

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

Die interdisziplinäre Gewaltopferambulanz
am Institut für Rechtsmedizin:
Analyse der ersten vier Jahre und
Vergleich zur vorherigen Versorgungsstruktur

Dissertation

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

vorgelegt von
Jeannie Jungnitsch

2017

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker (Institut für Neuro- und Sinnesphysiologie)

Erstgutachterin: Priv.-Doz. Dr. Hildegard Graß

Zweitgutachter: apl. Prof. Dr. Tim Lögters

Widmung

Für meine Eltern.

Danke!

Danksagung

Ich bedanke mich bei Frau Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß für die freundliche Überlassung des Themas. Weiterhin gebührt ihr Dank für die inhaltliche und strukturelle Unterstützung.

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Bergermann, A., Graß, H. L., Jungnitsch, J., Graßmann, J., Windolf, J., Jungbluth, P. (2015). Charakterisierung von Gewaltopfern unter unfallchirurgischen Notfallpatienten und Inanspruchnahme einer neu geschaffenen rechtsmedizinischen Gewaltopferambulanz. Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (20.10.2015 – 23.10.2015). Berlin

Zusammenfassung

Einleitung: Obwohl Gewalt eines der weltweit größten Gesundheitsrisiken darstellt, ist sie noch immer ein unzureichend thematisiertes Problem in der Gesundheitsversorgung. Eine Prävalenzstudie in Deutschland (Müller et al., 2004) konnte z. B. zeigen, dass jede vierte Frau bereits mindestens einmal Opfer von Gewalt in Paarbeziehungen wurde. Diese Zahlen liegen im europäischen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich. Die kurz-, mittel- und langfristigen Folgen von Gewalt sind auf allen Ebenen (körperlich, psychisch und psychosomatisch) zu finden und verursachen hohe gesamtgesellschaftliche und volkswirtschaftliche Kosten. Es sollte daher ein Bewusstsein für dieses gesamtgesellschaftliche Problem bestehen und eine zunehmende Enttabuisierung stattfinden. Realisiert wird dies z. B. durch die Aktionspläne der Bundesregierung und der gesetzlichen Verankerung mit Hilfe des Gewaltschutzgesetzes. Die auf den Weg gebrachten Interventionsprojekte, wie die hier zu untersuchende neu implementierte Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin des UKD, helfen bei der Umsetzung der Ziele zur Bekämpfung von Gewalt und der Verbesserung der Gewaltopferversorgung.

Ziele der Arbeit: Durch die Initiative des Institutes für Rechtsmedizin des UKD wurde das Angebot hinsichtlich der Betreuung von Gewaltopfern am UKD neu gestaltet und im Jahr 2007 mit dem Konzept der Gewaltopferambulanz implementiert. Inwiefern dieses neue Angebot angenommen wird und welche Entwicklung sich erkennen lässt, soll mit Hilfe dieser Arbeit erörtert werden.

Material und Methode: Ausgewertet wurden solche Patientenakten aus dem Archiv des Institutes für Rechtsmedizin des UKD, die einen unmittelbaren und/oder mittelbaren Kontakt mit lebenden Personen nach einer Gewalterfahrung betreffen. Die Auswertung beinhaltet Falldaten aus dem Jahr 2004, im Sinne einer exemplarischen Basiserhebung als Vergleichsjahr und dem Zeitraum von 2007 bis 2010, um die Entwicklung des Angebotes zu betrachten. Bei der Untersuchung handelt es sich um eine retrospektive, deskriptive Analyse, die mittels des Programms Microsoft Excel 2007 bearbeitet wurde.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse konnten darlegen, dass das Angebot der Gewaltopferambulanz angenommen und vermehrt in Anspruch genommen wird. Dies zeigen die Fallzahlen, die, verglichen mit dem exemplarischen Basisjahr vor der Implementierung um das Siebenfache angestiegen sind. Insbesondere stellen sich Frauen vor. Die positive Resonanz auf ein solches Angebot konnte auch in anderen Studien gezeigt werden. Des Weiteren konnte die Auswertung zeigen, dass durch ergänzende Initiativen (bspw. die Kinderschutzgruppe) und Aufklärungsarbeit das Bewusstsein für die Relevanz dieser Thematik weiter gesteigert werden konnte. Die erfolgreiche Vernetzung innerhalb des UKD konnte mit Hilfe der vergleichenden Daten aus der Unfall- und Handchirurgie gezeigt werden; viele Gewaltopfer kamen in Vermittlung der Unfall- und Handchirurgie. Bezüglich der Opfer-Täter-Beziehung lässt sich festhalten, dass die Aggressoren, mehrheitlich männlich (83 %) und dem Opfer in den meisten Fällen bekannt waren (61 %), wobei es sich in den meisten Fällen um (Ex-) Partner handelte (46 %). Das weibliche Geschlecht war v. a. von intimate partner violence (IPV) (45 %), Kindesmisshandlung (20 %) und sexueller Gewalt (13 %) betroffen, wohingegen Jungen eher von Kindesmisshandlungen (36 %) und Männer von öffentlicher Gewalt (30 %) betroffen waren. Hinsichtlich der Organisation der Gewaltopferambulanz erwies sich das Beratungstelefon als hilfreiche Maßnahme. In der Mehrheit der Fälle (46 %) war bereits eine telefonische Auskunft ausreichend, in anderen Gesprächen konnte die Sinnhaftigkeit einer Untersuchung erörtert und ggf. ein Termin vereinbart werden, wodurch unnötige Wartezeiten in der Gewaltopferambulanz vermieden werden können. Die Analyse konnte außerdem zeigen, dass die Qualität der Dokumentation mit der Implementierung der Gewaltopferambulanz zugenommen hat und ein sehr hohes Niveau aufweist.

Abkürzungsverzeichnis

A	Aggressor
AIS	<i>Abbreviated injury scale</i>
FRA	<i>Agency for Fundamental Rights</i>
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
HNO-Klinik	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
IPV	<i>intimate partner violence</i>
ISS	<i>Injury severity score</i>
J	Jugendliche
K	Kinder
K. A.	Keine Angabe
Kh	Krankenhaus
KPR	Kriminalpräventiver Rat
M	Männlich
MNR-Klinik	Medizinisch-Neurologisch-Radiologische Klinik
n. d.	nicht datiert
O	Opfer
SD	Standardabweichung
SOP	<i>standard operating procedure</i>
StA	Staatsanwaltschaft
UKD	Universitätsklinikum Düsseldorf
V. a.	Verdacht auf
W	Weiblich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vernetzung der Hilfseinrichtungen für Gewaltopfer in Düsseldorf.....	12
Abbildung 2: Anzahl der Untersuchungen in der Gewaltopferambulanz.....	25
Abbildung 3: Geschlechterverteilung über die Jahre (n = 586).....	27
Abbildung 4: Altersverteilung (n = 560).....	30
Abbildung 5: Verteilung der Vorfälle auf die Monate (2007 – 2010).....	32
Abbildung 6: Verteilung der Untersuchungen auf die Monate (2007 – 2010).....	33
Abbildung 7: Vergleich Vorfalls- und Untersuchungsverteilung auf die Monate (2007 – 2010).....	34
Abbildung 8: Vergleich Vorfalls- und Untersuchungverteilung auf die Wochentag (2007 - 2010)	37
Abbildung 9: Zeitintervall zwischen dem Vorfall und der Untersuchung 2007 – 2010 (n = 476)	39
Abbildung 11: UKD als Informationsgeber (n = 169)	47
Abbildung 12: Geschlechtskonstellation der Jahre 2007 – 2010 (n = 592).....	56
Abbildung 13: Hintergrund der Gewalt bezogen auf das Geschlecht der Opfer.....	61
Abbildung 14: Verteilung des Geschlechts der Opfer auf die verschiedenen Gewalthintergründe	62
Abbildung 15: Lokalisation der stumpfen ungeformten Gewalt (n = 3069).....	72
Abbildung 16: Lokalisation der stumpfen geformten Gewalt (n = 1153).....	74
Abbildung 17: Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Geschlecht	84
Abbildung 18: Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Hintergrund der Gewalt (n = 207).....	85
Abbildung 19: Anzahl der Anrufer mit linearer Trendanalyse.....	92
Abbildung 20: Verteilung der Anrufe auf die Wochentage (n = 268).....	93
Abbildung 21: Geschlechterverteilung der Anrufer (n = 272).....	96
Abbildung 22: Inhaltlicher Fokus der telefonischen Beratung (n = 269).....	98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen unmittelbarer Untersuchungen und mittelbarer Begutachtungen	26
Tabelle 2: Fallzahlen und Geschlechterverteilung	26
Tabelle 3: Altersverteilung	28
Tabelle 4: Verteilung der Geschlechter auf die Alterskategorien	29
Tabelle 5: Verteilung der Vorfälle auf die Monate.....	31
Tabelle 6: Verteilung der Untersuchungen auf die Monate.....	33
Tabelle 7: Verteilung der Vorfälle auf die Wochentage.....	35
Tabelle 8: Verteilung der Untersuchungen auf die Wochentage.....	36
Tabelle 9: Zeitraum zwischen dem Vorfall und der Untersuchung.....	38
Tabelle 10: Zeitraum zwischen dem Vorfall und der Untersuchung (unmittelbare Fälle) ..	40
Tabelle 11: Verteilung der Untersuchung auf die Tageszeit	41
Tabelle 12: Art des Untersuchungsauftrags	42
Tabelle 13: Erstversorgung	43
Tabelle 14: Informationsgeber	45
Tabelle 15: UKD als Informationsgeber	46
Tabelle 16: Vergleich der Daten aus der Unfall- und Handchirurgie mit denen der Rechtsmedizin.....	48
Tabelle 17: Terminvereinbarung	49
Tabelle 18: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen mit Termin und der Tageszeit der Untersuchung.....	50
Tabelle 19: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen ohne Termin und der Tageszeit der Untersuchung.....	51
Tabelle 20: Anzahl der Aggressoren	52
Tabelle 21: Beziehungsgefüge der Fälle, in denen keine Angabe zum Aggressor dokumentiert war und dem Alter der untersuchten Person	53
Tabelle 22: Geschlecht des Aggressors.....	54
Tabelle 23: Geschlechtskonstellation	55
Tabelle 24: Aggressor bekannt vs. unbekannt	57
Tabelle 25: Beziehungsstatus	58
Tabelle 26: Hintergrund der Gewalt	60
Tabelle 27: Ort der Gewalt.....	63
Tabelle 28: Häufigkeit der Gewalt	64
Tabelle 29: Beziehungsgefüge der Fälle, in denen keine Angabe zu der Häufigkeit der Gewalt dokumentiert war und dem Alter des Opfers	65

Tabelle 30: Beziehungsgefüge zwischen der Häufigkeit der Gewalt und dem Geschlecht des Opfers	65
Tabelle 31: Form der Gewalt.....	66
Tabelle 32: Benutzung eines Gegenstands zur Verübung der Gewalttat.....	67
Tabelle 33: Kategorisierung der verwendeten Werkzeuge	68
Tabelle 34: Anzahl der Verletzungen	69
Tabelle 35: Lokalisation der stumpfen ungeformten Gewalt.....	71
Tabelle 36: Lokalisation der stumpfen geformten Gewalt.....	73
Tabelle 37: Scharfe Gewalt – Schnittverletzungen.....	75
Tabelle 38: Scharfe Gewalt – Stichverletzungen.....	76
Tabelle 39: Beziehung zwischen der Form der Gewalt und dem Geschlecht.....	78
Tabelle 40: Beziehung zwischen der Form der Gewalt und dem Alter	78
Tabelle 41: Schweregrad der Verletzungen	80
Tabelle 42: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen mit potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen und dem Hintergrund der Gewalt.....	81
Tabelle 43: Polizeiliche Anzeige (Auflistung).....	82
Tabelle 44: Polizeiliche Anzeige (zusammengefasst).....	83
Tabelle 45: Nachsorge/Empfehlungen nach der Begutachtung.....	86
Tabelle 46: Nachfrage zum Befund.....	88
Tabelle 47: Gutachtenauftrag.....	88
Tabelle 48: Psychopathologische Einschätzung	89
Tabelle 49: Dokumentation	90
Tabelle 50: Anruferzahlen des Beratungstelefon 0211 - 81 06000	91
Tabelle 51: Verteilung der Anrufe auf die Tageszeit.....	94
Tabelle 52: Anruferstatus	95
Tabelle 53: Geschlechterverteilung der Anrufer	96
Tabelle 54: Geschlechterverteilung der Opfer	97
Tabelle 55: Gesprächsfokus	98
Tabelle 56: Hintergrund der Gewalt bei den Telefonaten	100

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1. Einleitung.....	1
2. Ziele der Arbeit	13
3. Material und Methode	15
3.1 Definition wesentlicher Begriffe.....	15
3.2 Material.....	18
3.3 Methode	20
4. Ergebnisse.....	24
4.1 Angaben zu den in der Gewaltopferambulanz betreuten Personen	24
4.1.1 Fallzahlen der (mittelbaren und unmittelbaren) Opfer	24
4.1.2 Geschlechterverteilung der Opfer	26
4.1.3 Nationalität der Opfer.....	27
4.1.4 Alter der Opfer	28
4.2 Zeitliche Verteilung der Vorfälle und Untersuchungen	30
4.3 Art des Untersuchungsauftrags, Erstversorgung, Informationsgeber inklusive Vergleich mit den Daten aus der Unfall- und Handchirurgie und Terminvereinbarung	41
4.3.1 Art des Untersuchungsauftrags.....	42
4.3.2 Erstversorgung	43
4.3.3 Informationsgeber bzgl. des Gewaltopferambulanz-Angebots am UKD	44
4.3.4 Vergleich mit den Daten der Unfallchirurgie	48
4.3.5 Terminvereinbarung.....	49
4.4 Angaben zum Aggressor	51
4.4.1 Anzahl der Aggressoren	51
4.4.2 Geschlecht des Aggressors.....	53

4.4.3	Nationalität des benannten Aggressors	54
4.5	Beziehung zwischen Opfer und Aggressor	55
4.5.1	Geschlechtskonstellation	55
4.5.2	War der Aggressor dem Opfer bekannt?	57
4.6	Hintergrund, Ort, Häufigkeit und Form der Gewalt	59
4.6.1	Hintergrund der Gewalt.....	59
4.6.2	Ort der Gewalt	63
4.6.3	Häufigkeit der Gewalt	64
4.6.4	Form der Gewalt.....	66
4.7	Verletzungsmuster.....	69
4.7.1	Anzahl der Verletzungen	69
4.7.2	Stumpfe Gewalt	70
4.7.3	Scharfe Gewalt	75
4.7.4	Sonderformen von Gewalt	77
4.7.5	Vergleich der Gewaltform mit dem Geschlecht und dem Alter des Opfers	77
4.8	Schweregrad der Verletzungen.....	79
4.9	Polizeiliche Anzeige	81
4.9.1	Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Geschlecht.....	83
4.9.2	Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und der Gewalthintergrund	85
4.10	Qualitätssicherung	85
4.10.1	Nachsorge/Empfehlungen	86
4.10.2	Spätere Anforderung des Befundes und/oder Auftrag zur Gutachten-Erstellung	87
4.10.3	Psychopathologische Einschätzung.....	89
4.10.4	Dokumentation	89
4.11	Auswertung der Daten des Beratungstelefon	90
4.11.1	Inanspruchnahme und Verteilung auf die Monate	91
4.11.2	Verteilung der Anrufe auf die Wochentage und Tageszeit	93
4.11.3	Angaben zu den Anrufern und Opfern	94

4.11.4	Anlass des Anrufes.....	98
4.11.5	Hintergrund der Gewalt.....	99
5.	Diskussion	101
5.1	Inanspruchnahmeverhalten	101
5.1.1	Fallzahlen.....	102
5.1.2	Patientenkollektiv.....	107
5.2	Öffentlichkeitsarbeit und Ergebnisse der Vernetzung.....	111
5.3	Organisation der Gewaltopferambulanz.....	116
5.4	Aggressorbezogene Daten und Beziehungsstatus	119
5.5	Art der Gewalt.....	121
5.6	Verletzungsmuster und Schweregrad der Gewalt	126
5.7	Verfolgung der Straftaten.....	129
5.8	Qualitätssicherung.....	131
5.9	Anregungen.....	135
6.	Schlussfolgerungen	136
7	Literaturverzeichnis.....	139
8.	Anhang	148

Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, wird überwiegend die maskuline Nennform zur Bezeichnung von Personen oder Personengruppen verwendet. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen. In Passagen, in denen die Geschlechter getrennt voneinander betrachtet werden, wird die jeweilige geschlechtsspezifische Nennform verwendet.

1. Einleitung

Gewalt ist ein immer noch unzureichend thematisiertes Problem in der Gesellschaft. Dabei stellt sie, insbesondere die häusliche Gewalt, die vornehmlich Frauen und Kinder betrifft, eines der weltweit größten Gesundheitsrisiken (Krug et al., 2002) und ein häufig unterschätztes komplexes soziales Problem mit gesundheitlichen Folgen dar (Poloczek und Schmitt, 2002). Mittels einer repräsentativen Prävalenzstudie zum Thema Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Müller et al., 2004) wurden bundesweit erstmals Daten erhoben, die das Ausmaß und die Folgen von Gewalt darstellen (Hornberg et al., 2008). Nach dieser Datenlage hat in Deutschland jede vierte Frau bereits einmal Formen von körperlicher oder sexueller Gewalt (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erfahren. Erweitert man die Fragestellung dahingehend, ob ab dem 16. Lebensjahr Handlungen körperlicher Gewalt und Übergriffe erlebt wurden (unabhängig von der Täterfrage), so bejahten dies 37 % der befragten Frauen (Müller et al., 2004). In anderen europäischen Studien wurden Prävalenzwerte zwischen 10 – 30 % herausgestellt (Ismayilova und El-Bassel, 2013; Hagemann-White, 2001) und in amerikanischen Studien reichen die Zahlen sogar bis über 50 % (Abbott et al., 1995). Eine weitere internationale Studie, die die Gewaltprävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt in der Partnerschaft in verschiedenen Ländern (Bangladesch, Brasilien, Äthiopien, Japan, Namibia, Peru, Samoa, Serbien und Montenegro, Thailand, Vereinigte Republik Tansania) untersuchte, ermittelte Werte zwischen 15 – 71 % (Garcia-Moreno et al., 2006). Wie zu sehen ist, liegen die Werte aus der deutschen Studie im internationalen, v. a. europäischen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass bei dem Vergleich und der Interpretation dieser Studien voneinander differierende Erhebungsmethoden und -instrumente, jeweils verschiedene inhaltlich-thematische Schwerpunkte sowie unterschiedliche Einschlusskriterien gewählt wurden (Müller et al., 2004), wodurch der Vergleich kritisch betrachtet werden sollte. Durch die weltweit bisher umfassendste Studie zum Thema Gewalt an Frauen durch die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (*FRA*) konnten nun erstmals EU-weit vergleichbare Daten erhoben werden. In allen 28 EU-Mitgliedsstaaten wurden insgesamt 42.000 Frauen im Alter zwischen 18 und 74 Jahren persönlich zu ihren Erfahrungen mit körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt sowie sexueller Belästigung und Stalking befragt. Die Studie konnte zeigen, dass jede dritte Frau (33 %) in der EU seit dem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren hat. In derzeitigen oder früheren Partnerschaften machte diese Art von Gewalt 22 % aus. Insgesamt 43 % der befragten Frauen erlebten seit dem 15. Lebensjahr in ihren Partnerschaften eine Form von psychischer Gewalt, die sowohl psychische

Misshandlungen, als auch andere Formen von psychischer Gewalt, wie Kontrollverhalten, ökonomischer Gewalt und Erpressung umfasst. Stalking gaben 18 % der befragten Frauen an, wobei jeder zehnte Frau (9 %) durch einen ehemaligen Partner nachgestellt wurde. Beim Thema sexuelle Belästigung gibt es individuelle Vorstellungen, was dies genau bedeutet. Geschätzt erlebte bereits jede zweite Frau (45 – 55 %) eine Form von sexueller Belästigung, was 83 – 102 Millionen Frauen der EU-Mitgliedsstaaten entspricht. Mit Hilfe dieser, nun erstmals EU-weit vergleichbaren Daten, wird der EU ermöglicht politische Maßnahmen zu erarbeiten und diese konkret umzusetzen, um gegen die Gewalt gegen Frauen effektiv vorzugehen (FRA - Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2014).

Ein wichtiger Aspekt, der in diesen Studien zusätzlich thematisiert wird, ist, dass Gewalt viele Formen annehmen kann. So kann die häusliche Gewalt in Formen von physischer, sexualisierter, psychischer, sozialer und ökonomischer Gewalt auftreten (Ärztammer Nordrhein et al., 2005; Seifert et al., 2006b). Die gesundheitlichen Folgen für die Opfer und ihre Kinder sind mannigfaltig (Zolotor et al., 2009). Aus diesen Gründen ist Gewalt ein nicht zu unterschätzendes gesundheitliches Problem. Die verschiedenen Formen von Verletzungen finden sich nicht nur kurzfristig auf der körperlichen Ebene, wie z. B. unmittelbare Verletzungsfolgen. Auch mittel- und langfristige Beeinträchtigungen, wie somatische, psychosomatische und psychische Beschwerdebilder ergeben sich als Folgen von Gewalt (Hellbernd et al., 2004). Eine Befragung von Gewaltbetroffenen ergab, dass, je nach Gewaltform 56 % bis weit über 80 % der Betroffenen psychische Folgebeschwerden aus dem Erleben von Gewalt davon getragen hatten. Diese reichten von Schlafstörungen, erhöhten Ängsten, einem vermindertem Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit, Depression bis hin zu Suizidgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen (Müller et al., 2004). Bei einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.- Begleitforschung berichteten 57 % der Frauen mit mindestens einer häuslichen Gewalterfahrung von gesundheitlichen Folgen. Dabei wurden am häufigsten psychische und psychosomatische (54 %), körperliche (35 %) und Kombinationen aus psychischen und physischen Beschwerden (32 %) genannt. Weiterhin folgten Kopfschmerzen, gastrointestinale und Herz-Kreislaufbeschwerden (Brzank et al., 2004). Außerdem konnte festgestellt werden, dass Gewalt einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben kann. Dies zeigt sich v. a. in einem signifikant häufigerem Konsum von Tabak und Alkohol bei Betroffenen. Des Weiteren gaben viele Befragte an, Alkohol, Drogen oder psychotrope Medikamente im Versuch, das Gewaltereignis zu bewältigen, eingenommen zu haben (Schrötle und Khelaifat, 2008).

Aufgrund dieser, durch Gewalt hervorgerufenen gesundheitlichen Folgen, entstehen v. a. im System der Gesundheitsversorgung erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten. In einer Studie aus den USA konnte herausgestellt werden, dass Frauen, die Opfer von *intimate partner violence (IPV)* wurden, im Gesundheitssystem 92 % mehr Kosten verursachen als die Vergleichsgruppe (Wisner et al., 1999). Eine weitere Arbeit stellt heraus, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens neigen und 1,6- bis 2,3-fach höhere Kosten im Vergleich zu Patientinnen mit gleicher Komorbiditätsstruktur verursachen (Ulrich et al., 2003). Betrachtet man das Problem der Auswirkungen von Gewalt noch weitreichender, fällt auf, dass nicht nur im Gesundheitssektor Kosten für die Gesellschaft anfallen. Durch die Folgen von Gewalt entstehen Belastungen sowohl im Bereich der Gesundheitsversorgung, Beratung und Unterstützung, als auch im Bereich der Justiz (z. B. Strafverfolgung) und der Wirtschaft. Die Kosten ergeben sich hier daraus, dass die Gewaltbetroffenen in ihrer Leistungsfähigkeit und Produktivität häufig eingeschränkt sind, was einen negativen Einfluss auf ihre Erwerbstätigkeit und somit die finanzielle Situation hat (GiG-net, 2008; Schröttle und Khelaifat, 2008). Die Berechnung der gesamtgesellschaftlichen Kosten von Gewalt gestaltet sich aufgrund der Komplexität dieses Themas als sehr schwierig, da sowohl direkte, als auch indirekte Kosten berücksichtigt werden müssen. In England und Wales wurden die Kosten von häuslicher Gewalt auf (umgerechnet nach GiG-net, 2008) ca. 33,1 Mrd. Euro geschätzt (Walby, 2004). Hagemann-White und Katenbrink setzten die Kosten in Relation zur jeweiligen Bevölkerungsgröße der Länder. Sie schätzen die jährlichen Kosten auf zwischen neun und 555 Euro pro Einwohner. Die Tatsache, dass interpersonelle Gewalt auch einen hohen sozioökonomischen, gesamtgesellschaftlichen Kostenfaktor darstellt, zeigt, dass Gewalt sowohl ein öffentliches, als auch ein gesellschaftliches und nicht länger ein nur privates Problem darstellt (Hagemann-White et al., 2006). Daher sollte für das Thema Gewalt in der gesamten Gesellschaft ein Bewusstsein entwickelt werden. Auch, weil es kein so genanntes Schichtphänomen ist, sondern in allen gesellschaftlichen Schichten vorkommt (Müller et al., 2004).

Um die geschilderten gesundheitlichen, aber auch volkswirtschaftlichen Folgen zu minimieren, muss das Thema Gewalt eine zunehmende Enttabuisierung erfahren und Professionen, die mit Personen, die Opfer von Gewalt geworden sind, Kontakt haben, müssen suffizient geschult werden. Denn, wenn gewaltverursachte Verletzungen oder Beschwerden frühzeitig erkannt und adäquat behandelt sowie dokumentiert werden, kann dies zu einer Kostenreduzierung führen (Kavemann, 2000; Wisner et al., 1999). Dies kann z. B. durch Interventionsprogramme und präventive Kampagnen, wie sie im weiteren Verlauf noch geschildert werden, geschehen.

Die Hürden, welche die von Gewalt betroffenen Personen davon abhalten, sich Hilfe zu suchen, sollten so gering wie möglich gehalten werden. Hier kommt dem Gesundheitssystem eine besondere Schlüsselrolle zu, da es häufig die erste Anlaufstelle für Gewaltbetroffene ist (Müller et al., 2004). Dies liegt zum einen daran, dass Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auch unabhängig von Gewalt von allen Bevölkerungsgruppen aufgesucht werden und dementsprechend eine geringere Hemmung besteht, sich an eine solche Einrichtung zu wenden. Zum anderen unterliegen alle Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung der Schweigepflicht, was es den Betroffenen erleichtert, Vertrauen zu fassen (Hornberg et al., 2008). Dies zeigt, dass das Personal in Rettungsstellen und Ambulanzen zu den ersten und mitunter einzigen Personen gehört, die professionelle Unterstützung und eine Weitervermittlung zu weiteren Hilfen anbieten kann. Aus diesem Grund sollten sich diese Professionen mit den verschiedenen Formen, der körperlichen, sexuellen und psychischen sowie der sozialen und ökonomischen Gewalt auskennen (Wieners et al., 2012). Sie sollten in der Lage sein, Hinweise auf Gewalterleben zu erkennen, differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen und bereit sein, die Patienten darauf anzusprechen (Ritz-Timme und Graß, 2009). Dabei kommt der ärztlichen Dokumentation der Verletzungen in verstärktem Maße eine juristische Bedeutung zu und sollte so erfolgen, dass sie vor Gericht Bestand hat. Denn von der Qualität der Befunddokumentation kann der Schutz des Gewaltopfers und eine Verurteilung des Gewalttäters entscheidend abhängen (Blättner et al., 2008). Dabei sind auch die medizinisch-therapeutisch belanglos erscheinenden Verletzungsbefunde (Bagatellverletzungen), v. a. für die Einordnung des Gewaltgeschehens bedeutsam (Graß und Ritz-Timme, 2005). Aus den genannten Gründen ist eine exakte Erfassung von Lokalisation, Form, Gruppierung und Farbgebung einer Verletzung von enormer Bedeutung. Denn mit einer solchen gerichtsverwertbaren Dokumentation besteht die Möglichkeit den Zeitpunkt und die Art der einwirkenden Gewalt genauer einzugrenzen. In Zusammenschau mit der Anamnese wird so eine Interpretation ermöglicht, wodurch Fragen bzgl. der Entstehung und des Hergangs der Gewalttat (Eigen- oder Fremdeinwirkung) beantwortet werden können (Gahr et al., 2005). Außerdem konnte gezeigt werden, dass eine adäquate Befunddokumentation und Spurensicherung neben der Objektivierung des Tatgeschehens zu einer – oft erfolgreichen – Einleitung eines Strafprozesses beitragen kann (McGregor et al., 2002).

Einen Beitrag zu der verstärkten Enttabuisierung und zum Schutz der Gewaltopfer leiste auch die gesetzliche Verankerung mit dem „Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz – GewSchG)“, das am 11. Dezember 2001 durch den Bundestag erlassen wurde und am 1. Januar 2002 in Kraft trat. Das Kernstück dieses Gesetzes, das sich in vier Paragraphen gliedert, ist die Regelung der Wohnungsüberlassung (Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 67, 2002). Es besagt, dass die Per-

son, die Gewalt erfahren hat, die gemeinsame Wohnung für einen befristeten Zeitraum zugesprochen bekommt und der mutmaßliche Täter diese Wohnung für den festgelegten Zeitraum verlassen muss. Dadurch kann vor allem der Grundsatz „Wer schlägt, muss gehen – das Opfer bleibt in der Wohnung“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium der Justiz, 2010, Seite 3) umfassend umgesetzt werden. Die Unterbindung des Kontakts zwischen dem Aggressor und dem Opfer ist oft unverzichtbar, um die akute Gefahrensituation zu beenden. Außerdem wird dem Opfer dadurch die Angst vor einem eventuellen Existenzverlust genommen und die Möglichkeit eröffnet die Gewaltspirale zu durchbrechen. Des Weiteren können Schutzanordnungen ausgesprochen werden. Diese besagen, unter anderem, dass es dem Beschuldigten untersagt ist, sich der Wohnung des Opfers auf einen vom Gericht festzusetzenden Umkreis zu nähern, sich an Orten aufzuhalten, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält (z. B. Arbeitsplatz) oder Kontakt zu der betroffenen Person aufzunehmen. Zur besseren Ausgestaltung und Umsetzung dieses Gesetzes und um die Schutzlücke, die bis zur Antragsstellung besteht, zu schließen, wurden in einigen Bundesländern auch die Polizeigesetze dahingehend geändert, dass die Polizei ausdrücklich ermächtigt ist, „Wohnungsverweisungen“ durchzuführen. Dabei kann die Polizei, wenn dies dem Schutz anderer Bewohner dient, Personen aus einer Wohnung und dem unmittelbar angrenzenden Bereich für einen festgelegten Zeitraum von einigen Tagen verweisen. Um die Wohnungsverweisung durchzusetzen, kann sie den Aggressor auch vorübergehend in Gewahrsam nehmen oder, falls die Person nicht freiwillig geht, sie mit Gewalt entfernen. Mit Hilfe des Strafrechts und des GewSchG wird auch von Seiten der Politik deutlich gemacht, dass Gewalt vom Staat nicht toleriert wird, auch dann nicht, wenn sie in der eigenen Wohnung geschieht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium der Justiz, 2010). Das GewSchG hilft den Opfern einen räumlichen Abstand von dem Aggressor zu gewinnen, der häufig nötig ist, um der Gewaltsituation zu entgehen. Damit der Gewaltkreislauf durchbrochen werden kann, müssen dem Opfer anschließend weitere Hilfeangebote zur Verfügung stehen. Diese müssen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit publik gemacht werden. Außerdem sollte den Personen, die in diesen Hilfeangeboten arbeiten, Unterstützung zu Teil werden, indem z. B. Fachinformationen vermittelt, Handlungsanleitungen und *Best-Practice*-Ansätze für den Umgang mit und Behandlung von Gewaltbetroffenen bereitgestellt werden. Diese Zielsetzungen verfolgen in Deutschland zahlreiche Praxisprojekte, (Vernetzungs-) Initiativen und Aktivitäten, u. a. gefördert durch die Bundes- und Landesmitte, von denen einige im Folgenden vorgestellt werden sollen. Sie haben dazu beigetragen, Gewalt, gesundheitliche Folgen von Gewalt und Gewaltprävention als zentrale Schwerpunkte im Gesundheitssystem zu implementieren (Hornberg et al., 2008).

Im Jahr 1999 stellte die Bundesregierung mit dem „Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“ erstmals ein umfassendes Gesamtkonzept vor, das zur wirkungsvollen und nachhaltigen Gewaltbekämpfung beitragen sollte. Das Konzept zeigt, dass anstelle von vereinzelten, punktuellen Maßnahmen, strukturelle Veränderungen von Nöten sind, damit dem Problem Gewalt entgegengewirkt werden kann. Um dies zu erreichen, wurden die Bereiche Prävention, Recht, Täterarbeit sowie die Kooperation und Vernetzung zwischen Institutionen, Projekten und Hilfsangeboten national und international in den Mittelpunkt des Konzeptes gerückt. Ein weiterer Schwerpunkt stellte die Sensibilisierung von Fachleuten und der Öffentlichkeit dar (*Aktionsplan I der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*, 1999). Zu den Projekten, die erfolgreich realisiert werden konnten, gehört bspw. das bereits dargestellte GewSchG, das Gesetz zur gewaltfreien Erziehung sowie die Praxismaterialien zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt und die Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Seit 2007 bildet der zweite Aktionsplan der Bundesregierung das Handlungskonzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Zusätzlich zu den bereits im ersten Aktionsplan formulierten Schwerpunkten, wurden weitere Maßnahmen formuliert, die sich u. a. aus der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Müller et al., 2004) ergaben. Dazu zählt z. B. der verbesserte Schutz von gewaltbetroffenen Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen. Aus der Studie wurde außerdem abgeleitet, dass Prävention so früh wie möglich einsetzen und besondere Risiken, wie bspw. eine Trennungssituation verstärkt Beachtung finden sollten. Des Weiteren soll durch eine bessere Vernetzung und einen einfachen und niedrighschwelligigen Zugang zu Hilfsangeboten eine effizientere Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen sowie die Verbesserung des Schutzes der Opfer gewährleistet werden (*Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*, 2011).

Zur Umsetzung der dargestellten Ziele des ersten und zweiten Aktionsplans der Bundesregierung wurden Interventionsprojekte ins Leben gerufen. Von den nachfolgend vorgestellten Modellprojekten besteht die Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen (BIG e. V.) am längsten. Dieses, 1995 initiierte Projekt (BIG e. V., 2006) ging aus einem Zusammenschluss aktiver Frauen der Frauenbewegung aus dem Jahr 1993 hervor. Vorbild dieses Interventionsprogramms ist das *Domestic Abuse Intervention Project (DAIP)*, das 1979 in Duluth/Minnesota in den USA implementiert wurde und weltweit das älteste Interventionsprojekt ist. BIG e. V. verfolgt als langfristiges Ziel, Frauen und ihren Kindern Sicherheit und Schutz vor häuslicher Gewalt zu geben und ein Leben ohne Gewalt zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, wurden Einzelziele formuliert. Zum einen möchten sie Rahmenbedingungen schaffen, in denen Gewalt in ihrer Entstehung verhindert und die von Gewalt betroffenen Personen unterstützt und geschützt werden können. Dazu wurden mit Hilfe von verschiede-

nen Fachleuten Unterstützungsangebote entwickelt. Zum anderen sollen die Rechte misshandelter Frauen gestärkt und die Täter zur Verantwortung gezogen werden. Außerdem soll so auch das Vorgehen aller beteiligten Einrichtungen gegen häusliche Gewalt koordiniert und die Öffentlichkeit über männliche Gewalt gegen Frauen aufgeklärt sowie Präventionsarbeit etabliert werden. Zur Verwirklichung dieser Ziele ist eine effiziente Arbeit auf verschiedenen Ebenen notwendig. Der Verein BIG e. V., der sich seit über 20 Jahren gegen häusliche Gewalt engagiert, ist Träger von drei Einrichtungen: Die BIG Koordinierung wendet sich an Berufsgruppen, die sich mit häuslicher Gewalt befassen. Bei der BIG Prävention steht, wie der Name bereits vermuten lässt, die kostenfreie Präventionsarbeit zu diesem Thema an Schulen für Kinder, Eltern und Pädagogen im Zentrum der Arbeit. Die erste bundesweite Hilfehotline bei häuslicher Gewalt ist die BIG Hotline mit der zentralen Rufnummer 030 – 6110300. Sie bietet eine telefonische Erstberatung (täglich rund um die Uhr erreichbar) und ist die dritte Einrichtung des Vereins (BIG e. V., 2013, n.d.).

Ähnlich wie die Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen, die für vier Jahre (1995 – 1999) von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) als Modellprojekt gefördert wurde (BIG e. V., n.d.), wurde auch das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) durch das BMFSFJ finanziert. Es richtete sich an niedergelassene Ärzte, die darin unterstützt wurden Folgen von Gewalt zu erkennen, anzusprechen und mit den betroffenen Patienten fachlich sicher umzugehen sowie die Verletzungen gerichtsverwertbar zu dokumentieren. Das Projekt hatte eine Laufzeit von drei Jahren (2008 – 2011) und wurde an fünf Standorten (Berlin, Düsseldorf, Kiel, München und dem Ennepe-Ruhr-Kreis) durchgeführt. Die Zielsetzung dieses Projektes bestand hauptsächlich darin, Interventionsprogramme und Schulungskonzepte einzuführen und zu erproben sowie eine Sensibilisierung für dieses Thema zu schaffen. Mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen wurden Arbeitsmaterialien für den Praxisalltag gestaltet, in denen die Kernaspekte einer Gewaltopferbetreuung abgebildet wurden. Zu den drei Trägern des Modellprojekts, die im Weiteren noch ausführlicher dargestellt werden, zählen das Berliner Projekt S.I.G.N.A.L. e. V., das GESINE-Netzwerk in Witten/Ennepe-Ruhr-Kreis sowie das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD). Das Institut für Rechtsmedizin koordinierte die Arbeit im Projekt an den Standorten Düsseldorf, Kiel und München, jeweils in Zusammenarbeit mit den dortigen rechtsmedizinischen Instituten. Die Ergebnisse dieser Teilprojekte (Rechtsmedizin als Koordinationszentren für die jeweilige Region sowie im anderen Teilprojekt Koordination über die psychosozialen Hilfezentren vor Ort) wurden abschließend in einem Implementierungsleitfaden zusammengefasst. Sie zeigen so neue Wege der gesundheitlichen Versorgung bei der Diagnose, der Behandlung und der gerichtsfes-

ten Dokumentation von Gewaltfolgen sowie bei der Vermittlung von Unterstützungsangeboten auf (Graß et al., 2013; Sellach et al., 2011).

S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen – ist ein seit 2002 eingetragener Verein, der aus einer seit 1997 tätigen Projektgruppe entstanden ist und mit seinen Angeboten zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung für Betroffene häuslicher und sexualisierter Gewalt beitragen möchte. Zentrales Ziel dieses Projektträgers des Modellprojekts MIGG, mit dem Standort Berlin, ist es, Gewalt in Anamnese, Diagnostik und Therapie stärker zu berücksichtigen und den von Gewalt betroffenen Frauen eine bedarfsgerechte Versorgung zu bieten. Das Interventionsprojekt bietet u. a. Fortbildungen zu diesem Thema und dem Umgang mit Gewaltopfern an, es werden Materialien zur gerichts-festen Dokumentation von Verletzungen bereit gestellt und Einrichtungen wird bei der Implementierung von Interventionsmaßnahmen geholfen. Dadurch soll häusliche Gewalt als mögliche Ursache und Kontext von Verletzungen, Erkrankungen und Beschwerden näher in das Bewusstsein gerückt werden. Die Opfer in der Ersten Hilfe des Universitätsklinikums Benjamin Franklin (Charité Campus Benjamin Franklin – CBF), wo das Projekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ im September 1999 etabliert wurde, erhalten neben der direkten medizinischen Versorgung und einer gerichtsverwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden auch weitere Hilfestellungen. Dazu zählen u. a. Gesprächsangebote, Informationen über weitere Hilfsangebote und Zufluchtsorte sowie die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit diesen Einrichtungen. Die gezielte Öffentlichkeitsarbeit ist ein weiterer wichtiger Bestandteil, um das Thema häusliche Gewalt zunehmend zu enttabuisieren (Hellbernd et al., 2005).

Das GESINE-Netzwerk – Intervention gegen Gewalt an Frauen, mit dem Leitgedanken „Es ist nicht die Frage, ob Professionelle im Gesundheitswesen Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag haben, sondern lediglich wie sie diesen Kontakt gestalten.“ (Steffens und Stolte, 2005, Seite 45) hat sich die Verbesserung der Gesundheitsversorgung gewaltbetroffener Frauen im Ennepe-Ruhr-Kreis zum Ziel gesetzt. Sie möchten v. a. den Zugang zu einer gewaltsensiblen Gesundheitsversorgung und spezialisierten Unterstützungsangeboten erleichtern, indem die Berufsgruppen im Gesundheitswesen für Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt sensibilisiert werden. Außerdem soll die Umsetzung von grundlegenden Standards in der Gewaltopferversorgung gewährleistet werden. Die Tabu- und Schamgrenze soll für Betroffene so gering wie möglich gestaltet werden. Daher empfiehlt das Netzwerk Offenheit für das Thema zu zeigen und die Personen wahrzunehmen, anzusprechen, adäquat zu reagieren und zu informieren. Es wird zu einer Vernetzung mit den

regionalen Hilfsangeboten geraten, damit die Weitervermittlungsressourcen gestärkt werden und den Betroffenen somit optimal geholfen werden kann (Steffens und Stolte, 2005).

Im Rahmen des MIGG-Projekts war es dem rechtsmedizinischen Institut Düsseldorf ein besonderes Anliegen, niedergelassene Ärzte möglichst alltagstauglich im Umgang mit Gewaltopfern zu sensibilisieren und handlungsorientiert zu schulen. Im Fokus stand hier ein modular aufgebautes Schulungskonzept, das neben verschiedenen Fortbildungen auch praktische Übungen enthielt. Kerninhalte waren dabei das Erkennen und die gerichtsverwertbare Dokumentation von Gewalt, die Rechtslage, die Gesprächsführung im Kontakt mit einer von Gewalt betroffenen Person und die Psychotraumatologie. Parallel dazu wurden die regional aktiven Institutionen aus dem Gewaltopferhilfenetzwerk identifiziert und in das Schulungs- und Handlungsmodell des Projekts eingebunden. Auf diese Weise konnte eine Vernetzung zwischen den Arztpraxen und den regionalen Hilfseinrichtungen, wie z. B. Frauenberatungsstellen hergestellt werden. Zudem wurden auch die regionalen Opferschutzstellen der Polizeipräsidien und Angebote für den Schutz von Kindern sowie vorhandene Traumaambulanzen integriert (Graß et al., 2013). Auf der Internetseite des Institutes für Rechtsmedizin (<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin>) sind des Weiteren vielfältige Informationen, Dokumentationsbögen, Leitfäden, Körperschemata sowie Links und Adressen zu Beratungsstellen und Hilfeorganisationen zu finden. Hier ist auch die 2005 erarbeitete und 2008 überarbeitete Med-Doc-Card, eine Kitteltaschenkarte mit Informationen für die Gestaltung einer aussagekräftigen Befunddokumentation und Hilfen zur Gesprächsführung zu erhalten (weitere Informationen auf der Homepage des Institutes für Rechtsmedizin des UKD).

Im Jahr 2006 wurde am UKD eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die, unter der Leitung des Institutes für Rechtsmedizin, die Verbesserung der Gewaltopferversorgung zum Ziel hatte. Es wurde ein neues Konzept erarbeitet, das mit der formellen Eröffnung der Gewaltopferambulanz im Jahr 2007 umgesetzt werden konnte. Durch die Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, kann am UKD eine interdisziplinäre Versorgung für Menschen, die Opfer von Gewalt geworden sind, angeboten werden. Als Teil dieses Hilfsnetzwerkes stellt die Ambulanz, die montags bis freitags von 09:00 – 16:00 Uhr regulär geöffnet ist, die zentrale Anlaufstelle dar. Für Notfälle steht selbstverständlich auch außerhalb der Öffnungszeiten ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung, damit den Betroffenen zu jeder Zeit bestmöglich geholfen werden kann. Das Angebot der neu eingerichteten Gewaltopferambulanz beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Eine medizinische Behandlung von körperlichen und seelischen Verletzungen
- Eine gerichtsfeste Dokumentation der vorliegenden Verletzungen sowie deren korrekte Interpretation hinsichtlich einschlägiger rechtlicher Fragestellungen
- Eine sachgerechte Beweis-/Spurensicherung von Untersuchungsmaterial, für u. U. sinnvoll erscheinende weitere (z. B. chemisch-toxikologische) Untersuchungen
- Eine Weitervermittlung in andere Einrichtungen des Düsseldorfer Hilfenetzwerkes

Die hier arbeitenden Rechtsmediziner sind in der Dokumentation und Interpretation von Verletzungen sowie der sachgerechten Sicherung von Spuren nach Gewalttaten speziell geschult, worin die Kompetenz der neu implementierten Untersuchungsstelle besteht. Dies ist wichtig, da die gerichtsfeste Dokumentation (als Grundlage für eine sachgerechte Interpretation der Verletzungen) häufig maßgebend für die Aufklärung und Ahndung der Gewalttaten ist (Graß und Ritz-Timme, 2005). Zur Sicherung von Qualitätsstandards wurde die Ambulanz nach DIN ISO 17020 (forensische Inspektionsstellen) akkreditiert. Dies bedeutet, dass die zentralen Arbeitsabläufe systematisch erfasst, ihre jeweiligen Abläufe genau beschrieben und überwacht werden. Zugehörige Ressourcen werden ebenfalls strukturiert überwacht. Weitere wesentliche Aspekte des Qualitätsmanagement nach DIN ISO sind folgende Punkte: regelmäßige Überwachung der Arbeitsabläufe und deren Ergebnisse durch Audits sowie ein Fehlermanagement und die sogenannte Dokumentenlenkung. Durch die Implementierung eines solchen Qualitätsmanagementsystems soll insbesondere eine kontinuierliche Weiterentwicklung gestaltet werden. An dieser Stelle kann auf vertiefende Details des Qualitätsmanagements nicht näher eingegangen werden.

Ein weiterer, bedeutungsvoller Aspekt ist, dass dieses Angebot der Gewaltopferambulanz auch ohne vorherige Anzeige, d. h. ohne vorherige Offenbarung gegenüber den Ermittlungsbehörden genutzt werden kann und dann über eine Unterstützung des Kriminalpräventiven Rats (KPR) der Stadt Düsseldorf finanziell gesichert wird. Die Gewaltopferambulanz am UKD stellt so eine besonders niedrigschwellige Anlaufstelle für die Betroffenen dar, weil das Betreuungsangebot in den regulären medizinischen Versorgungskontext eingebettet ist. Betroffene können eine Klinik, bzw. eine Ambulanz aufsuchen und sich z. B. gegenüber ihrem Partner auch dahingehend entsprechend äußern und ausweisen, dass eine ärztliche Versorgungsstätte aufgesucht wurde.

Bei der Implementierung des neuen, interdisziplinären Konzepts mit einer Gewaltopferambulanz, stellte die Vernetzung der Fachdisziplinen, die an der Versorgung von Gewaltopfern beteiligt sind, einen Schwerpunkt der Arbeitsgruppe dar. Damit sind v. a. die Kinderklinik, die Frauenklinik, die Klinik für Unfall- und Handchirurgie und das klinische Institut für Psychoso-

matische Medizin und Psychotherapie sowie die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der HHU, Rheinische Kliniken Düsseldorf gemeint. Durch die Vernetzung steht den Betroffenen die Gesamtheit der medizinischen Disziplinen unmittelbar zur Verfügung, wodurch eine optimale Versorgung gewährleistet werden kann.

Ein weiteres Angebot des neu implementierten Konzepts der Gewaltopferversorgung am UKD ist das Beratungstelefon, das montags bis donnerstags von 09:00 - 16:00 Uhr und freitags von 09:00 – 14:00 Uhr besetzt ist. Während der übrigen Zeit ist ein Anrufbeantworter eingeschaltet, sodass kein Anruf unbeantwortet bleibt. Unter der Telefonnummer 0211 - 81 06000 stehen speziell geschulte Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin zur Verfügung, die die Betroffenen, oder auch andere Anrufer (z. B. Ärzte, Pflegepersonal, Jugendamtsmitarbeiter, etc.) beraten, einen Termin vereinbaren oder zu den Fachärzten vermitteln können, die, unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation, am besten helfen können.

Im Jahr 2010 wurde mit der Etablierung einer Kinderschutzgruppe an der Kinderklinik des UKD die Versorgung von Kindern, die von Gewalt betroffen sind, weiter optimiert. Die Kinderschutzgruppe des UKD, die Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) ist, die zum Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gehört, ist eine interne, multiprofessionelle Beratungseinrichtung. Sie ist Ansprechpartner für alle Berufsgruppen des UKD, die einen Verdacht auf Schädigung oder Gefährdung eines Kindes haben. Die verschiedenen Fachdisziplinen treffen sich regelmäßig zu Fallkonferenzen in der Kinderklinik.

Mit Hilfe der Vernetzung, sowohl am UKD, und hier speziell die Zusammenarbeit in der Kinderschutzgruppe, als auch mit den externen Arztpraxen und Hilfsangeboten (hierzu Abbildung 1), kann in Düsseldorf ein interdisziplinäres Angebot zur medizinischen Versorgung von Menschen, die Gewalt erfahren haben, angeboten werden.

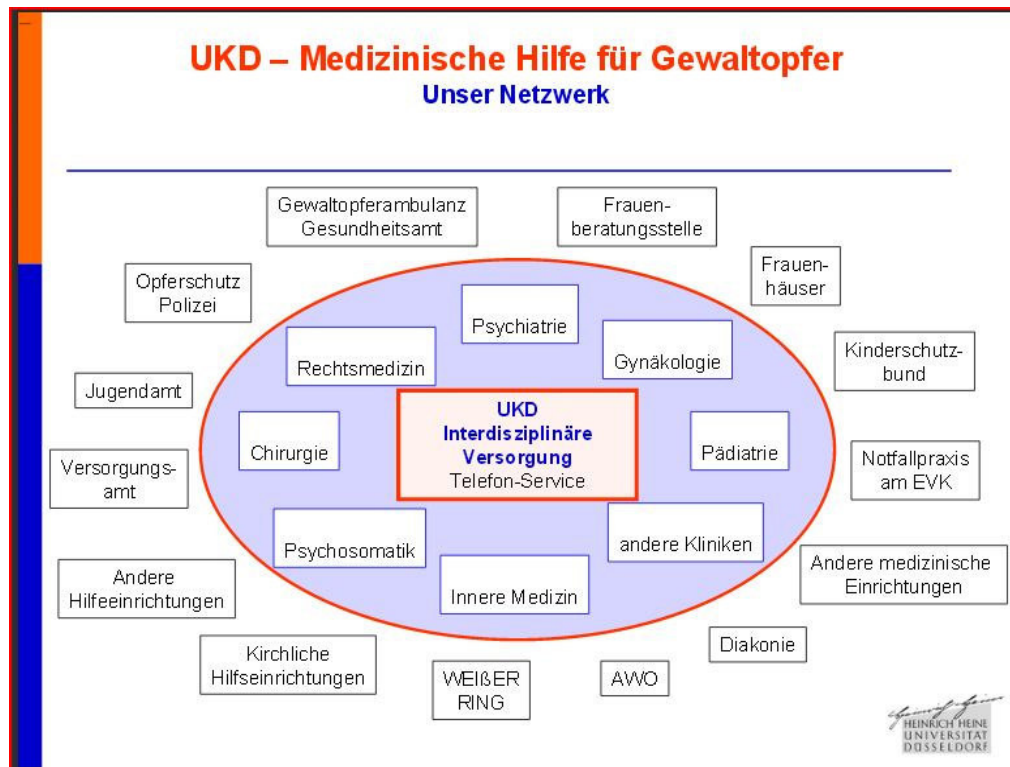


Abbildung 1: Vernetzung der Hilfeeinrichtungen für Gewaltopfer in Düsseldorf

http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_rechtsmedizin_id65/dateien/ukd_gewaltopferangebot_verbund_bild1.pdf

Abgerufen: 23.11.2014; 13:40 Uhr

2. Ziele der Arbeit

Durch die Initiative des Institutes für Rechtsmedizin des UKD wurde zunächst das Angebot hinsichtlich der Betreuung von Gewaltopfern am UKD überarbeitet und im Jahr 2007 das neue Konzept der Gewaltopferambulanz implementiert. Inwiefern diese Neuerung zu einer Änderung - im besten Fall Verbesserung - in der Gewaltopferversorgung geführt hat, soll nun geprüft werden.

Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit sollen die folgenden Fragen geklärt werden:

1. Wurde das neue Angebot mit dem Konzept der Gewaltopferambulanz angenommen und zeigt sich dies in einer steigenden Inanspruchnahme?
2. Von welchem Personenkreis wird das Angebot vornehmlich beansprucht (Geschlecht, Altersgruppe und Nationalität) und ergeben sich hier im Laufe der Jahre aufgrund von weiteren Initiativen Änderungen?
3. Gibt es eine Tendenz hinsichtlich des Zeitpunktes (bezogen auf die Monate, Wochentage und die Tageszeit), an dem sich die Gewalttat ereignet bzw. wann sich die Opfer in der Gewaltopferambulanz melden?
4. Durch wen erhielten die Betroffenen die Information bzgl. der Gewaltopferambulanz und war zuvor eine Erstversorgung nötig?
5. Wer erteilte dem rechtsmedizinischen Institut des UKD den Auftrag zur Untersuchung und wurde hierfür zuvor ein Termin vereinbart?
6. Durch welchen Personenkreis (Geschlecht, Nationalität, etc.) wurde die Gewalttat mehrheitlich verübt und in welcher Beziehung (Geschlechtskonstellation, Bekanntheit, etc.) stehen der/die Aggressor/en und das Opfer zueinander?
7. Was steht im Hintergrund der Gewalttat, welche Form von Gewalt (seelische oder körperliche) steht im Vordergrund des Geschehens und wurde schon häufiger Gewalt gegen die betroffene Person angewendet?
8. Wo, im privaten oder öffentlichen Raum ereignete sich die Gewalttat?
9. Welches Verletzungsmuster (Anzahl, Art und Lokalisation) zeigte sich bei den Untersuchungen vorwiegend?
10. Welchem Schweregrad können die Verletzungen zugeordnet werden?
11. Wurde eine Anzeige durch das Opfer bzw. durch Dritte getätigt?
12. Entspricht die Dokumentation den Standards (fixiert nach DIN ISO 17020) des Institutes für Rechtsmedizin des UKD?
13. Inwiefern wird das im neuen Konzept der Gewaltopferversorgung integrierte Beratungstelefon genutzt?

Die dargelegten Fragen werden zum einen mit den Daten aus dem Jahr 2004 und denen aus den Jahren 2007 – 2010 beantwortet. Dabei dient das Jahr 2004 als Vergleichsjahr zum Stand vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz. Der Zeitraum 2007 – 2010 wurde gewählt um einen Verlauf darzustellen. Insofern sich eine Änderung der Zahlen hinsichtlich einer Fragestellung über die Jahre ergibt, wird dieser weiter nachgegangen. Dabei sind v. a. Änderungen des Personenkreises, der das Angebot in Anspruch nimmt von Interesse. Des Weiteren wurden bei einigen Fragestellungen verschiedene Aspekte in ein plausibles Beziehungsgefüge gestellt, um Unterschiede bspw. hinsichtlich der Geschlechter herauszufinden.

3. Material und Methode

In diesem Kapitel sollen zunächst wesentliche Begriffe, die für das Verständnis dieser Arbeit nötig sind, definiert werden. Im Anschluss daran wird auf das Material eingegangen, auf das sich im weiteren Verlauf bezogen wird. Außerdem wird die Methodik, mit deren Hilfe das Material ausgewertet wurde, vorgestellt.

3.1 Definition wesentlicher Begriffe

Zunächst sollen einige wichtige Begriffe, deren Kenntnisse im weiteren Verlauf dieser Arbeit für das Verständnis und die Abgrenzung wichtig sind, definiert werden. Sie werden in die Untergruppen „gewaltspezifische Begriffe“ und „zentrale Begriffe für die Datenauswertung“ unterteilt.

Gewaltspezifische Begriffe:

- **Gewalt**

„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.“ (Weltgesundheitsorganisation, 2003)

- ***Intimate partner violence (IPV)***

In dem *World Report on Violence and Health* wird der Begriff der *intimate partner violence (IPV)* als ein Verhalten in einer partnerschaftlichen Beziehung definiert, das sowohl physische (z. B. schlagen, treten) und psychische (z. B. Einschüchterung, Erniedrigung), als auch sexuelle Gewalt und Nötigung sowie ein kontrollierendes Verhalten (z. B. Isolation von Familie und Freunden) beinhalten kann (Krug et al., 2002).

- **öffentliche Gewalt**

Der Begriff der öffentlichen Gewalt wurde im Rahmen des Forschungsprojektes zur Gewaltopferbetreuung an den verschiedenen Instituten des UKD eingeführt. Er fasst solche Fälle zusammen, in denen die Auseinandersetzungen außerhalb des familiären Umfeldes statt-

fanden. Dies schließt sowohl Fälle ein, in denen sich die beteiligten Personen unbekannt waren, als auch Gewalt zwischen Freunden bzw. Bekannten, die weder miteinander verwandt sind, noch in einer näheren Beziehung zueinander stehen (Daßler, 2013).

- **stumpfe Gewalt**

„Unter stumpfer Gewalt versteht man die mechanische Einwirkung einer mehr oder minder begrenzten Fläche gegen den menschlichen Körper, wobei jedes Körperteil (Kopf, Rumpf, Gliedmaßen) gleichermaßen betroffen sein kann.“ (Madea, 2007, Seite 112)

Diese Form von Gewalt kann noch weiter in stumpfe ungeformte und geformte Gewalt unterteilt werden. Bei der stumpfen geformten Gewalt sind Anteile von geformten Hauteinblutungen (intrakutane Blutungen) im Sinne eines Positivabdrucks (z. B. Schuhsohle, Handabdruck) bzw. Negativabdrucks (z. B. Doppelkontur bei Stockhieb) zu finden.

- **scharfe Gewalt**

Als scharfe Gewalt gelten Verletzungen, die durch spitz zulaufende oder schneidende Werkzeuge beigeführt werden. Gekennzeichnet sind sie durch Gewebedurchtrennungen und das Fehlen von Gewebebrücken in der Tiefe der Verletzung mit i. d. R. gradlinigen und glattrandigen Wundrändern sowie das Fehlen eines Vertrocknungs-, Schürf- und Quetschsaumes – ausgenommen sind Messerstiche bis zum Messerheft (Madea, 2007).

Unterschieden werden Stich-, Schnitt- und Hiebverletzungen:

„Stichverletzungen [sind die] Folge einer Gewebedurchtrennung mittels spitz zulaufendem Werkzeug (z. B. Messer), das überwiegend senkrecht zur Körperoberfläche geführt wird, mit einem in die Tiefe reichenden Stichkanal.“ (Madea, 2007, Seite 125)

„Schnittverletzungen mit der Folge einer längs verlaufenden scharfen Gewebedurchtrennung bei überwiegend parallel und/oder tangential zur Körperoberfläche geführtem Werkzeug.“ (Madea, 2007, Seite 125)

„Hiebverletzungen als Folge einer Schlagverletzung mittels scharfem Werkzeug (schwere Werkzeuge mit zumindest einer schneidenden Seite: Äxte, Beile, Säbel, Macheten, Propeller, Schiffsschraube).“ (Madea, 2007, Seite 125)

Zentrale Begriffe für die Datenauswertung

- **Unmittelbare Untersuchung**

Bei einer unmittelbaren Untersuchung findet ein unmittelbarer Kontakt zwischen einem Rechtsmediziner des klinischen Institutes für Rechtsmedizin des UKD mit der von Gewalt betroffenen Person statt. Hier werden unmittelbar, d. h. ohne Mittelsperson die Verletzungen von einem Rechtsmediziner des UKD untersucht, begutachtet und dokumentiert.

- **Mittelbare Begutachtung**

Als eine mittelbare Begutachtung wurden die Fälle klassifiziert, bei denen kein unmittelbarer, sprich persönlicher Kontakt zwischen der betroffenen Person und einem Rechtsmediziner des UKD bestand. Die Stellungnahme der Rechtsmedizin zu diesen Fällen gründet dann z. B. auf übermittelten Fotos, Krankenhausakten oder verschiedenen Zeugenaussagen.

- **Schweregrad der Verletzungen**

In dieser Datenauswertung wird auch betrachtet, welche Schweregrade den dokumentierten Verletzungen zuzuordnen sind. Hierfür wird das Gesamtbild der dokumentierten Befunde in drei Kategorien eingeteilt: keine Verletzungen, nicht lebensbedrohliche Verletzungen und potentiell lebensbedrohliche Verletzungen.

In der Kategorie „potentiell lebensbedrohliche Verletzungen“ werden diejenigen zusammengefasst, die ohne weitere Maßnahmen bzw. in höherer Intensität zum Tode hätten führen können. Darunter fallen bspw. solche Fälle, in denen Gewalt gegen den Hals ausgeübt wurde und ein Kriterium dokumentiert wurde, das belegt, dass die Halsgefäße lebensbedrohlich gestaut wurden (z. B. Stauungsblutungen, ungewollter Urin- oder Kotabgang, kurzzeitiger Bewusstseinsverlust, Atembehinderung, -not). Außerdem fallen solche Fälle in diese Kategorie, bei denen eine epi-, subdurale oder intrakranielle Blutung dokumentiert war. Da die Mortalitätsrate nach einem Schütteltrauma mit 20 – 25 % sehr hoch liegt und mehr als zwei Drittel der Überlebenden neurologische Folgeschäden in unterschiedlicher Ausprägung erleiden, wird auch dieses Gewaltereignis als potentiell lebensbedrohlich eingestuft (Herrmann und Sperhake, 2005; Lind et al., 2013). Musste der Patient aufgrund des Vorfalls reanimiert werden, bestand eine Unterkühlung oder eine innere Verletzung, die ohne weitere Maßnahme zum Tode hätte führen können, wie z. B. ein Pneumothorax oder eine Milzruptur, zählten auch diese Fälle zu der Kategorie „potentiell lebensbedrohlich“.

Die Beurteilung der jeweiligen Verletzungen geschah in Anlehnung an den *Injury Severity Score (ISS)*, der zur Beurteilung bzgl. der Verletzungsschwere von polytraumatisierten Patienten erarbeitet wurde (Baker et al., 1974). Er greift auf den *Abbreviated Injury Scale (AIS)* zurück, bei dem der Körper in sechs anatomische Regionen unterteilt wird. Diesen Regionen werden die jeweiligen Verletzungen, die auf einer Skala von 0 – 6 (unverletzt, gering, ernsthaft, schwer, sehr schwer, kritisch und maximal verletzt) bewertet werden, zugeordnet. Nicht genauer beschriebene Verletzungen erhalten die Ziffer 9 (Haasper et al., 2010). Zur Berechnung des *ISS* werden die *AIS-Scores* der drei schwersten Verletzungen aus drei unterschiedlichen Körperregionen verwendet. Diese werden jeweils quadriert und im Anschluss daran die Quadrate addiert ($ISS = (AIS R_1)^2 + (AIS R_2)^2 + (AIS R_3)^2$). In einer retrospektiven Auswertung von 50 Tötungsdelikten konnte gezeigt werden, dass der *ISS* nicht nur zur Klassifizierung der Schwere eines Traumas geeignet ist, sondern auch bei forensischen Fragestellungen zu einer objektiven und reproduzierbaren Graduierung der Verletzungsschwere beitragen kann (Schmidt et al., 2002).

Aus diesem Grund wurden die vorliegenden Daten in Anlehnung an den *ISS* ausgewertet. Bei der Beurteilung der jeweiligen Summe von Verletzungen wurde jeder Fall hinsichtlich des Alters des Opfers und der Umstände individuell betrachtet und in die verschiedenen Kategorien, wie zuvor beschrieben, eingeteilt.

3.2 Material

Ausgewertet wurden solche Patientenakten aus dem Archiv des Institutes für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD), die einen mittelbaren (Aktengutachten, z. B. Vorlage von Fotodokumentationen und Berichten) und/oder unmittelbaren (hiesige rechtsmedizinische Untersuchung) Kontakt mit lebenden Personen nach einer Gewalterfahrung betreffen.

Zunächst wurden Falldaten aus dem Jahr 2004 im Sinne einer exemplarischen Basiserhebung als Vergleichsjahrgang ausgewertet. Dieser Jahrgang wurde u. a. gewählt, da, bezogen auf dieses Jahr, Erhebungen zu der medizinischen Versorgung von Gewaltopfern auch aus anderen Instituten des UKD, wie z. B. der Kinderklinik (Gölz, 2011), der Frauenklinik (Seibel, 2011), der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Müller, 2011) und der Unfall- und Handchirurgie (Daßler, 2013) bereits vorlagen. In 2004 lag eine andere Angebotsstruktur für die Gewaltopferbetreuung am UKD vor als in den darauf folgenden Jahren. Hier wurde durch die Initiative des Institutes für Rechtsmedizin ein verändertes Konzept,

das bereits in der Einleitung näher erläutert wurde, erarbeitet und mit der formellen Eröffnung der Gewaltopferambulanz im Jahr 2007 implementiert.

Im Weiteren wurden Fallakten aus den Jahren 2007 – 2010 mit gleicher Methode und Datenbankabfrage (siehe hierzu den „Exzerptbogen Fallauswertung Akten“ im Anhang) erhoben. Dieser Zeitraum wurde gewählt, um einen Vergleich zum Jahr 2004 darzustellen, sowie die Entwicklung der Fallzahlen (*follow up*) nach Implementierung des neuen Angebotes in der Gewaltopferversorgung am UKD zu evaluieren.

Zusätzlich konnte auf eine anonymisiert geführte Fallliste der Klinik für Unfall- und Handchirurgie (gesammelt und zur Verfügung gestellt durch PD Dr. med. Jungbluth) zugegriffen werden. In dieser Klinik werden vor allem außerhalb der regulären Versorgungsangebote im niedergelassen ärztlichen Bereich Patienten mit Verletzungen notfallmäßig versorgt. Der abgebildete Zeitraum vom Januar 2007 bis Mai 2010 erlaubt zumindest zahlenmäßig einen Vergleich zwischen den unfallchirurgisch versorgten und nachfolgend sich rechtsmedizinisch vorgestellten Gewaltopfern. Denn, seit 2007 werden in der Unfall- und Handchirurgie identifizierte Gewaltopfer über das rechtsmedizinische Angebot beraten und erhalten eine Empfehlung, sich dort vorzustellen. Durch die Überprüfung der Angaben von rechtsmedizinisch betreuten Gewaltopfern bezüglich der zuweisenden Institution (Abfrage des Informationsgebers zur rechtsmedizinischen Ambulanz) ist so ein Abgleich der Fallzahlen möglich.

Ergänzend erfolgte eine Auswertung der Niederschriften zu den fernmündlichen Kontakten unter der Rufnummer 0211 - 81 06000. Das, unter der angegebenen Telefonnummer erreichbare Beratungstelefon ist Bestandteil des ab 2007 implementierten neuen Angebots für Gewaltopfer.

Der Schnitt der Datenerhebung wurde bewusst nach dem Jahr 2010 gesetzt. So war zum einen davon auszugehen, dass vollständige Patientenakten vorlagen und zum anderen hatten Patienten und öffentliche Institutionen (z. B. Gericht oder Polizei) ausreichend Zeit, Daten abzurufen, sodass dies zum Zeitpunkt der Erhebung mit erfasst werden konnte, sofern entsprechende Informationen zu den Fällen vorhanden waren.

3.3 Methode

Bei der Datenerfassung und Auswertung handelt es sich um eine retrospektive, deskriptive Analyse. Vorhandene Fallakten des Institutes für Rechtsmedizin wurden unter Beachtung des Datenschutzes unter Verwendung einer einheitlichen Auswertungsmatrix (siehe Anhang) bearbeitet. Die anonymisierten Daten aus den vorliegenden Akten des Institutes für Rechtsmedizin des UKD wurden mittels einer speziell für diese Fragestellung angelegten Datenbank erhoben. Als Basis für diese Datenbank diente der Datenbogen aus den Studien zum Thema der medizinischen Gewaltopferversorgung anderer Institute des UKD (der Unfall- und Handchirurgie (Daßler, 2013), der Kinderklinik (Gölz, 2011), der Gynäkologie (Seibel, 2011) und der Psychosomatik (Müller, 2011)), die sich auf die Erhebungsbögen aus ähnlichen Studien der Rechtsmedizin Hamburg (Seifert et al., 2006a) und Köln (Päsler, 2010) stützen. Die einzelnen Items wurden thematisch unter den zugehörigen Überschriften zusammengefasst.

Die Datenbank, die detailliert im Anhang als „Exzerptbogen Fallauswertung Akten“ vorliegt, lässt sich in zwei Abschnitte gliedern. Der erste Teil thematisiert allgemeine Angaben zur geschädigten und beschuldigten Person, sowie Zeit, Ort, Häufigkeit, Motiv und Hintergrund der Gewalttat. Die Befunderhebung und das weitere Procedere sind Bestandteil des zweiten Abschnitts.

Bei den allgemeinen personenbezogenen Angaben sind, sowohl bei der geschädigten, als auch bei der beschuldigten Person das Geschlecht, das Alter und die Nationalität von Interesse. Des Weiteren wird die von dem Opfer angegebene Anzahl an Aggressoren erfasst und ermittelt ob diese Personen dem Betroffenen bekannt sind und, ist dies der Fall, in welcher Beziehung sie zueinander stehen. Außerdem werden Angaben zum Zeitpunkt der Untersuchung und des Vorfalls erfasst und ein Vergleich zwischen diesen Daten erstellt. Es wird festgehalten ob ein unmittelbarer oder mittelbarer Kontakt zwischen einem Rechtsmediziner des UKD und den Betroffenen bestand, durch wen der Untersuchungsauftrag erteilt wurde und woher die Betroffenen den Hinweis auf das Untersuchungsangebot erhielten sowie ob und durch wen eine Erstversorgung nötig war. Weiterhin wird eine vor dem Kontakt mögliche Terminvereinbarung notiert und eine bereits erfolgte oder das Vorhaben einer Anzeige (durch die Person selbst oder durch Dritte) abgefragt. Der erste Abschnitt der Datenabfrage endet mit der Erhebung des vermuteten Motivs, dem Hintergrund der Gewalt, dem Ort (privater oder öffentlicher Raum) und der Häufigkeit der Gewalt.

Im zweiten Abschnitt der Datenbank stehen der erhobene Befund sowie das weitere Vorgehen im Vordergrund. Kernaspekte sind hier die Dokumentation der Form der Gewalt (körperlich oder seelisch), der Untersuchungsbefund (exakte Angaben zur Art, Anzahl und Lokalisation der Verletzungen) sowie der Schweregrad der Verletzungen. Damit die Gewaltopferuntersuchung und –betreuung am rechtsmedizinischen Institut des UKD einer auch qualitativen Analyse unterzogen werden kann, wird die Art der Befunderhebung ebenfalls erfasst. Hier interessiert v. a. die Einbeziehung von anderen Fachrichtungen ob eine psychopathologische Einschätzung oder eine Proben-sicherung erfolgte. Anschließend wird beurteilt, ob die Diagnosesicherung und Dokumentation nach Merkmalen der im Qualitätssicherungssystem des Institutes fixierten Qualitätsstandards erfolgte. Hierzu zählt, dass die Verletzungen exakt, das heißt mit Lokalisation, Anzahl, Größe, Form und Farbe, sowie Tiefe und die Randkontur, beschrieben wurden. Als optimal gilt eine Dokumentation in einer Kombination aus Text, Körperschema und Foto (Details mit Maßstab). Abschließend wird das weitere Vorgehen im konkreten Fall thematisiert. Dokumentiert werden hier die Nachsorgeempfehlungen sowie der Abruf der Daten durch das Opfer oder Institutionen (Gericht, Polizei, Behörde) und ob unter Umständen nachgelagert ein Gutachten angefordert wurde.

Zur strukturierten Auswertung der verschiedenen Angaben wurden für bestimmte Aspekte Kategorien angelegt, deren Einteilung im Folgenden erläutert werden soll:

- Bei der Altersverteilung wurde bewusst die folgende Einteilung gewählt. Durch die Kategorisierung gemäß Kleinstkind (0 – 3 Jahre), Kleinkind (> 3 – 6 Jahre), Schulkind (> 6 – 14 Jahre), Jugendlicher (> 14 – 18 Jahre), junger Erwachsener (> 18 – 25 Jahre), Erwachsener im mittleren Alter (> 25 – 60 Jahre) und Erwachsener im höheren Alter (> 60 Jahre) kann eine Betrachtung etwaiger besonders vulnerabler Phasen vorgenommen werden.
- Durch die fachgerechte Dokumentation der Verletzungen, konnten die Fälle mehrheitlich in die verschiedenen Kategorien der Schweregrade eingeteilt werden. Dabei wird zwischen den Fällen unterschieden, in denen keine, nicht lebensbedrohliche oder potentiell lebensbedrohliche Verletzungen vorlagen.
- Bei der ausgesprochenen Empfehlung bzgl. der Nachsorge wird zwischen spezifischen und allgemeinen Hilfsangeboten unterschieden. Unter den spezifischen fallen u. a. die Empfehlung zur stationären oder ambulanten Weiterbehandlung, die Hinzuziehung des Jugendamtes sowie die Information über Frauenberatungsstellen und

Frauenhäuser. In den Fällen, in denen eine allgemeine Formulierung bzgl. der Nachsorge notiert war, wurde geprüft, ob dem Betroffenen Informationen zu dem Umgang mit dem Befundbericht, zum Verhalten bei möglichen weiteren Folgebeschwerden sowie zu möglichen weiteren Hilfen in Form von psychosozialer Beratung/Begleitung gegeben wurde. Zusammengefasst werden diese Fälle unter der Rubrik „allgemeines Angebot des Hilfenetzwerkes“.

- Zu einer optimalen und gerichtsverwertbaren Dokumentation zählt, gemäß den Qualitätsgrundlagen (Akkreditierung nach DIN ISO 17020) am Institut für Rechtsmedizin des UKD, die exakte Beschreibung der Verletzungen in der Regel durch einen beschreibenden Text (Wo? Was? Wie?) sowie die Darstellung im Körperschema und eine Fotodokumentation (sofern geboten). Waren diese Kriterien in Gänze erfüllt, wurde der Fall als „komplett dokumentiert“ gewertet. Fehlte eines dieser Kriterien, so galt dieser Fall als „nicht komplett dokumentiert“. Eine Ausnahme bildeten die Gutachten. Da hier das Körperschema als Standard nicht vorgesehen ist, wird es in diesen Fällen auch nicht als fehlend gewertet. Die Fälle, in denen keine Verletzungen vorlagen bzw. eine Untersuchung oder die Fotodokumentation verweigert wurden, zählen bei entsprechender Begründung auch zu der Rubrik „komplett dokumentiert“. Wurden die klinischen Konsile auf dem Konsilschein mit einer ausreichenden Beschreibung, hinsichtlich der Lokalisation, Ausdehnung, Form und Farbe der Verletzungen beantwortet, wurden auch diese als „komplett dokumentiert“ bewertet.

Die Dokumentationen zu den Telefonkontakten wurden ebenfalls mit einer eigens für diese Auswertung angelegten und nach den ersten probeweisen Datenerfassungen (*Pre-Test*) leicht modifizierten Datenbank erfasst. Auch diese Auswertungsmatrix liegt im Anhang in Form eines Exzerptbogens vor (Exzerptbogen „Fallauswertung Telefonkontakte“). Bei der Analyse interessiert hier vor allem, wer zu welchem Zeitpunkt warum anrief, der Hintergrund der Gewalttat und der Fokus des Gesprächs im Abschluss, z. B. ob eine thematische Beratung erfolgte, eine Weitervermittlung ausgesprochen oder ein Termin in der rechtsmedizinischen Ambulanz vereinbart wurde.

Falls Daten nicht wie erwartet erhoben werden konnten, wird auf diese Items nicht näher eingegangen.

Die anonymisierte Fallliste aus der Unfall- und Handchirurgie (gesammelt und zur Verfügung gestellt durch PD Dr. med. Jungbluth) wurde, zwecks Abgleich mit den Fallzahlen des

rechtsmedizinischen Institutes rein zahlenmäßig ausgewertet. Eine fall- und damit personenbezogene Überprüfung erfolgte auch aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht.

Die datenschutzrechtlichen Vorgaben wurden durch die anonymisierte Datenerhebung und Auswertung sowie durch eine schriftliche Erklärung zur Verschwiegenheit durch die in die Akten Einsicht nehmende Person eingehalten.

Die hier vorgelegte Ausarbeitung wurde in ihrer Konzeption der Ethikkommission am UKD vorgestellt und erhielt ein positives Votum unter der Studiennummer 3648.

Anhand der Exzerptbögen (siehe Anhang) wurde mit Hilfe des Programms Microsoft Excel 2007 eine Datenbank erstellt, in welche die erhobenen Daten eingetragen wurden. Auch die Auswertung der Daten sowie die Veranschaulichung der Ergebnisse anhand von Diagrammen erfolgte deskriptiv statistisch in diesem Programm. Die Verschriftlichung der Arbeit sowie die Darstellung der Ergebnisse mittels Tabellen erfolgten unter Verwendung des Programms Microsoft Word 2007.

Aus Gründen der besseren Übersicht, Leserlichkeit und um deutlichere Aussagen zu schaffen, wurden die Daten in der gesamten Arbeit kaufmännisch auf ganze Zahlen gerundet. Unter Umständen werden dadurch Summenwerte von > 100 % erreicht, die allerdings als Rundungsartefakte zu werten sind.

4. Ergebnisse

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Akten aus der Gewaltopferambulanz aus den Jahren 2004 und 2007 – 2010 sowie auf ausgewerteten schriftlichen Gutachten, die sich in diesen Jahren mit dem Thema Gewalt befassten. Die Auswertung dieser Daten erfolgt anhand des in Kapitel 3.3 vorgestellten Exzerptbogens (siehe Anhang). Daher befasst sich die folgende Darstellung der Ergebnisse zunächst mit den allgemeinen Angaben der geschädigten Personen, des mutmaßlichen Aggressors und des Tathergangs. Daran anschließend werden der Befund und die weitere Vorgehensweise sowie die Dokumentationsarbeit genauer beleuchtet. Außerdem erfolgen eine ergänzende Auswertung von Daten, die von der Unfall- und Handchirurgie des UKD zur Verfügung gestellt wurden sowie eine Analyse der dokumentierten Anrufe, die über das Gewaltopfertelefon 0211 - 81 06000 eingingen.

4.1 Angaben zu den in der Gewaltopferambulanz betreuten Personen

Zunächst werden die Angaben zu den Personen, die sich in der Gewaltopferambulanz vorgestellt haben (nachfolgend „Opfer“ genannt, im Sinne „von Gewalt betroffenen Personen“) und zu den Personen, zu denen schriftliche Gutachten verfasst wurden, dargestellt. Dabei wird zum einen auf die Anzahl der Opfer in den verschiedenen Jahren und zum anderen auf das Geschlecht, die Nationalität und das Alter der Opfer eingegangen.

4.1.1 Fallzahlen der (mittelbaren und unmittelbaren) Opfer

In den Jahren 2004 und 2007 – 2010 wurden insgesamt 586 Patienten sowohl unmittelbar als auch mittelbar klinisch-rechtsmedizinisch untersucht bzw. begutachtet. Eine Übersicht gibt Tabelle 1. Dabei ist, wie in Abbildung 2 deutlich ersichtlich wird, ein stetiger Anstieg der Gesamtfallzahl über die Jahre zu verzeichnen. Im Jahr 2004, dem exemplarischen Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz, wurden 14 Patienten klinisch-rechtsmedizinisch begutachtet. Die Inanspruchnahme stieg im Jahr 2007 um mehr als das siebenfache auf 101 Patienten an, die das neu implementierte Angebot der Rechtsmedizin zu einer Begutachtung und Befundung in Anspruch nahmen. Im Vergleich zu den nächsten folgenden Jahren 2008 und 2009 wuchs die Anzahl weiter um 44 % auf 145 Pati-

enten im Jahr 2008 und 146 im Jahr 2009. Im Jahr 2010 nahmen 180 geschädigte Personen das Angebot der Gewaltopferambulanz in Anspruch, was einer weiteren Zunahme von 23 % entspricht.

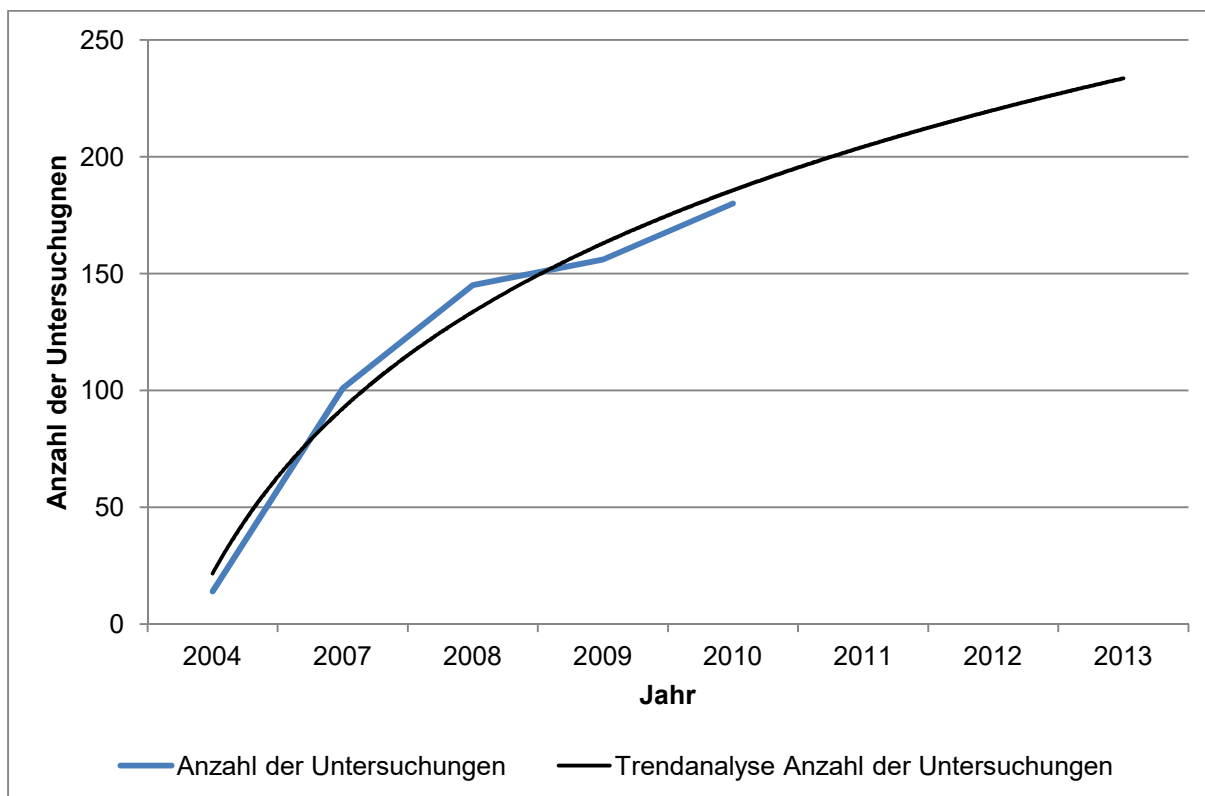


Abbildung 2: Anzahl der Untersuchungen in der Gewaltopferambulanz

Die Daten lassen in einer logarithmischen Trendanalyse einen weiteren Anstieg der Fallzahlen in den folgenden Jahren vermuten. Demnach würde rechnerisch die Fallzahl im Jahr 2011 auf $n = 205$, auf 220 Fälle im Jahr 2012 und im Jahr 2013 auf $n = 235$ steigen. An dieser Stelle sei schon angemerkt, dass diese prognostischen Werte mit den erfassten Fallzahlen, die für die Jahre 2011 ($n = 192$) und 2012 ($n = 221$) vorliegen, durchaus übereinstimmen.

In Tabelle 1 werden die Fälle noch einmal dahingehend unterschieden, ob es sich um eine unmittelbare Untersuchung oder um eine mittelbare Begutachtung des Falls handelte. Der Unterschied, wie in Kapitel 3.1 dargestellt, liegt darin, dass bei einer unmittelbaren Untersuchung ein Rechtsmediziner des klinischen Institutes für Rechtsmedizin des UKD mit der betroffenen Person spricht und diese hinsichtlich ihrer Verletzungen untersucht. Bei den mittelbaren Begutachtungen besteht dagegen kein unmittelbarer Kontakt zwischen dem Opfer und einem Arzt der Rechtsmedizin. Die Stellungnahme der Rechtsmedizin zu diesen Fällen

gründet dann z. B. auf übermittelten Fotos, Krankenhausakten oder verschiedene Zeugen-
aussagen.

Jahr	unmittelbare Untersuchungen		mittelbare Begutachtungen		Gesamt (100 %)
	n	[%]	n	[%]	n
2004	11	79	3	21	14
2007	96	95	5	5	101
2008	133	92	12	8	145
2009	139	95	7	5	146
2010	161	89	19	11	180
Gesamt	540	92	46	8	586

Tabelle 1: Fallzahlen unmittelbarer Untersuchungen und mittelbarer Begutachtungen

Es zeigt sich, dass es sich in durchschnittlich 92 % der Fälle um unmittelbare Untersuchungen handelte. In 8 % der Fälle wurden der Rechtsmedizin Unterlagen zugesandt, die begutachtet und anhand dessen Stellung zu dem Fall bezogen wurde. Im Jahr 2004 wurden anteilig mehr mittelbare Begutachtungen durchgeführt, sodass das Verhältnis von mittelbaren Begutachtungen zu unmittelbaren Untersuchungen bei 1 : 5 liegt.

4.1.2 Geschlechterverteilung der Opfer

Jahr	Männlich		Weiblich		Gesamt
	n	[%]	n	[%]	n
2004	6	43	8	57	14
2007	32	32	69	68	101
2008	52	36	93	64	145
2009	49	34	97	66	146
2010	79	44	101	56	180
Gesamt (N)	218	37	368	63	586

Tabelle 2: Fallzahlen und Geschlechterverteilung

Bei der Geschlechterverteilung, sind die Jahre 2004, 2007 – 2009 und das Jahr 2010 gesondert voneinander zu betrachten. Wie in Tabelle 2 ersichtlich wird, entsprach die Geschlechterverteilung im Jahr 2004 einem Verhältnis (männlich : weiblich) von 1 : 1,3. Die Jahre 2007 – 2009 können zusammengefasst betrachtet werden, da die Geschlechterverteilung in

diesen Jahren sehr ähnlich ist und einem Verhältnis von 1 : 2 entspricht. Im Jahr 2010 wuchs die Anzahl der männlichen Patienten im Vergleich zum Vorjahr von $n = 49$ (2009) auf $n = 79$ (2010). Dies entspricht einer Zunahme der Inanspruchnahme von etwa 60 % bei den Männern. Aufgrund dieses enormen Anstiegs der Anzahl männlicher Patienten im Jahr 2010 näherte sich das Verhältnis der Geschlechterverteilung auf 1 : 1,3 an. Diese Annäherung ist auch in der Abbildung 3 dargestellt.

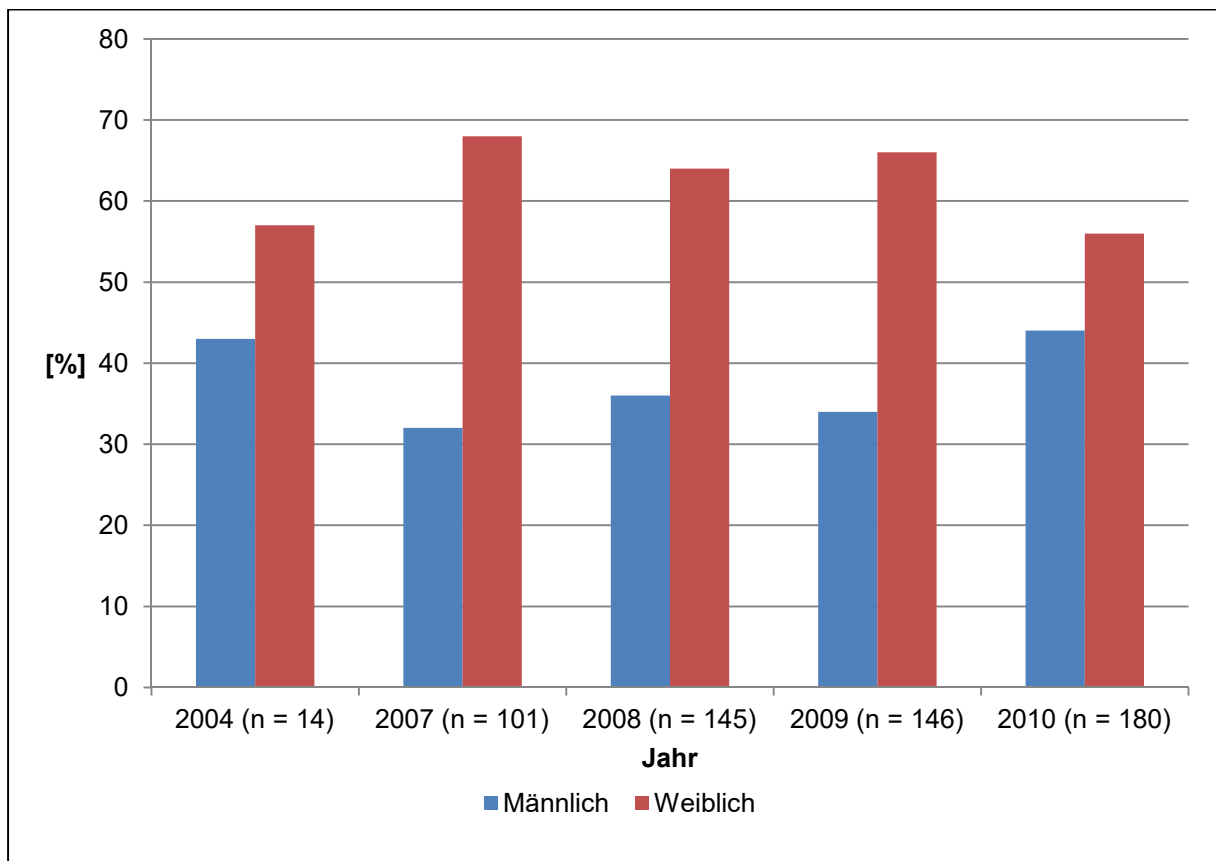


Abbildung 3: Geschlechterverteilung über die Jahre ($n = 586$)

4.1.3 Nationalität der Opfer

In den ausgewerteten Daten war in lediglich 10 von insgesamt 586 Fällen eine eindeutige Nationalität beschrieben worden. Aussagen zur Nationalität der Opfer anhand des Namens wären rein spekulativ gewesen, sodass auf die Auswertung zur Nationalität der Opfer verzichtet wurde.

4.1.4 Alter der Opfer

In dem ausgewerteten Datensatz befinden sich Opfer innerhalb einer Altersspanne von 6 Tagen bis 94 Jahren. Die Verteilung auf die verschiedenen Alterskategorien wird im Folgenden erläutert und ist in Tabelle 3 dargestellt.

Bei der Auswertung konnten 26 Fälle nicht berücksichtigt werden. Darunter 24 Fällen, bei denen kein Geburtsdatum von der von Gewalt betroffenen Person dokumentiert war. Dabei handelte es sich mit Ausnahme von zwei Fällen (n = 22) um mittelbare Begutachtungen, bei denen die Rechtsmedizin ausschließlich Zugriff auf die zugesandten Unterlagen hatte. Ist in diesen Unterlagen kein Geburtsdatum von der betroffenen Person notiert, kann dies auch nicht dokumentiert werden. In zwei Fällen wurde ein Geburtsdatum notiert, das zeitlich hinter dem Untersuchungsdatum lag und somit nicht zutreffend sein konnte. Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt von einer Gesamtzahl von n = 560 ausgegangen.

Alter [Jahre]	2004		2007		2008		2009		2010		2007 - 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
0 – 3	3	23	9	9	21	15	20	14	33	20	83	15
> 3 – 6	1	8	5	5	7	5	8	6	11	7	31	6
> 6 – 14	1	8	7	7	9	7	11	8	23	14	50	9
> 14 – 18	3	23	6	6	12	9	12	8	14	8	44	8
> 18 – 25	2	15	21	21	28	20	19	13	16	9	84	15
> 25 – 60	3	23	46	47	58	42	64	45	60	36	228	42
> 60	0	0	4	4	3	2	8	6	12	7	27	5
Gesamt	13	100	98	99	138	100	142	100	169	101	547	100

Tabelle 3: Altersverteilung

Den größten Anteil mit durchschnittlich 42 % nimmt in den Jahren 2007 – 2010 die Alterskategorie > 25 – 60 Jahre ein. Auffällig ist, dass die Kategorie der Kleinstkinder (0 – 3 Jahre) mit 15 % den drittgrößten Anteil der Alterskategorien ausmacht, obwohl diese Kategorie lediglich drei Lebensjahre umfasst.

Fasst man die ersten beiden Alterskategorien zusammen, so wird deutlich, dass im Zeitraum nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz jeder fünfte Patient der Gewaltopfer-

ambulanz jünger als sechs Jahre alt war. Im Jahr 2004 lag der Anteil der unter 6-Jährigen sogar bei 31 %.

Eine genauere Betrachtung der zusammengefassten Alterskategorie 0 – 6 Jahre veranschaulicht, dass der Anteil der jüngeren Patienten seit der Implementierung der Gewaltopferambulanz über die Jahre beständig steigt. Wurde im Jahr 2007 ein Anteil von 14 % dieser Alterskategorie verzeichnet, waren es in den Jahren 2008 und 2009 jeweils 20 %. Im Jahr 2010 steigerte sich der Anteil weiter bis auf 26 %.

Auch der Anteil der älteren Patienten nimmt über die Jahre zu. So stieg der Anteil der Erwachsenen im höheren Alter über die Jahre von 0 % (2004) über 4 % (2007) auf 7 % (2010).

Im Weiteren wird die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Alterskategorien in Tabelle 4 und in Abbildung 4 verdeutlicht. Dabei ist zu beachten, dass insgesamt von einer Anzahl von $n = 560$ ausgegangen wird, da, wie bereits erwähnt, in 26 Fällen keine oder eine falsche Altersangabe dokumentiert war und diese Fälle aus diesem Grund nicht in die spezifizierte Auswertung eingebunden werden konnten.

Alter [Jahre]	Männlich		Weiblich		Gesamt n
	n	[%]	n	[%]	
0 – 3	50	58	36	42	86
> 3 – 6	16	50	16	50	32
> 6 – 14	25	49	26	51	51
> 14 – 18	13	28	34	72	47
> 18 – 25	25	29	61	71	86
> 25 – 60	58	25	173	75	231
> 60	12	44	15	56	27
Gesamt	199	36	361	64	560

Tabelle 4: Verteilung der Geschlechter auf die Alterskategorien

Auffällig ist, dass die Geschlechterverteilung in Abhängigkeit zu den Alterskategorien variiert. Betrachtet man die Werte aus Tabelle 4, fällt auf, dass der Anteil der männlichen Oper in den ersten Lebensjahren überwiegt. Der Anteil der weiblichen Opfer dominiert hingegen die Alterskategorien ab dem 14. Lebensjahr. Dies wird auch durch das errechnete Durchschnittsal-

ter für das jeweilige Geschlecht deutlich. Dies liegt bei den männlichen Patienten bei 22,3 Jahre (SD 20,3, Median 17,5). Das Durchschnittsalter der weiblichen Opfer liegt mit 27,8 Jahren (SD 17,7, Median 26,6) höher als das der männlichen.

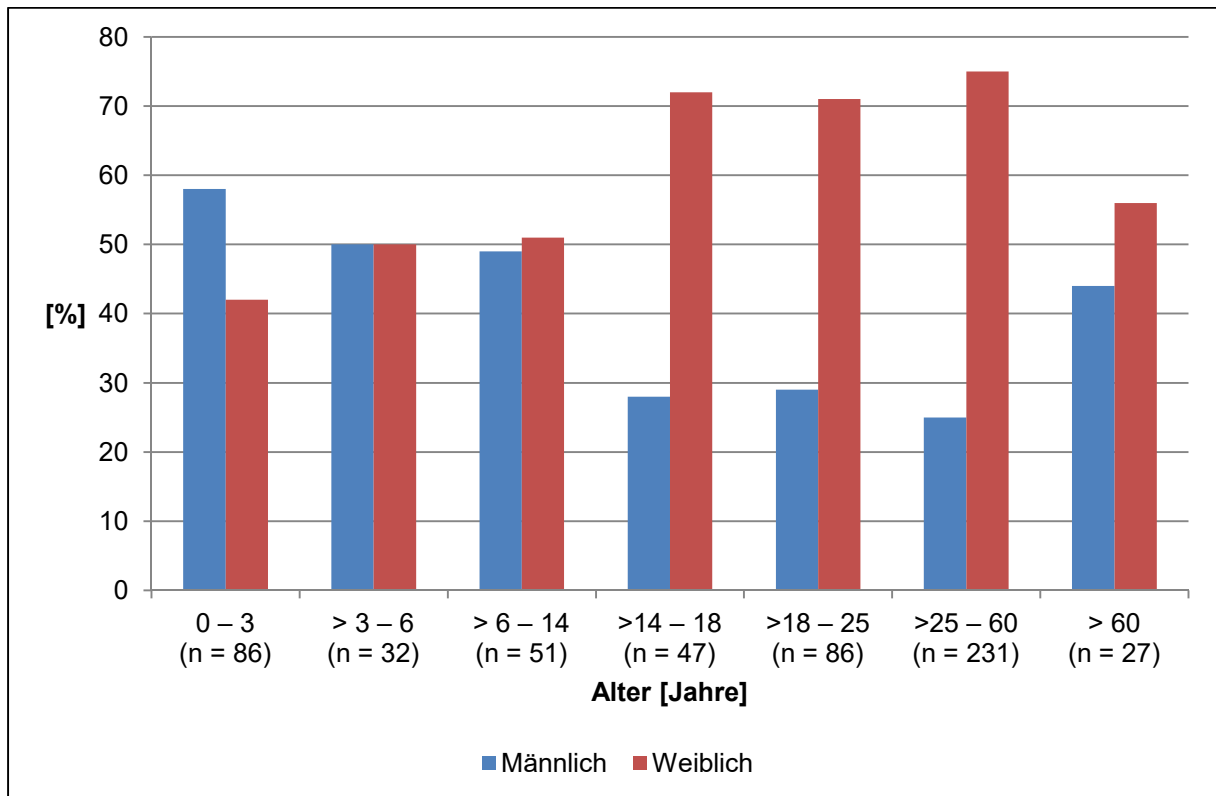


Abbildung 4: Altersverteilung (n = 560)

Bei genauer Durchsicht der einzelnen, in Abbildung 4 dargestellten Alterskategorien zeigt sich, dass der Anteil der männlichen Opfer in der Alterskategorie von 0 – 3 Jahren mit einem Anteil von 58 % gegenüber dem der weiblichen mit 42 % überwiegt, was einer Verteilung von 1,4 : 1 entspricht. In den Kategorien von > 3 – 6 und > 6 – 14 Jahren ist die Geschlechterverteilung nahezu ausgeglichen. In den darauf folgenden Alterskategorien, im Bereich von > 14 – 60 Jahren entspricht die Geschlechterverteilung von männlichen und weiblichen Opfern einem Verhältnis von 1 : 3. Die letzte Alterskategorie, die Erwachsenen im höheren Alter, zeigt mit einem Verhältnis von 1 : 1,3 wieder eine relative Angleichung der Geschlechterverteilung.

4.2 Zeitliche Verteilung der Vorfälle und Untersuchungen

Dieses Kapitel beinhaltet die Verteilung der Untersuchungen und Vorfälle über die Monate, Wochentage sowie Tageszeiten und stellt einen Vergleich zwischen diesen Verteilungen an.

- Verteilung der Vorfälle auf die Monate

Bei der Verteilung der Vorfälle auf die Monate ist zunächst zu sagen, dass in 103 Fällen keine Auskunft bzgl. des exakten Datums gegeben wurde. Weitere fünf Fälle konnten in der nachfolgenden Tabelle 5 nicht aufgeführt werden und damit auch in der Abbildung 5 keine Berücksichtigung finden, da sich je einer in den Jahren 2003 und 2005 ereignet hatte und drei Vorfälle im Jahr 2006 stattfanden. Das bedeutet, dass in diesem Abschnitt insgesamt von einer Fallzahl von $n = 478$ ausgegangen wird. Außerdem heißt dies, dass bei der Betrachtung der zusammengefassten Jahre 2007 – 2010 als Gesamtzahl $n = 466$ zu Grunde gelegt wird. In diesen Jahren liegt der Mittelwert bei 38,8 Fällen pro Monat (SD: 6,4; Median: 37,5, min.: 30 (Januar), max.: 48 (Juni, Juli und September)).

Monat	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Jan.	0	0	5	5	7	6	8	6	10	8	30	6
Feb.	2	17	8	9	7	6	14	11	13	11	42	9
März	1	8	11	12	5	4	11	8	9	8	36	8
April	0	0	8	9	11	9	12	9	8	7	39	8
Mai	1	8	8	9	9	7	10	8	8	7	35	8
Juni	0	0	9	10	9	7	17	13	13	11	48	10
Juli	1	8	13	14	12	10	12	9	11	9	48	10
Aug.	0	0	5	5	12	10	9	7	9	8	35	8
Sept.	0	0	10	11	11	9	15	11	12	10	48	10
Okt.	2	17	7	8	12	10	5	4	8	7	32	7
Nov.	3	25	5	5	13	11	13	10	8	7	39	8
Dez.	2	17	4	4	13	11	6	5	11	9	34	7
Gesamt	12	100	93	101	121	100	132	101	120	102	466	99

Tabelle 5: Verteilung der Vorfälle auf die Monate

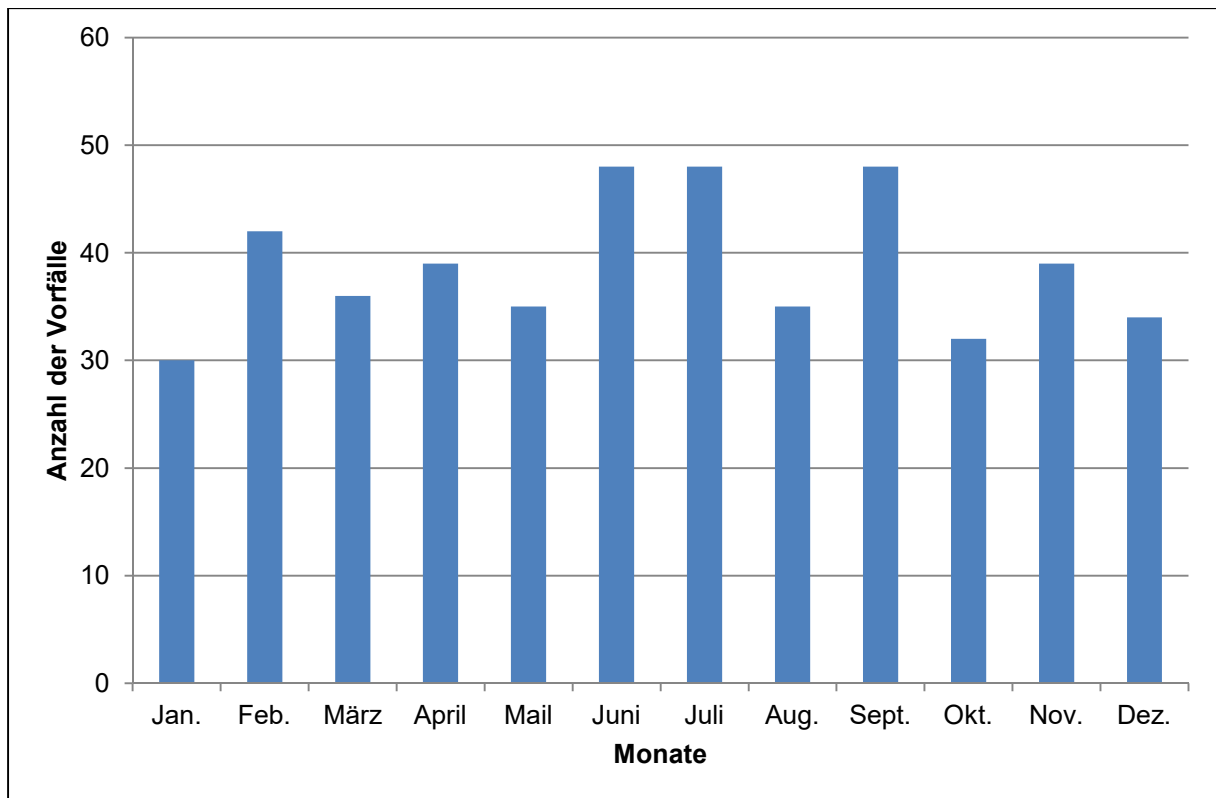


Abbildung 5: Verteilung der Vorfälle auf die Monate (2007 – 2010)

Um eine Häufung der Vorfälle in Richtung eines bestimmten Jahresabschnittes feststellen zu können, wurde das Jahr in drei gleichgroße Abschnitte, Jahresanfang (Januar – April), Jahresmitte (Mai – August) sowie Jahresende (September – Dezember) unterteilt. Auf den Jahresanfang entfallen 32 %, auf die Jahresmitte 36 % und auf das Jahresende 33 %. Damit zeigt sich eine relativ gleiche Verteilung von jeweils ca. 1/3 auf jeden Jahresabschnitt und damit keine Gewichtung zu Gunsten einer der Jahresabschnitte.

- Verteilung der Untersuchungen auf die Monate

In der folgenden Tabelle 6 sowie in Abbildung 6 ist die Verteilung der Untersuchungen auf die Monate dargestellt. Hier lässt sich keine eindeutige Fokussierung der Häufigkeiten zu Gunsten eines bestimmten Monats ausmachen. Aus diesem Grund wurde lediglich der Spalte, die die Jahre 2007 – 2010 zusammenfasst Beachtung geschenkt. Der errechnete Mittelwert in diesen Jahren beträgt 47,7 Fälle pro Monat (SD: 7,0; Median: 46, min.: 38 (Januar) max.: 62 (Juli)).

Monat	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Jan.	0	0	4	4	13	9	10	7	11	6	38	7
Feb.	1	7	10	10	4	3	14	10	17	9	45	8
März	2	14	12	12	8	6	14	10	14	8	48	8
April	1	7	7	7	13	9	15	10	11	6	46	8
Mai	1	7	10	10	11	8	11	8	12	7	44	8
Juni	0	0,0	10	10	8	6	14	10	19	11	51	9
Juli	1	7	13	13	14	10	14	10	21	12	62	11
Aug.	1	7	8	8	10	7	13	9	16	9	47	8
Sept.	0	0	13	13	14	10	15	10	18	10	60	10
Okt.	2	14	6	6	17	12	8	5	15	8	46	8
Nov.	2	14	3	3	16	11	14	10	9	5	42	7
Dez.	3	21	5	5	17	12	4	3	17	9	43	8
Gesamt	14	98	101	101	145	103	146	102	180	100	572	100

Tabelle 6: Verteilung der Untersuchungen auf die Monate

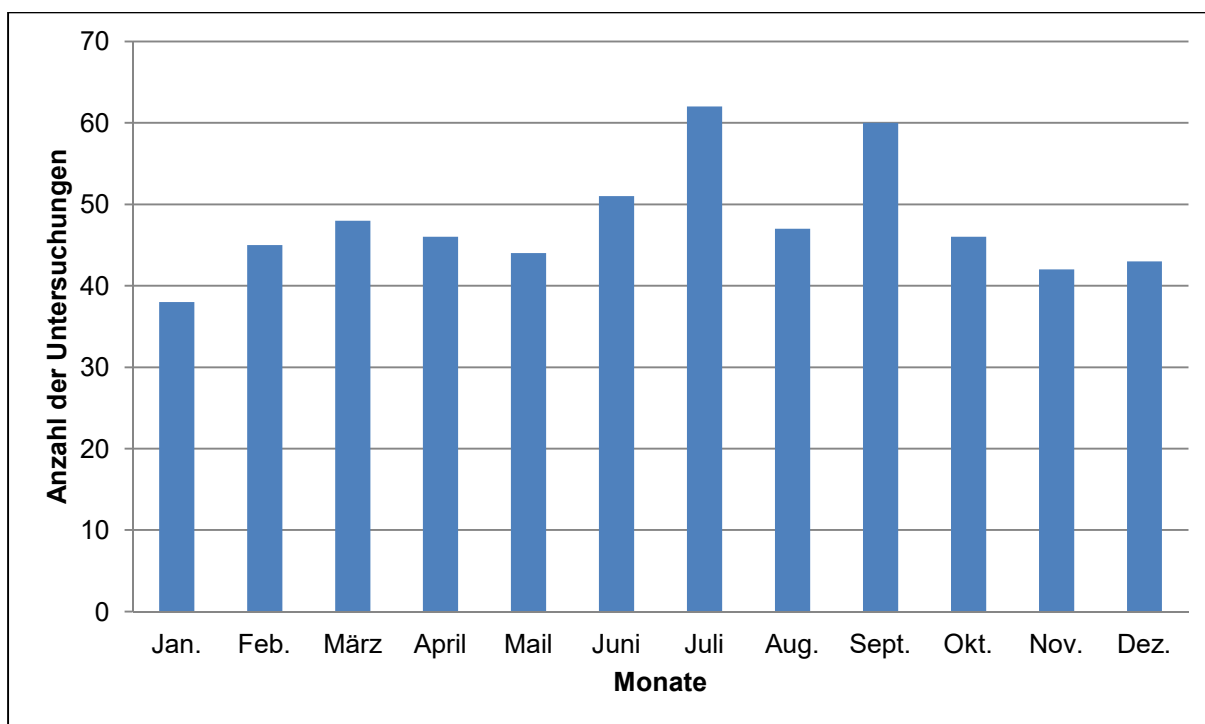


Abbildung 6: Verteilung der Untersuchungen auf die Monate (2007 – 2010)

Um eine Häufung der Inanspruchnahme des Angebots der Gewaltopferambulanz in Richtung eines bestimmten Jahresabschnittes feststellen zu können, wurde in gleicher Weise vorgegangen wie bei der im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Unterteilung des Jahres in die drei Abschnitte Jahresanfang, Jahresmitte und Jahresende. Dabei fällt eine ungefähre Drittelung des Jahres und damit keine Verlagerung der Untersuchungshäufigkeiten zu Gunsten eines Jahresabschnittes auf. In konkreten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass am Jahresanfang 31 %, in der Jahresmitte 36 % das Angebot in Anspruch nahmen und am Jahresende 33 %.

- Vergleich: Vorfalls- und Untersuchungsverteilung auf die Monate

Abschließend soll in diesem Kapitel ein Vergleich der Verteilungen der Vorfälle und Untersuchungen über die Monate in Abbildung 7 dargestellt werden. Da in den vorangegangenen beiden Kapiteln zur genaueren Betrachtung lediglich die zusammengefassten Jahre 2007 - 2010 analysiert wurden, beschränkt sich auch der Vergleich auf diese Jahre.

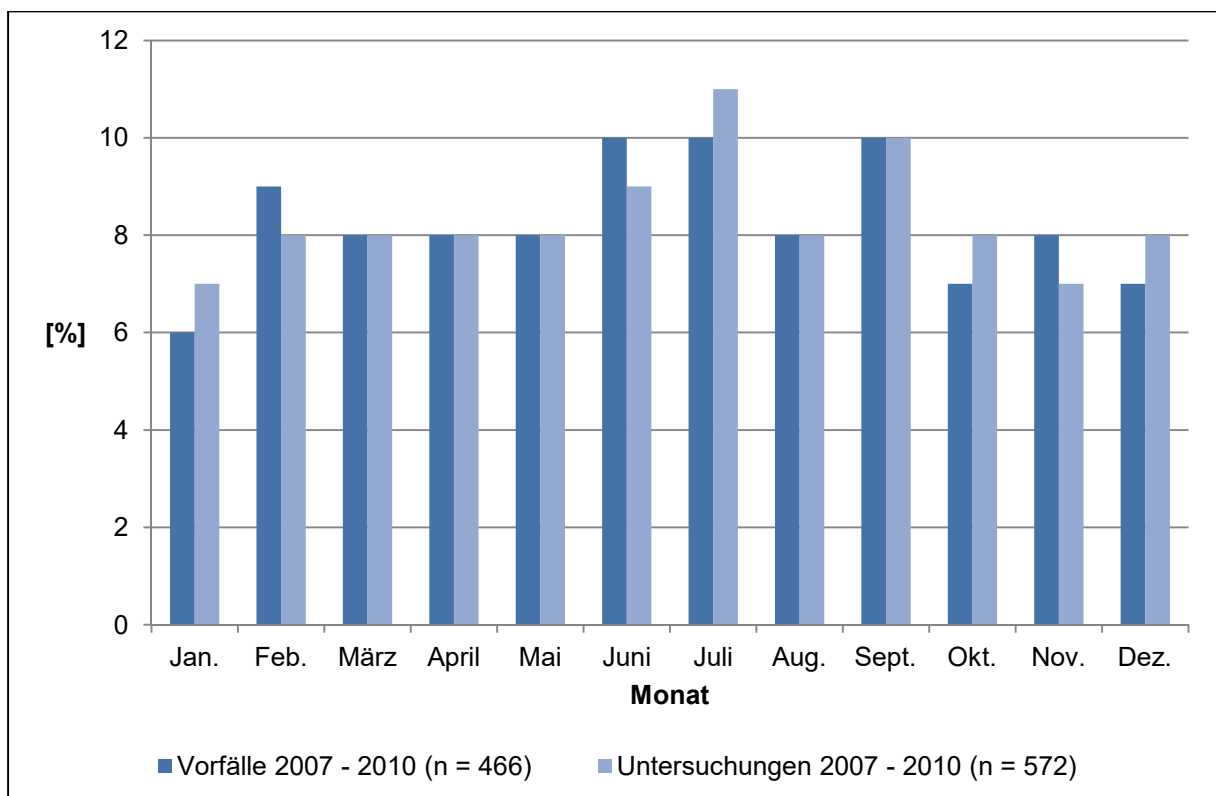


Abbildung 7: Vergleich Vorfalls- und Untersuchungsverteilung auf die Monate (2007 – 2010)

Wie Abbildung 7 deutlich zeigt, verteilen sich die Werte für die Vorfälle und Untersuchungen jeweils in gleicher Weise auf die Monate. Das Minimum der Werte liegt mit 7 % bei den Untersuchungen und 6 % bei den Vorfällen im Januar. Der maximale Wert entfällt bei den Untersuchungen mit 11 % auf den Juli und bei den Vorfällen auf den Juni, Juli sowie September mit einem Wert von je 10 %.

- Verteilung der Vorfälle auf die Wochentage

Bei der Verteilung der Vorfälle auf die Wochentage wird das Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz von den Jahren 2007 – 2010 getrennt betrachtet. Insgesamt konnte in 103 Fällen keine Angabe zu dem Datum des Vorfalls gemacht werden. Außerdem konnten weitere fünf Fälle nicht in die Tabelle 7 mit aufgenommen werden, da sie aus den Jahren 2003, 2005 und 2006 stammen.

Im Jahr 2004 zeigt sich eine gemischte Verteilung über die Wochentage mit einem maximalen Wert am Donnerstag mit 42 % (n = 5) und einem Minimalwert von keinem Vorfall am Montag, Mittwoch und Samstag.

In den Jahren nach der Implementierung stellt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung der Vorfälle über die Wochentage, mit einer leichten Verlagerung zum Wochenende hin dar. Der maximale Wert mit n = 87 (19 %) bezieht sich auf den Sonntag.

Wochentag	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Mo.	0	0	12	14	15	12	23	19	17	13	67	14
Di.	2	17	7	8	17	13	22	18	23	17	69	15
Mi.	0	0	8	9	17	13	20	16	16	12	61	13
Do.	5	42	10	12	9	7	13	11	23	17	55	12
Fr.	2	17	16	19	19	15	9	7	15	11	59	13
Sa.	0	0	19	22	19	15	13	11	17	13	68	15
So.	3	25	13	15	30	24	22	18	22	17	87	19
Gesamt	12	101	85	99	126	99	122	100	133	100	466	101

Tabelle 7: Verteilung der Vorfälle auf die Wochentage

Da sich die Vorfälle über die gesamte Woche ereignen, wurde eine Einteilung vorgenommen, bei der die Woche in Gänze betrachtet wurde.

Hierfür wurden die Wochentage in eine erste (Mo. – Mi.) und eine zweite Wochenhälfte (Fr. – So.) eingeteilt. Es entfallen 42 % (n = 197) auf die erste Wochenhälfte und 46 % (n = 214) auf die zweite Wochenhälfte. Damit lässt sich eine leichte Verschiebung der Vorfälle zur zweiten Wochenhälfte, dem Wochenende hin feststellen. Diese Aussage wird durch den maximalen Wert im Jahr 2007 – 2010 von 87 Fällen (19 %) am Sonntag unterstützt.

- Verteilung der Untersuchungen auf die Wochentage

Beim ersten Blick auf die Tabelle 8 wird deutlich, dass das Angebot der Gewaltopferambulanz vor allem an den Werktagen in Anspruch genommen wird. Bei der Auswertung werden das Jahr 2004 und die Jahre 2007 – 2010 separat voneinander betrachtet. Im Jahr 2004 ist ein besonderer Fokus auf den Freitag gelegt, der mit acht Untersuchungen mehr als die Hälfte der Fälle (57 %) ausmacht. Inwiefern dies mit der geringen Fallzahl in diesem Jahr (n = 14) zusammenhängt, bleibt zu prüfen. Die Jahre 2007 – 2010 können zusammengefasst betrachtet werden, da sich hier zwischen den Jahren keine wesentlichen Unterschiede ergeben. Der Maximalwert entfällt mit 134 Fällen (23 %) auf den Dienstag, das Minimum mit 6 Fällen (1 %) auf den Sonntag.

Wochentag	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Mo.	1	7	24	24	37	26	25	17	39	22	125	22
Di.	3	21	30	30	30	21	27	18	47	26	134	23
Mi.	2	14	14	14	27	19	31	21	23	13	95	17
Do.	0	0	13	13	33	23	32	22	28	16	106	19
Fr.	8	57	15	15	14	10	26	18	40	22	95	17
Sa.	0	0	4	4	2	1	3	2	2	1	11	2
So.	0	0	1	1	2	1	2	1	1	1	6	1
Gesamt	14	99	101	101	145	101	146	99	180	101	572	101

Tabelle 8: Verteilung der Untersuchungen auf die Wochentage

Da sich die Regel-Öffnungszeiten der Gewaltopferambulanz auf die Tage Montag - Freitag beschränken, werden auch lediglich diese im Nachfolgenden betrachtet. Aus diesem Grund erfolgt hier bewusst eine differierende Einteilung als zuvor. Die ersten beiden Tage der Öffnungszeit (Montag und Dienstag) werden gesondert von den letzten beiden (Donnerstag und Freitag) betrachtet. Dabei fällt auf, dass mit 45 % (n = 259) die ersten Tage stärker vertreten sind, als die letzten mit 35 % (n = 201).

- Vergleich: Vorfalls- und Untersuchungsverteilung auf die Wochentage

Wie bereits bei der Verteilung auf die Monate sollen die Vorfalls- und Untersuchungstage auch bzgl. der Wochentage miteinander verglichen werden. Es zeigt sich (siehe Abbildung 8), dass sich die Verteilung der Untersuchungen auf die Werkzeuge (als wesentliches Zeitfenster der regulären Öffnungszeiten der Ambulanz am Institut für Rechtsmedizin) beschränken. Die Vorfälle beziehen sich (erwartungsgemäß) auf alle Tage der Woche. Weiterhin fällt auf, dass der Anteil der Vorfälle zum Wochenende hin ansteigt. Bei der Verteilung der Untersuchungstage ist eine leichte Bevorzugung der ersten Wochenhälfte zu sehen.



Abbildung 8: Vergleich Vorfalls- und Untersuchungsverteilung auf die Wochentage (2007 - 2010)

- Vergleich der Zeitintervalle zw. den Vorfällen und Untersuchungen

In diesem Abschnitt wird der Zeitraum zwischen dem Vorfalls- und dem Untersuchungsdatum betrachtet und in Tabelle 9 dargestellt.

Dabei konnte in 97 Fällen keine Angabe zu dem Zeitraum zwischen Vorfall- und Untersuchungsdatum gemacht werden. Dieser Wert resultiert aus den Fällen, in denen kein Vorfalldatum benannt werden konnte. Er differiert von dem Wert aus den vorangegangenen Kapiteln ($n = 103$), da in sechs Fällen zwar kein exaktes Datum zum Vorfall dokumentiert, aber ein ungefährender Zeitraum angegeben war, der jeweils länger als 7 Tage betrug und somit in die Auswertung mit aufgenommen werden konnte. Zudem können in diesem Abschnitt auch die fünf Vorfälle aus den Jahren 2003, 2005 und 2006 berücksichtigt werden, da alleamt in die Kategorie „vor mehr als sieben Tagen vor dem Untersuchungsdatum“ eingeordnet werden konnten. Insgesamt wird daher von einer Fallzahl von $n = 489$ ausgegangen. Die zusammengefassten Daten aus den Jahren 2007 – 2010 werden in Abbildung 9 veranschaulicht.

Zeitintervall	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Am selben Tag	2	15	14	16	18	14	15	12	18	13	65	14
Am nächsten Tag	4	31	19	21	36	28	49	40	42	31	146	31
nach 2 – 3 Tagen	3	23	29	32	27	21	35	28	34	25	125	26
nach > 3 – 7 Tagen	1	8	13	14	30	23	12	10	13	10	68	14
nach > 7 Tagen	3	23	15	17	17	13	12	10	28	20	72	15
Gesamt	13	100	90	100	128	99	123	100	135	99	476	100

Tabelle 9: Zeitraum zwischen dem Vorfall und der Untersuchung

Die Jahre 2007 – 2010 werden zusammengefasst betrachtet und in Abbildung 9 graphisch dargestellt. 14 % ($n = 65$) kamen noch am selben Tag des Vorfalls in die Gewaltopferambulanz. Einen Tag nach der vorgefallenen Gewalttat nahmen 146 Patienten (31 %) das Angebot des Institutes der Rechtsmedizin in Anspruch und in dem Zeitraum zwei bis drei Tage nach dem Vorfall 26 % ($n = 125$). Fasst man diese Kategorien zusammen, so lässt sich darstellen, dass mehr als 70 % ($n = 336$) der Patienten bereits in den ersten drei Tagen nach dem Vorfall diesen in der Gewaltopferambulanz aufnehmen und dokumentieren ließen. Auf

die Kategorie nach > 3 – 7 Tagen entfallen 14 % (n = 68) und nach mehr als 7 Tagen ließen sich 72 Patienten (15 %) begutachten. Zusammengefasst betrachtet sind es knapp 30 % (n = 140), die länger als 3 Tage warten, bis sie sich im Institut der Rechtsmedizin melden.

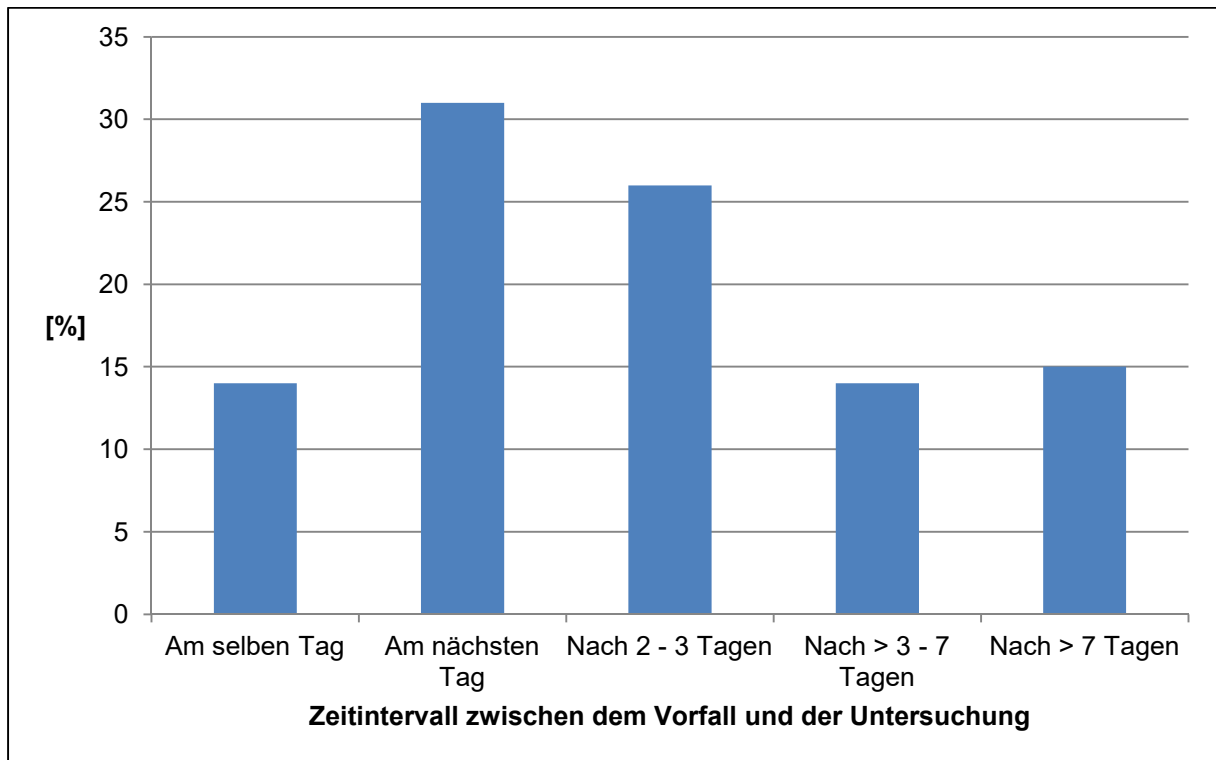


Abbildung 9: Zeitintervall zwischen dem Vorfall und der Untersuchung 2007 – 2010 (n = 476)

Anschließend wird noch betrachtet, in welchen Zeitkategorien es sich vor allem um unmittelbare Untersuchungen bzw. mittelbare Begutachtungen handelt. In den Kategorien „am selben Tag“, „am nächsten Tag“ sowie „nach 3 – 7 Tagen“ ließen sich ausschließlich unmittelbare Untersuchungen ausmachen. In einem Fall lag in der Kategorie „nach 2 – 3 Tagen“ eine mittelbare Begutachtung vor. Dies bedeutet, dass es sich in den Fällen, in denen die betroffenen Personen innerhalb von einer Woche Kontakt zu dem rechtsmedizinischen Institut des UKD aufnehmen, ausgenommen von einem Fall, um unmittelbare Untersuchungen handelte. In der letzten Kategorie (> 7 Tage) mit einer Fallzahl von insgesamt n = 75 entfallen 49 % (n = 37) auf die unmittelbaren Untersuchungen. Ca. die Hälfte der Fälle (51 %) waren mittelbare Begutachtungen.

Um darzustellen, wann sich die Patienten, die ihre Verletzungen unmittelbar untersuchen ließen, in der Gewaltopferambulanz meldeten, wurden die mittelbaren Fälle von den unmittelbaren Untersuchungen separiert und in Tabelle 10 dargestellt. Ausgegangen wird dabei von einer Gesamtzahl von n = 450.

Zeitintervall	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Am selben Tag	2	18	14	16	18	15	15	13	18	15	65	15
Am nächsten Tag	4	36	19	22	36	31	49	42	42	36	146	33
nach 2 – 3 Tagen	3	27	29	34	27	23	34	29	34	29	124	28
nach > 3 – 7 Tagen	1	9	13	15	30	25	12	10	13	11	68	15
nach > 7 Tagen	1	9	11	13	7	6	8	7	10	9	36	8
Gesamt	11	99	86	100	118	100	118	101	117	100	439	99

Tabelle 10: Zeitraum zwischen dem Vorfall und der Untersuchung (unmittelbare Fälle)

Betrachtet man die unmittelbaren Fälle, fällt auf, dass im Jahr 2004 lediglich ein Fall erst nach sieben Tagen in der Rechtsmedizin vorgestellt wurde. Auch in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz ließen durchschnittlich 92 % der Betroffenen bereits innerhalb einer Woche nach dem Vorfall ihre Verletzungen untersuchen und dokumentieren.

- Verteilung der Vorfälle auf die Tageszeit

Zunächst soll die Verteilung der Vorfälle auf die Tageszeit betrachtet werden. Dazu wurde der Tag in vier gleich große Abschnitte unterteilt. In ca. 2/3 der Fälle (72 %) war keine Angabe zur Tageszeit des Vorfalls angegeben bzw. dokumentiert worden. Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt der Arbeit von einer Fallzahl von $n = 167$ ausgegangen. Zunächst ist zu sagen, dass alle Tageszeiten in den Dokumentationen vorkamen. Auffällig ist dabei, dass mehr als 2/3 der Fälle (68 %) auf eine Uhrzeit zwischen 18:00 – 05:59 Uhr dokumentiert waren. Im Detail entfielen dabei 34 % auf die Tageszeit von 00:00 – 05:59 Uhr und 32 % auf die Kategorie von 18:00 – 23:59 Uhr. Das restliche Drittel teilt sich auf die Uhrzeiten von 06:00 – 11:59 Uhr (14 %) und 12:00 – 17:59 Uhr (18 %) auf.

- Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeit

Im Weiteren wird auf die Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeit eingegangen. In Tabelle 11 ist dargestellt, dass im Jahr 2004 in mehr als der Hälfte der Fälle (64 %) keine Angabe zur Tageszeit der Untersuchung dokumentiert war. In je 14 % war die Vorstellung

vor- (06:00 – 11:59) bzw. nachmittags (12:00 – 17:59). In einem Fall war die Untersuchungszeit auf nach 18:00 dokumentiert worden.

Zeitintervall	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
00:00 – 05:59	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	< 1
06:00 – 11:59	2	14	29	29	31	21	38	26	34	19	132	23
12:00 – 17:59	2	14	61	60	94	65	92	63	107	59	354	62
18:00 – 23:59	1	7	3	3	1	1	1	1	3	2	8	1
K. A.	9	64	8	8	19	13	15	10	35	19	77	13
Gesamt	14	99	101	100	145	100	146	100	180	100	572	99

Tabelle 11: Verteilung der Untersuchung auf die Tageszeit

Die Tendenz bzgl. der Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeiten der Jahre 2007 – 2010 ist gleichsam und wird daher zusammengefasst betrachtet. Einzig auffällig ist, dass im Jahr 2010 im Vergleich zu den Vorjahren relativ mehr (ca. 10 Prozentpunkte) Fälle angegeben wurden, in denen keine Angabe zu der Tageszeit der Untersuchung dokumentiert war. Zusammengefasst betrachtet ist zu sagen, dass in den Jahren 2007 – 2010 mehr als die Hälfte der Patienten (62 %) zwischen 12:00 und 17:59 Uhr das Angebot der Gewaltopferambulanz in Anspruch nahmen. Im Zeitraum von 06:00 – 11:59 waren es 23 %.

Um herauszufinden, ob die Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeiten auch damit zusammenhängt, wie das Einbestellwesen des Institutes für Rechtsmedizin ist, werden im nachfolgenden Kapitel die Fälle mit und ohne Terminabsprache mit der Tageszeit der Untersuchung in Beziehung gesetzt und verglichen (siehe Kapitel 4.3.5).

4.3 Art des Untersuchungsauftrags, Erstversorgung, Informationsgeber inklusive Vergleich mit den Daten aus der Unfall- und Handchirurgie und Terminvereinbarung

In diesem Kapitel soll zunächst die Art des Untersuchungsauftrags dargestellt werden. Im Anschluss daran wird analysiert, durch welche Instanz die Erstversorgung erfolgte und von wem die Patienten die Information zu dem Angebot der rechtsmedizinischen Ambulanz für

Gewaltopfer erhielten. Außerdem erfolgt ein Vergleich mit den Daten, die von der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des UKD zur Verfügung gestellt wurden. Ebenfalls wird der Frage nachgegangen, ob die Patienten vor der Begutachtung einen Termin vereinbarten.

4.3.1 Art des Untersuchungsauftrags

Als Grundlage zur Bearbeitung dieses Kapitels diente die Abrechnungsdokumentation des Institutes für Rechtsmedizin, die an den KPR der Stadt Düsseldorf ging, in der alle Fälle, die der Stadt Düsseldorf als „ohne sonstigen Kostenträger“ (Gewaltopfer stellt sich aus eigener Veranlassung - „privat“ – vor) gemäß einer getroffenen Regelung in Rechnung gestellt wurden, anonymisiert (nur mit „Fall-Nummer“) aufgelistet sind. Ausgehend von diesen jährlichen Listen wurden die übrigen Fälle auf einen anderen, ersichtlichen Auftraggeber geprüft. Konnte kein Auftraggeber identifiziert werden, zählten diese Fälle ebenfalls als „privater Auftrag“. Wurde ein Auftrag von einer Institution, wie z. B. von der Polizei, dem Jugendamt, der Staatsanwaltschaft oder dem Gericht bzw. als ärztliches Konsil gestellt, so wurde er entsprechend kategorisiert.

Auftrag	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Privat	0	0	83	82	111	77	96	66	128	71	418	73
Institution	13	93	9	9	30	21	33	23	47	26	119	21
Konsil	1	7	9	9	4	3	17	12	5	3	35	6
Gesamt	14	100	101	100	145	101	146	101	180	100	572	100

Tabelle 12: Art des Untersuchungsauftrags

Die Tabelle 12 zeigt, dass im Jahr 2004 die Aufträge ausschließlich von Institutionen erteilt wurden bzw. die Rechtsmedizin als Konsil erreichten. Dies ist nicht verwunderlich, da zu diesem Zeitpunkt die Gewaltopferambulanz in der später konstituierten Form noch nicht etabliert war.

Bei der Analyse der Jahre 2007 – 2010 wird deutlich, dass durch die Implementierung der Gewaltopferambulanz die privaten Aufträge im Vergleich zu dem Jahr 2004 deutlich an Gewicht zunahmten. Durchschnittlich entfallen in diesen Jahren ca. 3/4 der Fälle auf die privaten Aufträge. Betrachtet man die Kategorie der Aufträge durch Institutionen, so wird deutlich,

dass hier ein Anstieg über die Jahre zu verzeichnen ist. Dadurch sinkt die relative Zahl der privaten Aufträge über die Jahre. Der Anteil der Konsile beträgt durchschnittlich 6 %.

4.3.2 Erstversorgung

In diesem Kapitel sollen die erstversorgenden Instanzen, die in den Akten dokumentiert wurden, genannt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass, falls mehrere Bereiche an der Erstversorgung eines Patienten beteiligt waren, eine Mehrfachnennung möglich war, weshalb sich die Gesamtzahl auf $n = 605$ beläuft. Außerdem ist zu beachten, dass lediglich die Instanzen, die in den Akten explizit Erwähnung fanden, als Erstversorger aufgenommen wurden.

Erstversorger	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Notarzt	1	6	2	2	1	1	7	5	1	1	11	2
Arztpraxis	2	13	10	10	15	10	10	6	5	3	40	7
Hausarzt	1	50	8	80	5	33	4	40	4	80	21	53
Kinderarzt	1	50	1	10	7	47	5	50	1	20	14	35
Gynäkologe	0	0	1	10	1	7	0	0	0	0	2	5
Andere	0	0	0	0	2	13	1	10	0	0	3	8
UKD	5	31	33	31	41	28	52	34	77	42	203	34
Chirurgie	4	80	18	55	19	46	25	48	25	32	87	43
Gynäkologie	0	0	2	6	5	12	10	19	8	10	25	12
Kinderklinik	1	20	8	24	9	22	11	21	38	49	66	33
Andere	0	0	5	15	8	20	6	12	6	8	25	12
Anderes Kh	5	31	22	21	29	20	24	16	43	24	118	20
Andere	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	3	1
K. A.	3	19	36	34	62	42	61	40	55	30	214	36
Gesamt	16	100	105	100	148	101	154	101	182	101	589	100

Tabelle 13: Erstversorgung

Wie in Tabelle 13 ersichtlich, wurden v. a. das UKD und andere Krankenhäuser als Erstversorger dokumentiert. Dies ist sowohl im Jahr vor, als auch in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz zu beobachten.

Betrachtet man das Jahr 2004, so kann man sagen, dass je ca. 1/3 der Fälle vom UKD (hier 80 % von der Chirurgie und 20 % von der Kinderklinik) oder anderen Krankenhäusern erstversorgt wurden. In 13 % der Fälle (n = 2) war eine Arztpraxis als Erstversorger dokumentiert, wobei je ein Fall auf eine Hausarzt- und pädiatrische Praxis entfiel. In 3 Fällen (19 %) war keine Instanz als Erstversorger angegeben.

Wie bereits erwähnt, machten das UKD und andere Krankenhäuser auch nach der Einführung der Gewaltopferambulanz den mehrheitlichen Anteil der Erstversorger aus. Zusammengefasst entfielen dabei ca. 34 % auf das UKD und 20 % auf externe Kliniken. Interessant hierbei ist die Verteilung der verschiedenen Kliniken des UKD über die Jahre. War es in den Jahren 2007 - 2009 die Chirurgie, die mit jeweils mehr als 40 % den mehrheitlichen Anteil der Kliniken des UKD als Erstversorger einnahm, so war es im Jahr 2010 die Kinderklinik, die knapp die Hälfte der erstversorgenden Kliniken des UKD ausmachte. In diesem Jahr sank der Anteil der Chirurgie auf 33 %. Der Anteil der Gynäkologie blieb über die Jahre relativ konstant bei durchschnittlich 12 %. Zu beachten ist außerdem die fallende Anzahl der Arztpraxen als Erstversorger. Machten sie im Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz noch 13 % aus, so fiel der Anteil von 10 % aus den Jahren 2007 und 2008 auf 7 % (2009) und betrug im Jahr 2010 mit 5 Fällen lediglich 3 %.

Insgesamt ist zu beachten, dass in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz der Anteil der Fälle, bei denen der Notarzt als Erstversorger dokumentiert war, mit 2 % geringer war als im Jahr 2004, was allerdings auch daran liegen kann, dass der Notarzt als Erstversorger in der Dokumentation nicht explizit erwähnt wurde und die Fallzahl im Jahr 2004 sehr gering ist. Außerdem wurde in ca. jedem dritten Fall keine Angabe zu dieser Variablen angegeben.

4.3.3 Informationsgeber bzgl. des Gewaltopferambulanz-Angebots am UKD

Im Folgenden sollen die Institutionen genannt werden, von denen die Patienten die Information über die Gewaltopferambulanz erfahren haben. Da mehrere Informationsgeber angegeben werden konnten, weichen die Gesamtzahlen von den bisherigen Fallzahlen ab. In den

Fällen, in denen die Patienten der rechtsmedizinischen Ambulanz zugewiesen wurden (z. B. Auftrag durch die Polizei) gilt der jeweilige Auftraggeber auch als Informationsquelle. Weiter unterteilt wurden die Kategorien „UKD“ und „Behörde“. Die Behörden wurden in Jugendamt und andere Behörden unterteilt, wobei letztere Kategorie konkret das Gesundheitsamt, den Bezirkssozialdienst und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge umfasst.

Informationsgeber	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
UKD	0	0	32	30	38	26	37	24	61	34	168	29
andere Klinik	1	7	6	6	10	7	6	4	8	4	30	5
Arztpraxis	0	0	2	2	7	5	9	6	3	2	21	4
Behörde	2	14	7	7	12	8	16	11	16	9	51	9
Jugendamt	2	14	5	5	10	7	16	11	14	8	45	8
andere Behörde	0	0	2	2	2	1	0	0	2	1	6	1
Polizei	8	57	25	24	39	26	35	23	50	28	149	25
Beratungsstelle	0	0	11	10	18	12	11	7	7	4	47	8
Wiedervorstellung	0	0	5	5	4	3	11	7	3	2	23	4
Gericht, StA	3	21	4	4	10	7	1	1	12	7	27	5
Freunde/Bekannte, Medien	0	0	5	5	3	2	6	4	7	4	21	4
K. A.	0	0	9	8	8	5	20	13	14	8	51	9
Gesamt	14	99	106	101	149	101	152	100	181	102	588	102

Tabelle 14: Informationsgeber

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel, weichen die Daten aus dem Jahr 2004 von denen aus den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz deutlich ab. Tabelle 14 zeigt, dass im Jahr 2004 v. a. die Polizei (57 %) als Informationsgeber fungierte. Außerdem erhielten in diesem Jahr die Patienten den Hinweis, sich in der Rechtsmedizin vorzustellen, von unterschiedlichen Institutionen wie dem Gericht oder der Staatsanwaltschaft (21 %), dem Jugendamt (14 %) und in einem Fall von einem Krankenhaus (7 %). Zu Bedenken ist dabei auch, dass im Jahr 2004, wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, die Personen die Rechtsmedizin ausnahmslos mit einem Auftrag zur Untersuchung erreichten.

Betrachtet man die Jahre nach der Implementierung zusammengefasst, so lässt sich feststellen, dass mehr als die Hälfte der Patienten die Information zum Angebot der Gewaltopferambulanz vom UKD (29 %) bzw. von der Polizei (25 %) erhielten. Dritthäufigster Informationsgeber ist die Behörde (9 %) und hier v. a. das Jugendamt (8 %).

4.3.3.1 Das UKD als Informationsgeber

Da das UKD der häufigste Informationsgeber in den Jahren nach der Implementierung der interdisziplinären Gewaltopferambulanz war, wurde diese Kategorie zur genaueren Analyse in ihre einzelnen Kliniken unterteilt und in Tabelle 15 aufgelistet. Ausgangspunkt war die Anzahl der Fälle, in denen das UKD als Informationsquelle genannt wurde. Anzumerken ist, dass die Gesamtanzahl im Jahr 2010 (n = 62) von der vorgegebenen Zahl aus Tabelle 14 (n = 61) differiert, da in einem Fall sowohl die Unfallchirurgie, als auch die Kinderklinik Informationsgeber war.

Klinik	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Chirurgie	16	50	19	50	19	51	15	24	69	41
Gynäkologie	3	9	2	5	5	14	3	5	13	8
Kinderklinik	8	25	9	24	12	32	39	63	68	40
Andere	5	16	8	21	1	3	5	8	19	11
Gesamt	32	100	38	100	37	100	62	100	169	100

Tabelle 15: UKD als Informationsgeber

Die drei Kliniken, die am häufigsten genannt wurden (Chirurgie, Gynäkologie und Kinderklinik), wurden einzeln dargestellt. Alle anderen Kliniken (z. B. Augen-, HNO-, MNR-Klinik), oder wenn keine genauere Angabe als das UKD dokumentiert war, wurden unter der Rubrik „Andere“ zusammengefasst.

Auffällig ist, dass die Chirurgie und die Kinderklinik zusammen mehr als 80 % der Informationsgeber ausmachen. Außerdem ist eine Änderung der Gewichtung dieser beiden Kliniken von den Jahren 2007 – 2009 hin zum Jahr 2010 zu beobachten, was in Abbildung 10 dargestellt ist.

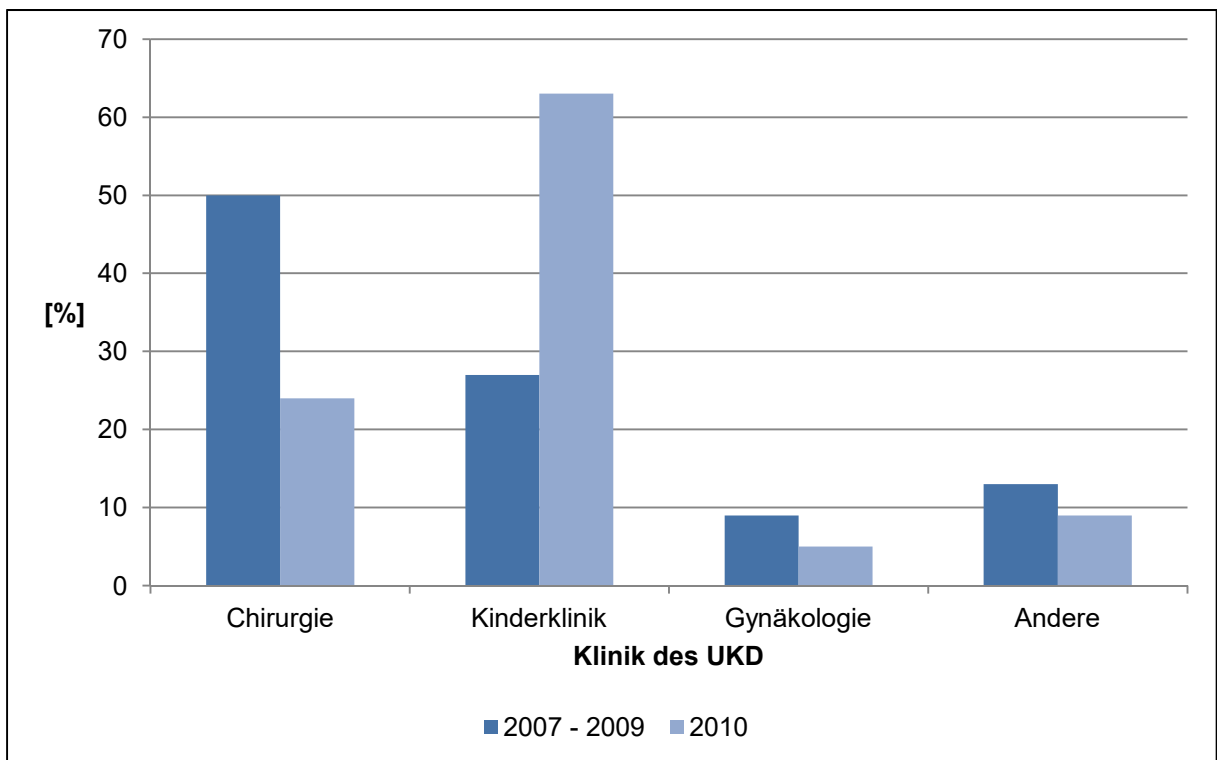


Abbildung 10: UKD als Informationsgeber (n = 169)

In den Jahren 2007 – 2009 war, wie in Abbildung 10 dargestellt, die Chirurgie die Klinik, die in mehr als der Hälfte der Fälle als Hinweisquelle dokumentiert war, gefolgt von der Kinderklinik mit durchschnittlich 27 % und der Gynäkologie mit 9 %.

Zum Jahr 2010 ist allerdings eine Änderung der relativen Gewichtung der einzelnen Kliniken zu vermerken. Es kam zu einem sprunghaften Anstieg der Anzahl der Fälle, in denen die Kinderklinik als Informationsgeber benannt wurde. Wie Abbildung 10 zeigt, beansprucht in diesem Jahr die Kinderklinik den mehrheitlichen Anteil (63 %). Die relative Anzahl der Chirurgie als Informationsquelle sinkt in diesem Jahr auf 24 %. Dies hängt v. a. mit dem enormen Anstieg der Anzahl der Fälle, in denen die Kinderklinik als Informationsquelle dokumentiert war, zusammen.

4.3.4 Vergleich mit den Daten der Unfallchirurgie

In den verschiedenen Fachbereichen des UKD wird den Patienten, die Opfer von Gewalt geworden sind, angeboten, die Verletzungen in der Gewaltopferambulanz gerichtsverwertbar dokumentieren zu lassen. Inwiefern dieses Angebot von den Betroffenen in Anspruch genommen wird, soll mit Hilfe dieser Arbeit erörtert werden. Beispielhaft können dafür die Daten herangezogen werden, die von der Unfall- und Handchirurgie zur Verfügung gestellt wurden. Die Unfall- und Handchirurgie war besonders an einer Zusammenarbeit mit der rechtsmedizinischen Ambulanz bezüglich einer interdisziplinären Gewaltopferbetreuung bei volljährigen Personen sowie an einer Fallbetrachtung der eigenen Versorgung von Gewaltopfern interessiert. Daher erfolgte in dieser Klinik eine anonymisierte Fallerfassung von betreuten und zum rechtsmedizinischen Angebot beratenen Gewaltopfern. Diese, in der Unfall- und Handchirurgie als „in einem Gewaltkontext stehend“ kategorisierten Fälle wurden mit solchen Fällen aus der Rechtsmedizin verglichen, in denen die Chirurgie als Informationsgeber benannt wurde. Die Daten aus der Unfall- und Handchirurgie lagen für die Jahre 2007 – 2009 vor und wurden von PD Dr. med. Jungbluth zur Verfügung gestellt. Das Jahr 2010 wurde nicht mit ausgewertet, da die Datenerhebung am 25.05.2010 nicht mehr konsequent weiter geführt wurde.

Jahr	Anzahl der Pat., die Info über RM-Angebot erhalten haben	Fälle, in denen Chirurgie als Informationsgeber dokumentiert war	Differenz	Angebot in Anspruch genommen [%]	Angebot nicht in Anspruch genommen [%]
2007	38	16	22	42	58
2008	53	19	34	36	64
2009	35	19	16	54	46
Gesamt	126	54	72	43	57

Tabelle 16: Vergleich der Daten aus der Unfall- und Handchirurgie mit denen der Rechtsmedizin

Insgesamt wurden 196 Fälle aus der Unfallchirurgie aufgelistet. Davon entfällt einer auf das Jahr 2005, 12 Fälle auf das Jahr 2010 und zwei wurden auf das Jahr 2011 datiert. Außerdem war in 16 Fällen kein Datum dokumentiert worden, weshalb auch diese Daten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Abzüglich der oben genannten Zahlen beläuft sich die Anzahl der in der Unfallchirurgie als „in einem Gewaltkontext stehenden Patienten“ für die Jahre 2007 – 2009 auf $n = 165$. In der zur Verfügung gestellten Auflistung aus der Unfallchirurgie war zusätzlich dokumentiert, ob der Patient über das Angebot der Gewaltopferambulanz des Institutes für Rechtsmedizin informiert wurde. Abzüglich der Fälle, in denen dies

nicht dokumentiert wurde (n = 39), beläuft sich die Gesamtanzahl, von der in Tabelle 16 ausgegangen wird, auf n = 126.

Es zeigt sich, dass insgesamt 43 % der Fälle, die die Information der Unfallchirurgie bzgl. einer rechtsmedizinischen Untersuchung erhielten, dieses Angebot in Anspruch nahmen. Vergleicht man die Jahre miteinander, so ist zu sehen, dass im Jahr 2009 bereits mehr als die Hälfte (54 %) das Angebot annahm und die Verletzungen in der Rechtsmedizin gerichtsverwertbar dokumentieren ließen.

4.3.5 Terminvereinbarung

Inwiefern die Patienten die Gewaltopferambulanz mit einer Voranmeldung erreichen, soll in diesem Kapitel dargestellt werden. Zu der Auswertung ist zu sagen, dass hier ausschließlich die unmittelbaren Untersuchungen Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund wird als Bezugsgröße von den unmittelbaren Untersuchungen ausgegangen (n = 540)

	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Mit Termin	10	91	58	60	98	74	95	68	130	81	381	72
Ohne Termin	0	0	17	18	20	15	25	18	14	9	76	14
K. A.	1	9	21	22	15	11	19	14	17	11	72	14
Gesamt	11	100	96	100	133	100	139	100	161	101	529	100

Tabelle 17: Terminvereinbarung

Wie in Tabelle 17 dargestellt ist, kamen im Jahr 2004 fast alle Patienten (91 %) mit einer Voranmeldung in das Institut für Rechtsmedizin. In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz vereinbarten durchschnittlich 72 % einen Termin zur Begutachtung ihrer Verletzungen, 14 % kamen ohne Termin in die Gewaltopferambulanz. Bei 14 % war bzgl. der Terminvereinbarung keine Angabe dokumentiert worden.

Weiterhin fällt auf, dass die Anzahl der Fälle, die mit einer Terminvereinbarung das Angebot des Institutes für Rechtsmedizin in Anspruch nahmen, insgesamt steigt. Waren es im Jahr 2007 noch 60 %, vereinbarten im Jahr 2008 bereits ca. 3/4 der Patienten einen Termin und im Jahr 2010 stieg die Anzahl noch einmal auf 81 %. Außerdem ist es auffällig, dass die Anzahl der Fälle, in denen keine Angabe bzgl. der Terminvereinbarung dokumentiert wurde

insgesamt sinkt und im Jahr 2010 lediglich 11 % beträgt. Dies entspricht im Vergleich zu den Vorjahren (z. B. 2007: 22 %) einer deutlichen Senkung.

Wie bereits in Kapitel 4.2 erwähnt, soll weiterhin überprüft werden, ob die Terminvergabe die Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeit beeinflusst. Daher wurden die Fälle mit bzw. ohne Termin und die zugehörige Verteilung der Untersuchung auf die Tageszeit in Beziehung gesetzt.

Die Fälle, in denen vor der Untersuchung eine Terminabsprache stattfand, werden in 2/3 der Fälle für den Zeitraum zwischen 12:00 – 17:59 Uhr in das Institut für Rechtsmedizin einbestellt. Dies ist in Tabelle 18 grau hinterlegt. In durchschnittlich 23 % der Fälle fand die Untersuchung im Zeitraum zwischen 06:00 – 11:59 Uhr statt.

Zeitintervall	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
00:00 – 05:59	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	< 1
06:00 – 11:59	2	20	18	31	17	17	24	25	29	22	88	23
12:00 – 17:59	2	20	35	60	73	74	63	66	81	62	252	66
18:00 – 23:59	1	10	2	3	1	1	0	0	3	2	6	2
K. A.	5	50	3	5	7	7	8	8	16	12	34	9
Gesamt	10	100	58	99	98	99	95	99	130	99	381	100

Tabelle 18: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen mit Termin und der Tageszeit der Untersuchung

Auch bei den Fällen ohne Termin fand die Untersuchung, wie in Tabelle 19 dargestellt, mehrheitlich im Zeitraum zwischen 12:00 und 17:59 Uhr statt (62 %). Was allerdings auffällt, ist, dass der relative Anteil der Fälle, die das Angebot des rechtsmedizinischen Institutes von 06:00 – 11:59 Uhr wahrnahmen im Vergleich zu den Fällen mit Termin deutlich höher liegt. Denn in diesem Zeitraum waren es 23 % der Fälle, die zuvor einen Termin vereinbart hatten, aber 38 % der Betroffenen, die ohne Voranmeldung in die Gewaltopferambulanz kamen.

Zeitintervall	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	N	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
06:00 – 11:59	0	0	7	41	7	35	11	44	4	29	29	38
12:00 – 17:59	0	0	10	59	13	65	14	56	10	71	47	62
Gesamt	0	0	17	100	20	100	25	100	14	100	76	100

Tabelle 19: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen ohne Termin und der Tageszeit der Untersuchung

Insgesamt ist zu sagen, dass der Vergleich zwischen den Fällen mit und ohne Termin und der Tageszeit der Untersuchungen zeigt, dass, wenn zuvor eine Terminabsprache stattfindet, die Untersuchung mehrheitlich am Nachmittag stattfindet. Vergleicht man die Kategorien des Vormittags (06:00 – 11:59 Uhr) und des Nachmittags (12:00 – 17:59 Uhr) miteinander, fällt auf, dass das Verhältnis bei vorheriger Terminabsprache 1 : 3 beträgt. Kamen die Personen ohne Voranmeldung in die Gewaltopferambulanz, so lässt sich ein Verhältnis von 1 : 1,6 festhalten.

4.4 Angaben zum Aggressor

In diesem Kapitel werden die Angaben, die von Seiten der Gewaltopfer zu den Personen, die nach ihren Angaben die Gewalt verübten und nachfolgend als Aggressor bezeichnet werden, analysiert. Dabei geht es zunächst darum, wie viele Aggressoren an dem Vorfall beteiligt waren. Im Anschluss daran werden das Geschlecht und die Nationalität der Aggressoren beleuchtet.

4.4.1 Anzahl der Aggressoren

Zunächst soll es um die Anzahl der Aggressoren gehen, die bei dem Vorfall beteiligt waren. Da Fälle, in denen mehr als drei Aggressoren beteiligt waren, nur sporadisch in den Jahren auftraten, wurden diese in eine Rubrik zusammengefasst. Unter diese Kategorie fallen außerdem die Fälle in denen von „mehreren Aggressoren“ die Sprache war.

Es fällt auf, dass, wie in Tabelle 20 dargestellt, im Jahr 2004 in der Hälfte der Fälle keine Angabe zu der Zahl der Aggressoren dokumentiert wurde. In 36 % handelte es sich um einen Aggressor, in je 7 % um zwei bzw. mehrere.

Aggressor- anzahl	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	N	[%]	N	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
1	5	36	71	70	101	70	94	64	110	61	376	66
2	1	7	12	12	12	8	7	5	11	6	42	7
3	0	0	6	6	5	3	2	1	3	2	16	3
> 3	1	7	5	5	4	3	8	5	9	5	26	5
4	0	0	1	20	1	25	4	50	2	22	8	31
5	0	0	1	20	0	0	0	0	1	11	2	8
6	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	1	4
7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	1	4
8	0	0	0	0	0	0	1	13	1	11	2	8
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	1	4
mehrere	1	100	2	40	2	50	3	38	4	44	11	42
K. A.	7	50	7	7	23	16	35	24	47	26	112	20
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	99	180	100	572	101

Tabelle 20: Anzahl der Aggressoren

Die Jahre nach der Einführung der Gewaltopferambulanz werden zunächst zusammengefasst betrachtet. Dabei machen die Vorfälle, in denen explizit ein Aggressor benannt wurde, 2/3 der Fälle (66 %) aus. In knapp 20 % wurde keine Angabe zu der Anzahl der Aggressoren dokumentiert. Die Fälle, in denen zwei, drei oder mehr als drei Aggressoren beschrieben wurden, machen zusammen einen Anteil von 15 % aus.

Auffallend ist außerdem, dass der relative Anteil der Rubrik „ein Aggressor“ über die Jahre abnimmt. Waren es im Jahr 2007 noch 70 % der Fälle, macht diese Kategorie im Jahr 2010 nach stetigem Abfall über die Jahre lediglich 61 % aus. Analog dazu steigt der relative Anteil der Fälle, in denen zu der Anzahl der Gewaltausübenden keine Angabe dokumentiert war. Dies liegt an der über die Jahre steigenden Anzahl der Fälle, in denen ein Verdacht auf Kindesmisshandlung vorlag, wie die Datenzusammenstellung in Tabelle 21 zeigt.

Jahre	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
0 – 3	3	43	2	29	9	39	12	34	19	40	45	38
> 3 – 6	1	14	1	14	1	4	4	11	5	11	12	10
> 6 – 14	0	0	1	14	1	4	4	11	10	21	16	13
> 14 – 18	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1
> 18 – 25	1	14	0	0	3	13	2	6	1	2	7	6
> 25 – 60	2	29	2	29	6	26	7	20	7	15	24	20
> 60	0	0	0	0	2	9	5	14	4	9	11	9
K. A.	0	0	1	14	1	4	1	3	0	0	3	3
Gesamt	7	100	7	100	23	99	35	99	47	100	119	100

Tabelle 21: Beziehungsgefüge der Fälle, in denen keine Angabe zum Aggressor dokumentiert war und dem Alter der untersuchten Person

Hier wird deutlich, dass es sich vorwiegend um Fälle handelt, in denen Kinder (< 14 Jahre) von Gewalt betroffen waren. Außerdem fällt auf, dass die über die Jahre steigende Anzahl der Fälle, in denen keine exakte Angabe zu dem Aggressor dokumentiert wurde auf die stetig steigende Anzahl von jüngeren Patienten gründet und nicht auf eine mangelnde Dokumentation zurückzuführen ist. Betrachtet man die Fälle, in denen das Opfer > 14 Jahre ist, fällt auf, dass der Anteil der Fälle ohne Angaben zum Aggressor sogar sinkt (2007: 43 %; 2010: 28 %).

4.4.2 Geschlecht des Aggressors

Das Geschlecht der Aggressoren soll in diesem Abschnitt behandelt werden. Dabei wurde das Geschlecht jeweils auf den Fall bezogen beurteilt, was bedeutet, dass die Aggressoren in einem Fall entweder ausschließlich männliche bzw. weibliche Aggressoren waren, oder beide Geschlechter in einem Fall als Gewaltausübende auftraten. Demzufolge wurde zwischen drei Kategorien, „männlich“ (ausschließlich Aggressoren des männlichen Geschlechts), „weiblich“ (ausschließlich weibliche Aggressoren) und „beides“ (sowohl männliche, als auch weibliche Aggressoren) unterschieden. Diese Einteilung wurde gewählt, da sich die von der Gewalt betroffenen Personen in den meisten Fällen, in denen die Gewalt von mehreren Personen ausging, nicht an die genaue Anzahl erinnern konnten, aber eine

Aussage darüber treffen konnten, ob es sich um männliche, weibliche oder Aggressoren beider Geschlechter handelte.

Geschlecht	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Männlich	5	36	72	71	101	70	93	64	100	56	366	64
Weiblich	1	7	10	10	15	10	9	6	21	12	55	10
Beides	1	7	5	5	3	2	6	4	6	3	20	3
K. A.	7	50	14	14	26	18	38	26	53	29	131	23
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 22: Geschlecht des Aggressors

Tabelle 22 zeigt, dass mehrheitlich männliche Aggressoren benannt wurden. Sie machten 2004 einen Anteil von 36 %, in den Jahren nach der Gewaltopferambulanzimplementierung durchschnittlich 64 % der Fälle aus. Über die Jahre 2007 – 2010 fällt ein stetiger Abfall des Anteils der männlichen Aggressoren von 71 % im Jahr 2007 auf 56 % (2010) auf. Wie auch schon in Kapitel 4.4.1 beschrieben, steigt dazu entsprechend der Anteil der Fälle, in denen keine exakte Angabe zu den Aggressoren gemacht wurde, was womöglich auch an der über die Jahre steigenden Anzahl der Fälle, in denen Kinder von Gewalt betroffen waren, liegt. Durchschnittlich macht der Anteil dieser Rubrik 23 % aus. Jeweils ein Fall wurde im Jahr 2004 beschrieben, in denen weibliche Aggressoren bzw. sowohl weibliche, als auch männliche Aggressoren dokumentiert waren. In den Jahren 2007 – 2010 machen weibliche Personen, von denen Gewalt ausging, durchschnittlich 10 % der Fälle aus und in 4 % waren Fälle beschrieben, in denen beide Geschlechter als Gewaltausübend benannt wurden.

4.4.3 Nationalität des benannten Aggressors

In den auszuwertenden Akten war leider lediglich in acht Fällen eine exakte Angabe zu der Nationalität der Aggressoren dokumentiert worden. Aus diesem Grund wurde auf die Auswertung dieser Variablen verzichtet.

4.5 Beziehung zwischen Opfer und Aggressor

In diesem Abschnitt soll die Beziehung zwischen dem Opfer und Aggressor genauer beleuchtet werden. Dabei spielt zum einen die Geschlechtskonstellation eine Rolle und zum anderen interessiert die Tatsache, ob derjenige, von dem die Gewalt ausging, dem Opfer bekannt war. Weiterhin wird der Frage nachgegangen in welchem Beziehungsverhältnis die beteiligten Personen standen, falls sie einander bekannt waren.

4.5.1 Geschlechtskonstellation

Die höhere Gesamtzahl von insgesamt $n = 607$ bei dieser Variablen kommt zustande, da bei mehreren Aggressoren auch beide Geschlechter benannt werden konnten. War dies der Fall, wurden beide Geschlechtskonstellationen dem Fall zugewiesen. In Tabelle 23 ist die Geschlechtskonstellation folgendermaßen dargestellt: Aggressor (A) \rightarrow Opfer (O).

Geschlechtskonstellation A \rightarrow O	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
M \rightarrow M	1	7	24	23	26	18	27	18	44	24	121	20
M \rightarrow W	5	33	53	50	78	53	72	47	62	33	265	45
W \rightarrow W	1	7	3	3	8	5	4	3	12	6	27	5
W \rightarrow M	1	7	12	11	10	7	11	7	15	8	48	8
K. A.	7	47	14	13	26	18	38	25	53	28	131	22
Gesamt	15	101	106	100	148	101	152	100	186	99	592	100

Tabelle 23: Geschlechtskonstellation

Es zeigt sich, dass in allen Jahren die Konstellation, dass eine männliche Person als Aggressor und ein weibliches Opfer benannt wurde den mehrheitlichen Anteil ausmacht, was in Tabelle 23 grau hervorgehoben ist. Im Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz (2004) konnte in 47 % keine Aussage zu der Geschlechtskonstellation getroffen werden und in einem Drittel der Fälle war die Konstellation männlicher Aggressor und weibliches Opfer gegeben. Die anderen Geschlechtskonstellationen schlugen mit je einem Fall (7 %) zu Buche.

In den Jahren nach der Ambulanzeinführung machte der Anteil, in denen Gewalt von männlichen gegen weibliche Personen verübt wurde 45 % (n = 265) aus, was in Abbildung 11 veranschaulicht wird.

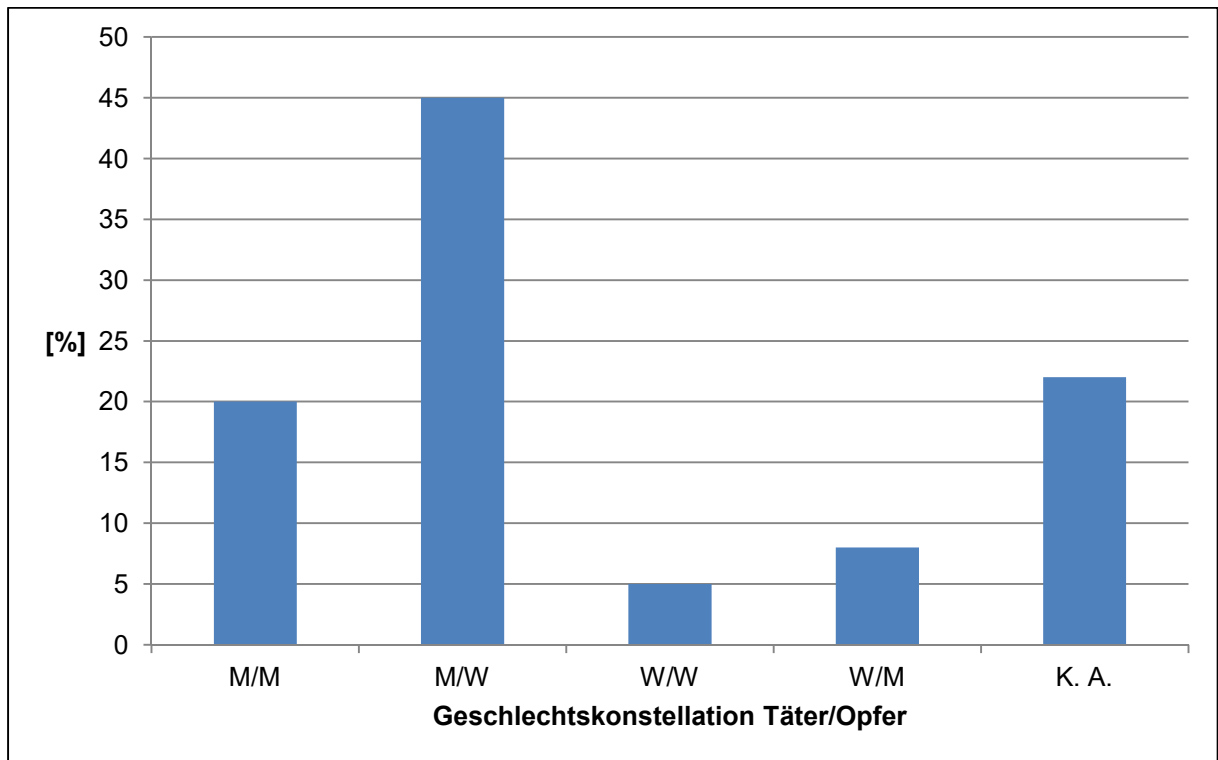


Abbildung 11: Geschlechtskonstellation der Jahre 2007 – 2010 (n = 592)

Betrachtet man die vier dokumentierten Jahre getrennt voneinander, so fällt auf, dass diese Geschlechtskonstellation in den Jahren 2007 – 2009 einen Anteil von durchschnittlich 50 % ausmachte, im Jahr 2010 jedoch lediglich ein Drittel. Dies deckt sich mit der Auswertung der Variabel des Geschlechts der Aggressoren.

Einen durchschnittlichen Anteil von 20 % machten die Fälle, in denen sowohl Aggressor, als auch Opfer männlich waren, aus. Zusammen entspricht dies einem Anteil von 65 % der Fälle, in denen männliche Personen als gewaltausübende Person benannt wurden, was in dem vorangegangenen Kapitel 4.4.2 Bestätigung findet. In diesem Kapitel machte der Anteil, in denen weibliche Aggressoren benannt wurden (Kategorie „weiblich“ und „beides“ zusammengefasst) durchschnittlich 13 % der Fälle aus. Dabei entfallen 5 % auf solche Fälle, in denen sowohl Aggressor, als auch Opfer weiblichen Geschlechts waren. In 8 % wurde Gewalt von weiblichen Personen gegen männliche Opfer ausgeführt.

Falls das Geschlecht des Aggressors nicht bekannt war, wurde diese Variabel mit „keine Angabe“ beantwortet, was in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz einem Anteil von 22 % entspricht.

4.5.2 War der Aggressor dem Opfer bekannt?

Die Frage, ob der Aggressor dem Opfer bekannt oder unbekannt war, soll in diesem Abschnitt der Auswertung analysiert werden. Bei den beiden Fällen, in denen diese Variable mit „Beides“ beantwortet wurde, waren an dem Vorfall mehrere Aggressoren beteiligt. Dabei war dem Opfer mindestens eine dieser Personen bekannt.

Beziehungsstatus	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Bekannt	5	36	68	67	96	66	86	59	100	56	350	61
Unbekannt	1	7	24	24	23	16	25	17	32	18	104	18
Beides	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	< 1
K. A.	8	57	8	8	25	17	35	24	48	27	116	20
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	99

Tabelle 24: Aggressor bekannt vs. unbekannt

Wie in Tabelle 24 grau hervorgehoben ist, ist in den meisten Fällen der Aggressor dem Opfer bekannt. Im Jahr 2004 liegt der Anteil bei 36 %. In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz stieg dieser Anteil auf durchschnittlich 61 % an. Das bedeutet, dass in mehr als drei von fünf Fällen der Aggressor aus dem Bekanntenkreis des Opfers kam. Bei genauerer Analyse fällt auf, dass der Anteil der bekannten Aggressoren von mehr als 2/3 der Fälle aus dem Jahr 2007 auf lediglich 56 % der Fälle im Jahr 2010 kontinuierlich fällt. Analog dazu steigt der Anteil der Fälle, in denen diese Variabel mit „keine Angabe“ beantwortet wurde von 8 % auf knapp 27 % an. Der Anteil der unbekannt Aggressoren bleibt relativ konstant bei durchschnittlich 18 %. 2004 lag der Anteil dieser Kategorie bei 7 %.

4.5.2.1 Beziehungsstatus Opfer – Aggressor

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Beziehungsstatus, der zwischen dem Gewaltausübenden und dem Opfer bestand. Dabei wird von den Fällen ausgegangen, in denen mindestens einer der Aggressoren dem Opfer bekannt war ($n = 357$). Die Gesamtzahl aus Tabelle 25 mit $n = 362$ differiert von dieser zuvor ermittelten Anzahl, da in einigen Fällen dem Opfer mehrere Opfer bekannt waren, die allerdings in unterschiedlichen Beziehungen zu dem Opfer standen.

Beziehungsstatus	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Ehepartner	0	0	25	35	30	31	19	22	19	19	93	26
Lebenspartner	0	0	11	15	16	16	12	14	13	13	52	15
Expartner	1	20	3	4	6	6	7	8	4	4	20	6
Verwandter	2	40	10	14	30	31	24	28	25	25	89	25
Freund	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	4	1
Arbeitskollege/ Mitschüler	0	0	4	6	1	1	3	3	2	2	10	3
Bekannter	0	0	5	7	5	5	7	8	12	12	29	8
Anderer	2	40	13	18	10	10	14	16	23	23	60	17
Gesamt	5	100	71	99	98	100	87	100	101	101	357	101

Tabelle 25: Beziehungsstatus

Da in dem Jahr 2004 lediglich von einer Anzahl von $n = 5$ ausgegangen wird, werden keine aussagekräftigen Ergebnisse erwartet, weshalb eine detaillierte Auswertung vernachlässigt wurde.

Betrachtet man allerdings die Jahre 2007 – 2010, fällt auf, dass die Aggressoren in 46 % der Fälle ehemalige oder aktuelle Partner des Opfers sind. Aufgeteilt heißt dies, dass es sich in mehr als 1/4 der Fälle, in denen der Aggressor dem Opfer bekannt war um den Ehepartner handelte, der Gewalt gegen das Opfer ausübte. Dabei ist zu beachten, dass der Anteil des Ehepartners als Aggressor über die Jahre abnimmt von 35 % im Jahr 2007 auf 19 % im Jahr 2010. Durchschnittlich wurde der Lebenspartner mit 15 % als Aggressor benannt und in 6 % handelte es sich um einen ehemaligen Partner des Opfers.

Verwandte des Opfers finden sich in 25 % (n = 89) in der Rolle der Person wieder, von der die Gewalt ausging. Dabei handelt es sich in n = 64 (72 %) um die Eltern/einen Elternteil, die Gewalt gegen ihr Kind verübten. In den übrigen 25 Fällen (28 %) waren es weitere Familienmitglieder, wie z. B. die Großeltern, die Geschwister, Kinder oder Schwiegereltern, die Gewalt ausübten.

Interessant ist außerdem die Entwicklung der Rubrik „Andere“ über die Jahre. Diese steigt, im Gegensatz zu der Rubrik „Ehepartner“ von 10 % aus dem Jahr 2008 über 16 % auf 23 % im Jahr 2010 an.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Aggressoren, wenn sie dem Opfer bekannt waren, in 71 % der Fälle aus der unmittelbaren Umgebung der geschädigten Person stammten, da es sich um ehemalige oder aktuelle Partner bzw. Verwandte handelte.

4.6 Hintergrund, Ort, Häufigkeit und Form der Gewalt

In diesem Kapitel werden verschiedene Abschnitte behandelt. Zunächst werden der Hintergrund der Gewalt und der Ort, an dem sich die Gewalttat ereignete betrachtet. Im Anschluss daran wird dargestellt, ob diese Tat ein einmaliges oder mehrmaliges Ereignis war. Danach wird die Form der Gewalt analysiert und ob der Aggressor bei der Gewalttat einen Gegenstand verwendet hat.

4.6.1 Hintergrund der Gewalt

Der Hintergrund der Gewalt wurde, mit Ausnahme der Rubrik „Selbstbeibringung“, die in die Fälle unterteilt wurde, in denen das Opfer während der Begutachtung zugab, sich die Verletzungen selbst beigebracht zu haben und diejenigen, in denen die Verletzungen nicht mit dem beschriebenen Tathergang, jedoch mit Verletzungen durch die eigene Hand zu vereinbaren waren, anhand der Angaben der Opfer ermittelt. Durch eine mögliche Mehrfachnennung übersteigt die Gesamtzahl in diesem Kapitel die Anzahl der Fälle und beläuft sich insgesamt auf n = 612.

Hintergrund der Gewalt	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<i>IPV</i>	2	14	40	38	53	34	45	31	37	20	175	29
Kindesmissbrauch	6	43	14	13	41	26	37	25	61	33	153	26
Sexuelle Gewalt	0	0	9	8	17	11	16	11	19	10	61	10
Gewalt zw. K/J	0	0	7	7	5	3	8	5	9	5	29	5
Selbstbeibringung	0	0	2	2	1	1	1	1	2	1	6	1
<i>Gesichert</i>	0	0	1	50	1	100	1	100	2	100	5	83
<i>Verdacht</i>	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	17
Öffentliche Gewalt	3	21	29	27	28	18	21	14	40	21	118	20
Anderes	1	7	2	2	5	3	2	1	9	5	18	3
K. A.	2	14	3	3	8	5	17	12	10	5	38	6
Gesamt	14	99	106	100	158	101	147	100	187	100	598	100

Tabelle 26: Hintergrund der Gewalt

In Tabelle 26 sind die vier Rubriken grau hervorgehoben, die am häufigsten genannt wurden. Die Mehrheit der Fälle benennt die häusliche Gewalt (30 %) als Hintergrund. Dabei ist darauf zu achten, dass der Trend über die Jahre jedoch fallend ist und der Anteil im Jahr 2010 lediglich 1/5 der Gesamtzahl ausmacht. Die *IPV* wird gefolgt von der Rubrik der Kindesmisshandlung, die durchschnittlich 1/4 der Gesamtzahl ausmacht. Zu diesem Hintergrund von Gewalt ist zu sagen, dass hier, da die Kinder selbst meist noch nicht im Stande waren, sich zu den Ereignissen zu äußern, auch der Verdacht auf Kindesmisshandlung aufgenommen wurde. Analog zu dem Anteil der Fälle, die *IPV* als Hintergrund der Gewalt angaben, der über die Jahre sinkt, steigt der Anteil der Fälle in denen mindestens der Verdacht auf Kindesmissbrauch besteht und erreicht im Jahr 2010 einen Anteil von ca. 1/3. Der Hintergrund der Gewalt, der am dritthäufigsten genannt wurde, ist die „öffentliche Gewalt“. Insgesamt macht diese Rubrik einen Anteil von 20 % aus.

Die sexuelle Gewalt wurde gesondert erfasst und macht einen Anteil von 10 % aus. Dieser Wert ist auch über die Jahre nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz relativ konstant geblieben. Die beiden übrigen Rubriken, Gewalt zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Selbstbeibringung machen mit 5 % und 1 % lediglich einen kleinen Anteil der Fälle aus.

4.6.1.1 Hintergrund der Gewalt bezogen auf das Geschlecht

Setzt man den Hintergrund der Gewalt mit dem Geschlecht miteinander in Beziehung, so können die häufigsten geschlechtsbezogenen Gewalthintergründe herausgefiltert und für das jeweilige Geschlecht eine Reihenfolge der Gewalthintergründe herausgestellt werden. Ausgegangen wird dabei von insgesamt 612 genannten Gewalthintergründen. Aufgeteilt auf die Geschlechter, wurden von den männlichen Opfern $n = 230$ und von den weiblichen $n = 382$ Gewalthintergründe genannt. Die Abbildung 12 zeigt deutlich, dass die geschlechtsbezogenen Gewalthintergründe voneinander differieren.

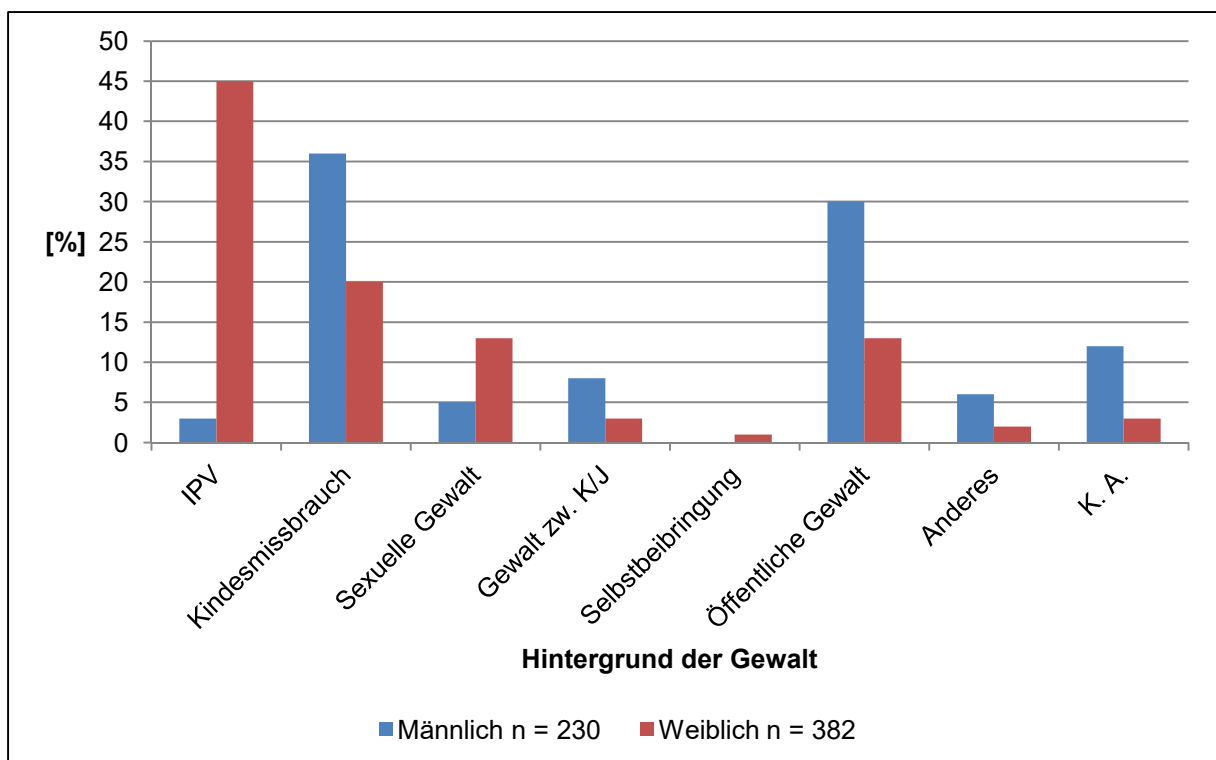


Abbildung 12: Hintergrund der Gewalt bezogen auf das Geschlecht der Opfer

Bei den weiblichen Opfern steht mit 45 % die *IPV* an erster Stelle der Hintergründe der Gewalt. Mit 20 % folgt darauf der Kindesmissbrauch und mit je 13 % wurden die sexuelle und die öffentliche Gewalt als Hintergrund der Gewalt genannt.

Bei den männlichen Opfern lässt sich im Vergleich zu den weiblichen eine differierende Reihenfolge feststellen. Hier ist mit 36 % der Kindesmissbrauch an erster Stelle zu nennen, gefolgt von der öffentlichen Gewalt mit 30 %. Bei knapp 12 % war bzgl. des Hintergrundes der Gewalt keine Angabe dokumentiert worden und in 8 % handelte es sich um Gewalt zwischen

Kindern bzw. Jugendlichen. Aber auch die sexuelle Gewalt mit knapp 5 % der Fälle und die IPV (3 %) wurden benannt.

Ausgehend von dem Hintergrund der Gewalt ist zu sagen, dass in den Rubriken IPV, sexuelle Gewalt und Selbstbeibringung der relative Anteil der weiblichen Opfer überwiegt. In den Kategorien Kindesmissbrauch, Gewalt zwischen Kindern bzw. Jugendlichen, öffentliche Gewalt und Anderes dominiert der relative Anteil der männlichen Opfer.

Inwiefern sich die Geschlechter jeweils auf die vier häufigsten Hintergründe von Gewalt (IPV, Kindesmissbrauch, sexuelle und öffentliche Gewalt) verteilen und welches Verhältnis daraus resultiert wird in Abbildung 13 dargestellt.

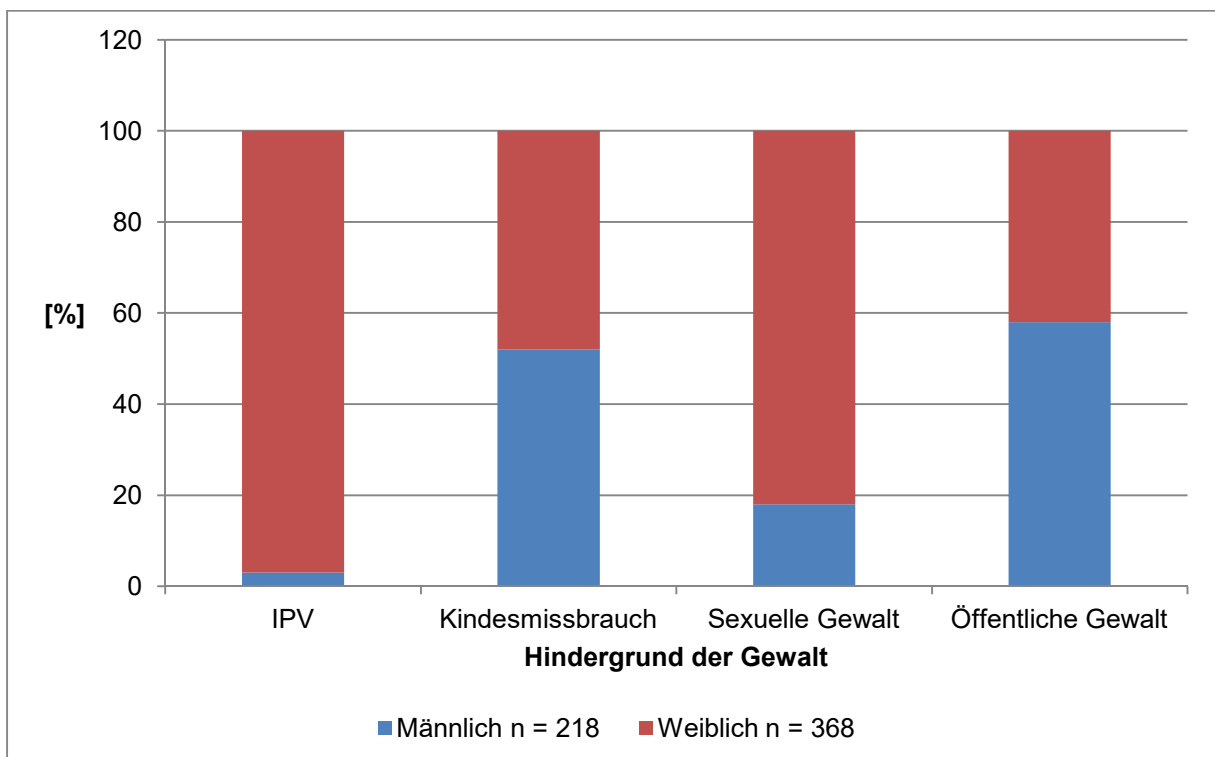


Abbildung 13: Verteilung des Geschlechts der Opfer auf die verschiedenen Gewalthintergründe

Aus der Abbildung 13 ist ersichtlich, dass IPV als Hintergrund der Gewalt zum größten Teil von Frauen (97 %) genannt wird. Männer nennen dies nur in 3 %. Auch die sexuelle Gewalt wird mit 82 % häufiger von den weiblichen Patienten als Hintergrund angegeben als von den Männern (18 %). Bei den Hintergründen Kindesmissbrauch und öffentliche Gewalt dreht sich das Verhältnis und die männlichen Opfer nehmen einen größeren Anteil als die weiblichen ein. Bezogen auf die Fälle in denen mindestens ein Verdacht auf Kindesmisshandlung vor-

lag, ist das Verhältnis relativ ausgeglichen (männlich: 52 %; weiblich: 48 %). Handelte es sich um öffentliche Gewalt nahmen die männlichen Patienten einen Anteil von 58 % ein.

4.6.2 Ort der Gewalt

Betrachtet man den Ort, an dem die Gewalttat stattfand, ist ersichtlich, dass sich die Mehrheit der Gewalttaten in jedem betrachteten Jahr in einer häuslichen Umgebung ereignete. In den Jahren 2007 – 2010 machte die Kategorie knapp die Hälfte der Fälle aus (48 %), was in Tabelle 27 grau hervorgehoben ist. In 1/4 der Fälle ereignete sich der Vorfall in einem öffentlichen Raum, dabei v. a. draußen (20%, grau hinterlegt) und nicht in einem Gebäude (5 %).

Ort der Gewalt	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Häusliche Umgebung	5	36	49	49	78	54	58	40	87	48	272	48
Öffentlicher Raum (draußen)	1	7	22	22	18	12	42	29	35	19	117	20
Öffentlicher Raum (Gebäude)	0	0	4	4	6	4	8	5	8	4	26	5
Arbeitsplatz	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	3	1
Kinder- garten/ Schule	0	0	4	4	2	1	1	1	5	3	12	2
Anderer	0	0	1	1	5	3	5	3	1	1	12	2
K. A.	8	57	20	20	36	25	30	21	44	24	130	23
Gesamt	14	100	101	101	145	99	146	100	180	99	572	101

Tabelle 27: Ort der Gewalt

Zu beachten ist außerdem, dass im Jahr 2004 in mehr als der Hälfte und in den Jahren 2007 – 2010 in mehr als 1/5 der Fälle keine Angabe zu dem Ort dokumentiert war.

4.6.3 Häufigkeit der Gewalt

In diesem Abschnitt wird die Häufigkeit der Gewalt thematisiert. Es wird erörtert, ob es sich bei der Gewalttat um ein einmaliges oder mehrmaliges Ereignis handelte.

Häufigkeit der Gewalt	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
einmalig	9	64	58	57	75	52	62	42	86	48	281	49
mehrmalig	3	21	34	34	47	32	50	34	46	26	177	31
K. A.	2	14	9	9	23	16	34	23	48	27	114	20
Gesamt	14	99	101	100	145	100	146	99	180	101	572	100

Tabelle 28: Häufigkeit der Gewalt

Wie die Tabelle 28 zeigt, handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um ein einmaliges Ereignis. Im Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz war der Anteil der Fälle, in denen es sich um eine einmalige Gewalttat handelte mit 64 % relativ größer als in den Jahren 2007 – 2010, in denen der Anteil in etwa die Hälfte der Fälle ausmacht (grau hervorgehoben). Die Fälle, in denen es sich um wiederholte Gewalttaten handelt, machen im Jahr 2004 21 % und in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz knapp 1/3 der Fälle aus. Zu beachten ist auch, dass der prozentuale Anteil der Fälle, in denen keine Angabe zu der Häufigkeit der Gewalttat dokumentiert wurde, über die Jahre 2007 – 2010 stetig ansteigt.

Um die These zu prüfen, dass dies an der steigenden Anzahl der Fälle mit „V. a. Kindesmisshandlung“ liegt, wurde die Häufigkeit der Gewalt mit dem Alter des Opfers in Beziehung gesetzt und in Tabelle 29 dargestellt. Dabei wurden lediglich die Fälle betrachtet, bei denen bzgl. der Häufigkeit der Gewalt keine Angabe dokumentiert war, abzüglich der Fälle, in denen keine Altersangabe vorlag. Dadurch ergibt sich eine Ausgangszahl von n = 114.

Alter [Jahre]	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
0 – 3	2	100	5	63	12	52	16	48	22	46	55	49
> 3 – 6	0	0	1	13	3	13	6	18	7	15	17	15
> 6 – 14	0	0	0	0	2	9	4	12	8	17	14	13
> 14 – 18	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1
> 18 – 25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1
> 25 – 60	0	0	1	13	3	13	4	12	6	13	14	13
> 60	0	0	1	13	2	9	3	9	4	8	10	9
Gesamt	2	100	8	102	23	100	33	99	48	101	112	101

Tabelle 29: Beziehungsgefüge der Fälle, in denen keine Angabe zu der Häufigkeit der Gewalt dokumentiert war und dem Alter des Opfers

Betrachtet man die Fälle, in denen das Opfer älter als 14 Jahre alt war, zeigt sich, dass der Anteil der Fälle, in denen zu der Häufigkeit der Gewalt keine Angabe notiert war, über die Jahre konstant bei ca. 23 % liegt. Dadurch wird deutlich, dass die Häufung der Fälle, in denen keine Dokumentation bzgl. der Häufigkeit der Gewalt vorlag, in dem Anstieg der Alterskategorie < 14 Jahre zu sehen ist.

Geschlecht	Häufigkeit der Gewalt						Gesamt	
	einmalig		mehrmalig		K. A.			
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Männlich	127	44	32	18	59	51	218	37
Weiblich	163	56	148	82	57	49	368	63
Gesamt	290	100	180	100	116	100	586	100

Tabelle 30: Beziehungsgefüge zwischen der Häufigkeit der Gewalt und dem Geschlecht des Opfers

Bezieht man die Häufigkeit der Gewalt auf das Geschlecht, fällt auf, dass, wie in Tabelle 30 zu sehen ist, bei den einmaligen Gewaltereignissen und den Fällen, in denen keine Angabe zur Häufigkeit der Gewalt dokumentiert war, keine Gewichtung zu Gunsten eines der beiden Geschlechter gegeben ist. Bei den Fällen, in denen es sich um mehrmalige Gewaltereignisse handelt, ist allerdings eine eindeutige Gewichtung in Richtung des weiblichen Geschlechts zu verzeichnen. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass es sich bei den mehrmaligen

Gewalttaten in 82 % (n = 148) um Frauen handelte. In 18 % (n = 32) waren es männliche Opfer.

4.6.4 Form der Gewalt

In diesem Abschnitt wird die Gewaltform genauer betrachtet. Es wird der Frage nachgegangen, ob die Gewaltopfer ausschließlich zur Dokumentation ihrer körperlichen Verletzungen die Gewaltopferambulanz des Institutes für Rechtsmedizin aufsuchten oder ob sie außerdem psychische Formen von Gewalt schilderten. Dabei ist zu beachten, dass ausschließlich die Fälle in die Kategorie „psychische Gewalt“ bzw. „gemischte Gewaltform“ aufgenommen wurden, in denen vom Opfer konkrete Angaben, wie z. B. Morddrohungen, Isolation, Verwahrlosung, etc. gemacht wurden. Inwiefern alle Opfer von Gewalt, auch diejenigen, die ausschließlich zur Begutachtung rein körperlicher Verletzungen das Angebot der Gewaltopferambulanz in Anspruch nahmen auch unter einer psychischen Komponente der Gewalt leiden, konnte in dieser Auswertung nicht dezidiert erfasst werden. Auf diesen Aspekt wird an anderer Stelle einzugehen sein.

Form der Gewalt	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
körperlich	13	93	86	85	126	87	131	90	171	95	514	90
psychisch	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	< 1
gemischt	1	7	15	15	19	13	15	10	8	4	57	10
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 31: Form der Gewalt

Es zeigt sich, dass, wie in Tabelle 31 grau hervorgehoben, in 90 % der Fälle die reine körperliche Gewalt im Vordergrund der Untersuchung stand und keine Angabe bzgl. psychischer Gewalt getroffen wurde. In einem Fall im Jahr 2010 nahm eine Frau das Angebot der Gewaltopferambulanz in Anspruch, die ausschließlich unter psychischer Gewalt litt und aus diesem Grund Rat beim Institut für Rechtsmedizin suchte. In 10 % der Fälle wurde während der Untersuchung sowohl die körperliche, aber auch psychische Gewalt von den Opfern thematisiert.

4.6.4.1 Benutzung eines Gegenstandes (Werkzeuges) in der aggressiven Handlung

Ob bei der Gewalttat ein Gegenstand als Werkzeug zur Hilfe genommen wurde, soll in diesem Abschnitt genauer betrachtet werden. Dabei wurde, falls kein Gegenstand benannt wurde, diese Variabel mit „nein“ beantwortet.

Gegenstand verwendet	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Ja	7	50	23	23	33	23	27	18	45	25	128	22
Nein	7	50	78	77	112	77	119	82	135	75	444	78
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 32: Benutzung eines Gegenstands zur Verübung der Gewalttat

2004 wurde in der Hälfte der Fälle ein Gegenstand benutzt. In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf lag der Anteil der Fälle, in denen ein Gegenstand benutzt wurde, bei 22 %. In durchschnittlich mehr als 3/4 der Fälle wurde kein Gegenstand verwendet.

Die benannten Gegenstände waren sehr vielfältig. Daher wurde eine Einteilung in verschiedene Kategorien, die in Tabelle 33 dargestellt ist, vorgenommen. Eine Darstellung über die Jahre wurde als nicht sinnvoll erachtet, weshalb die verschiedenen Werkzeuge lediglich insgesamt aufgelistet werden. Da in einigen Fällen mehrere Werkzeuge verwendet wurden, wurde in fünf Fällen eine doppelte Zuordnung vorgenommen. Daraus ergibt sich als Gesamtzahl $n = 140$.

Werkzeug	n	[%]
Schneidwerkzeug	50	36
<i>Messer</i>	33	66
<i>Glasflasche/-scherbe</i>	11	22
<i>Anderes</i>	6	12
Schlagwerkzeug	42	30
Werkzeuge zur thermischen Gewalt	19	14
Schusswaffe	8	6
Handschellen	8	6
Strangulationswerkzeuge	5	4
unbekannt/nicht zuzuordnen	8	6
Gesamt	140	102

Tabelle 33: Kategorisierung der verwendeten Werkzeuge

In mehr als 1/3 der Fälle handelte es sich bei den verwendeten Werkzeugen um Schneidwerkzeuge. Es ist darauf zu verweisen, dass es sich in 33 Fällen (66 %) um ein Messer handelte. In den übrigen Fällen (n = 11) waren es hauptsächlich Glasflaschen oder –scherben. Die Schlagwerkzeuge, die mit 30 % (n = 42) als zweithäufigste verwendete Tatwerkzeuge benannt wurden, untergliedern sich in vielerlei Haushalts- bzw. Alltagsgegenstände (Hausschuh, Nudelholz, Kleiderstange etc.). In 19 Fällen (14 %) wurden Werkzeuge verwendet, mit denen thermische Verletzungen, wie z. B. Verbrennungen durch Zigaretten (n = 10) hervorgerufen wurden. Mit jeweils 6 % (n = 8) wurden Handschellen und Schusswaffen als Werkzeuge benannt. Außerdem lagen in genauso vielen Fällen keine exakten Angaben zum Gegenstand vor bzw. sie konnten nicht sicher in die vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden.

4.6.4.2 Probensicherung

In 45 Fällen (8 %) wurden insgesamt 109 Proben entnommen. In der Mehrheit handelte es sich um Sexualdelikte (63 %). Bei 28 Fällen wurden insgesamt 44 Abstriche (40 %) entnommen. Dabei handelte es sich vorwiegend um genitale (43 %; n = 19) und in jeweils der gleichen Anzahl (20 %; n = 9) um orale bzw. anale Abstriche. In einigen Fällen (16 %; n = 7) war die Art des Abstriches nicht weiter dokumentiert. Bezogen auf die Gesamtzahl der Proben

nehmen die verschiedenen Abstriche folgende Anteile an: genitale Abstriche 17 %, orale Abstriche 8 %, anale Abstriche 8 %, nicht näher beschriebene Abstriche 6 %. Weiterhin wurden v. a. Blut (17 %; n = 19) und Urin (12 %; n = 13) sowie Hautabriebe (10 %; n = 11) gesichert.

4.7 Verletzungsmuster

In diesem Kapitel soll das Verletzungsmuster beschrieben werden. Dazu wird zunächst die gesamte Anzahl der Verletzungen je Fall aufgelistet. Im Anschluss daran werden die Verletzungen kategorisiert und diesen Kategorien die jeweilige Anzahl zugeordnet.

Dabei ist zu beachten, dass es sich in diesem Kapitel ausschließlich um die körperlich sichtbaren Schäden handelt.

4.7.1 Anzahl der Verletzungen

Zur Beschreibung der Anzahl der körperlichen Verletzungen wurde in jedem Fall die jeweiligen dokumentierten Schäden der Opfer gezählt und in Kategorien, die je in Fünferschritten aufsteigen, eingeteilt.

Anzahl der Verletzungen	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine	1	7	9	9	10	7	14	10	20	11	53	9
1 – 5	4	29	38	38	72	50	61	42	69	38	240	42
> 5 – 10	4	29	25	25	31	21	38	26	38	21	132	23
> 10 – 15	1	7	15	15	12	8	14	10	23	13	64	11
> 15	4	29	14	14	20	14	19	13	30	17	83	15
Gesamt	14	101	101	101	145	100	146	101	180	100	572	100

Tabelle 34: Anzahl der Verletzungen

Tabelle 34 zeigt, dass in den Jahren 2007 – 2010 durchschnittlich in 91 % der Fälle mindestens eine sichtbare körperliche Verletzung vorlag. In 42 % handelte es sich um mindestens eine bis maximal fünf Verletzungen. Knapp 1/4 der Fälle zeigte mehr als fünf bis maximal

zehn Beschädigungen. Zu beachten ist, dass auch der Anteil der Fälle, in denen die Opfer mehr als zehn Verletzungen aufwiesen 1/4 ausmacht. Interessant dabei ist, dass der Anteil der Fälle mit mehr als 15 Verletzungen über die Jahre von 14 % auf über 17 % ansteigt.

4.7.2 Stumpfe Gewalt

Stumpfe Gewalt wurde in insgesamt 500 Fällen (85 %) dokumentiert. Dabei traten ungeformte und geformte Anteile auch nebeneinander auf.

4.7.2.1 Stumpfe ungeformte Gewalt

In mehr als 80 % (n = 477) wurde stumpfe ungeformte Gewalt gegenüber dem Opfer angewendet und dokumentiert. Insgesamt ließen sich 3069 Verletzungen festhalten, die sich in die Kategorie der stumpfen ungeformten Gewalt eingliedern ließen.

Lokalisation	n	[%]
Hirnschädel	102	3
Gesichtsschädel	828	27
Nacken	12	< 1
Hals	87	3
Brustkorb	62	2
Brust	61	2
Rücken	147	5
Abdomen	35	1
Schambereich/Genitalien	26	1
Analbereich	4	< 1
Gesäß	47	2
Oberarm	367	12
Unterarm	352	11
Hand	135	4
Oberschenkel	327	11
Unterschenkel	439	14
Fuß	38	1
Gesamt	3069	99

Tabelle 35: Lokalisation der stumpfen ungeformten Gewalt

Diese Verletzungen wurden anhand ihrer jeweiligen Lokalisation aufgelistet. Die fünf häufigsten Lokalisationen, in Tabelle 35 grau hervorgehoben, wurden noch einmal in Abbildung 14 mit Hilfe eines Köperschemas, das auch am Institut für Rechtsmedizin Verwendung findet, veranschaulicht.

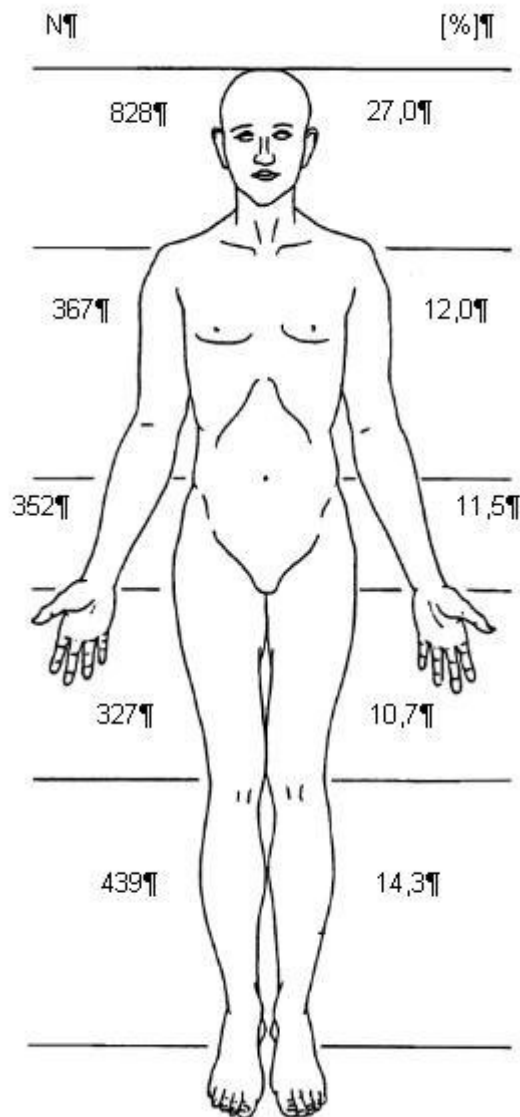


Abbildung 14: Lokalisation der stumpfen ungeformten Gewalt (n = 3069)

Mit einem Anteil von mehr als 1/4 (27 %) stellt der Gesichtsschädel die häufigste Lokalisation dar, die bzgl. der stumpfen ungeformten Gewalt dokumentiert wurde. Gefolgt von den Unter- (14 %) und Oberschenkeln (11 %) sowie den Ober- und Unterarmen mit je 12 %.

4.7.2.2 Stumpfe geformte Gewalt

Stumpfe Gewalt mit geformten Anteilen, wie sie z. B. bei Griffhämatomen zu sehen ist, wurde in 269 Fällen (46 %) dokumentiert. Dabei waren es insgesamt 1153 Verletzungen, die beschrieben wurden.

Lokalisation	n	[%]
Hirnschädel	22	2
Gesichtsschädel	153	13
Nacken	11	1
Hals	79	7
Brustkorb	57	5
Brust	17	1
Rücken	104	9
Abdomen	47	4
Schambereich/Genitalien	11	1
Analbereich	0	0
Gesäß	14	1
Oberarm	230	20
Unterarm	159	14
Hand	63	5
Oberschenkel	94	8
Unterschenkel	86	7
Fuß	6	1
Gesamt	1153	99

Tabelle 36: Lokalisation der stumpfen geformten Gewalt

Wie bereits in dem vorangegangenen Kapitel wurden auch hier die Verletzungen anhand der jeweiligen Lokalisation in Tabelle 36 aufgelistet und die fünf Körperstellen, die am häufigsten genannt wurden, grau hinterlegt und im Körperschema in Abbildung 15 veranschaulicht.

Der Oberarm wurde mit 20 % am häufigsten als Lokalisation von stumpfer geformter Gewalt dokumentiert, gefolgt von dem Unterarm (14 %) und dem Gesichtsschädel mit 13 %. Außerdem wurden der Rücken mit 9 % und der Oberschenkel mit 8 % als Lokalisation dokumentiert, an denen Verletzungen festgestellt wurden, die Folge stumpfer geformter Gewalt waren.

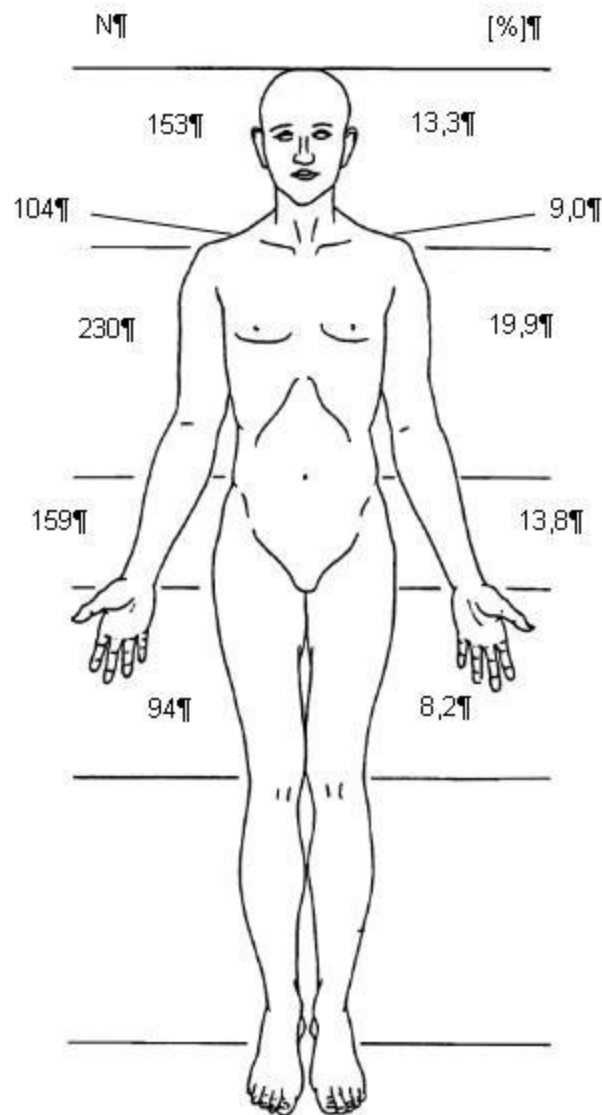


Abbildung 15: Lokalisation der stumpfen geformten Gewalt (n = 1153)

Als Sonderform der stumpfen geformten Gewalt sind außerdem Bissverletzungen und Strangulations- bzw. Würgemale zu nennen.

In 19 Fällen (3 %) konnten insgesamt 26 Bissverletzungen dokumentiert werden. Diese befanden sich v. a. an den Unterarmen (31 %), dem Gesichtsschädel (19 %) und den Oberarmen (15 %). Eindeutige Strangulations- bzw. Würgemale wurden in 15 Fällen dokumentiert. Zu beachten ist, dass hier nur die Fälle beschrieben werden, in denen die Verletzungen eindeutig auf einen Strangulation bzw. einen Würgevorgang schließen ließen und auch so dokumentiert waren. Es fanden sich insgesamt 59 Verletzungen, die sich auf die Lokalisation Hals (93 %), Nacken (5 %) und Hirnschädel (2 %) aufteilten. In 12 Fällen wurden zusätzlich petechiale Blutungen, die auf einen Stauungsvorgang schließen ließen, gefunden. Die übr-

gen Fälle, in denen Gewalt gegen den Hals ausgeübt wurde, finden sich in der Rubrik (un-)geformte stumpfe Gewalt gegen den Hals.

4.7.3 Scharfe Gewalt

Diese Art von Gewalt wurde in 45 Fällen (8 %) dokumentiert. In 26 Fällen handelte es sich um insgesamt 160 Schnittverletzungen. Weiterhin waren in 22 Fällen Verletzungen dokumentiert, die insgesamt 46 Stichkomponenten enthielten. Dreimal wurden sowohl Schnitt-, als auch Stichverletzungen notiert. In Tabelle 37 und 38 ist dargestellt, welche Lokalisationen von dieser Art von Verletzungen besonders betroffen waren.

Lokalisation	n	[%]
Hirnschädel	3	2
Gesichtsschädel	30	19
Nacken	1	1
Hals	9	6
Brustkorb	5	3
Brust	23	14
Rücken	11	7
Abdomen	31	19
Schambereich/Genitalien	0	0
Analbereich	0	0
Gesäß	1	1
Oberarm	2	1
Unterarm	13	8
Hand	28	18
Oberschenkel	0	0
Unterschenkel	3	2
Fuß	0	0
Gesamt	160	101

Tabelle 37: Scharfe Gewalt – Schnittverletzungen

Bei den Schnittverletzungen zeigt sich, dass von den insgesamt 160 Verletzungen $n = 31$ (19 %) im Bereich des Abdomens lokalisiert waren und $n = 30$ (19 %) den Gesichtsschädel betrafen. Diese beiden am häufigsten genannten Lokalisationen werden gefolgt von den Händen (18 %), der Brust (14 %) und den Unterarmen (8 %) als bevorzugte Bereiche für Schnittverletzungen.

Lokalisation	N	[%]
Hirnschädel	2	4
Gesichtsschädel	1	2
Nacken	0	0
Hals	2	4
Brustkorb	11	24
Brust	1	2
Rücken	13	28
Abdomen	6	13
Schambereich/Genitalien	3	7
Analbereich	0	0
Gesäß	1	2
Oberarm	0	0
Unterarm	0	0
Hand	0	0
Oberschenkel	6	13
Unterschenkel	0	0
Fuß	0	0
Gesamt	46	99

Tabelle 38: Scharfe Gewalt – Stichverletzungen

Wie bereits erwähnt, wurden in 22 Fällen insgesamt 46 Wunden durch Stichverletzungen detektiert. Dabei entfallen $n = 13$ (28 %) auf den Rücken, der damit die am häufigsten betroffene Stelle darstellt, gefolgt von dem Brustkorb mit 11 dokumentierten Wunden (24 %). Mit je 13 % folgen das Abdomen und der Oberschenkel und mit 7 % der Schambereich bzw. die Genitalien.

4.7.4 Sonderformen von Gewalt

In diesem Kapitel sollen die Schussverletzungen und die Verletzungen, die durch thermische Gewalt entstanden sind, Beachtung finden.

4.7.4.1 Schussverletzung

In den beobachteten fünf Jahren wurden in sechs Fällen insgesamt 15 Schussverletzungen dokumentiert. 1/3 der Verletzungen waren am Unterschenkel und je 20 % im Bereich des Gesichtsschädels und Oberschenkels lokalisiert. Je eine Verletzung war im Bereich des Halses, des Abdomens, des Ober- sowie Unterarms dokumentiert.

4.7.4.2 Thermische Gewalt

In insgesamt 21 Fällen wurden Verletzungen, die Folge thermischer Gewalt waren, dokumentiert. Dabei waren in 14 Fällen geformte Anteile, in fünf Fälle ungeformte Anteile und bei zwei Fällen sowohl geformte als auch ungeformte Anteile von thermischer Gewalt zu finden. Lokalisiert waren die insgesamt 97 aufgenommenen Verletzungen durch diese Art von Gewalt v. a. am Unterarm (34 %), an der Hand (16 %) sowie am Gesichtsschädel (12 %). Weitere Verletzungen waren im Bereich des Oberarms (11 %), des Oberschenkels (6 %), des Fußes (6 %) und des Rückens (4 %) zu finden.

4.7.5 Vergleich der Gewaltform mit dem Geschlecht und dem Alter des Opfers

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Gewaltformen zunächst mit dem Geschlecht (Tabelle 39) und im Anschluss daran mit dem Alter (Tabelle 40) in Beziehung gesetzt werden.

Geschlecht	stumpfe, ungeformte Gewalt		stumpfe, geformte Gewalt		Scharfe Gewalt		Schussverletzungen		thermische Gewalt	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Männlich	167	35	89	33	25	56	3	50	11	52
Weiblich	310	65	180	67	20	44	3	50	10	48
Gesamt	477	100	269	100	45	100	6	100	21	100

Tabelle 39: Beziehung zwischen der Form der Gewalt und dem Geschlecht

Es zeigt sich, dass bei den Gewaltformen, wie Schussverletzungen oder thermischer Gewalt keine Gewichtung in Richtung eines Geschlechts gegeben ist. Die Aufteilung auf die Geschlechter ist bei diesen beiden Gewaltformen in etwa gleich.

Bei der stumpfen Gewalt, sowohl bei der ungeformten, als auch bei der geformten, ist ein Verhältnis von 1 : 2 in Richtung des weiblichen Geschlechts zu verzeichnen.

Interessant ist, dass bei der scharfen Gewalt, trotz der insgesamt niedrigeren Gesamtzahl der von Gewalt betroffenen männlichen Personen, diese hier einen höheren Anteil ausmachen. Bei dieser Gewaltform liegt der Anteil der männlichen Betroffenen bei 56 %, der der weiblichen bei 44 %.

Jahre	stumpfe, ungeformte Gewalt		stumpfe, geformte Gewalt		Scharfe Gewalt		Schussverletzungen		thermische Gewalt	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
0 – 3	61	13	37	14	1	2	0	0	5	24
> 3 – 6	25	5	10	4	0	0	0	0	1	5
> 6 – 14	38	8	23	9	1	2	0	0	1	5
> 14 – 18	39	8	25	9	4	9	0	0	1	5
> 18 – 25	71	15	48	18	12	27	0	0	5	24
> 25 – 60	206	43	110	41	19	42	5	83	6	29
> 60	23	5	12	4	1	2	1	17	0	0
K. A.	14	3	4	1	7	16	0	0	2	10
Gesamt	477	100	269	100	45	100	6	100	21	102

Tabelle 40: Beziehung zwischen der Form der Gewalt und dem Alter

Betrachtet man nun das Beziehungsgefüge der Gewaltform mit dem Lebensalter des Opfers, so fällt auf, dass, wie in Tabelle 40 grau hinterlegt, die Kategorie der > 25 – 60-jährigen in jeglicher Gewaltform den führenden Anteil ausmachen. Insgesamt fällt auf, dass sich sowohl die scharfe Gewalt, als auch die Schussverletzungen im Wesentlichen auf die Kategorien des Erwachsenenalters verteilen. Bei den Verletzungen durch stumpfe oder thermische Gewalt war die dritthäufigste Kategorie die der Kinder zwischen 0 – 3 Jahren.

Bei den Schussverletzungen zeigt sich, dass lediglich Personen jenseits der 25 Jahre betroffen waren.

Bei der scharfen Gewalt waren im Wesentlichen auch eher jene betroffen, die jenseits des 18. Lebensjahrs waren. Dabei macht die Kategorie > 18 – 25 Jahre mehr als 1/4 der Gesamtzahl aus und die > 25 – 60-jährigen einen Anteil von 42 %. Zusammen machen diese beiden Kategorien demnach mehr als 2/3 der von scharfer Gewalt betroffenen Personen aus.

Bei der stumpfen ungeformten und geformten Gewalt ist die Verteilung auf das Alter in etwa gleich. Den größten Anteil mit mehr als 40 % macht die Kategorie der > 25 – 60-jährigen aus, gefolgt von der Kategorie > 18 – 25 Jahre (15 % bei stumpfer ungeformter Gewalt und 18 % bei stumpfer geformter Gewalt). Wie bereits eingangs erwähnt entfällt der drittgrößte Anteil auf die Kategorie der jüngsten Betroffenen (0 – 3 Jahre). Sie macht einen Anteil von 13 % bei der stumpfen ungeformten und von 14 % bei der stumpfen geformten Gewalt aus.

4.8 Schweregrad der Verletzungen

Durch die fachgerechte Dokumentation der Verletzungen konnten die Fälle mehrheitlich in die verschiedenen Kategorien der Schweregrade eingeteilt werden. Dabei wird zwischen den Fällen unterschieden, in denen keine, nicht lebensbedrohliche oder potentiell lebensbedrohliche Verletzungen vorlagen.

Schwe- regrad	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine Verl.	0	0	5	5	7	5	8	5	15	8	35	6
nicht lebens- bedrohl. Verl.	6	43	87	86	120	83	110	75	123	68	440	77
pot. lebens- bedrohl. Verl.	8	57	9	9	14	10	15	10	38	21	76	13
K. A.	0	0	0	0	4	3	13	9	4	2	21	4
Gesamt	14	100	101	100	145	101	146	99	180	99	572	100

Tabelle 41: Schweregrad der Verletzungen

Wie Tabelle 41 darstellt, wurden im Jahr 2004 ausschließlich solche Fälle in dem Institut für Rechtsmedizin vorgestellt, in denen sichtbare Verletzungen vorlagen. In 43 % handelte es sich dabei um nicht lebensbedrohliche Verletzungen, in 57 % um potentiell lebensbedrohliche Verletzungen.

Diese Verteilung änderte sich nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz. Durchschnittlich lagen in 6 % der Fälle keine äußerlichen Verletzungen vor. In mehr als 3/4 der Fälle (77 %) waren nicht lebensbedrohliche Verletzungen dokumentiert und in durchschnittlich 13 % lagen mindestens potentiell lebensbedrohliche Verletzungen vor. Hierbei ist aber auch die Entwicklung der Zahlen über die Jahre zu betrachten. Bei der Kategorie „nicht lebensbedrohliche Verletzungen“ ist ein fallender Trend von 86 % im Jahr 2007 auf 68 % im Jahr 2010 zu verzeichnen. Analog dazu steigt der Anteil der potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen über die Jahre von 9 % im Jahr 2007 auf 21 % im Jahr 2010.

Weiterhin wurden die Fälle mit den potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen (n = 76) aus den Jahren 2007 – 2010 mit dem jeweiligen Hintergrund der Gewalt verglichen, was in Tabelle 42 dargestellt ist. Dabei ist zu sagen, dass im Jahr 2010 ein Fall dokumentiert war, bei dem zwei Gewalthintergründe (IPV und sexuelle Gewalt) genannt wurden. Deshalb wird hier im Jahr 2010 von 39 Fällen und insgesamt von der Gesamtzahl n = 77 ausgegangen.

Hintergrund der Gewalt	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<i>IPV</i>	4	44	0	0	3	20	5	13	12	16
Kindesmissbrauch	1	11	3	21	3	20	6	15	13	17
sexuelle Gewalt	0	0	0	0	2	13	2	5	4	5
Gewalt zw. K/J	0	0	0	0	1	7	0	0	1	1
Selbstbeibringung	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1
öffentliche Gewalt	1	11	5	36	2	13	15	38	23	30
Anderes	1	11	3	21	2	13	5	13	11	14
K. A.	2	22	3	21	2	13	5	13	12	16
Gesamt	9	99	14	99	15	99	39	100	77	100

Tabelle 42: Beziehungsgefüge zwischen den Fällen mit potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen und dem Hintergrund der Gewalt

Allgemein fällt auf, dass es sich in den meisten Fällen (durchschnittlich 30 %) mit potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen um öffentliche Gewalt handelte. Dies ist v. a. in den Jahren 2008 (36 %) und 2010 (39 %) der Fall. Der durchschnittlich zweithäufigste Hintergrund der Gewalt ist mit 17 % der Kindesmissbrauch, gefolgt von der *IPV* (16 %).

4.9 Polizeiliche Anzeige

Dieser Abschnitt soll darlegen, in wie vielen Fällen die Patienten den Vorfall der Gewalttat zur polizeilichen Anzeige brachten. Die Angaben dazu sind in Tabelle 43 zusammengestellt. Es wird unterschieden, ob das Opfer die Anzeige bereits vor der Untersuchung getätigt hatte, oder dieses Vorhaben nach der Versorgung der Verletzungen veranlassen wollte. Außerdem wurden die Anzeigen aufgelistet, die durch Dritte getätigt wurden sowie die Fälle, die durch einen Untersuchungsauftrag von der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder eines Gerichtes der Rechtsmedizin zugewiesen wurden. Unter die Rubrik „Andere“ fallen die Fälle, die nicht in die vorliegenden Kategorien eingeordnet werden konnten. Dabei handelt es sich in dem Jahr 2007 um eine Anzeige gegen das Opfer wegen falscher Verdächtigung und im Jahr 2010 um eine so genannte einstweilige Verfügung.

polizeiliche Anzeige	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
vor der Untersuchung	0	0	27	27	34	23	20	14	35	19	116	20
Vorhaben nach der Untersuchung	0	0	1	1	7	5	2	1	2	1	12	2
durch Dritte	0	0	1	1	0	0	1	1	2	1	4	1
durch Jugendamt	0	0	0	0	0	0	1	100	1	50	2	50
durch Arzt	0	0	1	100	0	0	0	0	1	50	2	50
Auftrag: Polizei, StA, Gericht	11	79	3	3	17	12	22	15	30	17	72	13
Andere	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	< 1
keine Anzeige	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	3	1
K. A.	3	21	68	67	86	59	101	69	108	60	363	63
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 43: Polizeiliche Anzeige (Auflistung)

Die drei meist genannten Formen des Anzeigeverhaltens sind in der Tabelle 43 grau hervorgehoben. Im Jahr 2004 wurden alle Fälle der Rechtsmedizin durch Untersuchungsaufträge zugewiesen. In elf Fällen handelte es sich um einen Auftrag seitens der Polizei, der Staatsanwaltschaft bzw. eines Gerichtes. Dies macht einen Anteil von 79 % aus. Bei den restlichen 21 % (n = 3) wurde keine exakte Angabe dazu dokumentiert, ob eine Anzeige getätigt wurde.

In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz wurde bei der Mehrheit der Fälle, durchschnittlich 64 %, keine Angabe bzgl. einer Anzeige notiert. Dabei ist allerdings zu verzeichnen, dass dieser Anteil über die Jahre sinkt. Nahm diese Rubrik im Jahr 2007 noch einen Anteil von 67 % ein, war es im Jahr 2010 nur noch ein Anteil von 60 %. Analog dazu stieg der Anteil der Fälle, in denen ein Untersuchungsauftrag seitens der Polizei, der Staatsanwaltschaft bzw. eines Gerichtes bestand. Durchschnittlich macht diese Rubrik einen Anteil von 13 % aus. Der Anteil stieg jedoch über die Jahre von 3 % (2007), über 12 % (2008) und 15 % (2009) auf 17 % im Jahr 2010. Mit durchschnittlich 20 % schlagen die Fälle, in denen das Opfer selbst bereits vor der Untersuchung eine Anzeige erstattete, zu Buche. In 12 Fällen (2 %) wurde zumindest das Vorhaben, eine Anzeige zu erstatten, dokumentiert.

Insgesamt lässt sich sagen, dass es in den Jahren nach der Implementierung bei ca. jedem dritten Fall zu einer Anzeige kam.

In Tabelle 44 sind noch einmal die Fälle dahingehend aufgelistet, ob eine Anzeige erstattet wurde oder nicht. Dabei wurden nur die Fälle in die Rubrik „Anzeige“ eingeordnet, bei denen mit Sicherheit davon auszugehen war, dass die Anzeige auch erfolgte (Entsprechend sind dies aus der obigen Tabelle die Fälle, in denen die Anzeige von dem Opfer selbst oder durch Dritte vor der Untersuchung getätigt wurde, oder ein Untersuchungsauftrag von der Polizei, der StA oder dem Gericht vorlag.). Bei dieser Betrachtungsweise ist zu erkennen, dass in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz (2007 – 2010) über die Folgejahre hinweg ein Anstieg hinsichtlich der Anzeigen zu verzeichnen ist (31 % im Jahr 2007 und 37 % im Jahr 2010).

Jahr	Anzeige		keine Anzeige		Gesamt n
	n	[%]	n	[%]	
2004	11	79	3	21	14
2007	31	31	70	69	101
2008	51	35	94	65	145
2009	43	29	103	71	146
2010	67	37	113	63	180
Gesamt	203	35	383	65	586

Tabelle 44: Polizeiliche Anzeige (zusammengefasst)

4.9.1 Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Geschlecht

In diesem Abschnitt werden die Fälle aus der Tabelle 44 jeweils mit dem Geschlecht in Beziehung gesetzt. Ausgegangen wird dabei von der Gesamtzahl $n = 586$.

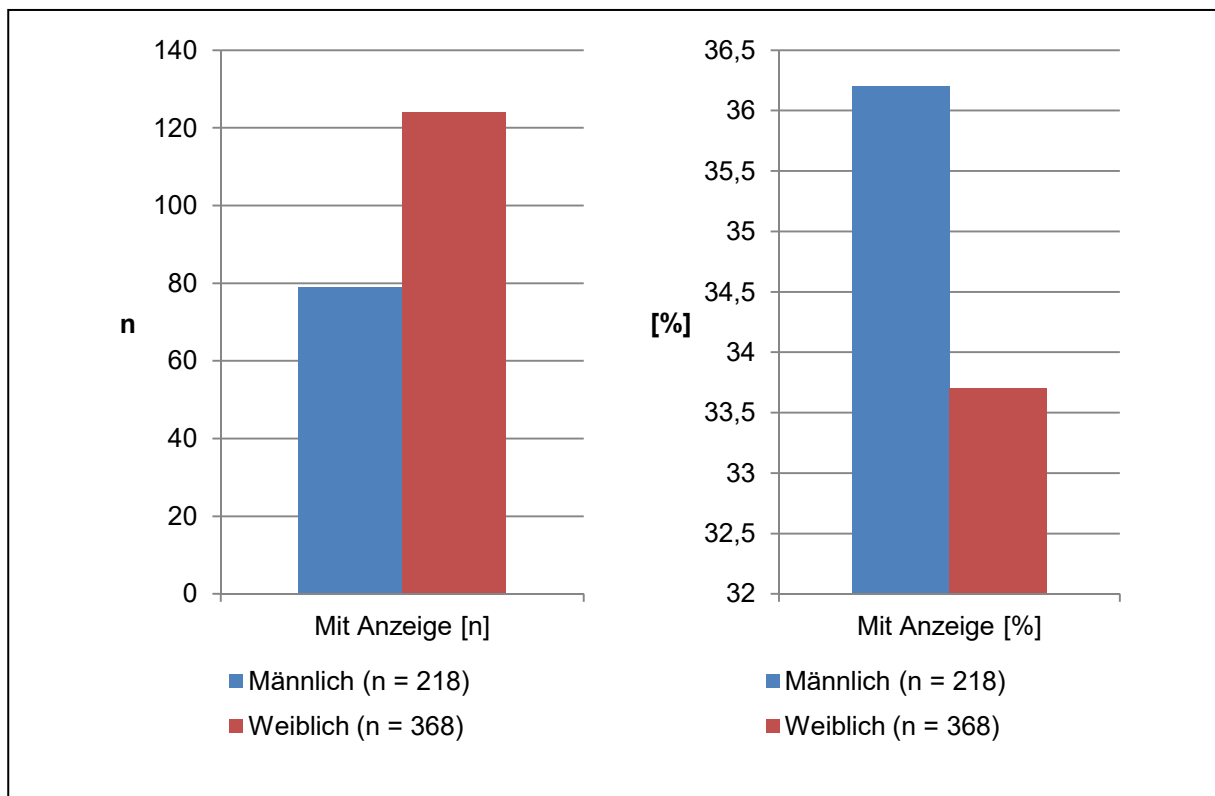


Abbildung 16: Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Geschlecht

Die Abbildung 16 zeigt zum einen auf der linken Seite die absolute Anzahl der Fälle, in denen eine Anzeige getätigt wurde, aufgeteilt auf das jeweilige Geschlecht. Auf der rechten Seite ist zum anderen der relative Anteil dargestellt.

Dabei fällt auf, dass von den insgesamt 218 Fällen, bei denen das Opfer männlichen war, $n = 79$ zur Anzeige gebracht wurden. Bei den 368 Patientinnen waren es 124 Fälle, bei denen das Gewaltgeschehen angezeigt wurde. Bezieht man die absoluten Zahlen auf die jeweilige geschlechtsspezifische Ausgangszahl, wird deutlich, dass der Anteil bei den männlichen Gewaltopfern mit 36 % etwas höher liegt, als bei den weiblichen mit durchschnittlich knapp 34 %. Insgesamt bleibt zu bemerken, dass insgesamt mehr als jeder dritte Vorfall eine Anzeige nach sich zog.

4.9.2 Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Gewalthintergrund

In der nachfolgenden Abbildung 17 wird von den Fällen ausgegangen, bei denen eine Anzeige getätigt wurde und mit dem Gewalthintergrund in Beziehung gesetzt. Dabei differiert die Ausgangszahl mit $n = 207$ von der Anzahl der Fälle mit Anzeige ($n = 203$), da in vier Fällen zwei Gewalthintergründe angegeben wurden.

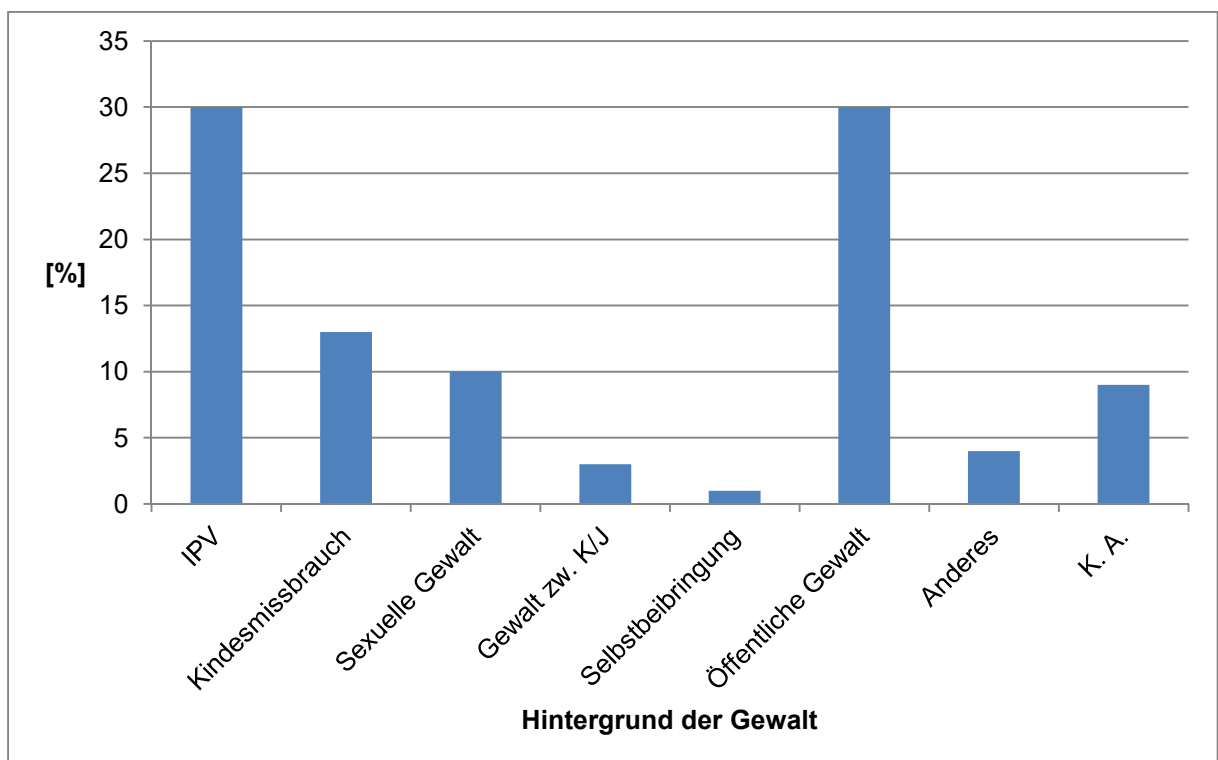


Abbildung 17: Beziehung zwischen der polizeilichen Anzeige und dem Hintergrund der Gewalt ($n = 207$)

Es zeigt sich, dass besonders, wenn es sich um eine öffentliche Gewalttat handelte, der Vorfall zur Anzeige gebracht wurde (30 %), gefolgt von den Fällen, in denen es sich um häusliche Gewalt handelte (30 %). Der dritthäufigste Hintergrund der Gewalt, bei dem eine Anzeige getätigt wurde, ist mit 13 % der Kindesmissbrauch, gefolgt von sexueller Gewalt mit 10 %.

4.10 Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung soll in diesem Kapitel analysiert werden, ob die zur Auswertung genutzten Unterlagen zu den Falldokumentationen die Standards erkennen lassen, welche dem Konzept der Gewaltopferambulanz zugrunde liegen. Diese Standards betreffen die Un-

tersuchung und ihre Dokumentation sowie die Beratung zu einer nachsorgenden Betreuung. Die Bezugsunterlagen zu den Qualitätsanforderungen finden sich im Qualitätsmanagementhandbuch des Institutes. Sie beinhalten u. a. die Information und Dokumentation einer Empfehlung über nachsorgende Angebote, eine psychopathologische Einschätzung des jeweiligen Patienten sowie die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen.

4.10.1 Nachsorge/Empfehlungen

Im Anschluss an die Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen steht das weitere Procedere im Fokus der Betreuung von Gewaltopfern. So soll der Frage nachgegangen werden, welche nachsorgenden Angebote gemacht bzw. welche Empfehlungen bzgl. weiterer Hilfeangebote gegeben wurden. Dabei konnten allerdings nur die Fälle ausgewertet werden, in denen auch eine Dokumentation erfolgte, die angibt, welche Nachsorge bzw. welches Hilfeangebot dem jeweiligen Gewaltopfer mit auf den Weg gegeben wurde.

Nachsorge/ Empfehlung	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Behandlung im Kh	0	0	3	3	10	7	16	11	25	14	54	9
ambulante Nachsorge	0	0	7	7	12	8	11	7	4	2	34	6
psycholog. Beratung	0	0	1	1	2	1	2	1	9	5	14	2
Frauenhaus bzw. -bera- tungsstelle	0	0	3	3	7	5	1	1	7	4	18	3
Jugendamt	0	0	3	3	8	5	7	5	11	6	29	5
allg. Ange- bot des Hilfenetz- werkes	0	0	11	11	25	17	56	38	25	14	117	20
Andere	0	0	10	10	5	3	6	4	14	8	35	6
K. A.	14	100	64	63	77	53	50	34	86	48	277	48
Gesamt	14	100	102	101	146	99	149	101	181	101	578	99

Tabelle 45: Nachsorge/Empfehlungen nach der Begutachtung

Auffällig ist, dass, wie in Tabelle 45 dargestellt, in einem relativ großen Anteil der Fälle keine Empfehlung bzw. Nachsorge dokumentiert wurde. Im Jahr 2004 war in keinem Fall eine Angabe zur Nachsorge dokumentiert, in den Jahren nach der Implementierung der rechtsmedi-

zinischen Ambulanz für Gewaltopfer waren es durchschnittlich 48 %. Dabei ist auffällig, dass der Anteil von 63 % im Jahr 2007, auf 53 % im Jahr 2008 und im darauf folgenden Jahr auf einen Anteil von 34 % sinkt, im Jahr 2010 allerdings wieder auf 48 % ansteigt.

In durchschnittlich jedem fünften Fall lagen allgemein formulierte Dokumentationen bzgl. des ausgesprochenen Hilfeangebotes vor, die unter der Rubrik „allg. Angebot des Hilfenetzwerkes“ zusammengefasst wurden. Analog zu dem sinkenden Anteil der Fälle, in denen keine Dokumentation erfolgte, ist über die Jahre von 2007 – 2009 ein steigender Trend der Empfehlung mit einer allgemeinen Formulierung von 11 % über 17 % auf 38 % zu verzeichnen. Im Jahr 2010 fällt dieser Anteil wieder auf 14 % und der Anteil der Fälle, in denen keine Dokumentation bzgl. der Nachsorge erfolgte, steigt, wie bereits erwähnt, auf 48 %.

Zu beachten ist weiterhin die Rubrik der Fälle, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. Sie macht durchschnittlich 9 % der Fälle aus. Über die Jahre ist in dieser Kategorie ein stetiger Anstieg zu verzeichnen, sodass im Jahr 2010 in 14 % der Fälle eine stationäre Behandlung nötig war.

4.10.2 Spätere Anforderung des Befundes und/oder Auftrag zur Gutachten-Erstellung

In diesem Kapitel wird analysiert, in wie vielen Fällen der Befund der Gewaltopferambulanz angefordert und inwiefern ein Antrag auf ein Gutachten gestellt wurde. Dies wird in Tabelle 46 und 47 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass lediglich die Fälle, in denen die Anforderung des Befundes dokumentiert war, mit in die Auswertung aufgenommen werden konnten.

Es zeigt sich, dass im Jahr 2004, ausgenommen von einem Fall, die Gesamtheit der Fälle abgerufen wurde (93 %). In der Hälfte der Fälle war die Polizei die Instanz, die den Befund anforderte und in 21 % handelte es sich um ein Gericht bzw. die Staatsanwaltschaft. Das Jugendamt forderte den Befundbericht in 2 Fällen (14 %) an.

In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz war es durchschnittlich ca. die Hälfte der Fälle, bei denen die Dokumentationen abgerufen wurden. Dabei ist zu verzeichnen, dass der Anteil der Fälle, in denen der Befund beantragt wurde, vom Jahr 2007 (40 %) bis zum Jahr 2010 (53 %) stetig ansteigt. Dabei steigt v. a. der Anteil der Fälle, in denen die Polizei den Befund anforderte. Im Jahr 2007 forderte sie in n = 14 Fällen (14 %) den Befund der Gewaltopferambulanz an. Die Anzahl steigt über die Jahre, bis zu einem

Anteil von knapp 1/3 der Fälle im Jahr 2010. Auch der Anteil der Befundberichte, die vom Jugendamt angefordert wurden, steigt über die Jahre von 4 % aus dem Jahr 2007 auf 8 % (2010) an. Der Anteil der Fälle, in denen das Opfer selbst seinen Befund anfordert, ist mit durchschnittlich 8 % relativ gering.

Nachfrage zum Befund durch	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keinen	1	7	62	60	73	50	78	52	85	47	298	52
Opfer selbst	0	0	11	11	8	6	21	14	6	3	46	8
Polizei	7	50	14	14	30	21	32	21	55	31	131	23
Gericht/StA	3	21	7	7	16	11	5	3	14	8	42	7
Jugendamt	2	14	4	4	12	8	9	6	15	8	40	7
Anwalt	0	0	4	4	2	1	5	3	3	2	14	2
Andere	1	7	1	1	4	3	0	0	2	1	7	1
Gesamt	14	99	103	101	145	100	150	99	180	100	578	100

Tabelle 46: Nachfrage zum Befund

Die Tabelle 47 zeigt die Anzahl der Gutachtenaufträge. Im Jahr 2004 machte der Anteil der Fälle, in denen ein Gutachten angefordert wurde, knapp 2/3 aus. In den Jahren nach der Einführung des Angebots der Ambulanz für Rechtsmedizin machte der Anteil durchschnittlich ca. 1/3 der Fälle aus. Dabei ist auch hier ein Anstieg über die Jahre zu verzeichnen. Waren es im Jahr 2007 noch 20 %, so wurde im Jahr 2010 in 42 % der Fälle ein Gutachten angefordert und erstellt.

Gutachten	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Ja	9	64	20	20	46	32	36	25	76	42	178	31
Nein	5	36	81	80	99	68	110	75	104	58	394	69
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 47: Gutachtenauftrag

4.10.3 Psychopathologische Einschätzung

Bei der Analyse, ob eine psychopathologische Einschätzung erfolgte, werden lediglich die unmittelbaren Untersuchungen betrachtet, da bei den mittelbaren Begutachtungen, wegen des fehlenden direkten Kontakts zu der betroffenen Person, eine psychopathologische Einschätzung nicht möglich ist. Dabei wird zwischen den Fällen, in denen eine solche Einschätzung erfolgte und denjenigen, in welchen trotz unmittelbaren Kontakts keine Angabe dokumentiert war, unterschieden. Abzüglich der 46 mittelbaren Begutachtungen wird dementsprechend von einer Gesamtzahl von $n = 540$ ausgegangen.

Einschätzung	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Erfolgt	4	36	41	43	116	87	116	83	120	75	393	74
Keine Dokumentation	7	64	55	57	17	13	23	17	41	25	136	26
Gesamt	11	100	96	100	133	100	139	100	161	100	529	100

Tabelle 48: Psychopathologische Einschätzung

Die Tabelle 48 zeigt, dass im Jahr 2004 in ca. 1/3 der Fälle (36 %) eine psychopathologische Einschätzung erfolgte und auch dokumentiert wurde. In den Jahren nach der Implementierung stieg die Rate der Dokumentation der psychopathologischen Einschätzungen auf durchschnittlich 74 %. Dabei ist zu beachten, dass im Anfangsjahr (2007) der Dokumentationsanteil bei lediglich 43 % lag und in den beiden Folgejahren auf über 80 % stieg. Im Jahr 2010 stieg die absolute Anzahl der Dokumentationen der psychopathologischen Einschätzungen weiter an ($n = 120$), der relative Anteil sank allerdings geringfügig auf 3/4 der Fälle ab.

4.10.4 Dokumentation

In diesem Abschnitt soll dargestellt werden, ob die Qualitätsstandards, die im Qualitätsmanagementhandbuch des Institutes für Rechtsmedizin im Rahmen der Akkreditierung nach DIN ISO 17020 der Dienstleistungen des Institutes festgehalten sind, eingehalten werden. Dazu wurden die jeweiligen Befunde hinsichtlich ihrer Vollständigkeit bewertet und, wie im Kapitel Material und Methode beschrieben, eingeteilt.

Dokumentation	2004		2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Komplett	11	79	82	81	117	81	132	90	166	92	497	87
Nicht komplett	3	21	19	19	28	19	14	10	14	8	75	13
<i>mangelnde Beschreibung</i>	0	0	7	33	1	4	0	0	0	0	8	11
<i>fehlendes Körperschema</i>	3	100	12	67	26	93	14	100	14	100	66	88
<i>kein Foto</i>	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1
Gesamt	14	100	101	100	145	100	146	100	180	100	572	100

Tabelle 49: Dokumentation

Wie in Tabelle 49 grau hinterlegt, wurden durchschnittlich 87 % der Fälle als „komplett dokumentiert“ bewertet. Dabei ist festzuhalten, dass der Trend über die Jahre ein steigender ist und im Jahr 2010 bereits 92 % der Fälle nach dem erwähnten Standard dokumentiert wurden.

In durchschnittlich 13 % erfolgte die Dokumentation nicht nach dem rechtsmedizinischen Standard. Analog zu dem ansteigenden Anteil der „komplett dokumentierten“ Fälle sinkt hier der Anteil von 19 % im Jahr 2007 auf 8 % im Jahr 2010. Betrachtet man diese Fälle genauer, stellt man fest, dass dies in der Mehrheit der Fälle an einem fehlenden Körperschema liegt. In den Jahren 2004, 2009 und 2010 ist dies der einzige Grund. Im Jahr 2007 gibt es sieben Fälle, in denen eine weitere qualifizierte Beschreibung hinsichtlich der Kriterien exakte Lokalisation, Ausdehnung, Form und Farbe der Verletzung lückenhaft ist. Ein solcher Fall ist auch im Jahr 2008 zu verzeichnen.

4.11 Auswertung der Daten des Beratungstelefons

Im Zuge der Implementierung des seit 2007 regional öffentlich bekannt gemachten Angebotes in der Gewaltopferversorgung am UKD, wurde auch ein neues Beratungstelefon unter der Rufnummer 0211 81 06000 eingerichtet. Die Auswertung der Daten dieses Angebots soll im Nachfolgenden dargestellt werden.

4.11.1 Inanspruchnahme und Verteilung auf die Monate

Bis einschließlich dem Jahr 2010 wurden insgesamt 272 Anrufe dokumentiert. In drei Fällen wurden lediglich Datum und Uhrzeit des Anrufes dokumentiert, weshalb sich die Auswertung, bezüglich des Gesprächsfokus auf die Gesamtzahl $n = 269$ bezieht. Die Angaben zur Anzahl und zu dem Geschlecht der Anrufer, die Verteilung auf die Wochentage und die Tageszeit, der Anruferstatus sowie die Variable „Hat Information zu dem Angebot über“ gehen hingegen von insgesamt 272 Anrufen aus. Dabei ist zu sagen, dass, ausgenommen von den Rubriken Wochentag und Tageszeit, die Items in den drei genannten Fällen mit „unbekannt“ beantwortet wurden. Weitere Abweichungen von der Gesamtzahl kommen in den Feldern Anzahl und Geschlecht des Opfers, Alter, und Hintergrund der Gewalttat vor, da in diesen Rubriken eine Mehrfachnennung möglich war.

Für die Auswertung wird angenommen, dass die vorhandenen Dokumentationen weitgehend vollständig sind. Lücken in der Dokumentation von stattgefundenen Telefonaten sind jedoch nicht auszuschließen.

Monat	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Jan.	0	0	2	3	5	7	4	5	11	4
Feb.	0	0	2	3	8	11	11	13	21	8
März	20	39	3	5	10	14	11	13	44	16
April	4	8	4	6	6	8	6	7	20	7
Mai	7	14	8	12	3	4	6	7	24	9
Juni	6	12	10	15	7	10	10	12	33	12
Juli	4	8	3	5	5	7	9	11	21	8
Aug.	5	10	6	9	6	8	0	0	17	6
Sept.	2	4	10	15	7	10	7	8	26	10
Okt.	2	4	8	12	7	10	10	12	27	10
Nov.	0	0	7	11	4	6	4	5	15	6
Dez.	1	2	3	5	4	6	5	6	13	5
Gesamt	51	101	66	101	72	101	83	99	272	101

Tabelle 50: Anruferzahlen des Beratungstelefon 0211 - 81 06000

Wie in Tabelle 50 dargestellt, nahmen im Jahr 2007 51 Anrufer das Angebot des Beratungstelefons in Anspruch. 2008 stieg die Gesamtzahl auf $n = 66$. Dies entspricht einer Zunahme der Anrufe um knapp 30 %. Im Jahr 2009 wurden 72 Gespräche dokumentiert, was einer weiteren Steigerung der Anruferzahl um 9 % entspricht. Das Folgejahr verzeichnet mit einer weiteren Zunahme um 15 % eine Anzahl von 83 Anrufern.

Mittels dieser Daten konnte für die drei folgenden Jahre eine lineare Trendanalyse erstellt werden, die in Abbildung 18 dargestellt ist.

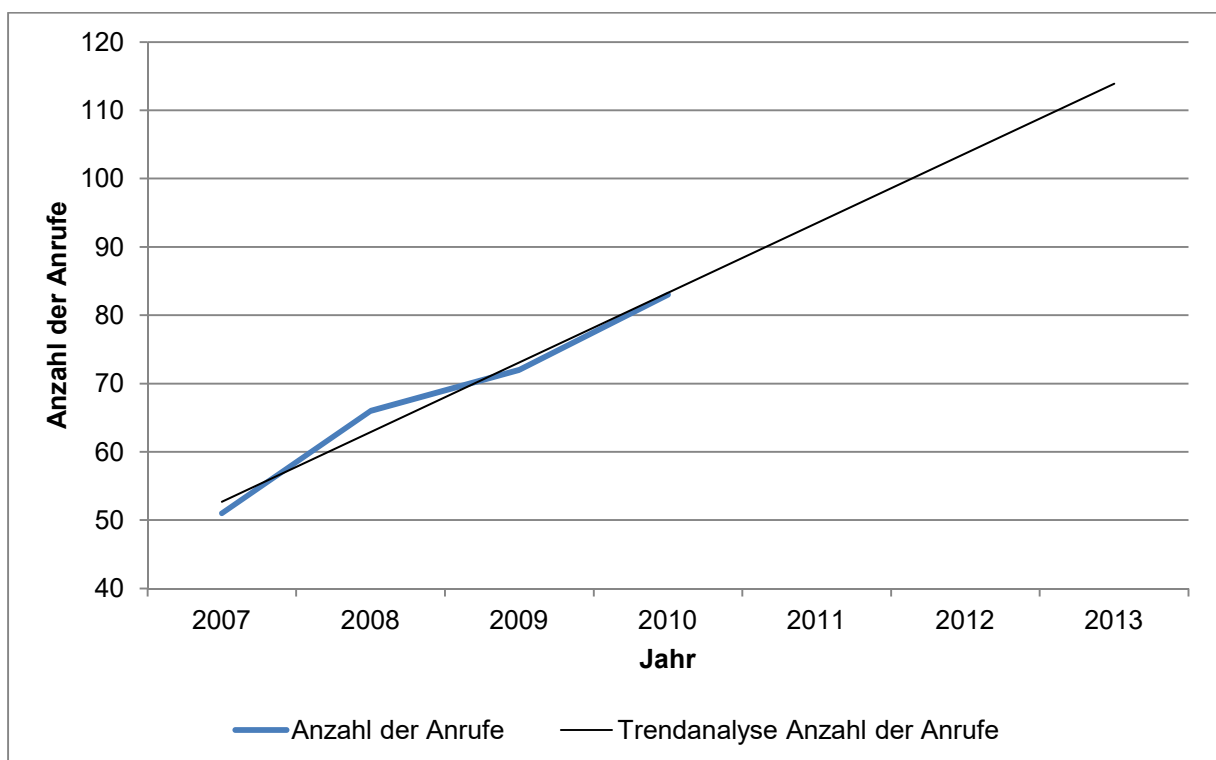


Abbildung 18: Anzahl der Anrufer mit linearer Trendanalyse

Der bisherige Verlauf der Zahlen lässt mit Hilfe der Trendanalyse ein nahezu lineares Wachstum vermuten. So würden im Jahr 2011 rechnerisch 94 Personen das Angebot des Gewaltopfertelefons in Anspruch nehmen, im Jahr 2012 bereits 104 und im Jahr 2013 lässt sich im Vergleich zum Jahr 2010 rechnerisch eine Zunahme von 37 % verzeichnen, was einer Anzahl von 114 Anrufen entspräche. Für die Jahre 2011 und 2012 lagen zum Zeitpunkt der Datenauswertung die Anruferzahlen bereits vor, die die errechneten Zahlenwerte sogar überschreiten. 2011 nahmen 122 Personen, im Jahr 2012 bereits 188 Personen das Angebot in Anspruch.

Die Verteilung der einzelnen Anrufe auf die Monate ist ebenfalls in Tabelle 50 dargestellt. Betrachtet man die vier aufgelisteten Jahre zusammen, so lässt sich ein Mittelwert von 22,7 Anrufen (SD: 9,2; Median: 21, max.: 44 (März), min.: 11 (Januar)) errechnen. Der März ist der Monat mit der maximalen Zahl an Anrufern ($n = 44$) und im Januar wurden durchschnittlich die wenigsten Anrufe ($n = 11$) aufgezeichnet. Betrachtet man die Tabelle genauer, so fällt allerdings auch auf, dass der Maximalwert aus dem Monat März v. a. auf die Anzahl der Anrufer aus dem Jahr 2007 ($n = 20$) zurück zu führen ist (grau hervorgehoben in Tabelle 50).

4.11.2 Verteilung der Anrufe auf die Wochentage und Tageszeit

Die Verteilung der Anrufe auf die Wochentage ist in Abbildung 19 dargestellt. Zu beachten ist, dass insgesamt 272 Anrufe aufgelistet waren. Davon wurden $n = 268$ mit in die Auswertung der Wochentage aufgenommen, da ein Fall auf einen Sonntag datiert und in drei weiteren Fällen lediglich das Jahr dokumentiert war.

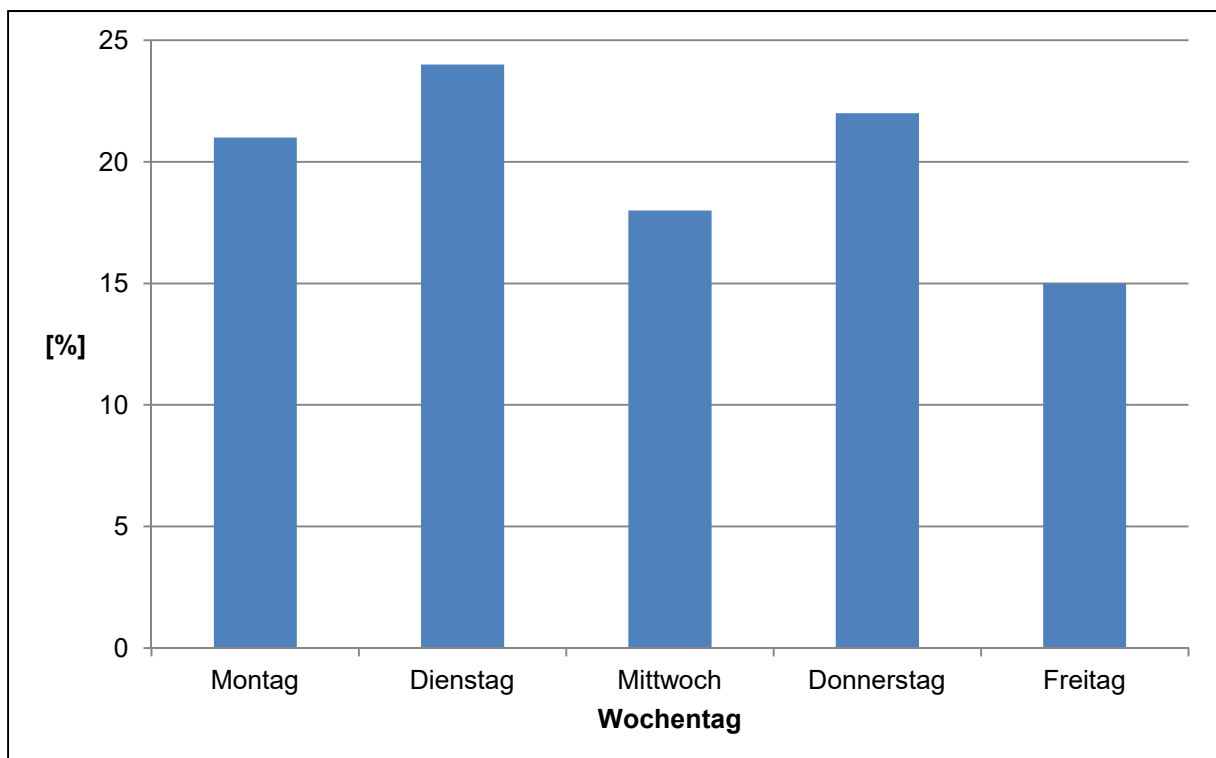


Abbildung 19: Verteilung der Anrufe auf die Wochentage ($n = 268$)

Insgesamt entfallen 56 Anrufe (21 %) auf den Montag und 64 Telefonate (24 %) auf den Dienstag. Am Mittwoch nahmen 18 % ($n = 49$) das Angebot des Beratungstelefon in Anspruch. Donnerstags wurden 59 Fälle (22 %) datiert und freitags gingen insgesamt 40 Anrufe (15 %) ein.

Insgesamt zeigt sich eine homogene Verteilung der Anrufe über die gesamte Woche mit einem Mittelwert von 53,6 Anrufen (SD: 9,3; Median: 56, max.: 64 (Dienstag), min.: 40 (Freitag)).

Bei der Auswertung der Tageszeit wird von den zusammengefassten Zahlen der Anrufer aus den Jahren 2007 – 2010, mit einer Gesamtzahl von $n = 272$ ausgegangen. Das Gewaltopfer-telefon ist an Werktagen zwischen 09:00 und 16:00 Uhr besetzt. Aus diesem Grund wurde auf diesen Zeitraum ein besonderer Augenmerk gelegt und noch einmal in drei Kategorien (vormittags, mittags, nachmittags) unterteilt. Es fällt auf, dass ca. 2/3 der Anrufe (67 %) vormittags oder mittags (vor 14:00 Uhr) eingingen. Dies ist in Tabelle 51 grau hervorgehoben. Im Zeitraum von 14:00 – 16:00 Uhr wurden 47 Anrufe (17 %) dokumentiert. 4 Anrufe (2 %) gingen vor 09:00 Uhr und 7 (3 %) nach 16:00 Uhr ein. In 33 Fällen (12 %) war keine Uhrzeit dokumentiert.

Tageszeit	Anrufe	
	n	[%]
vormittags (09:00 – 11:59)	112	41
mittags (12:00 – 13:59)	69	25
nachmittags (14:00 – 16:00)	47	17
vor 09:00	4	1
nach 16:00	7	3
K. A.	33	12
Gesamt	272	99

Tabelle 51: Verteilung der Anrufe auf die Tageszeit

4.11.3 Angaben zu den Anrufern und Opfern

In diesem Abschnitt sollen verschiedene Angaben bzgl. der Opfer und Anrufer analysiert werden. Zunächst werden der Anruferstatus, das Geschlecht der Anrufer und Opfer sowie das Alter der betroffenen Person ausgewertet.

4.11.3.1 Anruferstatus

Unter der Variablen „Anruferstatus“ ist die Beziehung zwischen dem Anrufer und der Person, die das Gespräch betrifft zu verstehen. Es wird ausgewertet, ob das Opfer selbst oder eine dritte Person angerufen hat und ob das Opfer akut betroffen ist oder die Gewalttat schon längere Zeit zurück liegt.

Anruferstatus	n	[%]	n	[%]
Opfer – akut betroffen	64	24	91	33
Opfer – nicht akut betroffen	27	10		
Angehöriger – Opfer akut betroffen	22	8	33	12
Angehöriger – Opfer nicht akut betroffen	11	4		
Arztpraxis	12	4	86	32
Behörde/Jugendamt	14	5		
Klinik UKD	49	18		
Andere Klinik	11	4		
Andere	49	18	62	23
K. A.	13	5		
Gesamt	272	100	272	100

Tabelle 52: Anruferstatus

Wie in Tabelle 52 dargestellt ist, zeigt sich, dass in einem Drittel der Fälle das Opfer selbst anrief. Von diesen Fällen waren die Opfer in 70 % (n = 64) akut betroffen und in 30 % (n = 27 Anrufe) waren sie es nicht.

Die anderen 181 Anrufe (67 %) wurden von Dritten getätigt. Diese Anrufe wurden in die Untergruppen „Laien“ und „Professionelle“ unterteilt. Es entfallen 33 Anrufe auf Angehörige (12 %), bei denen in 22 Fällen (67 %) das Opfer akut und in 11 Fällen (22 %) nicht akut betroffen war. In 32 % (n = 86) riefen „Professionelle“, im Sinne von Behörden, Kliniken oder Arztpraxen in der Gewaltopferambulanz an. Mit 18 % handelt es sich mehrheitlich um Anrufe aus Kliniken des UKD (grau hinterlegt). Hier sind insbesondere die Kinderklinik (37 %), die Abteilung für Chirurgie (27 %) und die Gynäkologie (20 %) zu nennen. Auch andere Kliniken (4 %, n = 11), Arztpraxen (4 %, n = 12) und Behörden, wie z. B. das Jugendamt (5 %, n = 14) nahmen das neue Angebot des Gewaltopfertelefons in Anspruch.

In 49 Fällen war ein anderer und in 5 % der Fälle war kein Anruferstatus dokumentiert.

4.11.3.2 Geschlechterverteilung der Anrufer

Die Geschlechterverteilung der Anrufer wird in Tabelle 53 dargestellt. Insgesamt ist zu sagen, dass die Verteilung über die Jahre relativ konstant ist. Auffallend ist, dass der Anteil der Rubrik „keine Angabe“ im Jahr 2010 mit 39 % in Relation zu den Vorjahren hoch ist.

Geschlecht	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Männlich	10	20	17	26	21	29	12	14	60	22
Weiblich	34	67	27	41	39	54	39	47	139	51
K. A.	7	14	22	33	12	17	32	39	73	27
Gesamt	51	101	66	100	72	100	83	100	272	100

Tabelle 53: Geschlechterverteilung der Anrufer

In durchschnittlich 51 % war das Geschlecht des Anrufers weiblich. Männliche Anrufer nutzen das Angebot des Beratungstelefon mit 22 % und in 27 % der Fälle war das Geschlecht des Anrufers nicht dokumentiert. Dies ist in Abbildung 20 veranschaulicht.

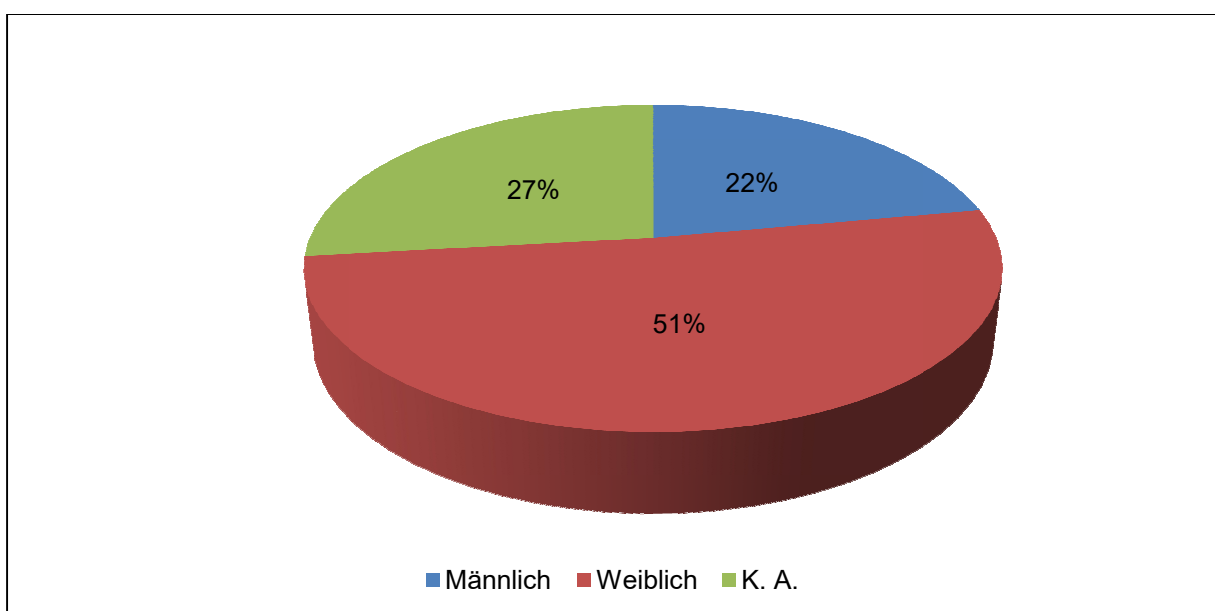


Abbildung 20: Geschlechterverteilung der Anrufer (n = 272)

4.11.3.3 Geschlechterverteilung der Opfer

Bei den Personen, die das Telefonat betreffen, nachfolgend als Opfer bezeichnet, zeigt sich die in Tabelle 54 ersichtliche Geschlechterverteilung. Ausgegangen wird dabei von einer Gesamtzahl von 275 Fällen, die dadurch zustande kommt, dass in einigen Telefonaten mehrere Personen zur Sprache kamen, die Opfer von Gewalt wurden.

Geschlecht	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Männlich	7	14	23	34	19	26	17	20	66	24
Weiblich	36	71	31	46	42	58	41	49	150	55
K. A.	8	16	14	21	11	15	26	31	59	21
Gesamt	51	101	68	101	72	99	84	100	275	100

Tabelle 54: Geschlechterverteilung der Opfer

In durchschnittlich 150 Fällen (55 %) wurden Frauen bzw. Mädchen Opfer einer Gewalttat. Männliche Personen waren mit 24 % (n = 66) als Betroffene dokumentiert und in 59 Fällen (22 %) wurden zu dem Geschlecht des Opfers keine Angaben gemacht. Eine Veränderung der Geschlechterverteilung über die Jahre ist nicht zu verzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in mehr als der Hälfte der Fälle sowohl die Anrufer, als auch die Opfer weiblichen Geschlechts waren.

4.11.3.4 Alter der Opfer

Bezüglich des Alters der von der Gewalttat betroffenen Person konnte in 68 % (n = 186) keine Dokumentation gefunden werden. Aus diesem Grund scheint eine Auswertung dieser Variabel nicht sinnvoll. Allerdings sind die dokumentierten Ober- und Untergrenzen zu erwähnen. Bei dem jüngsten Opfer handelt es sich um ein 2 Monate altes Mädchen und bei dem ältesten um eine 78-jährige Frau. Die Auswertung zeigt weiterhin, dass alle Alterskategorien betroffen sind, jedoch wegen der lückenhaften Dokumentation keine aussagekräftige Angabe über die Verteilung der Häufigkeit getroffen werden kann.

4.11.4 Anlass des Anrufes

Wie bereits erwähnt, wird bzgl. des Gesprächsfokus von der Gesamtzahl $n = 269$ ausgegangen. Dabei lag der Gesprächsfokus, wie in Abbildung 21 veranschaulicht, in 46 % ($n = 123$) in einer Beratung. Ein Termin wurde in 108 Fällen (40 %) ausgemacht. Bei 10 % handelte es sich um eine Konsilanfrage und in 11 Fällen (4 %) um einen anderen Grund.

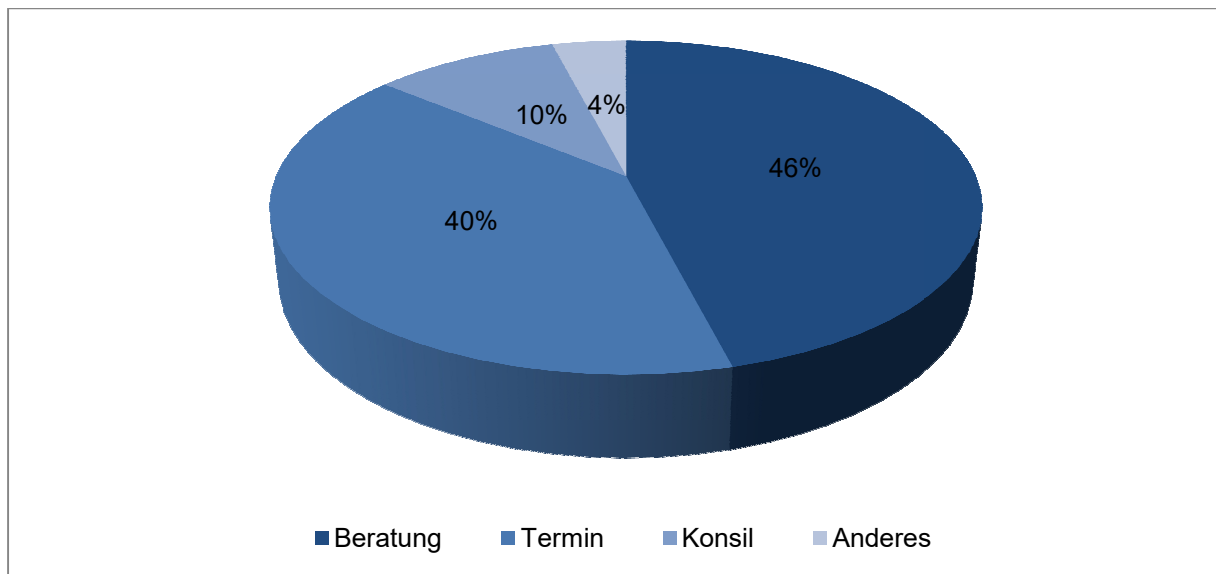


Abbildung 21: Inhaltlicher Fokus der telefonischen Beratung ($n = 269$)

Dieses Ergebnis bedeutet, dass in 46 % der Fälle eine telefonische Beratung weiterhalf und in 40 % ein Termin zur Untersuchung und Beratung vereinbart wurde. Ob diese wahrgenommen wurde, kann nicht dargelegt werden. Auffallend, bezüglich des Gesprächsfokus, ist jedoch die Entwicklung der Zahlen, die in Tabelle 55 zusammengefasst ist und im Folgenden weiter erläutert wird.

Gesprächsfokus	2007		2008		2009		2010		2007 – 2010	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Beratung	31	61	26	41	26	36	40	48	123	46
Termin	15	29	28	44	38	53	27	33	108	40
Konsil	4	8	4	6	6	8	13	16	27	10
Anderes	1	2	5	8	2	3	3	4	11	4
Gesamt	51	100	63	99	72	100	83	101	269	100

Tabelle 55: Gesprächsfokus

Im Jahr 2007 war eine Beratung in 31 Fällen (61 %) Anlass für den Anruf. In 15 Gesprächen (29 %) wurde ein Termin vereinbart und bei 4 Anrufen (8 %) handelte es sich um die Frage nach einem Konsil. In einem Gespräch war ein anderer Grund Anlass für das Gespräch.

2008 veränderten sich die Verhältnisse. Die Beratung stand jetzt mit 41 % (n =26) im Vordergrund und in 28 Fällen (44 %) wurde ein Termin erfragt. Eine Konsilanfrage war in 4 Fällen (6 %) Thema des Gesprächs und bei 5 Anrufen (8 %) handelte es sich um einen anderen Anlass.

Im Jahr 2009 war eine Beratung in 26 Fällen (36 %) gewünscht und bei 53 % (n = 38) war eine Terminvereinbarung Thema des Gesprächs. Konsilanfragen waren in 6 Fällen (8 %) der Anlass des Anrufs und in 2 Gesprächen (3 %) wurde etwas anderes thematisiert.

Im Jahr 2010 ist vor allem die Anzahl der Konsilanfragen interessant, die sich zum Vorjahr mehr als verdoppelt hat. Sie wurden in 13 Fällen (16 %) gefordert. Die Beratung schlägt mit 40 Anrufen (48 %) zu Buche und eine Terminvereinbarung erfolgte in 33 % (n = 27). Bei 3 Anrufen (4 %) war ein anderer Grund Anlass für den Anruf.

Bei dieser detaillierten Auswertung wird besonders deutlich, dass die Anzahl der Terminvereinbarungen über die drei Jahre ansteigt. Sowohl die absolute, als auch die relative Anzahl der Beratungen war, im Vergleich der Jahre 2007, 2008 und 2009 im ersten Jahr nach der Implementierung des Beratungstelefon am höchsten. Das Verhältnis von Beratung und Termin lag in diesem Jahr bei 2 : 1. In dem folgenden Jahr bei ca. 1 : 1 und im Jahr 2009 veränderte sich das Verhältnis insofern, dass die Terminvereinbarung mit 12 Fällen Unterschied häufiger als die Beratung im Fokus des Gespräches stand.

Außerdem ist zu erwähnen, dass die Konsilanfragen unter der Rufnummer des Beratungstelefon zunehmend steigt. Dies zeigt vor allem die Entwicklung vom Jahr 2010, in dem sich die Konsilanfragen im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt haben.

4.11.5 Hintergrund der Gewalt

Bei der Frage nach dem Hintergrund der Gewalttat stehen, wie in Tabelle 56 deutlich wird, drei Gewaltmotive (grau hervorgehoben) im Vordergrund: die häusliche Gewalt, der Kindesmissbrauch und die sexualisierte Gewalt.

Insgesamt wurde bei der Auswertung von einer Gesamtzahl von 276 dokumentierten Fällen ausgegangen. Dies kommt durch Mehrfachnennungen in einigen Fällen zustande.

Hintergrund der Gewalt	2007 – 2010	
	n	[%]
<i>IPV</i>	70	25
Kindesmissbrauch	35	13
Sexuelle Gewalt	39	14
Gewalt zwischen Kindern und Jugendlichen	3	1
Überfall/Übergriff	25	9
Anderes	48	17
Unbekannt	56	20
Gesamt	276	99

Tabelle 56: Hintergrund der Gewalt bei den Telefonaten

Bei den meisten Anrufen handelte es sich mit 25 % (n = 70) um häusliche Gewalt (*IPV*). Kindesmissbrauch war bei 35 Anrufen (13 %) und sexualisierte Gewalt in 39 Fällen (14 %) Hintergrund der Gewalt. In 25 Gesprächen (9 %) wurde ein Überfall bzw. ein Übergriff als Gewalthintergrund benannt. Unter diese Variable fallen sowohl gewaltsame Überfälle, als auch Schlägereien oder gewaltsame Übergriffe Dritter. Gewalt zwischen Kindern und Jugendlichen machten 1 % aus.

In 48 Fällen (17 %) lag ein anderer Gewalthintergrund vor und bei 56 Anrufen (20 %) wurde kein Gewalthintergrund dokumentiert.

5. Diskussion

Wie schon in der Einleitung dargelegt, ist Gewalt ein weit verbreitetes, aber dennoch tabuisiertes Phänomen der Gesellschaft. Insbesondere häusliche Gewalt ist dabei nicht als ein individuelles oder monokausales Problem zu betrachten (Groschoff, 2009). Zur gesellschaftlichen Gestaltung des Umgangs mit dem Phänomen „Gewalt“ gehört auch die Betrachtung, wie im Gesundheitswesen mit den Personen, die Gewalt erlebt haben, umgegangen wird. Ein Beitrag hierzu soll mit dieser Arbeit geleistet werden. Im Fokus der vorliegenden Analyse steht das Inanspruchnahmeverhalten bzgl. der im Jahr 2007 neu implementierten Gewaltopferambulanz am Universitätsklinikum Düsseldorf, um zu evaluieren, wie sich die Gewaltopferversorgung in Düsseldorf dadurch verändert hat. Hierbei interessiert nicht nur die Anzahl der Gewaltopfer, die das Angebot des Institutes für Rechtsmedizin in Anspruch nahmen, sondern vor allem nähere Angaben zu den Betroffenen, deren Aggressoren sowie dem Gewaltgeschehen. Es wurden Angaben zum Ablauf der Gewalttat sowie zur Art und Schweregrad der Verletzungen ausgewertet. Des Weiteren soll mit Hilfe dieser Arbeit erörtert werden, wer die Auftraggeber für die Inanspruchnahme sind und wie die Organisation der Ambulanz gestaltet ist. Schlussendlich soll die Qualität der Dokumentation mit den Standards, wie sie im Qualitätssicherungssystem des Institutes für Rechtsmedizin fixiert sind, verglichen und bewertet werden.

Im Gegensatz zu dem Ergebnisteil, der in Anlehnung an den Exzerptbogen (siehe Anhang) aufgebaut ist, ist die nachfolgende Ausarbeitung an den zentralen Fragestellungen ausgerichtet (siehe Inhaltsverzeichnis 5.1 ff.).

5.1 Inanspruchnahmeverhalten

Zentrales Ziel dieser Dissertation ist die Darstellung des Inanspruchnahmeverhaltens in der Gewaltopferambulanz des Institutes für Rechtsmedizin des UKD. Dazu wurden die Fallzahlen aus dem Jahr 2004, als exemplarisches Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz mit den Jahren nach der Einführung (2007 – 2010) verglichen sowie der Trend über diese vier Jahre dargestellt.

5.1.1 Fallzahlen

Zunächst soll nur die Anzahl der Personen aufgelistet werden, die ihre Verletzungen nach einer Gewalttat im Institut für Rechtsmedizin untersuchen und dokumentieren ließen. Wie bereits erwähnt, soll vorab ein Vergleich zwischen dem Jahr vor und den Jahren nach der Änderung des Konzepts zur Gewaltopferversorgung erfolgen. Anschließend wird abgeleitet, welcher Trend sich daraus darstellen lässt.

Im Anschluss daran wird darauf eingegangen, inwiefern das, im neuen Konzept enthaltene Beratungstelefon mit der Rufnummer 0211 - 81 06000 beansprucht wird und welcher Trend sich hier über die Jahre ergibt.

- **Gewaltopferambulanz**

Das Angebot der Gewaltopferambulanz Düsseldorf, die aus Gewalttaten stammenden Verletzungen rechtsmedizinisch begutachten und dokumentieren zu lassen, wurde im Zuge der Implementierung 2007 regional öffentlich bekannt gemacht. Die Ambulanz bietet durch die kostenfreie Untersuchung auch für Privatpersonen einen niedrighschwelligigen Zugang zum Hilfsnetzwerk. Dieses Angebot wurde in großem Maße und mit deutlich steigender Tendenz angenommen. Durch die Implementierung konnte, verglichen mit dem Jahr 2004 ($n = 14$) eine Steigerung von über 700 % erreicht werden, denn im Jahr 2007 nahmen bereits 101 Personen das Angebot in Anspruch. Auch in den Jahren nach der Implementierung konnte dieser positive Trend fortgesetzt werden und erreichte im Jahr 2010 eine Anzahl von $n = 180$. Mit Hilfe einer logarithmischen Trendanalyse konnten die mutmaßlichen Zahlen für die Jahre 2011 bis 2013 errechnet werden, die mit den bereits vorliegenden Zahlen aus den Jahren 2011 und 2012 durchaus übereinstimmen und eine insgesamt positive Entwicklung (im Sinne eines logarithmischen Wachstums) im Inanspruchnahmeverhalten der rechtsmedizinischen Ambulanz konstatieren

Ein derart steigender Trend konnte auch in den Instituten Hannover, Köln und Leipzig für den Zeitraum 1999 – 2003 festgehalten werden, mit einem maximalen Wert von $n = 296$ im Institut von Hannover im Jahr 2003 (Gahr et al., 2005). Auch am Institut in Hamburg, wo im Herbst 1998 eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt eingerichtet wurde, zeigte sich über die Jahre ein stetig steigender Trend mit mehr als 1000 Untersuchungen im Jahr 2003 (Seifert et al., 2004). Ebenso in Greifswald, einer eher ländlichen Region, konnte eine jährliche Zunahme der Untersuchungszahlen festgestellt werden (Stanis-

lawski et al., 2014). Am Kölner Institut für Rechtsmedizin wird seit Februar 2003 in einem Modellprojekt gegen häusliche Gewalt gearbeitet. Auch in Köln wird den Opfern Informationen und Beratung sowie eine rechtsmedizinische Untersuchung und Befunderhebung angeboten. Im Zuge dieses Projektes wurden die Fallzahlen ermittelt und auch hier ein stetig steigender Trend im Inanspruchnahmeverhalten festgestellt (Päsler, 2010).

In den genannten Studien wurde der Anstieg, der besonders im Jahr 2002 deutlich zu verzeichnen war, im Zusammenhang mit dem am 01.01.2002 in Kraft getretenen GewSchG gesehen. Dies allein kann den weiter steigenden Trend am rechtsmedizinischen Institut des UKD jedoch nicht hinreichend erklären, zumal die Fallzahl im Jahr 2004 mit $n = 14$ im Vergleich zu den folgenden betrachteten Jahren als gering einzustufen ist. Aus diesem Grund liegt die Schlussfolgerung nahe, dass nicht ausschließlich die gesetzliche Verankerung für die Zunahme der Fallzahlen verantwortlich ist. Wie die Initiativen in Köln, Hamburg und auch in Düsseldorf zeigen, ist die Kosten- und Barrierefreiheit der somit niedrighschwelligen Angebote, ein ausschlaggebender Faktor dafür, dass sich die Betroffenen Hilfe im Gesundheitswesen suchen (Gahr et al., 2005). Zusätzlich ist bedeutend, dass sich ein solches Angebot mit Kostenfreiheit für Privatpersonen in der jeweiligen Region bekannt macht. Insgesamt darf konstatiert werden, dass in jedem Falle ein Bedarf für eine Gewaltopferambulanz besteht (Stanislawski et al., 2014) und, dass eine gesicherte Finanzierung der Untersuchungen zur Gewährleistung einer Kostenfreiheit für die Gewaltopfer von enormer Bedeutung ist. In Düsseldorf wird dies, im Falle eines Auftrages ohne Kostenträger („privater Auftrag“) durch einen lokalen Kostenträger, dem Kriminalpräventiven Rat der Stadt Düsseldorf, geleistet.

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung zeigen deutlich, dass dieses Konzept unbedingt fortgeführt werden sollte. Weitere Projekte, wie z. B. das zwischen den Jahren 2000 und 2003 durch das BMFSFJ finanzierte Projekt S.I.G.N.A.L. in Berlin, verfügten in der Erprobungsphase allerdings über keine Finanzierung (Hellbernd et al., 2004). Damit die Niedrighschwelligkeit der Interventionsprojekte weiter gestaltet werden kann und es den Betroffenen ermöglicht wird ihre Verletzungen auch ohne eine vorherige Offenbarung gegenüber den Ermittlungsbehörden kostenfrei dokumentieren zu lassen, sollte eine flächendeckend gesicherte Finanzierung, z. B. durch die bundesweite Kostenübernahme durch Krankenkassen, angestrebt werden.

Die deutliche Zunahme der Fallzahlen nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin des UKD und die Ergebnisse der Studien der erwähnten Institute zeigen, dass das Angebot einer kosten- und barrierefreien Untersuchung von aus Gewalt resultierenden Verletzungen angenommen wird. Der weiter stetig steigende Trend lässt

außerdem vermuten, dass dieses notwendige und hilfreiche Konzept im Hinblick auf die Gewaltopferversorgung weiter publik gemacht wird. Dies darf vermutlich der zunehmenden Enttabuisierung des Themas häusliche Gewalt sowie der Schulung von Berufsgruppen, die Kontakt zu Gewaltopfern haben, zugeschrieben werden.

- **Beratungstelefon**

Das Beratungstelefon mit der Rufnummer 0211 - 81 06000 ist Bestandteil des neuen Konzeptes zur Gewaltopferversorgung am rechtsmedizinischen Institut des UKD. Hier können Betroffene, aber auch Angehörige oder Freunde sowie Berufsgruppen, die Kontakt mit Gewaltopfern haben, anrufen und sich informieren. Durch geschulte Kräfte wird eine Beratung und - bei Bedarf - nach Terminvereinbarung auch eine fachärztliche Untersuchung angeboten. Das Gewaltopfertelefon ist regulär von Montag bis Donnerstag zwischen 09:00 – 16:00 Uhr und freitags von 09:00 – 14:00 Uhr besetzt. Außerhalb der telefonischen Erreichbarkeit informiert ein Ansagetext über Hilfemöglichkeiten.

Insgesamt ist auch bei der Auswertung der Daten bzgl. des Beratungstelefons ein deutlich steigender Trend zu vermerken.

In den vier betrachteten Jahren nutzten dieses Angebot insgesamt 272 Anrufer. Im Vergleich zum Anfangsjahr 2007 (n = 51) konnte für das Jahr 2010 mit einer Steigerung um 63 % bereits eine Anruferzahl von n = 83 dokumentiert werden. Die Werte aus den Jahren 2011 und 2012, die zum Zeitpunkt der Auswertung bereits vorlagen, konnten den positiven Trend weiter bestärken. Eine Bevorzugung eines bestimmten Monats oder eines Wochentages konnte dabei nicht festgestellt werden. Eine Ausnahme davon stellt der Monat März im Jahr 2007 dar, der mit 20 dokumentierten Anrufen knapp 40 % der Gesamtanrufer dieses Jahres ausmachte. Dies ist allerdings damit zu erklären ist, dass das Projekt zu dieser Zeit anlief und vermutlich viel Informations- und Beratungsbedarf bestand.

Der deutlich positive Trend spricht dafür, dass das Angebot eines Beratungstelefons angenommen wird und die Information darüber weiter verbreitet wird. Ähnliche Ergebnisse konnte auch das erste landesweite Hilfetelefon BIG Hotline erzielen. Sechs Jahre nach Einführung hatte die Hotline insgesamt 30.000 Anrufe zu verzeichnen. In 750 Fällen konnten Frauen mit Hilfe der mobilen Intervention unterstützt werden (BIG e. V., 2006).

Bei der Auswertung der Telefondaten der Düsseldorfer Rufnummer wurden – sofern möglich - Angaben zu den Anrufern und Opfern dokumentiert. Daraus ergab sich, dass in 1/3

der Fälle die Betroffenen selber anriefen. Ein weiteres Drittel nahm die Kategorie „Professionelle“ ein, die Arztpraxen, Kliniken und Behörden umfasst. Dies zeigt zum einen, dass seitens der Betroffenen eine hohe Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer rechtsmedizinischen Expertise besteht, was auch durch andere Autoren bestätigt wird (z. B. Gahr et al., 2012). Zum anderen zeigen die Zahlen, dass auch bei den verschiedenen Professionen, die Kontakt zu Gewaltopfern haben der Beratungsbedarf als hoch einzuschätzen ist, was sich ebenfalls mit Fakten aus der Literatur deckt. So wurde in der wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt beschrieben, dass der Informationsbedarf zum Thema häusliche Gewalt sowie zu den Möglichkeiten polizeilicher Intervention weiterhin sehr groß und eine Verankerung des Themas in Aus- sowie Fortbildungsplänen der Polizei gefragt sei (z. B. Hagemann-White und Kavemann, 2004). Auch bei den Ärzten besteht weiterhin Informationsbedarf. Rönning und Hammarström arbeiteten mittels einer Literaturrecherche die Schwierigkeiten des Erkennens einer Gewalttat und der Intervention seitens der im Gesundheitswesen arbeitenden Professionen heraus. Sie stellten fest, dass die Barrieren im Gesundheitswesen auf drei Ebenen - der strukturellen, der organisatorischen und der individuellen - zu finden sind (Rönning und Hammarström, 2000). Die Behandelnden fühlen sich, aufgrund einer unzureichenden Qualifikation in Aus- und Fortbildung im Erkennen von Gewaltfolgen und adäquatem Umgang mit Gewaltopfern, nicht ausreichend vorbereitet Folgen von z. B. sexueller Gewalt zu diagnostizieren. Häufig wurde auch eine Überforderung im engen Zeitrahmen des alltäglichen Praxisablaufs befürchtet. Weitere Probleme seitens der „Professionellen“ waren die Angst darüber, zu tief in die Privatsphäre der Betroffenen einzudringen, sie zu verletzen und so eine Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses herbeizuführen sowie die zu große Identifikation mit den an der Gewalttat beteiligten Personen (Hagemann-White und Bohne, 2003).

Aufgrund der bestehenden Probleme beim Erkennen und Ansprechen des Themas Gewalt bei Gesundheitsfachkräften wird von der WHO in den Leitlinien zum „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ eine starke Empfehlung hinsichtlich der Schulung, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen gegeben (WHO, 2013).

Weitere Angaben zu den Anrufern und Opfern betrafen das Geschlecht. Hier zeigte sich, dass in mehr als der Hälfte der Fälle sowohl der Anrufer, als auch das Opfer weiblich waren. In knapp einem Viertel handelte es sich in den beiden Kategorien um Männer. Dies zeigt, dass v. a. Frauen und ihre Kinder von den gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt betroffen sind (Seifert et al., 2006b) und sich Hilfe in einem Konzept wie der Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin des UKD suchen. Eine weitere These zur Erklärung

dieser Geschlechterverteilung könnte sein, dass bei Männern eine weitaus größere Hemmschwelle bei der Suche nach Hilfe besteht als bei weiblichen Betroffenen. Dies könnte daraus resultieren, dass bei Männern das Gewalterleben in einem Bereich liegen muss, der über „das normale Maß“ an Gewalt hinausgeht, aber noch nicht „unmännlich“, das heißt zu schambesetzt ist (Jungnitz et al., 2004).

Zum Hintergrund der Gewalt wurde in der Mehrheit der Fälle (25 %) IPV und in 14 % sexuelle Gewalt im Telefonkontakt angegeben. Da Gewalt gegen Frauen überwiegend durch den Partner im häuslichen Bereich verübt wird (Müller et al., 2004), passt auch dies zu dem angegebenen Geschlechterverhältnis.

Die Einrichtung einer zentralen Telefonnummer, an die sich Betroffene oder Personen, die sich über dieses Thema informieren wollen, wenden können, erscheint auch aus organisatorischer Sicht sinnvoll.

Durch das Gespräch mit den qualifizierten Mitarbeitern kann vorab eine Selektion geschehen. In der Mehrheit der Fälle war bereits eine telefonische Auskunft ausreichend (46 %). In anderen Fällen kann die Sinnhaftigkeit einer körperlichen Untersuchung bereits im Telefongespräch erörtert werden. Mit dieser Hilfe wird einem Andrang in der rechtsmedizinischen Ambulanz und somit einem unorganisierten Ambulanzablauf mit langen Wartezeiten entgegen gewirkt.

Im Hinblick auf die Terminvereinbarungen (40 %) zeigt sich diese zentrale Rufnummer ebenfalls als organisatorisches Hilfsmittel. Die mehrheitlichen Anrufe (41 %) erreichten die Rechtsmedizin vormittags. In der Regel sind zu dieser Zeit im Ablauf des Institutes für Rechtsmedizin insbesondere die Aufgaben der Prosektur (Obduktionen) geplant, sodass die Termine vorrangig für den Nachmittag vergeben werden. Durch diese Handhabung können Verzögerungen und Wartezeiten für die Betroffenen auf ein Minimum reduziert werden.

Ein weiteres Zeichen dafür, dass ein Beratungstelefon in der Versorgung von Gewaltopfern sinnvoll ist, zeigt die Tatsache, dass das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Zusammenarbeit mit dem BMFSFJ seit dem 06.03.2013 das bundesweite Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ mit der Rufnummer 08000 - 116 016 eingerichtet hat. Hier wird von Gewalt betroffenen und Personen, die diesen helfen möchten erstmals die Möglichkeit geboten, sich rund um die Uhr und entgeltfrei, anonym, kompetent und sicher beraten zu lassen. Qualifizierte mehrsprachige Beraterinnen stehen den Frauen vertraulich zur Seite und können, falls gewünscht, Informationen über Unterstützungseinrichtungen vor Ort weiterleiten. Das Hilfetelefon bietet auch Fachkräften, die im Rahmen ihres Berufes oder ehrenamtlichen Tätigkeit mit Gewalt gegen Frauen konfrontiert werden und allen anderen Men-

schen, die Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, unterstützen wollen, Beratung an. Ein Ziel ist es, dieses Angebot möglichst barrierefrei zu gestalten. Aus diesem Grund ist das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ zu jeder Zeit besetzt und kostenfrei. Außerdem stehen Dolmetscherinnen für eine Beratung in vielen Sprachen zur Verfügung sowie Möglichkeiten für Hörgeschädigte oder Gehörlose (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2015). Hinsichtlich der Tatsache, dass nicht nur Frauen Opfer von Gewalt werden und die Hemmschwelle sich Hilfe zu suchen für Männer wahrscheinlich noch größer ist, sollte über ein weiteres Angebot, das sich auch an Männer, die Opfer von Gewalt geworden sind richtet, nachgedacht werden. Wie sich die verschiedenen Angebote für Menschen mit Gewalterfahrung zukünftig sowohl regional als auch überregional finanziell und organisatorisch absichern lassen, wird Aufgabe der gesellschaftspolitischen Diskussion sein.

5.1.2 Patientenkollektiv

Um festzustellen, ob sich das Patientenkollektiv vor und nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz verändert hat, wurden einige Basisdaten, wie das Geschlecht, das Alter und die Nationalität der Opfer erhoben und ausgewertet. Außerdem soll mit Hilfe dieser Daten dargestellt werden, ob sich das Inanspruchnahmeverhalten für eines der beiden Geschlechter bzw. für verschiedene Altersgruppen in Abhängigkeit zur Einführung weiterer Initiativen, wie z. B. der Kinderschutzgruppe, geändert hat.

Für die Falldaten zur Inanspruchnahme des Beratungstelefons liegen – wie im Ergebnisteil dargelegt – zwar Angaben zum Geschlecht und vereinzelt zum Alter vor. Da insbesondere die Betrachtung der Geschlechterverteilung im Wesentlichen den Feststellungen zum Inanspruchnahmeverhalten der körperlichen Untersuchungen entspricht, wird auf eine vertiefende Diskussion verzichtet.

- **Geschlecht und Alter**

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Mehrzahl der Betroffenen, die sich Hilfe in der Gewaltopferambulanz suchen, weiblich ist. Im Jahr 2004 lag das Verhältnis von Männern zu Frauen bei 1 : 1,3. In den Jahren nach der Implementierung der Ambulanz stieg v. a. die Anzahl der Patientinnen an, sodass in den drei Jahren nach der Einführung der Anteil von weiblichen Personen, die das Angebot in Anspruch nahmen doppelt so hoch war wie der männliche Anteil. Ein vergleichbares Geschlechterverhältnis (Männer : Frauen) ergaben die Untersu-

chungen aus Köln, die ein Verhältnis von 1 : 2,5 aufwies (Päsler, 2010) und Hamburg, bei der ein Geschlechterverhältnis von 1 : 1,6 vorlag (Seifert et al., 2004).

Im Jahr 2010 näherte sich das Verhältnis von Männern zu Frauen wieder auf 1 : 1,3 an. Betrachtet man die Beziehung zwischen dem Geschlecht und dem Alter der Betroffenen, liegt die Vermutung nahe, dass diese Verhältnisangleichung am Wahrscheinlichsten mit der steigenden Anzahl der Untersuchungen von Kindern zusammenhängt. Diese stieg im Jahr 2010 besonders an und zeigt in der Kategorie der Kleinstkinder (0 – 3 Jahre), dass Jungen 1,4-mal häufiger wegen eines V. a. Kindesmisshandlung vorgestellt werden. Dies deckt sich mit den Literaturaussagen, dass Jungen häufiger als Mädchen Opfer von körperlicher Gewalt werden (Thun-Hohenstein, 2008) und, dass das Risiko für Männer in der Kindheit und Jugend Opfer von Gewalt zu werden sehr viel größer ist, als im Erwachsenenleben (Jungnitz et al., 2004). Der vorliegende Datensatz spiegelt dies weiterhin im Durchschnittsalter wider, das mit 22 Jahren bei den männlichen Patienten deutlich niedriger liegt, als bei den Weiblichen (28 Jahre). Die Daten der Greifswalder Untersuchungsstelle für Gewaltopfer zeigten sogar einen höheren Männeranteil (60 %), wobei es sich auch hier in der Mehrheit um Kinder und junge Erwachsene handelte (Stanislawski et al., 2014), was die These bekräftigt, dass der Angleich des Geschlechterverhältnisses im Jahr 2010 auf den höheren Anteil an Untersuchungen von Kindern zurückzuführen ist, was vermutlich mit der Einführung der Kinderschutzgruppe am UKD in diesem Jahr zusammen hängt. Dies wird im späteren Teil der Diskussion noch ausführlicher erläutert.

Allgemein ist festzustellen, dass der Anteil der Kinder, die jünger als sechs Jahre alt sind, mit durchschnittlich mehr als 20 % (im Jahr 2010: 26 %) sehr hoch liegt. Verglichen mit den Einwohnerzahlen von Düsseldorf (Stand: 31. Dezember 2011), bei denen die < 6-jährigen einen Anteil von 5,6 % ausmachen (Amt für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf, 2012), ist zu sagen, dass diese Alterskategorie bei den Untersuchungen deutlich überrepräsentiert ist. In der Literatur finden sich Hinweise dafür, dass bestimmte Altersgruppen, wie auch das Kleinkindalter, einen Risikofaktor für Gewaltentstehung darstellen (Thun-Hohenstein, 2008), was eine Erklärung für die Überrepräsentation sein könnte. Ein anderer Erklärungsansatz geht davon aus, dass die vermehrte Aufmerksamkeit, die das Thema Kindesmissbrauch in den letzten Jahren erfahren hat, den Trend beeinflusst. Gewalterlebnisse im Kindesalter können, je nach Lebenssituation des Kindes und Art des Traumas, akute und/oder chronische bis hin zu komplexen Störungen zur Folge haben, die sich teilweise erst im Erwachsenenalter manifestieren (Thun-Hohenstein, 2008). Da Gewalt in der Herkunftsfamilie sowie in Kindheit und Jugend als zentraler Risikofaktor für eine spätere Viktimisierung gilt, stellt der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor gewalttätigen Übergriffen eine zent-

rale Maßnahme für die Prävention von Gewalt dar (Müller et al., 2004). Durch gewaltbelastete Kindheitserfahrungen steigt vor allem die Vulnerabilität für schwere Misshandlungserfahrungen in Paarbeziehungen (Schrötte und Ansorge, 2008). Gleichzeitig wird aber auch das Risiko gesteigert, in der späteren Paarbeziehung selbst zum Täter zu werden. Die Tatsache, dass besonders Kinder, die in ihrer Herkunftsfamilie Gewalt zwischen den Eltern oder gegen sich selbst erfahren haben, ein deutlich erhöhtes Risiko tragen, später selber eine gewalttätige Paarbeziehung zu führen, zeigt, dass Gewalt ein generationsübergreifendes Problem darstellt (Anders et al., 2006). Daher sollte diesem Verlauf mit Hilfe von Unterstützungsangeboten, wie der dargestellten Gewaltopferambulanz am rechtsmedizinischen Institut des UKD, frühestmöglich entgegengewirkt werden.

Auch im Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz am rechtsmedizinischen Institut Düsseldorf lag die Aufmerksamkeit v. a. auf den jüngeren Patienten. Verglichen mit den Jahren 2007 - 2010, in denen die Mehrheit der Untersuchungen (62 %) bei Erwachsenen durchgeführt wurde, lag der Anteil im Jahr 2004 in dieser Alterskategorie bei lediglich 38 %. Dies zeigt, dass das Thema der häuslichen Gewalt vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz nicht in dem Maße Beachtung gefunden hat, wie in den Jahren danach. Dies liegt am wahrscheinlichsten an der zunehmenden Enttabuisierung und Wahrnehmung dieses Themas. Die These, dass die Zunahme der Alterskategorie > 18 – 60 Jahre vorwiegend durch die zunehmenden Fälle von *IPV* herrühren, wird dadurch gestützt, dass in dieser Alterskategorie dreimal so häufig Frauen in der Ambulanz untersucht wurden und aus der Literatur bekannt ist, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner ist (Müller et al., 2004). Diese Zunahme im Vergleich zu dem Jahr vor der Implementierung des Konzepts der Gewaltopferversorgung zeigt, dass das Angebot besonders Frauen häuslicher Gewalt erreicht, was vermutlich an der besonderen Niedrigschwelligkeit des Angebots liegt. Formal – sozusagen für Dritte – kann eine Person, die sich in der Rechtsmedizin Düsseldorf untersuchen lassen möchte, angeben, sie habe einen Termin am Universitätsklinikum Düsseldorf, oder sie haben einen Arzttermin. Diese Option mag den Zugang zum Angebot erleichtern.

Auffallend ist außerdem, dass der Anteil der Erwachsenen im höheren Lebensalter (> 60 Jahre) über die Jahre ansteigt. Im Jahr 2004 war kein Patient, der in der Rechtsmedizin untersucht wurde, älter als 60 Jahre. In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz stieg der Anteil von 4 % im Jahr 2007 auf 7 % im Jahr 2010. Die steigende Tendenz mag an der zunehmenden Beachtung des Themenfeldes „Gewalt in der Pflege“ liegen. Eine zunehmende Enttabuisierung und Sensibilisierung dieses Themas wurde laut dem Mitbegründer der Initiative „Handeln statt Misshandeln“ (www.hsm-bonn.de) Prof. Dr.

Rolf Hirsch durch eben solche Aktivitäten geschaffen (Hibbeler, 2012). Die erhobenen Fallzahlen können mit denen aus der Untersuchung von Wetzels et al. verglichen werden. Hier wurden 2600 Senioren zu diesem Thema befragt. Hochbetagte und insbesondere Personen mit Demenzerkrankungen wurden in der Erhebung allerdings nicht mit einbezogen. Für das Jahr 1991 gaben 6,6 % der Befragten an, eine Form von Gewalt (3,4 % körperliche Gewalt) im häuslichen Bereich erlebt zu haben (Wetzels et al., 1995). Aus der postalischen Befragung der Bonner HsM-Studie geht hervor, dass ca. 10 % der alten Menschen in den letzten fünf Jahren Gewalterfahrungen im häuslichen Bereich erlebt haben (Hirsch und Brendebach, 1999). Im öffentlichen Raum ist von einem noch höheren Anteil von ca. 35 % auszugehen (Hirsch und Kranich, 1999). Die Problematik von Gewalt gegen ältere und zu pflegende Menschen ist vielfältig. Einerseits kann das Erkennen von gewaltbehafteten Taten aufgrund von bestehenden Erkrankungen schwierig sein, andererseits ist in vielen Fällen die Mitteilungsfähigkeit der betroffenen Person eingeschränkt. Insbesondere kranke und hilfsbedürftige sowie (finanziell) abhängige und sozial isolierte Personen stellen eine Risikogruppe dar (Hirsch, 2003). Außerdem sind die Übergänge zwischen (noch) notwendiger Hilfeleistung und einem schädlichen Übergriff fließend. Hier sind besonders die Bereiche Mobilisierung und die Durchführung von Hygienemaßnahmen sowie angeordneter Therapiemaßnahmen zu nennen. Aus den genannten Gründen ist die Dunkelziffer wahrscheinlich sehr viel höher anzusehen, als die in dieser Arbeit ermittelten Werte (Graß et al., 2007). Internationale Studien sprechen davon, dass Menschen ab dem 65. Lebensjahr in bis zu 18,4 % mindestens eine Form von Gewalt in den vergangenen 12 Monaten erlebt haben. Bei der Frage nach Vernachlässigung stieg die Zahl noch einmal auf 20 % (Lowenstein et al., 2009). Diese hohe Zahl und die Annahme, dass eine sehr hohe Dunkelziffer besteht, wurden auch in der Kölner Studie bestätigt. Hier wurde gezeigt, dass die > 60-jährigen bei den Lebendbegutachtungen einen Anteil von 2,5 % ausmachen, bei den Sektionen jedoch einen Anteil von 12,7 % (Päsler, 2010). Hier besteht, auch seitens der Studienlage weiterer Handlungsbedarf, denn Gewalt gegen alte Menschen ist weit verbreitet, aber in Bezug auf die vermeintlich hohe Dunkelziffer noch nicht ausreichend erforscht und thematisiert (Ahmad und Lachs, 2002). Vertiefend kann an dieser Stelle auf dieses besondere Feld der Gewalt im sozialen Umfeld nicht näher eingegangen werden.

- **Nationalität**

In der vorliegenden Arbeit konnte die Nationalität der Opfer nicht ausreichend ausgewertet werden, da diese lediglich in zehn Fällen eindeutig dokumentiert wurde. In der bundesweiten Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“

wurde dargestellt, dass Frauen aus den beiden betrachteten Migrantinnengruppen (türkisch und osteuropäisch) deutlich häufiger von körperlicher oder sexueller Gewalt betroffen waren als der Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung Deutschlands. Es wurde außerdem deutlich, dass sie nicht nur häufiger, sondern, gemessen an den Verletzungsfolgen, auch von schwereren und bedrohlicheren Formen von Gewalt betroffen sind (Müller et al., 2004). Angesichts der gesundheitlichen und psychischen Mehrbelastung konnte in der sekundäranalytischen Auswertung dieser Studie festgestellt werden, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund auch in höherem Maße medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen nutzen. Befragt nach der Gewaltbetroffenheit in der Kindheit und Jugend ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Migrantinnen und Deutschen. Ging es allerdings darum, ob sie in ihrer Kindheit und Jugend körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern miterlebt haben, zeigten sich bei den Migrantinnen deutlich höhere Werte als bei den deutschen Frauen (Schröttle und Khelaifat, 2008).

Vor dem Hintergrund dieser Daten wäre die Auswertung der Herkunft der Opfer, die das Angebot der Gewaltopferambulanz in Düsseldorf in Anspruch genommen haben sehr interessant gewesen. Wenn dies für die nächsten Jahre gewünscht ist, sollte der Dokumentationsbogen um diese Rubrik erweitert werden.

5.2 Öffentlichkeitsarbeit und Ergebnisse der Vernetzung

Unter dem Titel Öffentlichkeitsarbeit soll näher beleuchtet werden, in welchen Institutionen das Bekanntmachen der Gewaltopferambulanz erfolgreich war und ob sich durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Initiativen über die Jahre etwas verändert hat. Dazu wird zum einen geprüft, durch wen der Auftrag für die Untersuchung erfolgte, zum anderen werden die Erstversorger und die Informationsgeber betrachtet.

Zunächst ist zu sagen, dass sich die Auftragslage vor und nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz deutlich verändert hat.

Im Jahr 2004 wurden alle Untersuchungen entweder durch eine Institution oder mittels eines ärztlichen Konsils an die Rechtsmedizin verwiesen.

Dies änderte sich nach der Implementierung des neuen Angebotes deutlich. Mit Einführung der Ambulanz ist es nun auch Privatpersonen möglich, ihre Verletzungen kostenfrei und ohne vorherige Strafanzeige untersuchen zu lassen. Dieses Angebot wurde in einem hohen Maße angenommen, sodass in den Jahren nach der Implementierung durchschnittlich 73 % der Aufträge von den betroffenen Personen selbst gestellt wurden. Diese Anzahl ist ver-

gleichbar mit den Ergebnissen aus einer Untersuchung bzgl. der Angebotsstruktur in deutschsprachigen Instituten für Rechtsmedizin. Auch hier wurde die deutliche Mehrzahl (86 %) an Aufträgen durch die betroffene Person selbst gestellt, was eine hohe Bereitschaft zur Hilfesuche seitens der Betroffenen zeigt (Gahr et al., 2012). Diese Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass barriere- und kostenfreie Angebote auch für Privatpersonen bestehen.

Bei der Auswertung der Düsseldorfer Daten über die Jahre fällt bei den Aufträgen ohne Kostenträger (das heißt: kostenfreier Auftrag durch Privatperson) bei den absoluten Zahlen ein weiter steigender Trend auf, während der relative Anteil jedoch sinkt. Dies liegt an dem dazu analog ansteigenden Anteil der Aufträge durch Institutionen, der durchschnittlich bei 21 % liegt, über die Jahre aber einen Anteil von bis zu 26 % (2010) einnimmt.

Dies zeigt, dass auch bei den Institutionen ein Umdenken eingesetzt hat und dass die Bedeutsamkeit einer gerichtsfesten Dokumentation durch einen Rechtsmediziner für das weitere (Straf-) Verfahren wahrgenommen wird. Denn mit Hilfe einer solchen Dokumentation, auch der medizinisch-therapeutisch „belanglosen“ Verletzungsbefunde (so genannte Bagatellverletzungen), kann den Anforderungen juristischer Fragen zur Klärung von Geschehensabläufen standgehalten werden. Da die Beurteilung und Interpretation solcher Verletzungen nicht immer in den Kompetenzbereich der (erstversorgenden) Ärzte fällt, die den Befund erhoben haben, sollte die Rechtsmedizin als Berater und Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Justiz in die Betreuung von Gewaltopfern mit eingebunden werden (Graß und Ritz-Timme, 2005; Seifert et al., 2006b).

Ein ärztliches Konsil wurde in durchschnittlich 6 % der Fälle in Auftrag gegeben. Die Zahlen sind über die Jahre sehr schwankend, was an der Tatsache liegt, dass in einigen Fällen (besonders seitens der Kinderklinik des UKD) zwar ein Konsil angeregt wurde, die meisten Fälle jedoch auf privatem Weg, also ohne Kostenträger in die rechtsmedizinische Ambulanz kamen. Da besonders in der Kinderklinik die Betroffenen im nachfolgenden Verlauf von der Klinik weiter betreut wurden, wurde der Bericht der Untersuchung im klinischen Behandlungskonzept im Sinne eines konsiliarischen Befundes verwertet. Die Abrechnung erfolgte jedoch, da sich die Betroffenen aus eigener Initiative meldeten, über den KPR und gelten somit als private Aufträge. Die geringe Zahl der konsiliarischen Aufträge ist demnach kein Anzeichen für eine fehlgeschlagene Vernetzung. Dies wird besonders deutlich, wenn man sich die Daten bzgl. der Informationsgeber und Erstversorger anschaut.

Durchschnittlich knapp jeder Dritte (29 %) der Betroffenen erhielt die Information bzgl. des Angebotes des rechtsmedizinischen Institutes zur Untersuchung und Dokumentation der

Verletzungen von einer Klinik des UKD. Auch die Greifswalder Zahlen ergaben, dass die Kliniken den Hauptzuweiser für die Untersuchungsstelle für Gewaltopfer darstellen (Stanislawski et al., 2014). In Düsseldorf wurden insbesondere die Abteilungen Chirurgie (41 %), Kinderklinik (40 %) und Gynäkologie (8 %) benannt. Besonders auffallend ist, dass die Kinderklinik im Jahr 2010 mit 63 % den größten Anteil der Kliniken des UKD einnimmt. Unterstützt wird diese Aussage durch die Angaben der Erstversorger. Hier steigt die Anzahl der Fälle in denen Kliniken des UKD an der Erstversorgung von Gewaltopfern beteiligt waren über die Jahre an und beträgt durchschnittlich 34 %. Auch hier lag das Hauptaugenmerk auf den drei Bereichen Chirurgie (43 %), Kinderklinik (33 %) und Gynäkologie (12 %). Wie bereits bei den Informationsgebern steigt der relative Anteil, in denen die Kinderklinik als Erstversorger benannt wird im Jahr 2010 deutlich von 21 % (2009) auf 49 % (2010) an. Der enorme Zuwachs der Kinderklinik, sowohl als Informationsgeber, als auch als Erstversorger, ist vermutlich auf die im Jahr 2010 eingeführte Kinderschutzgruppe zurückzuführen, was sich auch an der Zunahme der Fallzahl der Kleinstkinder in diesem Jahr bemerkbar macht. Mit Hilfe von derartigen Initiativen und einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit konnte in der letzten Zeit eine Sensibilisierung und vermehrte Wahrnehmung für das Thema Gewalt an Kindern hervorgerufen werden (Gahr et al., 2012). Da es Kindesmisshandlungen in verschiedenster Form (z. B. Morde, Ritualopfer, Aussetzungen, Missbrauch, schwere Züchtigung und Kinderarbeit) schon immer gegeben hat (Deegener, 2005), liegt die Zunahme der Fallzahlen im Jahr 2010 in der Alterskategorie der Kleinstkinder vermutlich nicht an einem tatsächlichen Anstieg von Kindesmisshandlungen in der Gesellschaft, sondern vielmehr an dem stärkeren Bewusstsein für dieses Thema.

Die Daten zeigen weiterhin, dass neben dem UKD besonders die Polizei mit durchschnittlich 25 % und Behörden (9 %) die Information zur gerichtsverwertbaren Dokumentation von Verletzungen an die Betroffenen herangetragen haben. Dies verdeutlicht, dass die Öffentlichkeitsarbeit Früchte trägt und das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer gerichtsverwertbaren Dokumentation gestärkt werden konnte. Außerdem wird die Rolle der Rechtsmedizin als Mediator verdeutlicht, da in der Regel strukturierte Kontakte zu den verschiedenen Institutionen der psychosozialen und juristischen Betreuung bestehen (Graß und Ritz-Timme, 2005). Besonders die erfolgreiche Einbeziehung und Sensibilisierung der Polizei für dieses Thema ist als sehr erfreulich einzustufen, da der Verlauf eines Polizeieinsatzes erheblichen Einfluss auf das weitere Hilfesucheverhalten des Opfers haben kann. Dies fällt deutlich positiver aus, wenn die Beamten mit der spezifischen Problematik und den Hilfsangeboten vor Ort vertraut sind (Hagemann-White und Kavemann, 2004).

Unter Bezugnahme auf die Auswertung der hier dargelegten Falldaten kann die Aussage getroffen werden, dass die Vernetzung der verschiedenen Institutionen durch die Initiative des rechtsmedizinischen Institutes erfolgreich war. Die Netzwerkarbeit und damit die interdisziplinäre Betreuung, unter Integration der rechtsmedizinischen Angebote, trägt wesentlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität von Gewaltopfern bei (Graß et al., 2013; Jungbluth et al., 2012).

Dass die Aufrechterhaltung der Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Aufgabe ist, zeigt die Entwicklung der Zahlen der Vermittlung durch Arztpraxen. Hier ist sowohl bei der Kategorie Informationsgeber als auch Erstversorger ein fallender Trend über die Jahre zu verzeichnen, wobei die Zahlen in den Jahren 2007 und 2008 noch sehr vielversprechend aussahen.

Für Opfer häuslicher Gewalt stellen ambulante Arztpraxen eine potentielle Anlaufstelle dar. Allerdings fühlen sich zwei Drittel der Praxen hinsichtlich der Gewaltopferversorgung nicht ausreichend informiert (Mark, 2000). Dem konnte mit Hilfe des im Jahr 2007 anlaufenden Modellprojektes MIGG, das durch das BMFSFJ finanziert wurde, entgegen gewirkt werden. Hier konnten die mitwirkenden Arztpraxen an einem Schulungskonzept teilnehmen und so erfolgreich für das Thema häusliche Gewalt sensibilisiert werden. Sie erlernten Handlungskompetenzen in der Dokumentation und Ansprache von Gewalt. Durch diese Initiative konnte in den Arztpraxen eine Steigerung der Fallzahlen von 1 bis 5 betroffenen Personen/Quartal auf 16 bis 102 Gewaltopfern/Quartal erzielt werden (Graß et al., 2013). Ähnlich wie die Initiative der Kinderschutzgruppe, zeigt auch dieses Projekt, dass die Öffentlichkeitsarbeit und die damit einhergehende Sensibilisierung für das Thema Gewalt sowie eine qualifizierte Fortbildung der Professionen, die mit Gewaltopfern in Kontakt treten, enorm wichtig für eine suffiziente Gewaltopferversorgung ist. Aufgrund der fallenden Tendenz, den die Arztpraxen bzgl. der Vermittlung von Patienten zeigen, sollte hier erneut, bspw. durch Schulungsprogramme, Fortbildungen und Aufklärungskampagnen angesetzt werden.

Inwiefern die Vernetzung innerhalb des UKD erfolgreich war, soll anhand eines Vergleichs der Daten, die aus der Unfall- und Handchirurgie des UKD zur Verfügung gestellt wurden, und denen der Rechtsmedizin herausgefunden werden. Durch einen solchen Abgleich kann festgestellt werden, ob und in welchem Maße die in der Unfall- und Handchirurgie an einen Patienten gegebene Information über das Angebot der Rechtsmedizin angenommen wurde. Eine retrospektive Analyse der unfallchirurgischen Daten des UKD aus dem Jahr 2004 ergab, dass in diesem Jahr insgesamt 347 Personen (5 % des gesamten unfallchirurgischen Klientels) eindeutig als Gewaltopfer eingestuft wurden. Dies zeigt, dass Gewaltopfer keine unerhebliche Gruppe im Klientel der unfallchirurgischen Notaufnahme bilden (Jungbluth et al., 2012). In anderen Studien wurde gezeigt, dass sich der Anteil an Gewaltopfern, die sich

in einer Notfallambulanz vorstellen, vermutlich zwischen 12 – 25 % befindet (Abbott et al., 1995; Stark et al., 1979). Es darf eine hohe Dunkelziffer konstatiert werden, die vermutlich fehlender Schulung des medizinischen Personals sowie auch der Versorgungssituation in einer Notfallambulanz (Stichwort Zeitmangeln) zugeschrieben werden kann (Elliott et al., 2002; Rodriguez et al., 1999). Die Notwendigkeit, dass das medizinische Personal in einer unfallchirurgischen Notfallambulanz bzgl. dieses Themas geschult sein sollte, wird deutlich, wenn man betrachtet, dass eine Traumaambulanz v. a. für Männer eine wichtige Anlaufstelle nach erlebter Gewalt darstellt (Lau et al., 2008). Von den, in der Studie von Jungbluth et al. detektierten Gewaltopfern, wurde im Jahr 2004 kein einziger Patient in der Rechtsmedizin vorgestellt und auch keiner auf medizinisch-psychotraumatologische Hilfen oder psychosoziale regionale Hilfsangebote hingewiesen. Die Untersuchung ergab weiterhin, dass die Dokumentation der Anamnese und Befunderhebung sowie die Vermittlung von Nachsorgemaßnahmen sehr lückenhaft waren (Jungbluth et al., 2012). Diese, doch recht enttäuschende Datenlage aus dem Jahr 2004, stellt den Stand vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz und der damit einhergehenden Vernetzung zu anderen Institutionen, wie z. B. der Rechtsmedizin dar.

Um herauszustellen ob und inwiefern sich durch die Vernetzung mit dem rechtsmedizinischen Institut auch die Versorgung von Gewaltopfern in der unfallchirurgischen Ambulanz des UKD verbessert hat, wurden die dort zumindest zahlenmäßig aufgeführten Fälle mit denen der Rechtsmedizin verglichen. In der aufgeführten Liste waren in den Jahren 2007 – 2009 insgesamt 126 Patienten dokumentiert, denen die Information übermittelt wurde, ihre Verletzungen in der Rechtsmedizin gerichtsverwertbar dokumentieren zu lassen. Hinsichtlich der Daten aus dem Jahr 2004, in dem keinem einzigen Patienten dieses Angebot unterbreitet wurde, stellt dies eine enorme Steigerung dar. Verglichen mit den Zahlen der Rechtsmedizin, in denen die Chirurgie als Informationsgeber benannt wurde, zeigt sich, dass von den insgesamt 126 Fällen 43 % das Angebot in Anspruch genommen haben. Außerdem fällt hier eine Steigerung der Zahlen über die Jahre von 42 % im Jahr 2007 auf 54 % im Jahr 2009 auf. Allgemein sind die erhobenen Daten als eine erfreuliche Entwicklung zu deuten, da die Anzahl der Verweisungen an die Rechtsmedizin gesteigert wurde. Dies kann als erfolgreiches Resultat der erfolgten Vernetzung gewertet werden. Es kann unterstellt werden, dass in der Klinik eine Sensibilisierung für das Thema Gewalt stattgefunden hat und die Versorgung von Gewaltopfern in der chirurgischen Notfallambulanz somit optimiert wurde. Dafür spricht der positive Trend des Anteils der Personen, die das ausgesprochene Angebot tatsächlich in Anspruch genommen haben, was vermutlich auf eine verbesserte Informationsweitergabe seitens des behandelnden Personals zurück zu führen ist. Durch die Überweisung der Patienten an die Rechtsmedizin kann die Unfall- und Handchirurgie zusätzlich in ihrer Arbeit ent-

lastet werden und die Patienten erfahren sowohl eine medizinisch-therapeutische Untersuchung und Behandlung ihrer Verletzungen seitens der Unfall- und Handchirurgie, als auch eine gerichtsfeste Dokumentation und Weiterleitung an weitere Hilfsangebote seitens der Rechtsmedizin (Jungbluth et al., 2012). Dieses, durch eine Vernetzung ermöglichte Konzept, scheint sehr erfolgsversprechend zu sein und führt allem Anschein nach zu einer Verbesserung der Gewaltopferversorgung am UKD.

5.3 Organisation der Gewaltopferambulanz

Die Gewaltopferambulanz ist montags - freitags regulär von 09:00 – 16:00 Uhr geöffnet. Weiterhin steht für Notfälle selbstverständlich ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Dies stellt einen Unterschied zu den Ambulanzen in Hamburg (Seifert et al., 2004), Köln (Päsler, 2010), Leipzig und Hannover (Gahr et al., 2005) dar, bei denen die Lebendbegutachtungen im Rahmen eines Rufbereitschafts- oder Bereitschaftsdienstes rund um die Uhr erfolgen. Im Vergleich mit den genannten Instituten hinsichtlich der zeitlichen Verteilung der Untersuchungen in Bezug auf die Gewalttat, soll geprüft werden, inwiefern die Öffnungszeiten einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Opfer haben.

Zunächst ist zu sagen, dass sich sowohl die Vorfälle als auch die Untersuchungen über das gesamte Jahr gleichmäßig verteilen und dass sich keine Bevorzugung eines Jahresabschnittes feststellen lässt. Dies zeigt, dass Gewalt ein ganzjähriges Thema ist und keine jahreszeitliche Präferenz aufweist.

Bei der Verteilung der Vorfälle und Untersuchungen auf die Wochentage konnte jedoch eine geringe Bevorzugung von einer Wochenhälfte dargestellt werden. Bei den Vorfällen zeigte sich eine leichte Verschiebung zum Wochenende hin. Diese Beobachtung könnte darin begründet sein, dass, bzgl. der häuslichen Gewalt, die Paare am Wochenende einen länger andauernden Zeitraum miteinander verbringen, sich die Konflikte so potenzieren und dies zu einer Gewalteskalation führt. In der sekundäranalytischen Auswertung von Schröttle und Ansoerge konnte gezeigt werden, dass besonders eine ungleiche Geschlechterbeziehung mit einem sehr dominanten Beziehungspartner, Isolation und eine sozial schwierige Lage sowie der damit verbundene soziale Stress Risikofaktoren für die Entstehung von Gewalt darstellen (Schröttle und Ansoerge, 2008). Außerdem konnte verdeutlicht werden, dass Situationen, die ein hohes Maß an Konfliktpotenzial beinhalten, wie z. B. eine Trennung oder Scheidung, das Ausmaß wie auch die Schwere der Gewalt deutlich erhöhen (Müller et al., 2004). Des Weiteren liegt am Wochenende ein verstärkter Gebrauch an psychotropen Substanzen, hier ist

besonders Alkohol zu nennen, vor. Dieser spielt in der Entstehung von schwerer Gewalt nachweislich eine erhebliche Rolle. Unterstützt wird diese These durch die, in der bereits erwähnten Untersuchung festgestellte Tatsache, dass 60 % der Täter, die ihre Beziehungspartner schwer misshandelten in erhöhtem Maße Alkohol konsumierten und dass ein Viertel der männlichen Partner, die einen vermehrten Alkoholgenuss angaben, gegen ihre Partnerin schwere Formen von psychischer, körperlicher und/oder sexueller Gewalt verübten (Schrötte und Ansorge, 2008). Außerdem steigen, mit Zunahme des Alkohol- und Drogenkonsums die Intensität und Frequenz der ausgeübten Gewalt an (Anders et al., 2006).

Der Großteil der Betroffenen, die sich als unmittelbarer Kontakt in der Düsseldorfer Gewaltopferambulanz vorstellten (durchschnittlich 76 %) ließ die Verletzungen bereits innerhalb der ersten drei Tage, nachdem sich der Vorfall ereignete, untersuchen, was in dem von Banaschak et al. empfohlenen Zeitfenster von bis zu vier Tagen liegt (Banaschak et al., 2014). Da sich die Vorfälle vermehrt am Wochenende ereignen und die Mehrheit der Betroffenen innerhalb von drei Tagen Hilfe in der Gewaltopferambulanz suchen, ist es nicht verwunderlich, dass die Verteilung der Untersuchungen auf die Wochentage (Montag – Freitag) mit 47 % eine Bevorzugung der ersten Wochenhälfte (Montag und Dienstag) gegenüber der Zweiten (Donnerstag, Freitag) mit 36 % anzeigt.

Eine gerichtsfeste Begutachtung und Dokumentation von Verletzungen sollte stets zeitnah zum Tatzeitpunkt geschehen (Banaschak et al., 2014), da zu diesem Zeitpunkt die Verletzungen am Körper des Opfers noch frisch und somit, v. a. hinsichtlich juristischer Fragen wie dem Gewalthergang, beurteilbar sind. Auch können so evtl. vorhandene DNA-Spuren des Täters, wie Sperma oder Hautpartikel unter den Fingernägeln des Opfers asserviert werden, was bei einem längeren Zeitfenster nur noch eingeschränkt sinnvoll ist (Banaschak et al., 2014). Dies kann jedoch v. a. bei Opfern von Sexualdelikten von besonderer Relevanz sein, denn laut des Molekularbiologen Dr. Harald Schneider (Landeskriminalamt in Wiesbaden) sei es „heute unmöglich, eine Straftat – speziell eine Sexualstraftat - zu begehen, ohne entsprechende DNA-Spuren zu hinterlassen“ (Möhrle, 2007, Seite 695). Binnen einer Woche stellten sich durchschnittlich 92 % der unmittelbar Betroffenen in der Düsseldorfer Gewaltopferambulanz vor. Diese Werte sind mit denen des Hamburger Modellprojektes vergleichbar. Hier nahmen insgesamt 95,4 % der Opfer das Angebot binnen einer Woche nach dem Vorfall in Anspruch (Seifert et al., 2004).

Hinsichtlich der Verteilung der Untersuchungen auf die Tageszeiten soll die Organisation der Ambulanz und hier insbesondere die Öffnungszeiten (montags bis freitags 09:00 – 16:00 Uhr) beleuchtet werden. Hierbei zeigte sich, dass die Mehrheit der Betroffenen die Gewaltop-

ferambulanz innerhalb ihrer Öffnungszeiten aufsuchte, obwohl sich die Vorfälle vornehmlich (mehr als 2/3) zu Tageszeiten (18:00 – 05:59 Uhr) außerhalb der Öffnungszeiten ereigneten. Weiterhin zeigt sich, dass die Öffnungszeiten der Gewaltopferambulanz, v. a. hinsichtlich der Organisation durchaus ihre Berechtigung haben, solange, wie in der Gewaltopferambulanz Düsseldorf, für den Notfall ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht. Hier sei auch noch einmal der Bezug zu dem Beratungstelefon hergestellt, das hinsichtlich der Organisation einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert einnimmt. Wie bereits erwähnt, kann mit Hilfe des Beratungstelefons eine vorherige Selektion der Fälle stattfinden, bei denen eine Untersuchung angeraten und auch noch in einem sinnvollen Zeitfenster möglich ist. Außerdem kann ein Termin vereinbart werden, der die Organisation in der Ambulanz erleichtert und die Wartezeiten für die Betroffenen minimiert. Vor der Implementierung wurde, mit Ausnahme eines Falles, für alle Untersuchungen ein Termin vereinbart. Dies liegt vermutlich daran, dass es zu diesem Zeitpunkt Privatpersonen noch nicht möglich war, aus eigener Initiative eine Untersuchung veranlassen zu können, sondern stets ein Auftrag durch eine Institution oder eine Klinik gestellt werden musste. In den Jahren 2007 – 2010 wurde in durchschnittlich 72 % der unmittelbaren Untersuchungen ein Termin vereinbart. Dabei ist über die Jahre ein steigender Trend zu verzeichnen, denn im Jahr 2010 waren es bereits 81 % der Betroffenen, die einen Termin zu einer Untersuchung vereinbart hatten. Dieser positive Trend ist für die Organisation der Ambulanz als äußerst erfreulich zu werten und zeigt ein weiteres Mal, dass durch die gezielte Öffentlichkeitsarbeit eine Sensibilisierung für das Thema Gewalt stattfindet und das Angebot der Gewaltopferambulanz und des Beratungstelefons weiter verbreitet wird.

Vergleicht man die Fälle mit und ohne Termin jeweils mit der Untersuchungszeit fällt auf, dass sich hinsichtlich der Verteilung auf den Vor- (06:00 – 11:59 Uhr) bzw. Nachmittag (12:00 – 17:59 Uhr) verschiedene Verhältnisse ergeben. Wird ein Termin vereinbart, so findet die Untersuchung dreimal häufiger am Nachmittag als am Vormittag statt. Bei den Betroffenen, die ohne Voranmeldung zur Untersuchung erscheinen liegt das Verhältnis bei 1 : 1,6. Dies zeigt, dass falls ein Termin vereinbart wird, dieser eher auf den Nachmittag gelegt wird. Dies liegt am wahrscheinlichsten am Tagesablauf innerhalb des rechtsmedizinischen Institutes, in dem am Vormittag die geplanten Obduktionen durchgeführt werden. Hier wird ein weiteres Mal deutlich, welche Relevanz die Terminvereinbarung über das Beratungstelefon hat. Dadurch kann ein reibungsfreier Ablauf der Ambulanz mit nur minimalen Wartezeiten für die Betroffenen und eine strukturierte Organisation des Tagesablaufes im Institut für Rechtsmedizin des UKD gewährleistet werden.

5.4 Aggressorbezogene Daten und Beziehungsstatus

In der Mehrheit der Düsseldorfer Fälle (66 %) wurde genau eine Person als Aggressor benannt. In der Kölner Studie lag der Anteil der Fälle, in denen es sich um einen einzelnen Täter handelte mit 82 % höher, was vermutlich daraus resultiert, dass hier lediglich Fälle von häuslicher Gewalt betrachtet wurden (Päsler, 2010). Separiert man die Fälle, in denen keine Angabe zu dem Geschlecht des Aggressors dokumentiert war (23 %), so lässt sich feststellen, dass in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (83 %) ein männlicher Aggressor benannt wurde. Lediglich 12 % benannten Frauen als Aggressoren und in 5 % der Fälle ging die Gewalt von beiden Geschlechtern aus. Bei der Untersuchung von Müller et al. konnten ähnliche Werte ermittelt werden. Hier lag der Anteil der männlichen Täter, in Bezug auf körperliche Gewalt, bei 71 % und der weiblichen bei 10 %. In 19 % wurden beide Geschlechter als Aggressoren benannt (Müller et al., 2004). Die Hamburger Studie erbrachte Werte von 91 % männlicher Angreifer und 6 % weiblicher. Vermutlich kommt dieser höhere Anteil dadurch zustande, weil auch hier - wie in der Kölner Untersuchung (s. o.) - das Augenmerk auf die Gewalt in Partnerschaftsbeziehungen gelegt wurde (Seifert et al., 2006a).

Einen interessanten Aspekt stellt Päsler in ihrer Arbeit heraus. Hier wurden nicht nur Lebegutachtungen durchgeführt, sondern auch die im Rahmen von Partnerschaftsgewalt getöteten Personen mittels Auswertung der Sektionsprotokolle in die Untersuchung aufgenommen. Bei den Lebegutachtungen konnte, ähnlich wie in der vorliegenden Untersuchung und den geschilderten Studien, ein deutlich höherer Männeranteil bzgl. des Geschlechts des Angreifers (70 %) ausgemacht werden. Frauen wurden hingegen lediglich in 12 % als Täter benannt. Diese Verteilung ändert sich, wenn man die Fälle, in denen es zu einem Todesfall kam, betrachtet. Hier wurde mit 40 % ein sehr viel höherer Anteil von weiblichen Angreifern herausgestellt, woraus geschlussfolgert wurde, dass häusliche Gewalt gegen Männer erst im schlimmsten Fall, nämlich dem Todesfall Beachtung findet (Päsler, 2010).

In Bezug auf die Geschlechterkonstellation zwischen dem Aggressor und dem Opfer, ergibt sich zusammenfassend, dass sowohl Männer als auch Frauen häufiger Opfer durch männliche Gewalt werden, was auch in der Literatur belegt wird (Kavemann, 2002). Daher sollten die Programme, die sich mit der Täterarbeit beschäftigen, vor allem auf männliche Aggressoren ausgerichtet sein, wobei das weibliche Aggressionspotenzial natürlich nicht völlig ausgeblendet werden darf. Besonders im Hinblick auf die häusliche Gewalt, können Täterprogramme, als Teil einer Interventionskette, einen wichtigen Beitrag zum Opferschutz leisten.

Solche Programme sind definiert als die praktische Umsetzung von Täterarbeit in einem Gruppensetting, die eine gewaltzentrierte Beratung von männlichen Tätern und ihre institutionelle Einbindung in Kooperationsbündnisse beinhaltet. Hauptziel der Täterarbeit ist die nachhaltige Beendigung von gewalttätigem Verhalten von Männern (Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e. V. (BAG TäHG), 2009).

Im Hinblick auf die Beziehung zwischen den an dem Vorfall beteiligten Personen lässt sich festhalten, dass durchschnittlich 61 % der Aggressoren dem Opfer bekannt waren und lediglich 18 % Fremdtäter erfasst wurden (in 20 % der Fälle wurde keine Angabe dokumentiert). Bei eingehender Betrachtung dieser Fälle fällt auf, dass 46 % der Opfer Gewalt durch einen früheren oder derzeitigen Partner erlitten (26 % Ehepartner, 15 % Lebenspartner, 6 % Expartner). In 25 % wurde ein Familienmitglied als Aggressor benannt. Diese Daten sind mit der Untersuchung aus Hamburg vergleichbar, in der 62 % der Täter als bekannt angegeben und lediglich ein 30 %iger Anteil an Fremdtätern dokumentiert wurde. Auch hier machen die Fälle, in denen ein (ehemaliger) Partner als Aggressor benannt wurde, den größten Anteil aus (28 %). Täter aus dem familiären Umfeld wurden in 10 % der Fälle dokumentiert (Seifert et al., 2004). Eine weitere Studie aus Hamburg untersuchte die Relevanz weiterer Ursachen von Gewalt gegen Frauen, neben häuslicher Gewalt durch (Ex-) Partner und sexualisierter Gewalt. Auch hier ergab sich, dass mehr als die Hälfte der Tatverdächtigen dem Opfer wenigstens bekannt waren, wobei 20 % eine nähere Bekanntschaft und 18 % eine familiäre Beziehung angaben (Wischmann et al., 2013).

Zusammenfassend kann aus den Daten der vorliegenden Untersuchung und den Daten der angegebenen Studien das Fazit gezogen werden, dass Gewalt mehrheitlich von Männern ausgeht. Die Schlussfolgerung, dass insbesondere weibliche Opfer durch Gewalt von Personen aus dem näheren Umfeld (ehemaliger oder derzeitiger Partner, familiäres Umfeld bzw. Nahfeldbereich) gefährdet sind, gründet auf den Ergebnissen, dass sich Aggressor und Opfer überwiegend bekannt waren und in den meisten Fällen in einem näheren Beziehungsgefüge zueinander standen.

5.5 Art der Gewalt

- **Form der Gewalt**

Um herauszufinden mit welchen Beschwerden die Betroffenen die Gewaltopferambulanz aufsuchen, wurde bei der Erhebung zwischen rein körperlichen, rein psychischen Verletzungen (Demütigungen, Isolation, Drohungen, etc.) und den Fällen unterschieden, in denen beide Formen von Gewalt geäußert wurden. Zunächst ist festzuhalten, dass lediglich in einem Fall im Jahr 2010 eine Patientin die Gewaltopferambulanz wegen rein psychischer Misshandlung aufsuchte. In durchschnittlich 90 % (2010: 95 %) wurden rein körperliche Beschwerden dokumentiert und in durchschnittlich 10 % der Fälle lag eine Mischform aus körperlicher und psychischer Gewalt vor. Dies zeigt, dass die Verletzungen mindestens eine körperliche Komponente enthalten müssen, damit die Opfer von Gewalt in der rechtsmedizinischen Ambulanz vorstellig werden. Dieser Selektionsfaktor stimmt mit der Ausrichtung einer rechtsmedizinischen Untersuchung nach Gewalt überein. Auch in der Studie von Seifert et al. wurde zu bedenken gegeben, dass körperlich sichtbare Folgen, die auch Laien in den Zusammenhang mit der Gewaltanwendung sehen, eine Voraussetzung für die rechtsmedizinische Konsultation darstellen und somit keinen Rückschluss auf die tatsächliche Prävalenz von Gewalt zulassen (Seifert et al., 2006a). Auch bei den in dieser Arbeit erhobenen Daten ist nicht davon auszugehen, dass sie die Realität abbilden, da körperliche und sexuelle Gewalt fast immer mit psychischen Misshandlungen einhergehen (Campbell, 2002). In einigen Studien konnte außerdem gezeigt werden, dass die Inzidenz von psychischer Gewalt sogar höher beziffert wird als die anderen Formen (Ratner, 1993), was auch in der deutschen Prävalenzstudie verdeutlicht wird, in der 42 % der befragten Frauen angaben, schon einmal Formen von psychischer Gewalt erlebt zu haben (Müller et al., 2004).

Diese Tatsache hat auch Auswirkungen auf die Praxis. Denn eine Beschränkung darauf, lediglich die Personen mit akuten, sichtbaren Verletzungen nach Gewalterfahrungen zu befragen, verringert die diagnostische Sensitivität erheblich (Seifert et al., 2006b). Durch ein Routinescreening mittels eines Kurzfragebogens, der drei Fragen enthält, konnte in einer Untersuchung eine hohe Zahl an Frauen detektiert werden, die in ihrem Leben mindestens einmal Opfer von häuslicher Gewalt wurden (Feldhaus et al., 1997). Derartige regelhaft durchgeführte gewaltbezogene Anamnesen wurden in einer US-amerikanischen Studie von der Mehrheit der Frauen (78 %) befürwortet (Friedman et al., 1992). Ähnliche Ergebnisse konnte auch die Begleitforschung des Berliner S.I.G.N.A.L.-Projektes erzielen. Hier hätten sich ca. ein Drittel aller Befragten und knapp 45 % der von Gewalt betroffenen Frauen ein

gezieltes Nachfragen seitens des Arztes in Bezug auf eine Gewalterfahrung gewünscht. 64 % der Befragten denken, dass in einer allgemeinen Anamnese routinemäßig nach erlebter Gewalt gefragt werden sollte (Hellbernd et al., 2004). Die Mehrheit von Erste-Hilfe-Patientinnen (67 %) gab an, dass für sie Ärzte potenzielle Gesprächspersonen im Falle von Gewalterfahrungen darstellen und fast 80 % befürworten eine Routinebefragung in der Erste-Hilfe-Anamnese. Allgemein und insbesondere hinsichtlich psychischer Gewalt, die in den meisten Fällen nicht sichtbar ist, kann eine Routinebefragung bzgl. Gewalterfahrungen zu einer verbesserten Versorgung von Gewaltopfern führen (Brzank et al., 2004). In den Leitlinien der WHO wird ein generelles Screening nur eingeschränkt empfohlen, da die *Public Health* Kriterien zur Einführung eines Screenings nicht erfüllt wurden. Die betrachteten Studien konnten zeigen, dass zwar die Erkennungsrate verbessert wurde, jedoch die Wiederkehr von Gewalt nicht signifikant reduziert werden konnte. Eine starke Empfehlung wird hingegen dafür gegeben, dass nach Gewalterfahrungen gefragt werden sollte, wenn durch Gewalt hervorgerufene Verletzungen behandelt werden (WHO, 2013). Das Erkennen von potentiellen Gewaltopfern in der Praxis und Klinik ist deshalb wichtig, da alle Formen von Gewalt, sowohl körperliche und sexuelle, aber auch psychische Gewalt in einem ähnlichen Maße erhebliche Gesundheitsfolgen nach sich ziehen können. Diese sind v. a. psychischer oder psychosomatischer Art, wie z. B. Ängste, Depressionen und psychogene Krampfanfälle (Meekers et al., 2013). Golding stellte heraus, dass das Risiko an einer psychischen Störung, wie z. B. einer Depression oder einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), zu erkranken, in Assoziation mit *IPV*, erheblich erhöht ist (Golding, 1999). Auch die erste repräsentative Prävalenzstudie aus Deutschland konnte zeigen, dass alle Formen von Gewalt zu erheblichen psychischen Folgebeschwerden (von Schlafstörungen, erhöhten Ängsten bis zu Depressionen, Selbstmordgedanken und Essstörungen) führen können. Von 56 – 80 % der Betroffenen wurden, je nach Gewaltform verschiedene psychische Folgebeschwerden benannt (Müller et al., 2004). Campbell wirft sogar den Gedanken auf, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlechterunterschied für die Inzidenz von Depressionen und dem für *IPV* gibt, was jedoch nie spezifisch in Studien getestet wurde (Campbell, 2002). Aber auch körperliche Folgeerkrankungen treten bei Betroffenen gehäuft auf. In einigen Studien wurden körperliche Beschwerden (u. a. Kopf-, Bauchschmerzen, Magen-/Darmprobleme, zerebrale Störungen, Blutdruckstörungen, gynäkologische Beschwerden) seitens der von gewaltbetroffenen Frauen signifikant häufiger genannt als von Frauen, die keine Gewalt im Erwachsenenleben erlebt hatten. Ein häufigerer Gebrauch von psychotropen Mitteln, wie Drogen oder Alkohol, der sich nachteilig auf die Gesundheit auswirkt, konnte ebenfalls festgestellt werden. (McCauley et al., 1995; Schröttle und Khelaifat, 2008).

Die Betroffenen leiden meistens unter Mischformen von Gewalt und tragen v. a. psychische Gesundheitsfolgen davon. Diese Tatsache unterstreicht die enorme Relevanz, dass medizinisches Personal Kenntnisse darüber haben sollte, dass v. a. psychische und psychosomatische, aber auch physische Beschwerden aus einer Gewalterfahrung hervorgehen können. Dies sollte in die Differenzialdiagnostik mit einbezogen werden, da sich im gegebenen Fall, insbesondere bei chronifizierten Beschwerden, neue Behandlungsoptionen eröffnen können (Ritz-Timme und Graß, 2009).

- **Hintergrund der Gewalt**

Bei der Betrachtung des Hintergrundes der Gewalt fällt auf, dass die Verteilung in dem Jahr vor der Implementierung der Gewaltopferambulanz und den Jahren danach stark voneinander differieren. Im Jahr 2004 wurde am häufigsten Kindesmissbrauch (43 %) als Hintergrund der Gewalt genannt, gefolgt von öffentlicher Gewalt (21 %) und *IPV* (14 %). Nach Einführung der Gewaltopferambulanz änderte sich das Verhältnis, denn das neue Angebot wurde im Jahr 2007 verstärkt von Personen in Anspruch genommen, die Opfer von häuslicher Gewalt wurden (38 %). Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass das neue Konzept v. a. Opfer von häuslicher Gewalt anspricht bzw. von diesen in vermehrtem Maße angenommen wird. Auch durchschnittlich ist die *IPV* in den ersten vier Jahren nach der Implementierung der am häufigsten genannte Hintergrund von Gewalt (29 %), gefolgt von Kindesmisshandlungen (26 %), öffentlicher (20 %) und sexualisierter Gewalt (10 %). Dies deckt sich mit den Angaben aus der Literatur. Sowohl die deutschlandweiten Prävalenzstudie, als auch die Arbeit aus Hamburg stellen die häusliche Gewalt durch (Ex-) Partner in den Fokus des Themas Gewalt gegen Frauen (Müller et al., 2004; Seifert et al., 2004; Wischmann et al., 2013). In den Folgejahren fiel der relative Anteil der Opfer von häuslicher Gewalt bis auf 20 % (2010) ab, wohingegen der Anteil der Kindesmisshandlungen über die Jahre ansteigt (von 13 % im Jahr 2007 auf 33 % im Jahr 2010), was vermutlich, wie bereits zuvor erwähnt, an der Implementierung der Kinderschutzgruppe in der Kinderklinik des UKD im Jahr 2010 liegt. Dies und die Tatsache, dass sich der Anteil der öffentlichen Gewalt von 2009 auf 2010 bis auf 21 % verdoppelt, ist der Grund für die bereits zuvor beschriebene Angleichung des Geschlechterverhältnisses im Jahr 2010. Denn betrachtet man das Beziehungsgefüge zwischen dem Hintergrund der Gewalt und dem Geschlecht, stellt man fest, dass sich unterschiedliche Reihenfolgen bzgl. der vornehmlich vorliegenden Gewalthintergründe ergeben. Bei den weiblichen Betroffenen wird mit 45 % am häufigsten die *IPV*, gefolgt von der Kindesmisshandlung (20 %) und sexueller Gewalt (13 %) benannt. Bei den männlichen Opfern hingegen steht der Kindesmissbrauch mit 36 % an erster Stelle, gefolgt von der öffentlichen

Gewalt (30 %). Dies zeigt, dass das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden für Männer in der Kindheit größer ist, als im Erwachsenenleben und das Jungen häufiger Opfer körperlicher Gewalt werden als Mädchen (Junnitz et al., 2004; Thun-Hohenstein, 2008). Die verschiedenen Kontexte, in denen die Gewalt geschieht, decken sich mit Angaben aus der Literatur. Es wird beschrieben, dass Männer sogar etwas häufiger als Frauen Opfer von Gewalt werden. Sie erleiden die Gewalt jedoch mehrheitlich durch Bekannte oder Fremde im öffentlichen Raum. Bei Frauen steht hingegen der private Raum und das Gewalterleben durch einen Beziehungspartner oder der Familie im Vordergrund (Kavemann, 2002; Wischmann et al., 2013). Diese Aussage findet bei der Betrachtung der Geschlechterverhältnisse für die jeweiligen Gewalthintergründe Unterstützung. Hier wurde *IPV* in 97 % von Frauen und in lediglich 3 % von Männern als Hintergrund der Gewalt angegeben. Ähnliche Zahlen wurden auch bei der Hamburger Studie ermittelt, bei der 91 % der von häuslicher Gewalt betroffenen Opfer weiblich waren. Bei der sexualisierten Gewalt liegt der Anteil in Hamburg mit 95 % im Vergleich zu den in Düsseldorf erhobenen Daten (weiblicher Anteil 82 %) höher (Seifert et al., 2004). Das Verhältnis bei Kindesmisshandlung ist in dieser Studie relativ ausgeglichen. Dies könnte daran liegen, dass das Geschlecht zwar einen Risikofaktor für das Erleiden von Gewalt darstellt, jedoch nur für die verschiedenen Formen von Gewalt. So wurde herausgestellt, dass Jungen ein höheres Risiko haben, Opfer von körperlicher, Mädchen hingegen von sexueller Gewalt zu werden (Thun-Hohenstein, 2008). Dabei sind Kinder, wie bereits zuvor für die Erwachsene beschrieben, häufiger Opfer von mehreren Formen bzw. Mischformen von Gewalt. Eine Traumatisierung durch verschiedene Formen von Gewalt hat in den meisten Fällen auch häufiger gesundheitliche Beschwerden zur Folge (Finkelhor et al., 2007) und sollte daher mit allen Mitteln aufgedeckt und bekämpft werden.

Durch die Betrachtung der Hintergründe der Gewalt wird deutlich, dass *IPV* v. a. ein Problem für Frauen darstellt. Die Daten zeigen weiterhin, dass das neue Konzept der interdisziplinären Gewaltopferambulanz v. a. diese Patientengruppe anspricht und von ihr vermehrt in Anspruch genommen wird. Die Steigerung der Anzahl der Fälle mit dem Hintergrund Kindesmisshandlung und öffentliche Gewalt zeugen erneut von einer guten Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen sowie einer weiteren Optimierung der Gewaltopferversorgung mit Hilfe weiterer Initiativen, wie der Kinderschutzgruppe.

- **Ort und Häufigkeit der Gewalt**

Dass, wie zuvor beschrieben, Frauen häufiger Gewalt durch Beziehungspartnern und der Familie im privaten Raum ausgesetzt sind (Kavemann, 2002), lässt sich auch durch die Daten bzgl. des Ortes und der Häufigkeit der Gewalt belegen.

Abzüglich der Fälle, in denen keine Angabe zu dem Ort der Gewalt dokumentiert war (23 %), fand die Gewalt in 62 % in häuslicher Umgebung statt und in lediglich 32 % im öffentlichen Raum, wobei sich über die Jahre hinweg kein eindeutiger Trend ausmachen lässt. Ähnliche Anteile wurden auch in der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland erhoben. Hier benannten durchschnittlich 70 % der Frauen die eigene Wohnung als Tatort (Müller et al., 2004). Auch in der Kölner Studie wurde in der deutlich überwiegenden Zahl der Fälle die häusliche Umgebung des Opfers oder Täters als Ort des Gewaltgeschehens angegeben (Päsler, 2010). Der Anteil in der vorliegenden Untersuchung liegt vermutlich aus dem Grund etwas niedriger, da auch Männer mit eingeschlossen waren, die, wie zuvor erwähnt, eher Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum werden.

Bei der Häufigkeit der Gewalt fällt auf, dass durchschnittlich knapp die Hälfte der Fälle von einem einmaligen Ereignis berichten. Mehrmalige Vorfälle wurden in durchschnittlich 31 % aufgenommen. Auffällig ist, dass der Anteil der Fälle ohne Angabe zum Thema Häufigkeit der Gewalt über die Jahre hinweg bis auf 27 % im Jahr 2010 ansteigt (vgl. 2007: 9 %). Dies liegt jedoch vermeidlich nicht an einer zunehmend mangelnden Dokumentation, sondern an dem steigenden Anteil der Fälle, in denen zunächst ein V. a. Kindesmisshandlung geäußert wurde, weshalb hier keine Angabe zu der Häufigkeit gemacht werden konnte. Vergleicht man die Fälle, in denen das Opfer älter als 14 Jahre alt ist gesondert, so fällt auf, dass der Anteil der Fälle, in denen keine Angabe zur Häufigkeit dokumentiert wurde, über die Jahre hinweg relativ konstant bleibt. Aufgrund des dennoch hohen Anteils der nicht dokumentierten Fälle, der in der Kölner Studie mit 57 % noch höher lag (Päsler, 2010), bleibt zu sagen, dass dieser Aspekt in der Anamnese weiter optimiert werden sollte. Denn in der Mehrheit der Fälle kann ein mehrmaliges Gewaltereignis nur mit Hilfe der Anamnese herausgefunden werden, da eine Objektivierung mittels des Verletzungsbefundes in den meisten Fällen nicht gelingt (Seifert et al., 2006a). Hinsichtlich eines mehrmaligen Gewaltereignisses überwiegt der Frauenanteil in der vorliegenden Untersuchung mit 82 % deutlich. Dies deckt sich mit den Aussagen der Literatur, in denen ein hoher Zusammenhang zwischen mehrzeitigem Gewaltauftreten und *IPV* herausgestellt wird, wobei die Gewalt sowohl in Häufigkeit, als auch Inten-

sität im Laufe der Zeit zunehmen soll (Hagemann-White und Kavemann, 2004; Hornberg et al., 2008).

Befragt zu der Häufigkeit der Gewalttaten gaben betroffene Frauen in einer Studie bzgl. körperlicher Angriffe in 69 % ein mehrmaliges bzw. häufiges Erleben an. Handelte es sich um Gewalt durch den Beziehungspartner, stieg der Anteil auf 74 %. Bezogen auf sexuelle Gewalt wird der Unterschied noch deutlicher, denn hier nannten 66 % der von *IPV* betroffenen Frauen mehrmalige bzw. häufige Vorfälle im Vergleich zu 47 % bei den Fällen unabhängig von der Täterfrage (Hellbernd et al., 2004). In der sekundäranalytischen Auswertung der Deutschen Prävalenzstudie wird dargestellt, dass etwa zwei Drittel der Frauen, die in ihrem Leben mindestens einmal Opfer von körperlicher und/oder sexueller Gewalt werden, von mehrmaligen und tendenziell schweren bis sehr schweren Formen von Gewalt betroffen sind (Schröttle und Ansorge, 2008). Außerdem konnte gezeigt werden, dass mit der Dauer der Partnerschaft die Frequenz und Intensität der Gewalt zunimmt (Müller et al., 2004). Da bei den Frauen mehrheitlich *IPV* als Gewalthintergrund angegeben wurde, sind auch die Düsseldorfer Daten mit dieser Studienlage vereinbar. Dass ein mehrmaliges Auftreten von Gewalt v. a. in Partnerschaften beobachtet wird, liegt vermutlich in der Hoffnung der Frau, dass sich der Partner ändern wird und/oder der Angst vor einer ökonomischen Krise begründet. Dies kann mit dem Modell „Kreislauf der Gewalt“, bestehend aus einem Spannungsaufbau, der Gewalteskalation und der anschließenden Reue und Versöhnung, beschrieben werden (Walker, 1984).

Zusammengefasst zeigen die Düsseldorfer Ergebnisse sowie auch andere Untersuchungen, dass sich Gewalt zu einem Großteil in der häuslichen Umgebung abspielt und, dass v. a. Frauen, die in ihren Partnerschaften Gewalt erleben von mehrmaligen Ereignissen betroffen sind.

5.6 Verletzungsmuster und Schweregrad der Gewalt

- **Verletzungsmuster**

In der überwiegenden Mehrheit der Verletzungen (2004: 93 %; 2007 – 2010: 91 %) war mindestens eine sichtbare Verletzung dokumentiert. Dies zeigt, wie bereits zuvor erwähnt, dass eine körperlich sichtbare Folge der Gewaltanwendung eine Voraussetzung für die Konsultation mit Verletzungsdokumentation darstellt (Seifert et al., 2006a). Es handelte sich mehrheitlich (42 %) um eine bis fünf Verletzungen.

Am häufigsten wurden Verletzungen infolge von stumpfer Gewalt ($n = 500$; 85 %) dokumentiert, was sich mit der Studie von Klopstein et al. deckt. Hier wurde diese Form von Gewalt in 70,2 % der Fälle als Ursache der dokumentierten Verletzungen angegeben. In der besagten Untersuchung wurde außerdem die Lokalisation der jeweiligen Verletzungen ausgewertet. Es zeigte sich, dass in knapp der Hälfte der Fälle der Kopf (49 %), gefolgt von den Armen (20 %) und Beinen (11 %) betroffen war (Klopstein et al., 2010). Dieses Ergebnis, dass die Verletzungen vorwiegend im Kopf-Hals-Bereich, der oberen Extremität sowie dem Oberkörper lokalisiert sind, wird auch in der Literatur (Anders et al., 2006; Seifert et al., 2006a) und in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Auch hier waren insbesondere der Kopf – vorzugsweise der Gesichtsschädel - (stumpfe ungeformte Gewalt: 30 %; stumpfe geformte Gewalt: 15 %), die obere Extremität (stumpfe ungeformte Gewalt: 28 %; stumpfe geformte Gewalt: 39 %) und die untere Extremität (stumpfe ungeformte Gewalt: 26 %; stumpfe geformte Gewalt: 16 %) von stumpfer Gewalt betroffen. In anderen Studien ist beschrieben, dass sich Verletzungen, die durch Gewalt hervorgerufen wurden und solche, die durch einen Unfall entstanden sind hinsichtlich der Lokalisation unterscheiden. Während bei Unfällen eher die Extremitäten lokalisiert sind, betreffen Verletzungen, die durch Gewalt hervorgerufen werden, eher zentrale Körperregionen, wie den Kopf, Nacken sowie den Brustkorb (Allen et al., 2007; Fanslow et al., 1998). Dass die Extremitäten in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls eine häufige Lokalisation darstellen, lässt sich damit erklären, dass es sich in vielen Fällen um Fixiergriffe und Abwehrverletzungen handelte, was hinweisend auf eine höhere Verteidigungsbereitschaft seitens des Opfers ist (Seifert et al., 2006a). Zu so genannten Abwehrverletzungen kommt es, wenn das Opfer versucht, zentrale Körperregionen, wie den Kopf und den Oberkörper durch das Vorhalten von Armen und Händen zu schützen. In diesem Fall sind die Verletzungen, hervorgerufen durch Schläge oder Tritte, dann an der oberen Extremität lokalisiert. Abwehrverletzungen treten nicht nur bei stumpfer, sondern v. a. bei scharfer Gewalt auf (Madea, 2007). Dies wird in der vorliegenden Untersuchung bzgl. der angegebenen Verletzungslokalisierung, hervorgerufen durch scharfe Gewalt deutlich. Sie trat in 8 % der Fälle ($n = 45$) auf, wobei erheblich mehr Schnittverletzungen ($n = 160$) als Stichverletzungen ($n = 46$) zu verzeichnen waren. Die Schnittverletzungen waren vorzugsweise an der oberen Extremität (27 %) lokalisiert, was problemlos mit Abwehrversuchen in Einklang zu bringen ist. Außerdem waren das Abdomen, das Gesicht (je 19 %) sowie die Brust (14 %) bzgl. der Schnittverletzungen häufig genannte Körperregionen. Stichverletzungen kamen vorwiegend am Rücken (28 %), dem Brustkorb (24 %) und Abdomen (13 %) sowie dem Oberschenkel (13 %) vor.

Sonderformen, wie Schussverletzungen (n = 6; 1 %) und thermische Gewalt (n = 21; 4 %), traten nur vereinzelt auf.

- **Schweregrad der Verletzungen**

Betrachtet man den Schweregrad der Verletzungen so fällt ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Jahr vor und den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz auf. Im Jahr 2004 lagen in jedem Fall sichtbare Verletzungen vor, wobei 57 % potentiell lebensbedrohlich waren. Dieser Anteil sinkt in den Jahren 2007 – 2010 drastisch auf durchschnittlich 13 %. Der Vergleich dieser Werte zeigt, dass in den Jahren vor der Einführung des neuen Betreuungskonzepts für Gewaltopfer lediglich solche Opfer einer rechtsmedizinischen Untersuchung und Dokumentation zugeführt wurden, die eine hinreichende Schwere von Verletzungen vorzuweisen hatten. Dies änderte sich mit der Einführung der Gewaltopferambulanz, die in dem Jahr der Implementierung v. a. von Opfern häuslicher Gewalt in Anspruch genommen wurde. Da es sich bei Verletzungen, die durch häusliche Gewalt entstehen, meistens um Bagatelverletzungen handelt, die keine medizinisch-therapeutische Zuwendung benötigen (Lau et al., 2008), steigt in diesen Jahren der Anteil der nicht vorhandenen und nicht lebensbedrohlichen Verletzungen auf durchschnittlich 83 % an. Diese Tatsache wird dadurch unterstützt, dass in diesen Jahren in durchschnittlich 36 % keine Angabe bzgl. der Erstversorgung dokumentiert wurde. Ergänzend dazu nehmen die Fälle, in denen die Verletzungen so schwerwiegend waren, dass der Betroffene durch einen Notarzt erstversorgt werden musste mit 2 % einen geringen Anteil ein. In einer anderen Untersuchung wurden die Verletzungen häuslicher Gewalt hauptsächlich als oberflächlich, von stumpfer Gewalt herrührend und mit einer eher leichten Verletzungsschwere einhergehend beschrieben. Der Anteil der nicht lebensbedrohlichen Gewalt liegt in dieser Studie bei 75 % (Klopstein et al., 2010) und ist demnach mit den Düsseldorfer Zahlen vergleichbar.

Potentiell lebensbedrohliche Verletzungen kamen in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz v. a. in drei Kategorien vor. Durchschnittlich traten potentiell lebensbedrohliche Verletzungen am häufigsten dann auf, wenn es sich um öffentliche Gewalt handelte (30 %). Auch in der Studie von Wischmann et al. wurden lebensgefährliche und potentiell lebensgefährliche Verletzungen am häufigsten in der Kategorie, der nicht einzuordnenden Konflikte und der Kategorie Raubüberfälle beobachtet (Wischmann et al., 2013). Wurde *IPV* oder Kindesmissbrauch als Hintergrund der Gewalt angegeben, so lag der Anteil der potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen bei durchschnittlich 16 % bzw. 17 %. Bei den von *IPV* herrührenden potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen handelte es sich in der

Hälfte der Fälle um mehrzeitige Gewaltereignisse, was damit zu erklären ist, dass Gewalt innerhalb von Partnerschaften mit der Zeit der Beziehung an Häufigkeit und Intensität zunimmt (Müller et al., 2004).

Schröttle und Ansorge entwickelten für ihre Untersuchung eine Klassifizierung der Schweregrade erlebter Gewalt, die sich in drei Kategorien aufteilt. Unterschieden wurde zwischen leichten bis mäßig schweren, tendenziell schweren und sehr schweren bis lebensbedrohlichen Gewalthandlungen. Die Kriterien für diese Klassifizierung - Verletzungsfolgen, die (subjektiv erlebte) Bedrohlichkeit der Gewalttat sowie Folgebeschwerden und -probleme, die sich psychisch und psychosozial äußern können - wurden in Anlehnung an internationale Gewaltforschungen (vgl. Schröttle et al., 2006) gewählt. Betroffenen von körperlicher Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Lebenspartner konnte in 36 % eine Handlung von leichter bis mäßiger Schwere zugeordnet werden. Tendenziell schwere Handlungen wurden in 37 % benannt und in 27 % handelte es sich sogar um sehr schwere bis lebensbedrohliche körperliche Gewalttaten (Schröttle und Ansorge, 2008). Eine analoge Einordnung der vorliegenden Düsseldorfer Daten aus retrospektiver Sicht gestaltete sich als schwierig, da die abgefragten Kriterien für diese Klassifikation nur unzureichend beantwortet werden konnten. Die subjektive Opfersicht fehlt und wäre nur über eine gesonderte Opferbefragung erfassbar. Ebenso gestaltet sich die Erhebung von Folgebeschwerden als problematisch, da die Gewaltopferambulanz in der Mehrheit der Fälle zu einem akuten Zeitpunkt aufgesucht wird und das Auftreten von Folgebeschwerden nicht mehr mit erfasst wird. Aus diesem Grund wurde von einem Vergleich der vorliegenden Daten mit denen aus der dargestellten Studie Abstand genommen.

5.7 Verfolgung der Straftaten

Der Verfolgung der Straftat einer Körperverletzung kommt hinsichtlich der Verarbeitung der Gewalttat eine besondere Bedeutung zu, da der Verlauf eines Polizeieinsatzes einen erheblichen Einfluss auf das weitere Verhalten des Opfers hinsichtlich der Suche nach weiteren Hilfeangeboten haben kann (Hagemann-White und Kavemann, 2004). Eine strafrechtliche Verfolgung geschieht in den meisten Fällen allerdings nur, wenn eine polizeiliche Anzeige gestellt wurde. In einer Studie, in der das Anzeigeverhalten von Opfern sexueller Gewalt untersucht wurde, konnte gezeigt werden, dass dem Gesundheitssektor bei diesem Thema eine wichtige Rolle zukommt, denn 20 % der ärztlich Untersuchten ließen erst im Anschluss an die ärztliche Behandlung eine Anzeige aufnehmen (Germerott et al., 2012). Diese Tatsache unterstreicht noch einmal, wie wichtig es ist, dass die ärztliche Untersuchung der Verlet-

zungen inklusive gerichtsfester Dokumentation auch für diejenigen zur Verfügung stehen, die das Geschehnis noch nicht polizeilich gemeldet haben.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde im Jahr 2004 ein Anteil von knapp 80 % der Fälle polizeilich angezeigt. Dieser hohe Anteil liegt allerdings in der Tatsache begründet, dass es in diesem Jahr Privatpersonen noch nicht möglich war, ihre Verletzungen dokumentieren zu lassen, sondern lediglich im Auftrag von Institutionen gehandelt wurde. In den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz wurde durchschnittlich mehr als jeder dritte Fall (35 %) strafrechtlich verfolgt, wobei die Tendenz über die Jahre leicht steigend ist (2010: 37 %). Dies zeigt, dass das Thema Gewalt eine zunehmende Enttabuisierung erfährt und die Dunkelziffer zunehmend in das Hellfeld rückt. Unterstützt wird diese Aussage durch die über die Jahre zunehmende Nachfrage nach Befunden und die Anforderung von Gutachten. Diese stieg von 20 % aus dem Jahr 2007 auf 42 % im Jahr 2010, was zeigt, dass das Bewusstsein für die strafrechtliche Verfolgung von Gewalttaten auch seitens der Behörden gewachsen ist. Dies wird durch die vorliegenden Daten unterstützt, da die Fälle, die eine polizeiliche Anzeige erstattet haben und im Auftrag der Polizei, StA oder des Gerichtes der Gewaltopferambulanz zugeführt wurden über die Jahre hinweg ansteigen (2007: 3 %, 2010: 17 %).

Weiterhin wurde das Anzeigeverhalten mit dem Geschlecht und dem Hintergrund der Gewalt in Beziehung gesetzt. Mit 36 % liegt das Anzeigeverhalten bei den Männern gegenüber dem der weiblichen Opfer (34 %) etwas höher. Dies könnte daran liegen, dass Männer häufiger Opfer öffentlicher Gewalt durch ihnen nicht bekannte Aggressoren werden (Kavemann, 2002), wodurch sie seltener in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Tätern stehen als Frauen. Besonders Frauen, die Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind, bringen den Vorfall nur selten zur Anzeige, weshalb eine hohe Dunkelziffer zu vermuten ist (Mark, 2000). Die Hemmung eine polizeiliche Anzeige zu erstatten ist vermutlich deutlich geringer, wenn das Opfer in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu seinem Aggressor steht und könnte den leicht höheren Anteil der polizeilichen Anzeigen seitens der männlichen Opfer erklären.

Welche Rolle das Abhängigkeitsverhältnis und das Schamgefühl hinsichtlich des Anzeigeverhaltens spielt, zeigt die Betrachtung des Vergleichs zwischen dem Anzeigeverhalten und dem Hintergrund der Gewalt. Mit je 30 % bilden die öffentliche Gewalt und die IPV den größten Anteil der Fälle, die zu einer polizeilichen Anzeige führten, gefolgt von Fällen der Kindesmisshandlung (13 %) und sexueller Gewalt (10 %). Es zeigt sich, dass besonders bei sexueller Gewalt von einer sehr hohen Dunkelziffer auszugehen ist, da diese Fälle mit einem sehr hohen Schamgefühl besetzt sind und deshalb nur selten zur Anzeige gebracht werden (Banaschak et al., 2014).

Allgemein ist zu sagen, dass Gewalt in den meisten Fällen erst dann von öffentlichem Interesse ist, wenn eine polizeiliche Anzeige erfolgte und das Ereignis somit öffentlich gemacht wurde. Für die Opferseite steht dies jedoch in den seltensten Fällen im Vordergrund. Abgeleitet aus Erfahrungen im Kontakt mit Betroffenen von Gewalt ist zu sagen, dass es ihnen häufig wichtiger ist als Opfer gesehen und wahrgenommen zu werden. Aus diesem Grund kann bereits die Tatsache, dass ein Betroffener über das Geschehnis spricht und sich Hilfe sucht als erfolgreiche und wichtige Opferhilfe gewertet werden (Mark, 2000).

Insgesamt zeigen die Daten, dass, abgeleitet vom Anzeigeverhalten, das Bewusstsein für die strafrechtliche Verfolgung und die Bedeutung einer gerichtsfesten Dokumentation der Verletzungen von Gewalttaten sowohl bei den Opfern, aber auch bei den Behörden gewachsen ist. Durch die vermehrte öffentliche Wahrnehmung des Themas Gewalt in der Öffentlichkeit kann das große Dunkelfeld etwas erhellt werden.

5.8 Qualitätssicherung

Hinsichtlich einer erfolgreichen zivil- oder strafrechtlichen Verfolgung der Gewalttaten kommt der adäquaten Dokumentation körperlicher Befunde und einer sach- und fachgerechten Spurensicherung eine wesentliche Bedeutung zu, da sie häufig ein bzw. das entscheidende Beweismittel darstellt (Diederich, 2004; Gray-Eurom et al., 2002; McGregor et al., 2002). Mittels der Dokumentation sollte die Beantwortung juristischer Fragen, bspw. nach der Art und dem Hergang der Gewalteinwirkung, ob ein Werkzeug verwendet wurde, welchen Schweregrad die vorliegenden Verletzungen haben und die Eingrenzung des Gewaltzeitpunktes, möglich sein (Graß und Ritz-Timme, 2005). Die Rechtsmedizin besitzt die Kompetenz für eine qualifizierte Begutachtung von Gewaltspuren und stellt so eine Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und der Justiz bzw. den Polizeibehörden dar (Graß und Rothschild, 2004). Daher sollte die Untersuchung durch rechtsmedizinisch qualifizierte Ärzte erfolgen (Banaschak et al., 2014). Die juristische Relevanz, die der ärztlichen Dokumentation von Gewaltfolgen vermehrt zukommt (Blättner et al., 2008), wird auch dahingehend deutlich, dass im Rahmen von polizeilichen Anzeigen in der Regel ein ärztliches Attest der Verletzungen abgefragt wird. Die Qualität der Befunddokumentation sollte demnach, auch im Hinblick auf die rechtlichen Belange, optimal sein (Graß und Rothschild, 2004). Außerdem sollte sie möglichst detailreich, nachvollziehbar und v. a. leserlich geschrieben sein, damit sich auch die gerichtlichen Professionen ein eindeutiges Bild von der Sachlage machen und ihre eigenen Schlussfolgerungen ziehen können. Dadurch kann die Belastung des Opfers als Zeuge vor Gericht gemindert werden (Gage-Lindner, 2003). Auch die Rolle des Arztes als Sachver-

ständiger und Zeuge stellt sich vor Gericht umso unproblematischer dar, je umfangreicher die Anamnese und die Befunde dokumentiert wurden (Möhrle, 2007).

Aus den genannten Gründen der Bedeutsamkeit einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung, wurde die Dokumentation der Daten in der Gewaltopferambulanz des Institutes für Rechtsmedizin am UKD auch einer qualitativen Prüfung unterzogen. Dazu wurde zum einen betrachtet, ob und in welcher Weise eine Empfehlung zur Nachsorge ausgesprochen und dokumentiert wurde und zum anderen, ob eine psychopathologische Einschätzung erfolgte und dementsprechend notiert wurde. Außerdem wurde die Dokumentation mit den in der Rechtsmedizin herrschenden Standards verglichen. Durch die exakte Beschreibung der Verletzung hinsichtlich ihrer Lokalisation, der Farbe, Ausdehnung und Form sowie der Schilderung eventuell gruppiert stehender Verletzungen, ist, in Zusammenschau mit der gewaltbezogenen Anamnese, eine Rekonstruktion der Gewaltgeschehnisse und eine Interpretation möglich, die als Grundlage für rechtliche Ansprüche bedeutsam ist, auch, wenn deren Geltendmachung zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht absehbar ist (Gahr et al., 2005; Seifert et al., 2006b).

Allgemein sei darauf hingewiesen, dass ausschließlich das, was schriftlich dokumentiert wurde, mit in die Auswertung aufgenommen werden konnte. Sofern keine Angaben zu einer bestimmten Kategorie vorliegen, lässt dies aber auch nicht sicher den Rückschluss darauf zu, dass die Beratung tatsächlich lückenhaft war. Denn es kann auch angenommen werden, dass – mit Blick auf die Arbeitsroutine - ein Dokumentationsdefizit vorliegt. Daher ist nur eine Bewertung hinsichtlich der Dokumentationsleistung möglich. Es sei allerdings empfohlen, institutsintern auf eine vollständige Dokumentation der jeweiligen Arbeitsinhalte im Rahmen der Gewaltopferversorgung zu achten.

Ein Angebot zur Nachsorge bzw. weitere Empfehlungen bzgl. des Umgangs mit dem Befund und der Situation wurden im Jahr 2004 in keinem einzigen Fall dokumentiert. Obwohl sich dies in den Jahren nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz deutlich verbesserte, liegt der Anteil der Fälle, in denen keine Angabe bzgl. der Nachsorge dokumentiert wurde, mit durchschnittlich 48 % noch immer relativ hoch. Dabei ist über die Jahre 2007 – 2009 erfreulicherweise eine fallende Tendenz von 63 % auf 34 % auszumachen. Ähnliche Werte wurden auch in der Kölner Studie vorgelegt, bei der in weniger als der Hälfte der betrachteten Fälle weiterführende Hilfeangebote vermittelt bzw. dokumentiert wurden (Päsler, 2010). Bei den nicht dokumentierten Fällen ist allerdings nicht zu sagen, ob eine Empfehlung nicht stattgefunden hat oder lediglich nicht ausreichend dokumentiert wurde. Dies gilt ebenso für die Dokumentation, dass allgemeine Informationen zum Hilfenetzwerk ausgehändigt wurden,

wie es in durchschnittlich jedem fünften Fall war. Hier ist in den Jahren 2007 – 2009 ein steigender Trend zu verzeichnen. Dazu ist zu sagen, dass eine Empfehlung zu einem allgemeinen Hilfeangebot selbstverständlich besser ist, als gar keine Information. Allerdings ist auch zu sagen, dass die Unterstützung beim Zugang zu einem spezifischen Hilfeangebot, das von dem Untersucher als hilfreich erachtet wird, wünschenswerter wäre und auch in den Leitlinien der WHO mit einer „starken Empfehlung“ gewertet wird (WHO, 2013). Ebenso empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, dass der geschädigten Person Informationen über geeignete Institutionen übergeben werden sollen bzw. dass sie dorthin weiterverwiesen werden soll (Banaschak et al., 2014).

Die dargestellten Werte zeigen, dass im Vergleich zum Jahr vor der Neuerung des Konzepts zur Gewaltopferversorgung am UKD eine deutliche Steigerung bzgl. der Dokumentation der Nachsorge erfolgte. Insgesamt erscheint bei der Dokumentation von Empfehlungen zur Nachsorge eine weitere Optimierung diskussionswürdig, was sich auch in dem leicht steigenden Anteil der Fälle auf 48 % im Jahr 2010, in denen keine Angabe zu dieser Kategorie dokumentiert war, zeigt. Da – wie schon dargelegt – die fehlende Dokumentation bezüglich einer Beratung zu weiteren Hilfeangeboten nicht den Schluss zulässt, dass keine Beratung bzw. Information erfolgte, so erscheint es auch zur Absicherung der ärztlichen Leistung im Gewaltopferkontakt dienlich, vermehrt auf die Fixierung der Beratung bzw. Information in den Fallakten zu achten. Die Vermittlung von Gewaltopfern an psychosoziale Hilfsstrukturen spielt in der Sekundärprävention eine bedeutende Rolle und sollte von der Rechtsmedizin, als Schnittstelle zwischen den Einrichtungen der Justiz, des Gesundheitssektors und den psychosozialen Versorgungsstrukturen (Graß und Rothschild, 2004) geleistet werden.

Auch bzgl. der Dokumentation der psychopathologischen Einschätzung zeigt sich, vergleicht man die Jahre vor und nach der Implementierung der Gewaltopferambulanz, dass ein deutlicher Zuwachs der dokumentierten Einschätzungen erfolgte. Wurden vor der Implementierung bei 36 % der Fälle eine psychopathologische Einschätzung seitens des Untersuchers dokumentiert, stieg der Anteil in den vier Jahren nach der Implementierung auf einen Wert von durchschnittlichen 74 %. In den Jahren 2008 und 2009 zeigte sich sogar ein Anteil von über 80 %. Der leichte Abfall im Jahr 2010 auf 75 % deutet auf eine beginnende Außerachtlassung dieser Kategorie hin. Dem sollte weitere Aufmerksamkeit geschenkt werden und im Falle der Bestätigung des Nicht-Nutzens die Dokumentation wieder intensiviert werden.

Wie 75 % der Einrichtungen, die in der Studie von Gahr et al. betrachtet wurden, arbeitet auch das rechtsmedizinische Institut des UKD mit standardisierten Vorgehensweisen („*standard operating procedure*“, *SOP*) (Gahr et al., 2012). In diesen Standards ist auch die Art

und Weise der Dokumentation der Verletzungen vorgegeben. Idealerweise sollte die Verletzung in Text, mit Foto, inklusive Maßstab und einem Körperschema dokumentiert werden. Dieses Vorgehen wird ebenfalls von der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin empfohlen (Banaschak et al., 2014). Waren die Vorgaben in Gänze erfüllt, wurden sie als komplett dokumentiert gewertet. Erfreulich ist, dass der Anteil bereits im Jahr 2004 mit 79 % komplett dokumentierter Fälle sehr hoch lag. Dies konnte in den Jahren nach der Implementierung weiter gesteigert werden (92 % im Jahr 2010). Ebenfalls erfreulich ist, dass die Fälle, in denen eine nicht ausreichende Beschreibung der Verletzungen im Text ($n = 7$) vorgefunden wurde, lediglich im Jahr 2007 vorkamen. Bei den Fällen, die in den Jahren 2008 – 2010 als nicht komplett dokumentiert gewertet wurden, fehlte hauptsächlich das Körperschema. Das Fehlen dieser Ergänzung zur Fotodokumentation (Banaschak et al., 2014) ist allerdings vertretbar bzw. nachvollziehbar (Optimierung der Arbeitslast), wenn lediglich wenige Verletzungen vorlagen und die Beschreibung dieser im Text hinreichend Rückschlüsse auf die exakte Lokalisation, Farbe, Form und das Ausmaß der Verletzung zulassen. Für die diesbezüglich so bewerteten Fallakten in der Analyse konnte die obige Begründung für das Fehlen des Körperschemas angenommen werden.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Qualität der Dokumentation mit der Implementierung der Gewaltopferambulanz zugenommen hat und im Vergleich mit den Standards ein sehr hohes Niveau aufweist.

5.9 Anregungen

Während der Erhebung der Daten sind Anregungen bzgl. des aktuellen Erhebungsbogens zur Befundsicherung des rechtsmedizinischen Institutes des UKD aufgetreten, die ergänzt werden könnten.

Da alleine aufgrund des Namens der untersuchten Person nicht immer eindeutig ein Geschlecht zugewiesen werden kann, würde es die Erhebung der Daten bzgl. des Geschlechts deutlich erleichtern, wenn dies auf dem Erhebungsbogen, bspw. durch Ankreuzen des jeweiligen Geschlechts, vermerkt werden würde. Dadurch wäre eine Geschlechtszuordnung auf einen Blick möglich.

Eine weitere Kategorie könnte, falls diese Erhebung erwünscht ist, die Nationalität bzw. die der Herkunftsfamilie betreffen, um Betrachtungen zum kulturellen Hintergrund in Bezug auf Gewalterfahrungen erstellen zu können.

Da in vielen Fällen eine Angabe darüber fehlte, ob die Tat bereits zur Anzeige gebracht wurde, wäre auch diese Kategorie explizit in den Erhebungsbogen mit aufzunehmen. Ähnlich verhält es sich mit der Angabe zur Häufigkeit der Gewalt. Weiterhin könnte hinsichtlich des Schweregrades der Verletzungen eine Anpassung an andere wissenschaftliche Fragebögen eine Einschätzung des jeweilig untersuchenden Arztes erfolgen.

Ein weiterer Punkt, der wünschenswert wäre, betrifft die Bearbeitung der Konsilaufträge. Diese werden häufig lediglich auf dem Konsilbogen dokumentiert. Es scheint in diesen Fällen sinnvoll zusätzlich den Dokumentationsbogen der Rechtsmedizin zu verwenden, da bei den begrenzten Möglichkeiten des Konsilbericht-Bogens die Gefahr besteht, das Standardmuster der gerichtsverwertbaren Dokumentation nicht hinreichend zu nutzen.

6. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Einführung der Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin am UKD erfolgreich war. Das neue Konzept hinsichtlich der Betreuung von Gewaltopfern wird in besonderem Maße in Anspruch genommen, was durch den steigenden Trend der Inanspruchnahme, im Sinne eines logarithmischen Wachstums verdeutlicht wird. Im direkten Folgejahr nach der Implementierung (2007) wurde der enorme Anstieg v. a. durch Frauen, die Opfer von häuslicher Gewalt geworden sind hervorgerufen. In den Folgejahren konnte eine Änderung im Patientenkollektiv festgestellt werden, die v. a. im Jahr 2010 deutlich wurde. In diesem Jahr nahmen vermehrt männliche Betroffene, die mehrheitlich Opfer von öffentlicher Gewalt wurden, das Angebot in Anspruch, wodurch sich das Geschlechterverhältnis annäherte. Außerdem wurden in der Ambulanz zum einen vermehrt Fälle mit v. a. Kindesmisshandlung vorgestellt, zum anderen stieg der Anteil der Fälle, in denen es sich um Gewalt gegen ältere Menschen (> 60 Jahre) handelte. Die Veränderungen im Patientenkollektiv sind mutmaßlich auf verschiedenste Formen der Öffentlichkeitsarbeit in verschiedenen Bereichen mit einer zunehmenden Sensibilisierung für das Thema Gewalt zurückzuführen (z. B. Mitarbeit der Rechtsmedizin in diversen Gremien der Stadt Düsseldorf, lokale Presseartikel, Fortbildungsangebote für Ärzte im Universitätsklinikum und im Gebiet der Ärztekammer). Spezielle Arbeitsgruppen, wie die Kinderschutzgruppe des UKD, verstärken zusätzlich das Bewusstsein für die spezielle Thematik der Kindesmisshandlung. Der Anstieg sowohl in der Kategorie der Kinder als auch der Senioren zeigt, dass besonders diesen Personengruppen vermehrt Aufmerksamkeit zukommt, was notwendig ist, da sie ihren Aggressoren häufig hilflos ausgeliefert sind. Mit Hilfe der Kinderschutzgruppe konnten konkrete Fälle (Hellfeld) zielführend begleitet werden und die Sensibilisierung der Klinikmitarbeiter gestärkt werden. Auch im Bereich der Gewalt gegen ältere Menschen besteht weiterer Bedarf in der Erforschung und Thematisierung dieses Problems, damit die Dunkelziffer auch hier weiter verringert werden kann.

Der über die Jahre bestehende Anstieg der Fallzahlen liegt mutmaßlich zum einen an der seit 2002 durch das GewSchG geregelten, rechtlichen Verankerung und zum anderen an der kosten- und barrierefrei gestalteten Niedrigschwelligkeit des Düsseldorfer Angebotes. Dass auch Privatpersonen, unabhängig von einer polizeilichen Anzeige und ohne Kosten, die Möglichkeit haben, sich in der Rechtsmedizin untersuchen und beraten zu lassen, stellt quasi eine Notwendigkeit dar (oder anders formuliert: ist ein wichtiger Baustein in der Akzeptanz eines solchen Angebots für Gewaltopfer), da die deutliche Mehrzahl der Untersuchungen im Auftrag des Betroffenen selbst geschieht.

Eine gesicherte anderweitige Finanzierung dieser ärztlichen Leistung, in Düsseldorf zur Zeit durch den KPR gewährleistet, ist dabei von enormer Bedeutung und sollte deutschlandweit erreicht werden. Unter Verweis auf den Slogan „Gewalt macht krank“ erscheint es naheliegend, dass notwendige Maßnahmen zur Gesundung nach Gewalt (die Untersuchung und Beratung von Gewaltopfern ist ein wichtiger Baustein in der Genesung der Betroffenen) durch das Gesundheitswesen und dessen Versicherungssysteme gewährleistet werden.

Das Beratungstelefon, welches ein Bestandteil des neuen Konzeptes der Gewaltopferversorgung am UKD ist, stellte sich als sinnvolle organisatorische Hilfe heraus, die in vermehrtem Maße genutzt wird. Mit Hilfe des Beratungstelefons kann vorab eine Selektion geschehen, denn in der Mehrheit der Anrufe war bereits die Telefonauskunft (das Gespräch) ausreichend. In anderen Fällen konnte die Sinnhaftigkeit einer möglichen Untersuchung telefonisch erörtert und ggf. ein Termin vereinbart werden, wodurch ein geregelter Ambulanzablauf ohne unnötige Wartezeiten gewährleistet werden kann.

Weiterhin ist positiv zu vermerken, dass durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen eine Sensibilisierung auf Seiten der Personen, die beruflich mit gewaltbetroffenen Personen in Kontakt kommen (u. a. Polizei und medizinisches Personal) hervorgerufen werden konnte. Dies ist zum einen durch den steigenden Anteil der Aufträge durch Institutionen sowie den Nachfragen zu Befunden und Gutachtenaufträgen feststellbar. Die steigenden Zahlen der Fälle, in denen der Vorfall später (nach der vorherigen Vorstellung in der Ambulanz) zur Anzeige gebracht wurde oder andere z. B. zivilrechtliche Wege beschritten wurden, machen weiterhin deutlich, dass sowohl auf Seiten der Opfer, als auch auf Seiten der Behörden ein verstärktes Bewusstsein für die (straf-) rechtliche Würdigung solcher Taten stattgefunden hat, als auch ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer gerichtsfestesten Dokumentation der erlittenen Verletzungen. Zum anderen wird die vermehrte Sensibilisierung durch den Vergleich mit den Zahlen der Unfall- und Handchirurgie ersichtlich, die eine erfolgreiche Vernetzung unter den Kliniken innerhalb des UKD ableiten lässt. Insgesamt ist die Bildung eines Netzwerkes, in dem die Rechtsmedizin als Mediator zwischen den verschiedenen Bereichen fungiert, als sehr erfolgreich zu werten. Sie führt zu einer besseren Versorgungsqualität für Gewaltopfer am UKD. Außerdem können durch ein solches Angebot andere Kliniken entlastet werden, wodurch den Opfern in jeder Hinsicht – medizinisch-therapeutisch, aber auch bzgl. der gerichtsfesten Dokumentation, einer Beratung und Weiterleitung an weitere Hilfsangebote – eine optimale Versorgung zukommt. Die Öffentlichkeitsarbeit und die Arbeit innerhalb des Netzwerkes sollte daher aufrecht erhalten bzw. weiter vertieft werden.

Hinsichtlich einer solchen optimalen Versorgung wurde die Untersuchung von Gewaltopfern anhand der zugehörigen Dokumentation in dieser Ausarbeitung untersucht und bewertet. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Qualität der Dokumentation mit der Implementierung der Gewaltopferambulanz immer weiter zugenommen hat und die Dokumentations-

bögen über die Jahre hinweg immer weiter verbessert wurden. Hinsichtlich der Verletzungsdokumentation erfüllen, bis auf wenige Ausnahmen im Jahr 2007, alle Unterlagen die SOPs und bilden die Dokumentationsqualität somit auf einem sehr hohen Niveau ab. Bezüglich der Dokumentation der Anamneseerhebung ist zu sagen, dass den Bereichen Nachsorge/Empfehlungen und der psychopathologischen Einschätzung vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden könnte, da sich hier ein beginnender Trend des Nicht-Dokumentierens abzeichnet. Weitere Anmerkungen zu dem Dokumentationsbogen wären, dass einige Erweiterungen, wie die eindeutige Dokumentation des Geschlechtes, falls gewünscht der Nationalität bzw. der Herkunftsfamilie, der Häufigkeit der Gewalt (ein- oder mehrzeitig) und die Tatsache, ob das Geschehen zur Anzeige gebracht wurde, eingearbeitet werden könnten. Dies würde insbesondere mit Blick auf eine erneute Auswertung der Daten zum Zwecke der Qualitätsüberprüfung eine Analyse erleichtern.

7 Literaturverzeichnis

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., Lowenstein, S.R., 1995. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 273, 1763–1767.
- Ahmad, M., Lachs, M.S., 2002. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 69, 801–808.
- Aktionsplan I der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, 1999.
- Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, 2011.
- Allen, T., Novak, S.A., Bench, L.L., 2007. Patterns of Injuries Accident or Abuse. *Violence Against Women* 13, 802–816.
- Amt für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf, 2012. Statistisches Jahrbuch 2012. 110. Jahrgang. Düsseldorf.
- Anders, S., Seifert, D., Heinemann, A., Zinke, M., Püschel, K., 2006. Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. *Hamburger Ärzteblatt* 4, 190 – 193.
- Ärzttekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Institut für Rechtsmedizin des Klinikums der Universität Köln, Koordinationsstelle "Frauen und Gesundheit" NRW, FFGZ Hagazussa e. V., Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd), Psychotherapeutenkammer NRW, 2005. Diagnose: Häusliche Gewalt. Leitfaden.
- Baker, S.P., O'Neill, B., Haddon, W., Jr, Long, W.B., 1974. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The Journal of trauma* 14, 187–196.
- Banaschak, D.S., Gerlach, K., Seifert, D., Bockholdt, B., Graß, H., 2014. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. *Rechtsmedizin* 24, 405–411.
- BIG e. V., 2013. BIG. Beratung - Intervention- Gewaltprävention bei häuslicher Gewalt. Dokumentation. Berlin.
- BIG e. V., 2006. 10 Jahre BIG, Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt. Berlin.
- BIG e. V., n.d. Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt, Alte Ziele auf neuen Wegen, Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt an Frauen stellt sich vor. Berlin.
- Blättner, B., Frerick, B., Müller, I., 2008. Gesundheitliche Folgen Häuslicher Gewalt: Ärzte sollten ganz genau hinsehen. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (1-2), A–23.

- Brzank, P., Hellbernd, H., Maschewsky-Schneider, U., 2004. Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. *Das Gesundheitswesen* 66, 164–169.
- Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, 2015. Jahresbericht des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e. V. (BAG TäHG), 2009. Standards und Empfehlungen für die Arbeit mit männlichen Tätern. Im Rahmen von interinstitutionellen Kooperationsbündnissen gegen häusliche Gewalt der Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e. V., Materialien zur Gleichstellungspolitik - Nr. 109/2008.
- Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 67, 2002. Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium der Justiz, 2010. Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Information zum Gewaltschutzgesetz. Berlin.
- Campbell, J.C., 2002. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359, 1331–1336.
- Daßler, K., 2013. Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie - Schwerpunkt häusliche Gewalt (Inauguraldissertation). Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Gera.
- Deegener, G., 2005. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: ein Handbuch. Hogrefe Verlag GmbH + Company.
- Diederich, M., 2004. Gewalt in der Familie: Lösungswege in Schleswig-Holstein, in: Oehmi-chen, M. (Ed.), *Gewalt gegen Frauen und Kinder: Bestandsaufnahme, Diagnose, Prävention*. Schmidt-Römhild, pp. 35 – 46.
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P.D., 2002. Barriers to Screening for Domestic Violence. *Journal of General Internal Medicine* 17, 112–116.
- Fanslow, J.L., Norton, R.N., Spinola, C.G., 1998. Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of emergency medicine* 32, 341–348.
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R., Abbott, J.T., 1997. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 277, 1357–1361.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A., 2007. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect* 31, 7–26.

- FRA - Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2014. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Wien.
- Friedman, L.S., Samet, J.H., Roberts, M.S., Hudlin, M., Hans, P., 1992. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Archives of internal medicine* 152, 1186–1190.
- Gage-Lindner, N.M., 2003. Ärztliche Dokumentation der Gewalt gegen Frauen - wozu sie gut sein kann. *Georgia, Zeitschrift des Frauen- und Gleichstellungsbüros des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen Sommersemester 2003 - Heft 5, 12 – 14.*
- Gahr, B., Grass, H., Breitmeier, D., Kleemann, W.J., 2005. Untersuchung von Gewaltopfern ("Lebendbegutachtungen") in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. *Archiv für Kriminologie* 216, 7–14.
- Gahr, B., Graß, H., Ritz-Timme, S., Banaschak, S., 2012. Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung. *Rechtsmedizin* 22, 379–384.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C.H., WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team, 2006. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 368, 1260–1269.
- Germerott, T., Bode-Jänisch, S., Thali, M.J., 2012. Physical and gynecological examinations in female victims of sexual violence with special emphasis on crime-reporting behaviour. *Archiv für Kriminologie* 230, 88–98.
- GiG-net (Ed.), 2008. Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills.
- Golding, J.M., 1999. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence* 14, 99–132.
- Gölz, A.E., 2011. Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf (Inauguraldissertation). Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf.
- Graß, H., Berendes, L., Mützel, E., Preuss, R., Ritz-Timme, S., 2013. „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“. *Rechtsmedizin* 23, 180–185.
- Graß, H., Ritz-Timme, S., 2005. Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. *Journal Netzwerk Frauenforschung NRW* 19, 49 – 51.
- Graß, H., Rothschild, M.A., 2004. Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin* 14, 189–193.

- Graß, H., Walentich, G., Rothschild, M.A., Ritz-Timme, S., 2007. Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. *Rechtsmedizin* 17, 367–371.
- Gray-Eurom, K., Seaberg, D.C., Wears, R.L., 2002. The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. *Annals of emergency medicine* 39, 39–46.
- Groschoff, N., 2009. Häusliche Gewalt und ihre Folgen: Eine Darstellung der Kernfragen von Frauen im Frauenhaus, 1st ed. Diplomatica Verlag, Hamburg.
- Haasper, C., Junge, M., Ernstberger, A., Brehme, H., Hannawald, L., Langer, C., Nehmzow, J., Otte, D., Sander, U., Krettek, C., Zwipp, H., 2010. Die Abbreviated Injury Scale (AIS): Potenzial und Probleme bei der Anwendung. *Der Unfallchirurg* 113, 366–372.
- Hagemann-White, C., 2001. European Research on the Prevalence of violence against women. *Violence Against Women* 7, 732–759.
- Hagemann-White, C., Bohne, S., 2003. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquêtekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen." Osnabrück.
- Hagemann-White, C., Katenbrink, J., Rabe, H., 2006. Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in council of Europe member States. Strasbourg.
- Hagemann-White, C., Kavemann, B., 2004. Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG). BMFSFJ, Berlin.
- Hellbernd, H., Brzank, P., May, A., Maschewsky-Schneider, U., 2005. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48, 329–336.
- Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U., 2004. Häusliche Gewalt gegen Frauen, Das SIGNAL-Interventionsprogramm, Handbuch für die Praxis, wissenschaftlicher Bericht; gefördert durch das BMFSFJ. Berlin.
- Herrmann, B., Sperhake, J., 2005. Das Shaken Baby Syndrom - Konzepte und forensische Kontroversen. *Zeitschrift der DGgKV Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung* 8, 4 – 17.
- Hibbeler, B., 2012. Gewalt gegen alte Menschen verhindern. *Deutsches Ärzteblatt* 109 (47), A–2369.
- Hirsch, R.D., 2003. Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland - Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen. Stiftung deutsches Forum für Kriminalprävention. Workshop Reader "Prävention von Gewalt gegen alte Menschen - private Initiativen."

- Hirsch, R.D., Brendebach, C., 1999. Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie." *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, 449–455.
- Hirsch, R.D., Kranich, M., 1999. Gewalt gegen ältere Menschen im öffentlichen Raum - Ergebnisse der Bonner HsM-Studie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 12, 169–179.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Khelaifat, N., Pauli, A., Bohne, S., 2008. Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Ismayilova, L., El-Bassel, N., 2013. Prevalence and correlates of intimate partner violence by type and severity: population-based studies in Azerbaijan, Moldova, and Ukraine. *Journal of interpersonal violence* 28, 2521–2556.
- Jungbluth, P., Grassmann, J.-P., Wild, M., Betsch, M., Dassler, K., Möller-Herckenhoff, L., Hakimi, M., Windolf, J., Ritz-Timme, S., Graß, H., 2012. Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. *Rechtsmedizin* 22, 163–168.
- Jungnitz, L., Lenz, H.-J., Puchert, R., Puhe, H., Walter, W., 2004. Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland - Ergebnisse der Pilotstudie. Berlin.
- Kavemann, B., 2002. Gewalt gegen Männer - ein vernachlässigtes Problem?, in: Gewalt Gegen Männer Im Häuslichen Bereich - Ein Vernachlässigtes Problem!? Dokumentation der Tagung vom 18.11.2002 der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege (FHVR), Fachbereich 3 - Polizeivollzugsdienst und Landespolizeischule Berlin (LPS), Berlin, pp. 42 – 59.
- Kavemann, B., 2000. Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten?, in: Wildwasser Berlin e. V. Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen (Ed.), Input 2 - Aktuell Zum Thema Sexuelle Gewalt. Verlag Mebes und Noack, Ruhnmark.
- Klopfstein, U., Kamber, J., Zimmermann, H., 2010. On the way to light the dark: a retrospective inquiry into the registered cases of domestic violence towards women over a six year period with a semi-quantitative analysis of the corresponding forensic documentation. *Swiss Medical Weekly* 140, w13047.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R., 2002. World report on violence and health. Geneva.
- Lau, C.L., Ching, W.M., Tong, W.L., Chan, K.L., Tsui, K.L., Kam, C.W., 2008. 1700 Victims of intimate partner violence: characteristics and clinical outcomes. *Hong Kong medical journal* 14, 451–457.

- Lind, K., Laurent-Vannier, A., Toure, H., Brugel, D.-G., Chevignard, M., 2013. Outcome after a shaken baby syndrome. *Archives de pédiatrie: organe officiel de la Société française de pédiatrie* 20, 446–448.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., Enosh, G., 2009. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of elder abuse & neglect* 21, 253–277.
- Madea, B., 2007. Mechanische Insulte, in: *Praxis Rechtsmedizin*. Springer-Verlag, Heidelberg, pp. 111 – 134.
- Mark, H., 2000. Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health* 8, 332–346.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B., Derogatis, L.R., 1995. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of internal medicine* 123, 737–746.
- McGregor, M.J., Du Mont, J., Myhr, T.L., 2002. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Annals of emergency medicine* 39, 639–647.
- Meekers, D., Pallin, S.C., Hutchinson, P., 2013. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC women’s health* 13, 28.
- Möhrle, K., 2007. Medizinische Dokumentation nach Vergewaltigung. *Hessisches Ärzteblatt* 11/2007, 695.
- Müller, J.M., 2011. Versorgung von Gewaltopfern am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: eine retrospektive Fallanalyse mit rechtsmedizinischem Fokus (Inauguraldissertation). Düsseldorf.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S., Oppenheimer, C., 2004. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin.
- Päsler, E., 2010. Häusliche Gewalt, ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin, Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik "Gewalt in Partnerschaften für die Jahre 2000 bis 2004. (Inauguraldissertation). Universität zu Köln, Köln.
- Poloczek, S., Schmitt, T.K., 2002. Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notfall & Rettungsmedizin* 5, 498–504.

- Ratner, P.A., 1993. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian journal of public health* 84, 246–249.
- Ritz-Timme, S., Graß, H., 2009. Häusliche Gewalt: Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt? *Deutsches Ärzteblatt* 106 (7), A – 282.
- Rodriguez, M.A., Bauer, H.M., McLoughlin, E., Grumbach, K., 1999. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 282, 468–474.
- Rönnerberg, A.K., Hammarström, A., 2000. Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian journal of public health* 28, 222–229.
- Schmidt, P., Orlopp, K., Dettmeyer, R., Madea, B., 2002. Zur praktischen Anwendung des Injury Severity Scores (ISS) in der forensischen Begutachtung. *Archiv für Kriminologie* 210, 172 – 177.
- Schröttle, M., Ansorge, N., 2008. Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundär-analytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung der Ergebnisse eines Forschungsprojektes des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld. Berlin.
- Schröttle, M., Khelaifat, N., 2008. Gesundheit - Gewalt - Migration Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse. BMFSFJ, Berlin.
- Schröttle, M., Martinez, M., Condon, S., Jaspard, M., Piispa, M., Westerstrand, J., Reingardiene, J., Springer-Kremser, M., Hagemann-White, C., Brzank, P., May-Chahal, C., Penhale, B., 2006. Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies, Coordination Action on Human Rights Violations (CAHRV) funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348.
- Seibel, F.J., 2011. Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen Fokus “sexualisierte Gewalt” Auswertung klinischer und staatsanwaltschaftlicher Fallakten (Inauguraldissertation). Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf.
- Seifert, D., Anders, S., Franke, B., Schröer, J., Gehl, A., Heinemann, A., Püschel, K., 2004. Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin* 14, 183–188.
- Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., Gehl, A., Schröer, J., Püschel, K., 2006a. Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. *Rechtsmedizin* 16, 205–212.

- Seifert, D., Heinemann, A., Püschel, K., 2006b. Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt 103 (33), A 2168 – 2173.
- Sellach, B., Kühner, H., Landgrebe, G., Landgrebe, P., 2011. Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen (No. 4BR82). Berlin.
- Stanislawski, N., Philipp, K.-P., Bockholdt, B., 2014. Untersuchungsstelle für Gewaltopfer am Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. Rechtsmedizin 24, 258–262.
- Stark, E., Flitcraft, A., Frazier, W., 1979. Medicine and patriarchal violence: the social construction of a “private” event. International journal of health services: planning, administration, evaluation 9, 461–493.
- Steffens, M., Stolte, A., 2005. Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen: Das Netzwerk „gesine“. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) Themenspezifische Planungshilfen - Häusliche Gewalt und Gesundheit, 44–48.
- Thun-Hohenstein, P.D.L., 2008. Folgen von Gewalt am Kind. Monatsschrift Kinderheilkunde 156, 635–643.
- Ulrich, Y.C., Cain, K.C., Sugg, N.K., Rivara, F.P., Rubanowice, D.M., Thompson, R.S., 2003. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. American journal of preventive medicine 24, 9–15.
- Walby, S., 2004. The cost of Domestic Violence. Funded by the Department of Trade and Industry, Women and Equality Unit. London.
- Walker, L.E., 1984. The battered woman syndrome. Springer Publishing Company, New York.
- Weltgesundheitsorganisation, 2003. Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Regionalbüro Europa. Kopenhagen.
- Wetzels, P., Greve, W., Mecklenburg, E., Bilsky, E., Pfeiffer, C., 1995. Kriminalität im Leben alter Menschen : eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht; Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ; 105. Stuttgart [u.a.] : Kohlhammer.
- WHO, 2013. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen - Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.
- Wieners, K., Hellbernd, H., Jenner, S.C., Oesterhelweg, L., 2012. Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. Intervention und Prävention. Notfall- und Rettungsmedizin 15, 65 – 80.

- Wischmann, M., Heinemann, A., Püschel, K., Seifert, D., 2013. Frauen als Opfer von Gewalt. *Rechtsmedizin* 23, 466–471.
- Wisner, C.L., Gilmer, T.P., Saltzman, L.E., Zink, T.M., 1999. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more? *The Journal of family practice* 48, 439–443.
- Zolotor, A.J., Denham, A.C., Weil, A., 2009. Intimate partner violence. *Primary care* 36, 167–179.

8. Anhang

Exzerptbogen Fallauswertung Akten

1 Fallnummer

- laufende Nummer

2 Tagebuch – Nummer

Teil 1: allgemeine Angaben

Teil 1.1: geschädigte Person und Zeit

3 Geschlecht:

- 0 = Männlich
- 1 = Weiblich

4 Nationalität:

- 1 = deutsch
- 2 = türkisch
- 3 = russisch
- 4 = marokkanisch
- 5 = italienisch
- 6 = andere

5 Freitext für andere Nationalität

6 Alter: numerisch errechnet in Jahren (HZE), oder als 0,XY

7 Alterskategorie:

- 0 = 0 – 3 J.
- 1 = > 3 - 6 J.
- 2 = > 6 - 14 J.
- 3 = > 14 - 18 J.
- 4 = > 18 - 25 J.
- 5 = > 25 - 60 J.
- 6 = > 60 J.

8 Geburtsdatum

- TT:MM:JJJJ

9 Art des Untersuchungsauftrags

- 0 = ohne Angabe
- 1 = privat

- 2 = Institution
- 3 = Konsil

10 Freitext zur Art des Untersuchungsauftrags**11 unmittelbar vs. mittelbar**

- 1 = unmittelbar
- 2 = mittelbar

12 Datum der Behandlung

- TT:MM:JJJJ

13 Jahr: der Behandlung

- 2004
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010

14 Monat: der Behandlung

- 1 = Januar
- 2 = Februar
- 3 = März
- 4 = April
- 5 = Mai
- 6 = Juni
- 7 = Juli
- 8 = August
- 9 = September
- 10 = Oktober
- 11 = November
- 12 = Dezember

15 Wochentag: der Behandlung

- 1 = Montag
- 2 = Dienstag
- 3 = Mittwoch
- 4 = Donnerstag
- 5 = Freitag
- 6 = Samstag
- 7 = Sonntag

16 Tageszeit: der Behandlung

- HH:MM

17 Tageszeitraster

- 1 = 00:00 – 05:59
- 2 = 06:00 – 11:59
- 3 = 12:00 – 17:59
- 4 = 18:00 – 23:59

18 Vorfallsdatum: des aktuellen Ereignisses, welches Anlass für die Konsultation ist

- TT:MM:JJJJ

19 Wochentag

- 1 = Montag
- 2 = Dienstag
- 3 = Mittwoch
- 4 = Donnerstag
- 5 = Freitag
- 6 = Samstag
- 7 = Sonntag

20 Tageszeit des Vorfalls

- HH:MM

21 Zeitintervallzwischen VD und BD

- errechnet → numerisch in vollen Tagen

22 Zeitintervall als Raster

- 1 = am selben Tag
- 2 = am nächsten Tag
- 3 = nach 2 - 3 Tagen
- 4 = nach > 3 - 7 Tagen
- 5 = nach > 7 Tagen

23 Angaben gemacht von

- 0 = keine Angabe
- 1 = betroffener Person selbst
- 2 = Verwandter
- 3 = Arzt(-bericht)
- 4 = Vormund/Betreuer
- 5 = Jugendamt
- 6 = Ehepartner
- 7 = Lebenspartner
- 8 = Polizei(-bericht)
- 9 = Sonstige

24 Freitext

25 Erstversorgung

- 0 = keine Angabe
- 1 = privat
- 2 = Notarzt
- 3 = Arztpraxis
- 3a = Hausarzt
- 3b = Kinderarzt
- 3c = Gynäkologe
- 4 = UKD
- 4a = Kinderklinik
- 4b = Chirurgie
- 4c = Gynäkologie
- 4d = HNO
- 4e = Rechtsmedizin
- 4f = MNR
- 4g = Anästhesiologie
- 4h = Augenklinik
- 4i = Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 5 = andere Klinik
- 9 = andere

26 Freitext für andere Erstversorgung**27 Zuweisungsweg**

- 0 = privat über Gewaltopfertelefon
- 1 = privat in Gewaltopferambulanz
- 2 = Polizei Empfehlung
- 3 = Polizei Auftrag
- 4 = RTW
- 5 = Beratungsstelle
- 6 = Frauenhaus
- 7 = Arztpraxis
- 7a = Pädiater
- 7b = Gynäkologe
- 7c = Hausarzt
- 8 = Behörde/Jugendamt
- 9 = klinisches Konsil
- 9a = Unfallchirurgie
- 9b = Allgemeinchirurgie
- 9c = Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 9d = Kinderklinik
- 9e = Gynäkologie
- 9f = MNR
- 9g = Anästhesiologie
- 9z = andere Klinik (nicht UKD)
- 10 = andere

28 Freitext für anderen Zuweisungsweg, Arztpraxis oder klinisches Konsil**29 Termin**

- 0 = keine Angabe
- 1 = mit Terminvereinbarung
- 2 = ohne Terminvereinbarung

30 Hinweis auf das Untersuchungsangebot

- 0 = keine Angabe
- 1 = UKD
- 2 = andere Klinik
- 3 = Arztpraxis
- 4 = Behörde/Jugendamt
- 5 = Polizei
- 6 = Beratungsstelle
- 7 = Gewaltopfernnetzwerk (Konsil)
- 8 = Wiedervorstellung
- 9 = anderes

31 Freitext**32 polizeiliche Anzeige**

- 0 = keine Angabe
- 1 = bereits vor Behandlung
- 2 = Vorhaben des Opfers nach Behandlung
- 3 = nach Behandlung durch Arzt
- 4 = nach Behandlung durch Dritte
- 5 = keine Anzeige
- 9 = Anderes

Teil 1.2: Angaben zur beschuldigten Person**33 Anzahl der Täter:** numerisch**34 Geschlecht:**

- 0 = Keine Angabe
- 1 = Männlich
- 2 = Weiblich

35 Nationalität:

- 1 = deutsch
- 2 = türkisch
- 3 = russisch
- 4 = marokkanisch
- 5 = italienisch
- 6 = andere

36 Freitext für andere Nationalität

37 Geschlechtskonstellation: (Täter → Opfer)

- 1 = M → M
- 2 = M → W
- 3 = W → M
- 4 = W → W

38 Täter bekannt/unbekannt

- 0 = keine Angabe
- 1 = bekannt
- 2 = unbekannt

39 Beziehungsstatus

- 1 = Ehepartner
- 2 = Lebenspartner
- 3 = Expartner
- 4 = Verwandter
- 5 = Betreuer/Vormund
- 6 = andere

40 Freitext für Beziehungsstatus**Teil 1.3: Angaben zum Gewaltgeschehen – Motiv – Ort – Häufigkeit****41 Motiv (Mehrfachnennung möglich → Kombination)**

- 1 = Beziehungskonflikt
- 2 = Rauschzustand
- 3 = sexuell
- 4 = materielle Bereicherung
- 5 = Suizidversuch
- 6 = Rache
- 7 = Streit, Auseinandersetzung eskaliert
- 9 = andere

42 Freitext für anderes Motiv**43 Hintergrund der Gewalt**

- 1 = IPV (häusliche Gewalt)
- 2 = Kindesmissbrauch
- 3 = sexuelle Gewalt
- 4 = Gewalt zw. Kindern/Jugendlichen
- 5 = Suizidversuch/Selbstbeibringung
- 6 = Rache
- 7 = Überfall
- 9 = anderes

44 Freitext

45 Ort der Gewalt

- 1 = häusliche Umgebung
- 2 = öffentlicher Raum (draußen)
- 3 = öffentlicher Raum (Gebäude)
- 4 = Arbeitsplatz
- 5 = Schule/Kindergarten
- 6 = andere

46 Freitext**47 Häufigkeit der Gewalt**

- 0 = keine Angabe
- 1 = einmaliges Ereignis
- 2 = wiederholtes Ereignis

48 Freitext Anzahl der Wiederholungen**Teil 2: Befunderhebung zum Stichwort Gewalt****Teil 2.1: Beschreibung der Gewalt****49 Form der Gewalt**

- 0 = körperlich
- 1 = seelisch
- 2 = beides

50 seelische Gewalt**Untersuchungsbefund:****Anzahl der Verletzungen → numerisch****Lokalisation**

- a. Hirnschädel
- b. Gesichtsschädel
- c. Nacken
- d. Hals
- e. Brustkorb
- f. Brüste
- g. Rücken
- h. Abdomen
- i. Schambereich/Genitale
- j. Analbereich
- k. Gesäß
- l. obere Extremität; l1 = Oberarm; l2 = Unterarm; l3 = Hand
- m. untere Extremität; m1 = Oberschenkel; m2 = Unterschenkel; m3 = Fu

Klassifikation der Gewalt → Eintragung der Anzahl (1-3) und Lokalisation (a-m)

Bsp. 3 Hämatome am Oberarm und 7 Zigarettenglutmahle an der Hand und 15 Stiche in Oberkörper und Abdomen → P 3 l1; Y 2 l3; V 3 e h

- 51. stumpfe, ungeformte Gewalt
- 52. stumpfe, geformte Gewalt
- 53. stumpfe, geformte Gewalt – Bissverletzung
- 54. stumpfe, geformte Gewalt – Strangulation/Würgemale
- 55. stumpfe Gewalt nicht näher klassifizierbar
- 56. scharfe Gewalt – Kratzer
- 57. scharfe Gewalt – Stich
- 58. scharfe Gewalt – Schnitt
- 59. Schussverletzung
- 60. thermische Einwirkungen geformt
- 61. thermische Einwirkungen ohne geformte Anteile

62 Anzahl der äußerlichen Verletzungen

- 0 = keine Verletzungen
- 1 = 1 – 5 Verletzungen
- 2 = > 5 – 10 Verletzungen
- 3 = > 10 – 15 Verletzungen
- 4 = > 15 Verletzungen

63 Sonderformen

- 1 = Sexualdelikt
- 2 = Fraktur → mit Lokalisation
- 3 = Suizidversuch
- 4 = Luxation
- 5 = intrakranielle/subarachnoidale/subdurale Blutung
- 6 = Intoxikation

64 andere Ursache

- 1 = Verdacht auf Kindesmissbrauch (Abklärung)
- 2 = Unfall

65 Freitext für Gewaltklassifikation

66 Gegenstand benutzt

- 0 = ohne Gegenstand
- 1 = mit Gegenstand

67 Freitext für Gegenstand

68 Schweregrad der Verletzung

- 0 = keine Anzeichen von Gewalteinwirkung
- 1 = nicht lebensgefährliche Verletzungen
- 2 = potentiell lebensgefährliche Verletzungen
- 3 = lebensgefährliche Verletzungen

69 Freitext

Teil 2.2: Art der Befunderhebung

70 Untersuchungsbefund von anderen Fachrichtungen vorliegend

- 0 = ja
- 1 = nein

80 Fachrichtung

- 1 = Pädiatrie
- 2 = Augenarzt
- 3 = Gynäkologie
- 4 = Unfallchirurgie
- 5 = Psychosomatik
- 6 = Psychiatrie
- 7 = Radiologie
- 8 = Notarztprotokoll
- 9 = andere

81 Freitext für andere Fachrichtung

82 Opfer hat bereits Kontakt zu folgender Nachsorgeinstitution

- 0 = keine Angaben
- 1 = zum Hausarzt
- 2 = zum Facharzt
 - 2a = Pädiater
 - 2b = Gynäkologe
 - 2c = Psychologe
 - 2d = Chirurgie
 - 2e = Internist
- 3 = zum Frauenhaus
- 4 = zum Jugendamt
- 5 = zu Beratungsstellen
- 6 = Polizei
- 9 = andere

83 Freitext für andere Vernetzung

84 psychopathologische Einschätzung ist erfolgt (entsprechende Formulierung im Dokumentationsbogen liegt vor)

- 0 = ja
- 1 = nein

85 Freitext

86 wurden Proben gesichert?

- 0 = ja
- 1 = nein

87 gesicherte Proben (Mehrfachnennung möglich → Kombination)

- 1 = Blut
- 2 = Urin
- 3 = Haare (Schamhaare ausgekämmt)
- 4 = Hautabriebe
- 5 = Nägel
- 6 = Abstriche
 - 6a = oral
 - 6b = genital
 - 6c = anal
- 9 = andere

88 Freitext für andere gesicherte Probe**89 Dokumentation/Diagnosesicherung**

- 0 = nach den Merkmalen der Qualitätssicherung dokumentiert
- 1 = lückenhafte Dokumentation

90 Freitext bei lückenhafter Dokumentation**Teil 2.3: weiteres Vorgehen****91 Nachsorge/Empfehlungen**

- 0=keine Angabe
- 1=Konsil (Nachsorge nach versorgender Station)
- 2=stat. Einweisung (UKD)
- 3=ambulante Nachsorge
- 4=psychologische Beratung
- 5=Überweisung in andere Klinik
- 6=Beratungsstelle
- 7=Frauenhaus
- 8=Kinderschutzambulanz/spez. Kinderberatungsstellen
- 9=Reha
- 10=Angebote innerhalb des Hilfenetzwerkes
- 11= andere

92 Freitext für Nachsorge**93 Nachfrage zum Befund**

- 0=keine Angabe
- 1=Kopie erbeten durch Person selbst
- 2=durch Polizei
- 3=durch Gerichte
- 4=durch Jugendamt
- 5=durch andere
- 6=Ladung zum Gericht
- 9=anderes

94 Freitext**95 Antrag auf Erstellung eines Gutachtens**

- 1 = Ja

96 Datum des Gutachtenantrags

- TT:MM:JJJJ

97 Freitext**98 Zweck der Datenabrufung****99 Datum der Datenabrufung**

- TT:MM:JJJJ

100 Zeitintervall zwischen Befunddokumentation und Datenabrufung

- berechnet → numerisch in Monaten (ZE) oder 0,XY

101 Zeitintervallraster

- 1 = nach < 3 Monaten
- 2 = nach 3 – 6 Monaten
- 3 = nach 6 – 12 Monaten
- 4 = nach > 12 Monaten

Exzerptbogen

Fallauswertung Telefonkontakte

1 laufende Fallnummer**2 Jahr**

- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

3 Geschlecht

- 0 = männlich
- 1 = weiblich
- 2 = unbekannt

4 Anruferstatus Opfer

- 0 = unbekannt
- 1 = Opfer akut betroffen
- 2 = Opfer nicht akut betroffen
- 9 = andere

5 Freitext für anderen Anruferstatus**6 Anruferstatus Andere**

- 0 = unbekannt
- 1 = Angehöriger Opfer akut
- 2 = Angehöriger Opfer nicht akut
- 3 = Arztpraxis
- 4 = Behörde/Jugendamt
- 5 = Klinik UKD
- 9 = anderes

7 Freitext für UKD Klinik oder anderen Anruferstatus**8 Alterskategorie**

- 0 = unbekannt
- 1 = > 6 – 14
- 2 = > 14 – 18
- 3 = > 18 – 25
- 4 = > 25 – 60
- 5 = > 60

9 Hat Information zu Angebot über

- 0 = unbekannt
- 1 = Polizei
- 2 = Beratungsstelle
- 3 = Frauenhaus
- 4 = hiesige Klinik
- 5 = Arztpraxis
- 6 = Behörde/Jugendamt
- 9 = anderes

10 Freitext für anderes Angebot bzw. Klinik**11 Wochentag**

- 1 = Montag
- 2 = Dienstag
- 3 = Mittwoch
- 4 = Donnerstag
- 5 = Freitag

12 Tageszeit

- HH:MM

**13 Tageszeit Raster (Öffnungszeiten: montags – donnerstags 09:00 – 16:00
freitags 09:00 – 14:00)**

→ Während der übrigen Zeiten ist ein Anrufbeantworter eingeschaltet.

- 1 = 09:00 – 11:59
- 2 = 12:00 – 13:59
- 3 = 14:00 – 16:00
- 4 = 00:00 – 09:00
- 5 = 16:00 – 23:59

14 Gewalt Hintergrund

- 0 = unbekannt
- 1 = IPV (Häusliche Gewalt)
- 2 = Kindesmisshandlung
- 3 = sexuelle Gewalt
- 4 = Gewalt zwischen Kindern/Jugendlichen
- 5 = anderes

15 Freitext für anderen Hintergrund**16 Gesprächsfokus**

- 1 = Beratung
- 2 = Termin hier
- 3 = anderes

17 Freitext für anderen Gesprächsfokus

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.

20.04.2017, Jeannie Jungnitsch

Unterschrift