / Jun / Jul / Aug / Sep / Okt / Nov / Dez]
	11	Datum des Vorfalls, Wochentag	<i>Freitexteingabe</i> [Mo / Di / Mi / Do / Fr / Sa / So]
	12	Datum des Vorfalls, Tageszeit	<input type="checkbox"/> 00:00 bis 5:59 Uhr <input type="checkbox"/> 6:00 bis 11:59 Uhr <input type="checkbox"/> 12:00 bis 17:59 Uhr <input type="checkbox"/> 18:00 bis 23:59 Uhr
17	13	Datum der Behandlung, Monat	<i>Freitexteingabe</i> [Jan / Feb / Mär / Apr / Mai / Jun / Jul / Aug / Sep / Okt / Nov / Dez]
	14	Datum der Behandlung, Wochentag	<i>Freitexteingabe</i> [Mo / Di / Mi / Do / Fr / Sa / So]
	15	Datum der Behandlung, Tageszeit	<input type="checkbox"/> 00:00 bis 5:59 Uhr <input type="checkbox"/> 6:00 bis 11:59 Uhr <input type="checkbox"/> 12:00 bis 17:59 Uhr <input type="checkbox"/> 18:00 bis 23:59 Uhr
18	16	Zeitintervall zwischen Vorfall und Behandlung	<input type="checkbox"/> Weniger als 12h <input type="checkbox"/> 12 bis 24h <input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Tage <input type="checkbox"/> zwischen 3 Tagen und 1 Woche <input type="checkbox"/> zwischen 1 Woche und 1 Monat <input type="checkbox"/> größer als einen Monat
19	17	Wie ist der Verletzte gekommen?	<i>Freitexteingabe</i>
	18	Sonstiges/Kommentare:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 1: allgemeine Angaben (Seite 2)

Teil 1-1 Personen und Zeit

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
20	19	Erstversorgung: Wurde nach dem Vorfall und vor der hier ausgewerteten Behandlung ein anderer Arzt aufgesucht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	20	Wenn ja: Uni-Klinik Düsseldorf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	21	Wenn ja: Welche Fachrichtung?	<i>Freitexteingabe</i>
	22	Sonstiges/Kommentare:	<i>Freitexteingabe</i>
	23	Wenn nein: Wo dann?	<i>Freitexteingabe</i>
	24	Sonstiges/Kommentare:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 1-2 Angaben zum Gewaltgeschehen – Beteiligte und Motivlage

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
21	25	Beschuldigte Person: Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
22	26	Beschuldigte Person: Alter (in Jahren)	<i>numerische Eingabe</i>
23	27	Beschuldigte Person: Nationalität	<i>Freitexteingabe</i>
24	28	Beschuldigte Person: Bekannt?	<i>Freitexteingabe</i>
25	29	Art der Beziehung	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Expartner/in <input type="checkbox"/> Familienmitglied (1. Verwandtschaftsgrad) <input type="checkbox"/> Familienmitglied (2. Verwandtschaftsgrad) <input type="checkbox"/> Freund/in <input type="checkbox"/> Bekannte Person <input type="checkbox"/> Unbekannte Person
	30	Sonstiges/Kommentare:	<i>Freitexteingabe</i>
26	31	Zahl der beschuldigten Personen	<i>numerische Eingabe (99 für unbekannte Anzahl Personen, aber mehr als eine Person)</i>
27	32	Geschlechterkonstellation	<input type="checkbox"/> Täter männlich → Opfer männlich <input type="checkbox"/> Täter männlich → Opfer weiblich <input type="checkbox"/> Täter weiblich → Opfer männlich <input type="checkbox"/> Täter weiblich → Opfer weiblich
28	33	Motiv: Beziehungskonflikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	34	Motiv: Sexuelles Motiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	35	Motiv: Materielle Bereicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	36	Motiv: anderer Konflikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	37	Spezifizierung anderer Konflikt:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 1: allgemeine Angaben (Seite 3)

Teil 1-2 Angaben zum Gewaltgeschehen – Beteiligte und Motivlage

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
29	38	Ort der Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> ↘ häusliche Umgebung ↘ öffentlicher Raum „draußen“ ↘ öffentlicher Raum „Gebäude, geschlossene Räume“ ↘ besondere öffentlicher Räumlichkeiten (z.B. Polizei/ Justiz, Gefängnisse) ↘ Arbeitsplatz oder Arbeitsweg der geschädigten Person ↘ Schule, Kindergarten oder auf dem Weg dorthin ↘ Im Fahrzeug ↘ mehrfache Orte
	39	Andere Orte:	<i>Freitexteingabe</i>
30	40	Anamnese: nach Angaben der Geschädigten Person	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe
	41	Anamnese: nach Angaben von anderen anwesenden Personen, z.B. Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe
	42	Andere:	<i>Freitexteingabe</i>
31	43	Gewalteinwirkung: Patient hat selbst Gewalteinwirkung angegeben	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe
	44	Gewalteinwirkung: Gewaltbenennung durch Dritte / Fremdanamnese	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe
	45	Gewalteinwirkung: Gewaltopferführung / -begleitung durch Polizei	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe
	46	Gewalteinwirkung: Arzt Verdacht dokumentiert	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 1)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
32	47	Art der Gewalt: Seelische Gewalt / Gewaltandrohung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	48	Art der Gewalt: Körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	49	Bei körperlicher Gewalt: Ohne Werkzeug?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	50	Bei körperlicher Gewalt: Mit Werkzeug?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	51	Bei körperlicher Gewalt: Welches?	<i>Freitexteingabe</i>
33	52	Einmaliges Ereignis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
34	53	Wiederholtes Ereignis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	54/55	Benanntes Zeitfenster	<i>2x numerische Eingabe (Monate, Wochen)</i>
35	56	Sonderform: Sexualdelikt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	57	Art des Geschlechtsverkehrs: vaginal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	58	Art des Geschlechtsverkehrs: oral	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	59	Art des Geschlechtsverkehrs: anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	60	Manuelle (genitale) Manipulation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	61	Einführen von Gegenständen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	62	Andere sexuelle Nötigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	63	Welche?	<i>Freitexteingabe</i>
	64	Andere (ungewöhnliche) Handlungen?	<i>Freitexteingabe</i>
	65	Kondom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	66	Gleitmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	67	Samenerguss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	68	Sonstige Bemerkungen:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 2)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
36	69	Sonderform des Übergriffs: Strangulation / mechanische Asphyxie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	70	Zugriffsart: Würgen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	71	Zugriffsart: Drosseln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	72	Zugriffsart: Aufhängen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	73	Zugriffsart: Bedecken der Atemwege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	74	Zugriffsart: Knebeln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	75	Zugriffsart: Brustkompression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	76	Zugriffsart: Schwitzkasten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	77	Sonstiges	<i>Freitexteingabe</i>
37	78	Folgen/Symptome: Symptomatik nach angegebener Strangulation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	79	Folgen/Symptome: Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	80	Folgen/Symptome: Urin-/Kotabgang	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	81	Folgen/Symptome: Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	82	Folgen/Symptome: Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	83	Folgen/Symptome: Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	84	Folgen/Symptome: Sonstiges	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 3)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
38	85	Benutzte Gegenstände	Freitexteingabe
39		Untersuchungsbefund Antwortformat Lokalisation: 1= Hirnschädel, 2= Gesichtsschädel, 3= Nacken, 4= Hals, 5= Brustkorb, 6= Brüste, 7= Abdomen, 8= Rücken, 9= Genitale, 10= Gesäß, 11= obere Extremität a= Oberarm, b= Unterarm, c= Hand, 12= untere Extremität e= Oberschenkel, f= Unterschenkel, g= Fuß, 13= Wirbelsäule, 14= Becken.	
	86	Stumpfe ungeformte Gewalt	Lokalisation [1-14]
	87	Schürfung	Lokalisation [1-14]
	88	Ablederung	Lokalisation [1-14]
	89	Hämatom	Lokalisation [1-14]
	90	Riss-Quetschwunde	Lokalisation [1-14]
	91	stumpfe geformte Gewalt	Lokalisation [1-14]
	92	halbscharfe Gewalt	Lokalisation [1-14]
	93	Stichverletzung	Lokalisation [1-14]
	94	scharfe Gewalt	Lokalisation [1-14]
	95	Schnittverletzung	Lokalisation [1-14]
	96	Schussverletzung	Lokalisation [1-14]
	97	Hitzeschaden	Lokalisation [1-14]
	98	Kälteschaden	Lokalisation [1-14]
	99	Stromschädigung	Lokalisation [1-14]
	100	Sonstiges: Art der Gewalt	Freitexteingabe
	101	Sonstiges: Lokalisation	Freitexteingabe
	102	Besondere Verletzungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	103	Besondere Verletzungen: Lokalisation	Lokalisation [1-14]
	104	Besondere Verletzungen: Frakturen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	105		Lokalisation [1-14]
	106	Besondere Verletzungen: Bissverletzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	107		Lokalisation [1-14]
	108	Besondere Verletzungen: Fesselungsspuren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	109		Lokalisation [1-14]
	110	Besondere Verletzungen: Widerlagerverletzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	111		Lokalisation [1-14]
	112	Besondere Verletzungen: Griffspuren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	113		Lokalisation [1-14]
	114	Besondere Verletzungen: Abwehrspuren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	115		Lokalisation [1-14]

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 4)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
39	116	Besondere Verletzungen: Ritzverletzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	117		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	118	Besondere Verletzungen: Kratzspuren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	119		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	120	Besondere Verletzungen: Tritts Spuren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	121		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	122	Besondere Verletzungen: Wundinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	123		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	124	Besondere Verletzungen: Commotio	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	125		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	126	Besondere Verletzungen: Schütteltrauma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	127		<i>Lokalisation [1-14]</i>
	128	Besondere Verletzungen: Andere Verletzungsarten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	129	Besondere Verletzungen: Andere Verletzungsarten	<i>Freitexteingabe</i>
	130	Besondere Verletzungen: Andere Verletzungsarten	<i>Lokalisation [1-14]</i>
131	Andere besondere Lokalisation (z.B. Zähne, Auge)	<i>Freitexteingabe</i>	
132	Strangulation Befund liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
40	133	Würgemale	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	134	Drosselmarke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	135	Petechien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	136	→ wenn ja plus Lokalisation	<i>Lokalisation [1-14]</i>
	137	Augenbindehäute	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	138	Lidhäute	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	139	Gesicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	140	Mundschleimhaut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 5)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
40	141	Retroaurikulär (hinter dem Ohr)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
41	<i>Spezielle anogenitale Symptome sexuellem Übergriff</i>		
	142	Blutung: vaginal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	143	Blutung: anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	144	Blutung: anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	145	Schmerzen: vaginal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	146	Schmerzen: anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	147	Schmerzen: anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	148	Einrisse in Scheide	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	149	Einrisse in Harnröhre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	150	Einrisse in Anus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	151	Schleimhautrötung: vaginal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	152	Schleimhautrötung: anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	153	Schleimhautrötung: anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
42	Sexueller Übergriff ergänzende Angaben:		
	154	Körper- und Genitalreinigung nach Vorfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	155	extragenitale Verletzungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	156	→ Wenn ja: Körperverletzung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	157	→ Wenn ja: Strangulation / mechanische Asphyxie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 6)

Teil 2-1 Beschreibung der Gewalt (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
43	Vernachlässigung (<i>Wiedergabe der Einschätzung aus der Akte behandelnder Arzt</i>)		
	158	Unterernährung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	159	Bekleidung: unangepasst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	160	Bekleidung: zu viel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	161	Bekleidung: zu wenig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	162	Bekleidung: mangelhaft gepflegt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	163	körperlicher Pflegemangel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	164	Parasiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	165	Körperlicher Entwicklungsrückstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	166	Intellektueller Entwicklungsrückstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	167	Sonstiges / Anmerkungen:	<i>Freitexteingabe</i>
44	<i>Objektivierung der Gewalt</i>		
	168	Befund in der Akte (z.B. Verletzungen oder psychische Sicherung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
45	169	Patientenversorgung bei stationärem Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Regelstation <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	170		<input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 7)

Teil 2-2 Art der Befunderhebung

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
46		<i>Diagnosesicherung mittels</i>	
	171	Befund verbal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	172	Unter Ausweisung welcher Angaben: WO genau am Körper	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	173	Unter Ausweisung welcher Angaben: WAS genau liegt als Befund vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	174	Unter Ausweisung welcher Angaben: WIE wurde der Befund näher beschrieben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	175	Größe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	176	Form	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	177	Farbe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	178	Rand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	179	Tiefe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	180	Sonstiges: _____ <i>Freitexteingabe</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	181	Fotographie(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	182	Eintragen der Befunde in eine Schemazeichnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
47	183	Blutalkoholkontrolle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	184	→ Wenn ja, Befund	<i>Numerische Eingabe (in Promille)</i>

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 8)

Teil 2-2 Art der Befunderhebung (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
48	185	Toxikologie: Blut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	186	Toxikologie: Blut Medikamentennachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	187	Toxikologie: Blut Drogennachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	188	Toxikologie: Urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	189	Toxikologie: Urin Medikamentennachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	190	Toxikologie: Urin Drogennachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
49	191	Tatwerkzeug sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	192	Spurensicherung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	193	Spurensicherung: Blut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	194	Spurensicherung: Sperma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	195	Spurensicherung: Speichel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	196	Spurensicherung: Schweiß	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	197	Spurensicherung: Gewebe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
50	198	Abstriche: Oral	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	199	Abstriche: Vaginal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	200	Abstriche: Anal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	201	Abstriche: andere	<i>Freitexteingabe</i>
	202	Nagelränder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	203	Schamhaare	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 9)

Teil 2-2 Art der Befunderhebung (Fortsetzung)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
51	204	Labor / Mikrobiologie vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	205	Labor / Mikrobiologie: Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	206	Labor / Mikrobiologie: HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	207	Labor / Mikrobiologie: andere Virologie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	208	Labor / Mikrobiologie: andere Bakteriologie	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
	209	Spurensicherung: Kleidung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	210	Spurensicherung: Anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	211	Spurensicherung: Rechtsmedizinischer Sektionsfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	212	Spurensicherung: Feingewebliche Untersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
52	213	Bildgebung: Sonographie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	214	Bildgebung: Röntgen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	215	Bildgebung: CT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	216	Bildgebung: Sonstiges	<i>Freitexteingabe</i>
53	217	Konsile: angeordnet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	218	→ wenn ja, welche Fachrichtung?	<i>Freitexteingabe</i>
	219	Konsile: durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	220	→ wenn ja, welche Fachrichtung?	<i>Freitexteingabe</i>
	221	Konsile: wichtige Befunde	<i>Freitexteingabe</i>
	222	Befunddokumentation durch Klinikarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	223	Befunddokumentation durch Rechtsmedizin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 10)

Teil 2-3 Weiteres Vorgehen

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
54	224	Weitere Versorgung/Nachsorge:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe
	225	Medizinische Versorgung ambulant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	226	Medizinische Versorgung stationär	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	227	→ Wenn ja, wohin: Andere Klinik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	228	→ Wenn ja, wohin: Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	229	Sonstiges / Anmerkungen:	<i>Freitexteingabe</i>
	230	Psychologisch-psychiatrische Versorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	231	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	232	Psychosomatische Versorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	233	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	234	Frauenhaus / betreutes Wohnung für Erwachsene	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	235	Unterbringung eines Kindes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	236	Kinderschutzambulanz / spezielle Kinderberatungszentren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	237	Andere Beratungsstellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	238	Sonstiges / Anmerkungen:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 2: Befunderhebung zum Thema Gewalt (Seite 11)

Teil 2-3 Weiteres Vorgehen

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
55	239	Finden sich in der Akte Aufträge für spezifische Befunderhebung/ Gutachten zum Kontext Gewalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	240	→ wenn ja, dann Art des Auftrags	
	241	Ärztliches Attest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	242	ärztliches Verletzungsgutachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	243	Anderes	<i>Freitexteingabe</i>
	244	dazugehöriger Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Ermittlungsbehörde <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Patient selbst <input type="checkbox"/> Andere: <i>Freitexteingabe</i>
56	245	Finden sich Häuslicher Gewalt Angaben dazu, ob eine Wegweisung nach Gewaltschutzgesetz vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
57	246	Liegt eine polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	247	polizeiliche Anzeige liegt bei Behandlung vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	248	polizeiliche Anzeige wird während Behandlung gemacht	<input type="checkbox"/> durch Arzt <input type="checkbox"/> durch Patient <input type="checkbox"/> durch Dritte
58	speziell bei Kindern:		
	249	Meldung an das Jugendamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	250	→ wenn ja, Meldung durch Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	251	→ wenn ja, Meldung durch Andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	252	→ wenn ja, Sonstiges	<i>Freitexteingabe</i>
	253	Und/Oder Einschalten des Klinikeigenen Sozialdienstes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	254	Sonstiges / Anmerkungen:	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 3: Besondere Hergangsumstände

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
59	254	Konsumverhalten geschädigte Person: Angaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja:		
	255	Akuter Konsum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	256	Akut: Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	257	Akut: Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	258	Akut: Drogen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	259	Chronischer Konsum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	260	Chronisch: Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	261	Chronisch: Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	262	Chronisch: Drogen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
60	263	Konsumverhalten beschuldigte Person: Angaben vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja:		
	264	Akuter Konsum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	265	Akut: Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	266	Akut: Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	267	Akut: Drogen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	268	Chronischer Konsum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	269	Chronisch: Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	270	Chronisch: Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	271	Chronisch: Drogen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
61	Vorerkrankungen		
	272	Beschuldigte Person	<i>Freitexteingabe</i>
	273	Geschädigte Person	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (Seite 1)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
62	274	Art des Zugangs	<ul style="list-style-type: none"> ↘ ohne eigene Vorstellung des Patienten ↘ mit geplanter Zuweisung nach Voranmeldung ↘ Notfalleinweisung ↘ Keine Angaben ersichtlich
63	275	Zuweisende Professionen	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Praxis fachspezifisch ↘ Praxis nicht fachspezifisch ↘ Notärztlicher Dienst ↘ Sozialpsychiatrischer Dienst ↘ UKD-fachspezifische (eigene) Ambulanz ↘ UKD nicht fachspezifische Ambulanz ↘ Andere nicht fachspezifische Klinik ↘ Anderes
	276	→ wenn UKD-fachspezifische (eigene) Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein
	277	→ wenn UKD nicht fachspezifische Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein
64	Einweisungsbesonderheit / Aktuelle Anamnese		
	278	Krisenintervention	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	279	Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	280	Frühere Suizidversuche	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	281	Gewaltereignis	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	282	Anderes selbst gefährdendes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	283	Suchterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Ja ↘ Nein ↘ Unklar
	284 / 285	→ wenn Suchterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Alkohol ↘ Drogen ↘ Medikamente ↘ Andere: <u>Freitexteingabe</u>

Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (Seite 2)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
65		Spezifizierung Gewalt	
	286	Akutes Gewaltereignis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	287	Körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	288	Seelische Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	289	zurückliegendes Gewaltereignis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	290	Körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	291	einmalig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	292	wiederholt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	293	Seelische Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	294	einmalig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	295	wiederholt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	296	benanntes Gewalterleben objektivierbar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	297	Spezifizierung Gewalt: Subjektives Erleben	<i>Freitexteingabe</i>

Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (Seite 3)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
66	Psychiatrisches Diagnose Raster		
	298	Bewusstseinsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	299	Orientierungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	300	Aufmerksamkeit/Gedächtnis-Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	301	Störung des Formales Denkens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	302	Flashback	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	303	Intrusion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	304	Befürchtungen/Zwänge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	305	Wahn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	306	Sinnestäuschung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	307	Ich-Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	308	Dissoziation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	309	Störung der Affektivität	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	310	Angst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	311	Phobie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	312	Panik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
313	Allgemeine Angst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar	
314	Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar	
315	Störung von Antrieb, Psychomotorik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar	

Teil 4: Psychisch-psychiatrische Befundlage (Seite 4)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
66	Psychiatrisches Diagnose Raster (Fortsetzung)		
	316	Störung des Circadianen Rhythmus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	317	Andere Störungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	318	Hyperarousal (übermäßige Schreckhaftigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	319	Appetit-Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	320	Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	321	Gastro-Intestinale Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	322	Kardio-Respiratorische Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	323	Andere vegetative Störungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	324	Andere Missempfindungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	325	Neurologische Störungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
67	Diagnosen		
	326	Psychiatrische Hauptdiagnose	<i>Freitexteingabe</i>
	327	Psychiatrische Nebendiagnose(n)	<i>Freitexteingabe</i>
	328	PTBS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	329	F62 (extreme Belastungsreaktion)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	330	Akute Belastungsreaktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	331	Anpassungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	332	Sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar

Teil 4 Psychisch-psychiatrische Befundlage (Seite 5)

Block Nr.	Item Nr.	Item	Antwortalternativen / -format
67	Diagnosen (Fortsetzung)		
	333	Körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	334	Angststörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	335	Depressivität	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	336	Schizoide Störung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	337	Zwang	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	338	Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	339	Delinquentes Verhalten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	340	Agressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
	341	Somatische Diagnosen (Haupt-)	<i>Freitexteingabe</i>
	342	Somatische Diagnosen (Neben-)	<i>Freitexteingabe</i>
	343	Psychosoziale Diagnosen (Haupt-)	<i>Freitexteingabe</i>
	344	Psychosoziale Diagnosen (Neben-)	<i>Freitexteingabe</i>

(Erhebungsinstrument, gemeinsam erstellt durch die Doktoranden-Gruppe (Gölz, Seibel, Müller, Schumann, Ruhwedel) unter Anleitung von Frau P.D. Dr. med. Hildegard Graß, Institut für Rechtsmedizin, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, siehe: 2. Methoden-Teil)

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.

Düsseldorf, den 17.08.2014

Tom Ruhwedel