

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. M. A. Rothschild

Häusliche Gewalt-
ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin
Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“
für die Jahre 2000 bis 2004

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Esther Päsler geb. Kummer
aus Paderborn

Promoviert am 28. April 2010

| | |
|---|---|
| Dekanin/Dekan: | Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter |
| 1. Berichterstatterin/Berichterstatter: | Universitätsprofessor Dr. med. M.A. Rothschild |
| 2. Berichterstatterin/Berichterstatter: | Professor Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. R. Pukrop |

Erklärung

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

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

Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß

Fr. Dr. med. S. Banaschak

Fr. H. Christ

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit der vorgelegten Dissertation stehen.

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

Köln, den 15.10.2009

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden von mir mit Unterstützung von Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß, Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln (ab 01.09.2005 Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf), Fr. Dr. med. S. Banaschak, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Köln sowie Fr. H. Christ, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln, ermittelt bzw. ausgewertet.

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Universitätsprofessor Dr. med. M. A. Rothschild für die freundliche Überlassung des Themas.

Fr. Priv.-Doz. Dr. med. H. Graß und Fr. Dr. med. S. Banaschak, Institut für Rechtsmedizin gebührt Dank für die inhaltliche und strukturelle Unterstützung.

Fr. H. Christ, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln ist für die konstruktive und wiederholte Beratung bei der statistischen Auswertung zu danken.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Hintergrundinformationen | 3 |
| 2.1 Das Gewaltschutzgesetz | 3 |
| 2.2 Modellprojekt häusliche Gewalt des Institutes für Rechtsmedizin der Universität zu Köln | 5 |
| 3. Material und Methode | 8 |
| 3.1 Datenerhebung | 8 |
| 3.2 Datenauswertung | 10 |
| 4. Ergebnisse | 11 |
| 4.1 Rahmendaten | 11 |
| 4.1.1 Fallzahlen und Regierungsbezirk | 11 |
| 4.1.2 Basisdaten Opfer | 13 |
| 4.2 Opfer, Geschädigte | 14 |
| 4.2.1 Opferbezogene Daten | 14 |
| 4.2.1.1 Alter und Geschlecht | 14 |
| 4.2.1.2 Herkunft | 18 |
| 4.2.1.3 Opfer-Täter-Beziehung | 19 |
| 4.2.1.4 Gebrauch psychotroper Substanzen | 21 |
| 4.2.2 Täterbezogene Daten | 22 |
| 4.2.2.1 Alter und Geschlecht | 22 |
| 4.2.2.2 Anzahl | 24 |
| 4.2.2.3 Herkunft | 25 |
| 4.2.2.4 Gebrauch psychotroper Substanzen | 26 |
| 4.2.2.5 Tatmotiv | 27 |
| 4.2.3 Daten zum Gewalthergang | 29 |
| 4.2.3.1 Zeitpunkt des Gewaltherganges | 29 |
| 4.2.3.2 Ort der Gewalt | 31 |
| 4.2.3.3 Schilderung des Geschehens | 33 |
| 4.2.3.4 Anwendung des Gewaltschutzgesetzes | 33 |

| | |
|---|----|
| 4.2.4 Art der Gewalt | 35 |
| 4.2.4.1 Ein- oder mehrzeitige Gewalt | 35 |
| 4.2.4.2 Gewaltform | 38 |
| 4.2.4.3 Lokalisation | 44 |
| 4.2.4.4 Schweregrad der Verletzungen | 52 |
| 4.2.5 Ergänzende Daten zur Untersuchung | 53 |
| 4.2.5.1 Auftraggeber | 53 |
| 4.2.5.2 Zeitpunkt der Untersuchung | 56 |
| 4.2.5.3 Ort der Untersuchung | 59 |
| 4.2.5.4 Plausibilitätsprüfung durch Untersucher/-in | 60 |
| 4.2.5.5 Art und Umfang der Dokumentation | 62 |
| 4.2.5.6 Weiterführende Versorgung der Opfer | 63 |
| 4.3 Opfer, Todesfälle | 65 |
| 4.3.1 Opferbezogene Daten | 65 |
| 4.3.1.1 Alter und Geschlecht | 65 |
| 4.3.1.2 Herkunft | 68 |
| 4.3.1.3 Opfer-Täter-Beziehung | 70 |
| 4.3.1.4 Gebrauch psychotroper Substanzen | 72 |
| 4.3.2 Täterbezogene Daten | 73 |
| 4.3.2.1 Alter und Geschlecht | 73 |
| 4.3.2.2 Anzahl der Täter | 74 |
| 4.3.2.3 Herkunft | 75 |
| 4.3.2.4 Gebrauch psychotroper Substanzen | 76 |
| 4.3.2.5 Tatmotiv | 77 |
| 4.3.3 Daten zum Gewalthergang | 79 |
| 4.3.3.1 Zeitpunkt | 79 |
| 4.3.3.2 Ort der Gewalt | 81 |
| 4.3.3.3 Schilderung des Geschehens | 84 |
| 4.3.4 Art der Gewalt | 84 |
| 4.3.4.1 Ein- oder mehrzeitige Gewalt | 84 |
| 4.3.4.2 Gewaltform | 84 |
| 4.3.4.3 Lokalisation | 89 |
| 4.3.5 Ergänzende Daten zur Untersuchung | 93 |
| 4.3.5.1 Zeitpunkt der Untersuchung | 93 |

| | |
|---|------------|
| 4.3.5.2 Plausibilitätsprüfung durch Untersucher/-in | 95 |
| 4.3.5.3 Art und Umfang der Dokumentation | 96 |
| 5. Diskussion | 104 |
| 5.1 Einleitung | 104 |
| 5.2 Stichwort: Basisdaten | 104 |
| 5.3 Stichwort: opferbezogene Daten | 105 |
| 5.4 Stichwort: täterbezogene Daten | 110 |
| 5.5 Stichwort: Daten zum Gewalthergang | 114 |
| 5.6 Stichwort: Art der Gewalt | 119 |
| 5.7 Stichwort: Untersuchungsdaten | 125 |
| 5.8 Abschlussbetrachtung | 130 |
| 6. Zusammenfassung | 133 |
| 7. Literaturverzeichnis | 134 |
| 8. Anhang | 148 |
| 8.1 Excerptbogen | 148 |
| 9. Lebenslauf | 152 |

1. EINLEITUNG

Häusliche Gewalt stellt ein bedeutsames gesellschaftliches Problem dar. Da sie sich definitionsgemäß zum Grossteil innerhalb des Haushaltes oder der Familie abspielt, wird sie aufgrund der daraus resultierenden hohen Dunkelziffer in ihrer tatsächlichen Dimension meist unterschätzt. Dabei macht häusliche Gewalt krank, denn in der Regel handelt es sich dabei nicht um Einmaldelikte, sondern um Bestandteile eines Misshandlungssystems, dessen Schwere im Laufe der Zeit sowohl an Häufigkeit als auch Intensität zunimmt (z.B. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW 2005). Folgen sind somit sowohl akute als auch chronische, physische und psychische Beschwerden, die zunächst einmal erkannt, in der Folge aber auch adäquat behandelt werden müssen.

Gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen Lebenspartnern und auch Gewalt gegen Kinder sind kein Phänomen unserer Zeit. Durch die zunehmende Enttabuisierung des Gewaltthemas werden sie jedoch in fortschreitendem Maße in das Licht der Öffentlichkeit gerückt. Parallel wird den verschiedenen Fachdisziplinen der sozialwissenschaftlichen, kriminologischen, juristischen, psychologischen und medizinischen Dienstleistungen und Forschungsbereiche mehr und mehr bewusst, wie häufig sie tatsächlich mit diesem Themenfeld in Berührung sind. Dem Gesundheitswesen kommt dabei nicht nur bei der Therapie von Verletzungen und Krankheitssymptomen, sondern auch bei der Diagnose und Attestierung der erlittenen Verletzungen Bedeutung zu vor dem Hintergrund, dass auf der Grundlage einer solchen Dokumentation unter Umständen weitere rechtliche Schritte möglich und erfolgreich sein können. „Von wesentlicher Bedeutung ist hier die jeweilige Aussagekraft der Befunddokumentation und Interpretation unter Berücksichtigung der juristischen Fragestellungen.“(Gage-Lindner 2005) Unter diesen oft speziellen Gesichtspunkten ist in der Regel nur die umfangreiche rechtsmedizinische Dokumentation vor Gericht verwertbar. Vor diesem Hintergrund wurde auch das rechtsmedizinische Angebot der Universität zu Köln für Privatpersonen, sich einer solchen fachärztlichen Untersuchung unterziehen zu können, in der Öffentlichkeit ab 2003 verstärkt publik gemacht.

Der Gesetzgeber trug mit dem Inkrafttreten des neuen „Gesetz(es) zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz – GewSchG)“ zum 01.01.2002 der zunehmenden Enttabuisierung häuslicher Gewalt Rechnung. Dieses Gesetz

sieht den vermehrten Schutz der Person, die durch Gewalttaten oder Drohungen in ihrer persönlichen Freiheit verletzt worden ist, vor dem Täter vor. Dabei handelt es sich insbesondere um Handlungsanweisungen und Verbote an den Täter, beispielsweise den zeitlich befristeten Verweis aus der gemeinsamen Wohnung („Das Opfer bleibt, der Täter geht“, Heinke 2005).

Im Rahmen einer optimalen medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Betreuung der Opfer kommt insbesondere den Zusammenhängen, Erscheinungsformen und Folgen partnerschaftlicher Gewalt in Bezug auf den Ausbau von Präventionsmaßnahmen und der Vernetzung von Hilfsangeboten eine hohe Bedeutung zu. Um neben den bestehenden noch weitere sinnvolle Angebote zur Opferbetreuung entwickeln und verbinden zu können, bedarf es eines möglichst genauen Wissens über Umstände, Häufigkeiten und Zusammenhänge des Hellfeldes häuslicher Gewalt. In Anbetracht der nur geringen Zahl registrierter Delikte ist es zum einen als eine wichtige Aufgabe anzusehen, die hoch vermutete Dunkelziffer zu senken und Opfer durch oben genannte Angebote davon zu überzeugen, dass das sich an die Öffentlichkeit wenden und die Inanspruchnahme rechtlicher Unterstützung mithilfe sachgerechter Dokumentation erfolgsversprechend sein kann. Zum anderen ist die genauere Kenntnis über derartige Zusammenhänge sinnvoll, um zum Beispiel geeignete Präventionsmaßnahmen erarbeiten zu können. Bisherige Daten wurden u. a. im Auftrag der Bundesregierung im Rahmen einer Repräsentativbefragung erhoben. Eine detaillierte Datenlage – insbesondere für Deutschland – ist aber bisher nicht vorhanden. Es besteht daher weiterhin Forschungsbedarf zum Thema, um die Facetten von Gewalt in Partnerschaften vertiefender erfassen zu können.

Dieses Ziel wird auch in der vorliegenden Arbeit verfolgt und wurde anhand vorliegender Fallberichte retrospektiv entwickelt. Dabei wurde durch die Miteinbeziehung einer Zeitspanne von zwei Jahren vor und nach Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes zusätzlich die veränderte Gesetzeslage mit den daraus resultierenden Folgen erfasst. Die so generierte Datenbank soll vor allem regionale Vergleiche zulassen und unter Hinzuziehung von Literatur zum Thema im Wesentlichen eine deskriptive Situationsbeschreibung zu häuslicher Gewalt im Raum Köln darstellen.

2. HINTERGRUNDINFORMATIONEN

2.1 Das Gewaltschutzgesetz

Am 11. Dezember 2001 erließ der Bundestag das ab dem 01. Januar 2002 geltende „Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen“ (Gewaltschutzgesetz - GewSchG). Dieses in 4 Paragraphen unterteilte Gesetz sieht den Schutz von Personen, die durch Gewalttaten oder Drohungen in ihrer körperlichen Integrität oder Freiheit verletzt wurden, durch Zivilgerichte vor. Zusätzlich enthält das GewSchG auch eine Strafnorm: „verstößt der Täter gegen gerichtliche Anordnungen nach § 1, macht er sich zugleich auch strafbar, § 4 GewSchG“ (Heinke 2005).

Mit § 1 des GewSchG ist eine Rechtsgrundlage für zivilrechtliche Kontakt-, Belästigungs- und Näherungsverbote geschaffen worden. Er besagt, dass im Falle körperlicher oder physischer Gewaltanwendungen durch Dritte das Gericht „auf Antrag der verletzten Person die zur Abwendung weiterer Verletzungen erforderlichen Maßnahmen zu treffen“ hat (Bundesgesetzblatt 2001). Dies kann konkret bedeuten, dass das Gericht beispielsweise anordnet, dass dem Täter sowohl untersagt wird, die Wohnung des vom ihm verletzten Opfers zu betreten als auch sich der Wohnung des Opfers in einem bestimmten Umkreis zu nähern oder einen sonstig gearteten Kontakt zu dem Opfer herzustellen. Das Gesetz schützt die Opfer somit mit der Möglichkeit, für einen befristeten Zeitraum in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, ohne sie mit dem Täter teilen zu müssen. Dieses Kernstück des Gesetzes, die so genannte „Wegweisung“ wird häufig mit dem Stichwort „wer schlägt, der geht“ charakterisiert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend u. Bundesministerium der Justiz 2003).

§ 2 regelt diesen Anspruch des Opfers auf Wegweisung des Täters noch einmal explizit. Dieser gilt demnach auch, wenn die Parteien in einem gemeinsamen Haushalt leben oder verheiratet sind. Die Tatsache, wer Mieter oder Eigentümer der Wohnung ist, spielt dabei zunächst keine Rolle (Bundesgesetzblatt 2001).

Für Kinder gilt das Gewaltschutzgesetz (siehe § 3) nicht. Wird ein Kind von einem Elternteil misshandelt, gelten die Vorschriften des Kindschafts- und Vormundschaftsrechtes (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend u. Bundesministerium der Justiz 2003, Bundesgesetzblatt 2001).

Nach § 4 machen sich Täter oder Täterinnen, die gegen gerichtliche Schutzanordnungen verstoßen, strafbar. Dabei drohen ihnen Geldstrafen oder eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend u. Bundesministerium der Justiz 2003, Bundesgesetzblatt 2001).

2.2 Modellprojekt „Häusliche Gewalt“ des Institutes für Rechtsmedizin der Universität zu Köln

Das Kölner Institut für Rechtsmedizin arbeitet seit Februar 2003 an einem Modellprojekt gegen häusliche Gewalt. In diesem Kontext bietet es sowohl Information, Beratung als auch Befunderhebung und Begutachtung für Gewaltopfer an. Dabei werden mit anderen Institutionen, Betroffenen und Ärztinnen und Ärzten drei unterschiedliche Zielgruppen aufgezeigt und jeweils mithilfe einer Informationsbroschüre angesprochen (Gray–Eurom et al. 2002).

So ist das Institut Mitglied im Netzwerk der Akteure gegen Häusliche Gewalt in Köln sowie mitwirkendes Element in unterschiedlichen Gremien vor Ort. Dies ermöglicht unter anderem einen Einblick in die Arbeitsweisen der verschiedenen Einrichtungen mit dem Ziel einer gegenseitigen Kenntnisvermittlung zu den jeweiligen Kompetenzen im Netzwerk. Hieraus ergab sich sodann die Möglichkeit, Informationsveranstaltungen sowohl am Institut für Rechtsmedizin, als auch an Kliniken oder bei Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, um auf diesem Wege Mitglieder der Netzwerkstrukturen und eine möglichst breite Öffentlichkeit anzusprechen. (Graß u. Ritz-Timme 2005 b)

Opfern häuslicher Gewalt wurde durch Mitarbeiter des Institutes eine vorerst kostenlose ärztliche Untersuchung, Befunddokumentation und Beurteilung erlittener Verletzungen angeboten. Hierzu wurde neben der Terminvergabe unter der Institutsrufnummer ein 24-Stunden-Notdienst eingerichtet. Im Anschluss wurde den Geschädigten ein rechtsverwertbares Attest ausgehändigt, um die erlittene Gewalt gegebenenfalls auch bei Gericht belegen zu können. Zusätzlich konnte Opfern Zugang und Information zu

vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten verschafft werden (Gray–Eurom 2002).

Nicht zuletzt wendet sich die Kölner Rechtsmedizin auch an Ärztinnen und Ärzte, um diese für das Erkennen, Dokumentieren und Begutachten häuslicher Gewalt zu sensibilisieren. Dazu gehört im Wesentlichen eine sorgfältige, detaillierte und aussagekräftige Dokumentation der Verletzungsbefunde. Für die Arbeit in Klinik und Praxis wurde hierzu u.a. eine kompakte Information mit Handlungsanweisungen im Kitteltaschenformat für die Befunddokumentation bei Gewaltopfern, die so genannte Med-Doc-Card® erarbeitet (Bezug über Frau PD Dr. med. Hildegard Graß, download unter www.rechtsmedizin-koeln.de oder unter www.uniklinik-duesseldorf.de/rechtsmedizin, Stand 11.08.2009). Zusätzlich bietet das Institut in diesem Zusammenhang weitere Hinweise auf Publikationen, Leitfäden zum Thema sowie ein Körperschema-Formblatt zur genauen Dokumentation der Befunde an (Graß 2004, Graß u. Ritz-Timme 2005 a).

Neben der Öffentlichkeitsarbeit wurde das Thema häusliche Gewalt auch im studentischen Unterricht bearbeitet, sowie in das Curriculum der Krankenpflegeschule des Universitätsklinikums einbezogen.

Nach insgesamt drei Jahren Öffentlichkeitsarbeit und klinisch-rechtsmedizinischer Ambulanztätigkeit musste das Projekt jedoch im Jahr 2006 u.a. aufgrund von Finanzierungsproblemen vorerst beendet werden. Im Gegensatz zur medizinischen und psychosomatischen Opferversorgung handelt es sich bei der gutachterlichen Tätigkeit der Rechtsmediziner bei den nicht seitens der Ermittlungsbehörden veranlassten Untersuchungen um keine Krankenkassenleistung, so dass bisher kein Kostenträger hierfür zur Verfügung steht. Als denkbarer Weg erscheint die Finanzierung einer rechtsmedizinischen Ambulanz

aus öffentlicher Hand und zwar wünschenswerter Weise in Form einer Personalfinanzierung über Jahre hinweg und nicht als Projektfinanzierung, da letzteres die Gefahr birgt, nach Ablauf desselben eine etablierte Institution verschwinden und dadurch Versorgungslücken entstehen zu lassen. Beispielhaft wird die forensische Ambulanz der Mainzer Rechtsmedizin zur Untersuchung von Gewaltopfern seit September 2007 vom Land Rheinland-Pfalz finanziert, womit sie bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt, da vergleichbare Einrichtungen in Deutschland bisher nur als befristete Projekte gefördert werden.

3. MATERIAL UND METHODE

3.1 Datenerhebung

Alle in dieser Arbeit untersuchten Fälle beinhalten Daten von verletzten und bzw. oder getöteten Personen, die im Rahmen von Partnerbeziehungen geschädigt wurden aus den Jahren 2000 bis 2004 im Raum Köln. Die dazu vorliegenden Archivunterlagen des rechtsmedizinischen Institutes am Klinikum der Universität zu Köln wurden in Form von Sektionsprotokollen, ergänzenden schriftlichen Gutachten sowie Geschädigtenuntersuchungen gesichtet. Als Auswahlkriterium wurden aus der Gesamtmenge der Opferbegutachtungen sowie der Tötungsdelikte solche herausgefiltert, bei denen zwischen Täter und Opfer eine Partnerbeziehung bestand oder in früherer Zeit bestanden hatte. Darunter fiel auch sexualisierte Gewalt in Partner- oder ehemaligen Partnerbeziehungen. Zusätzlich wurden die Fälle von Kindesmisshandlung innerhalb familiärer Strukturen berücksichtigt. Für die Opfer gab es keine spezifische Altersspanne, das heißt auch Gewalt gegen Senioren oder Gewalt von Kindern gegen Eltern konnte mit erfasst werden.

Die selektierten Fälle wurden nach einem einheitlichen Schema ausgewertet. Dabei wurden in einem ersten Schritt die wesentlichen Informationen mithilfe eines Exzerptbogens extrahiert. Dieser Datenerfassungsbogen wurde modifiziert in Analogie zu einer Fallerfassung am Hamburger Institut für Rechtsmedizin aufgebaut, um optional auch projektübergreifende, vergleichende Datenauswertungen anstellen zu können. Der im Anhang eingefügte Erhebungsbogen umfasste insgesamt 296 Variablen, mit denen Angaben zur geschädigten Person, zur benannten Person im Sinne des „Täters“, zum genauen Vorfallshergang und zur Begutachtung sowie zur detaillierten Verletzungsdokumentation erfasst werden konnten.

Zu jedem Fall wurden folgende Daten erhoben:

Personenbezogene Daten zum Opfer

Geschlecht, Alter, Nationalität, Körpermasse, anlassbezogener Alkoholkonsum, vorbekannte Sucht oder Substanzmissbrauch

Personenbezogene Daten zum Täter (wenn vorliegend)

Geschlecht, Alter, Nationalität, anlassbezogener Alkoholkonsum, vorbekannte Sucht oder Substanzmissbrauch

Daten zum Tathergang

Datum, Wochentag, Uhrzeit, Ort und Häufigkeit des Vorfalls; Tatmotiv; Art der Gewalt; Angaben über polizeiliche Anzeige und Wegweisung über das Gewaltschutzgesetz

Daten zur Begutachtung/Untersuchung

Datum, Wochentag, Uhrzeit, Auftraggeber und Ort der Untersuchung; detaillierte Angaben zu Verletzungsmuster und Schweregrad der Verletzungen, sowie Plausibilität im Hinblick auf den Tathergang; Art und Umfang der Befunddokumentation

In einem zweiten Schritt wurden die auf den Erfassungsbögen gesammelten Daten in eine Eingabemaske in das Programm SPSS übertragen.

Unter den Begriff „Gewalt“ fallen verschiedene Arten der Gewaltausübung. Differenziert werden muss zwischen verbaler (durch Worte ausgeübt, z. Bsp. Drohungen,

Beschimpfungen), körperlicher (aktive körperliche Tätlichkeit, z. Bsp. Ohrfeigen, Tritte, Schläge) und instrumenteller Gewalt (Ausübung körperliche Gewalt mit Hilfe von Gegenständen), sowie sexueller Gewalt (das Erzwingen körperlicher Praktiken oder Handlungen). Die reine Androhung von Gewalt ist unter rechtsmedizinischen Aspekten nicht dokumentierbar und somit als alleinige Form der Gewalt hier nicht darstellbar. Häufig geht sie jedoch der körperlichen Gewalt voraus oder mit ihr einher. Es handelt sich also in fast allen hier vorliegenden Fällen um körperliche Gewalt allein oder in Verbindung mit durch Waffen oder Gegenstände ausgeübte Gewalt.

3.2 Datenauswertung

Die Daten des Exzerptbogens wurden auf PC übernommen und mit Hilfe des SPSS-Programms (Statistical Package for Social Sciences, Version 11.5.1) ausgewertet. Die formale und inhaltliche Gestaltung der Datenauswertung erfolgte unter Betreuung von Frau Christ am Institut für Medizinische Statistik, Information und Epidemiologie der Universität zu Köln.

4. ERGEBNISSE

4.1 Rahmendaten

4.1.1 Fallzahlen und Regierungsbezirk

In die vorliegende Arbeit flossen alle am Kölner Institut für Rechtsmedizin in den Jahren 2000 bis 2004 bearbeiteten Fälle von häuslicher Gewalt ein. Insgesamt wurden 176 Untersuchungen von verstorbenen und lebenden Opfern erfasst. Regional gesehen rekrutierten sich die Opfer aus dem gesamten Regierungsbezirk Köln, Einzelfälle betreffen auch auswärtige Auftraggeber aus Randgebieten des Regierungsbezirkes Köln. Seit dem Jahr 2003 wurde der Zuständigkeitsbereich um den Regierungsbezirk Aachen erweitert, so dass ab diesem Jahr auch die von häuslicher Gewalt Betroffenen in Aachen in die Statistik mit einfließen. Dadurch ergab sich ab dem Jahr 2003 eine Fallzahlverschiebung nach oben, die bei der Auswertung berücksichtigt werden muss.

Die Gesamtstichprobe setzte sich zu ca. 91% aus Opfern des Regierungsbezirkes Köln und ca. 9 % aus Aachener Fällen zusammen, somit war deren Einfluss gering und im Wesentlichen vernachlässigbar.

Tabelle 1: Regierungsbezirk (2000 – 2004)

| Regierungsbezirk | Häufigkeit | Prozent |
|------------------|------------|---------|
| Köln | 161 | 91,5 |
| Aachen | 15 | 8,5 |
| Gesamt | 176 | 100,0 |

Auf die einzelnen Jahre verteilt ergab sich dabei logischer Weise für die Jahre 2000 bis einschließlich 2002 ein Anteil an Kölner Fällen von 100 %. Ab dem Jahr 2003 erhöhte sich dann die Fallzahl, bedingt durch das Miteinfließen der Aachener Daten. Im Jahr 2003 waren das 5 Fälle, die einen Gesamtanteil von 13,9 % aller Fälle ausmachten. 2004 kam es zu einem vergleichbaren Prozentsatz von 16,1 % bei insgesamt 10 Fällen.

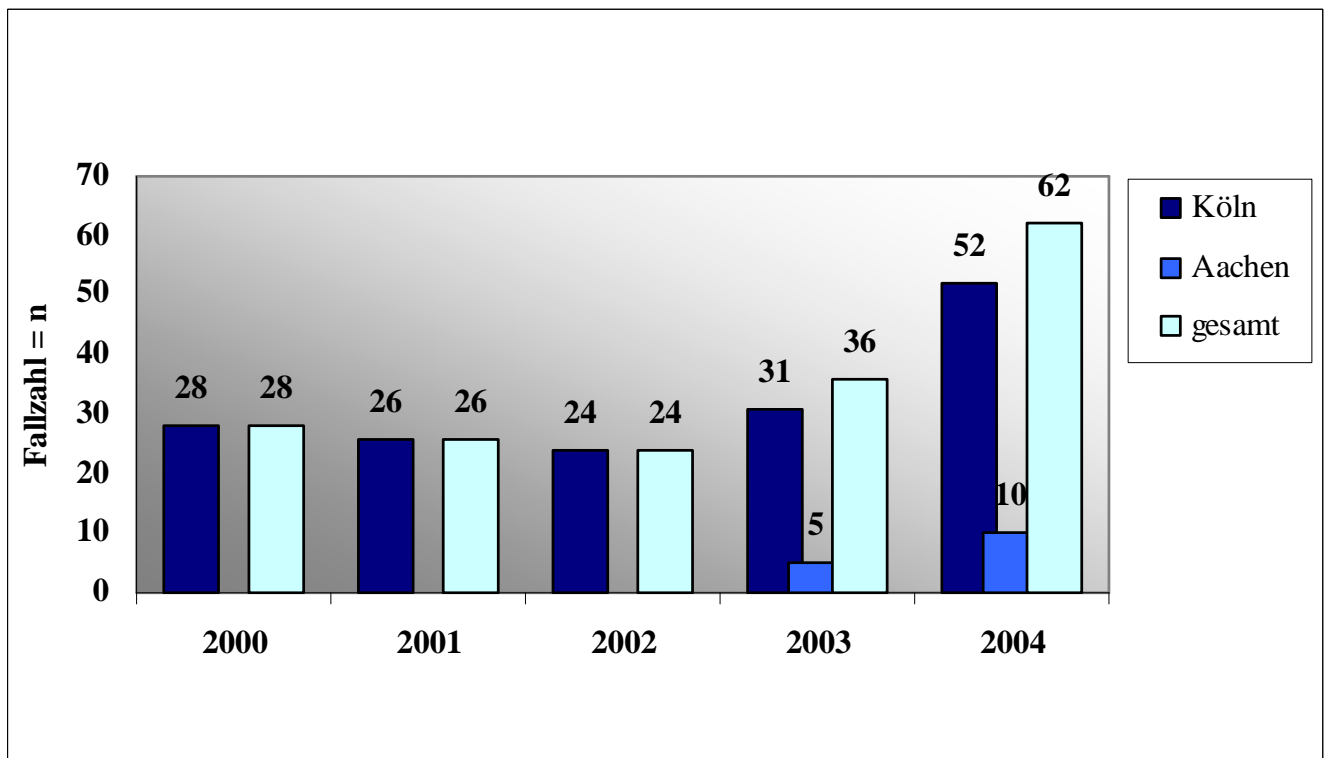
Tabelle 2: Regierungsbezirk (2003)

| Regierungsbezirk | Häufigkeit | Prozent |
|------------------|------------|---------|
| Köln | 31 | 86,1 |
| Aachen | 5 | 13,9 |
| Gesamt | 36 | 100,0 |

Tabelle 3: Regierungsbezirk (2004)

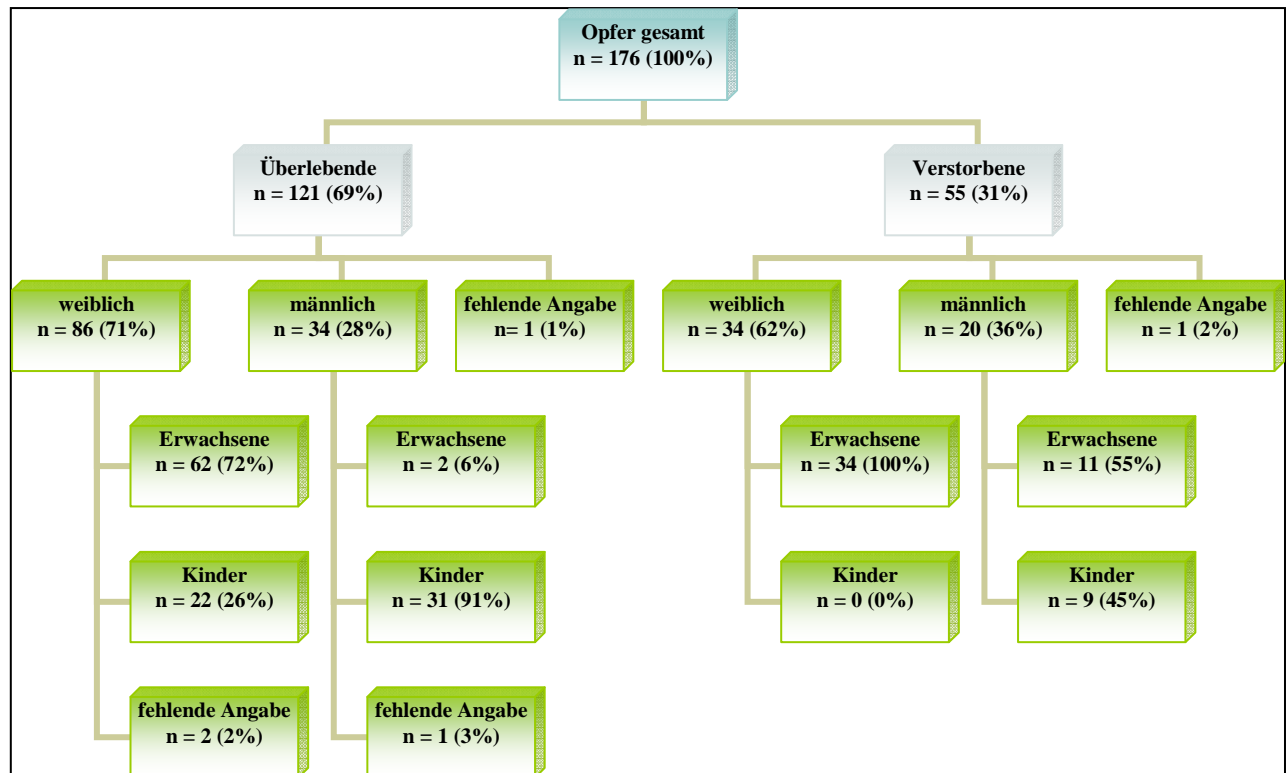
| Regierungsbezirk | Häufigkeit | Prozent |
|------------------|------------|---------|
| Köln | 52 | 83,9 |
| Aachen | 10 | 16,1 |
| Gesamt | 62 | 100,0 |

Graphik 1: Regierungsbezirk (2000-2004)



4.1.2 Basisdaten Opfer

Abb. 1: Basisdaten



4.2 Opfer, Geschädigte

4.2.1 Opferbezogene Daten

4.2.1.1 Alter und Geschlecht

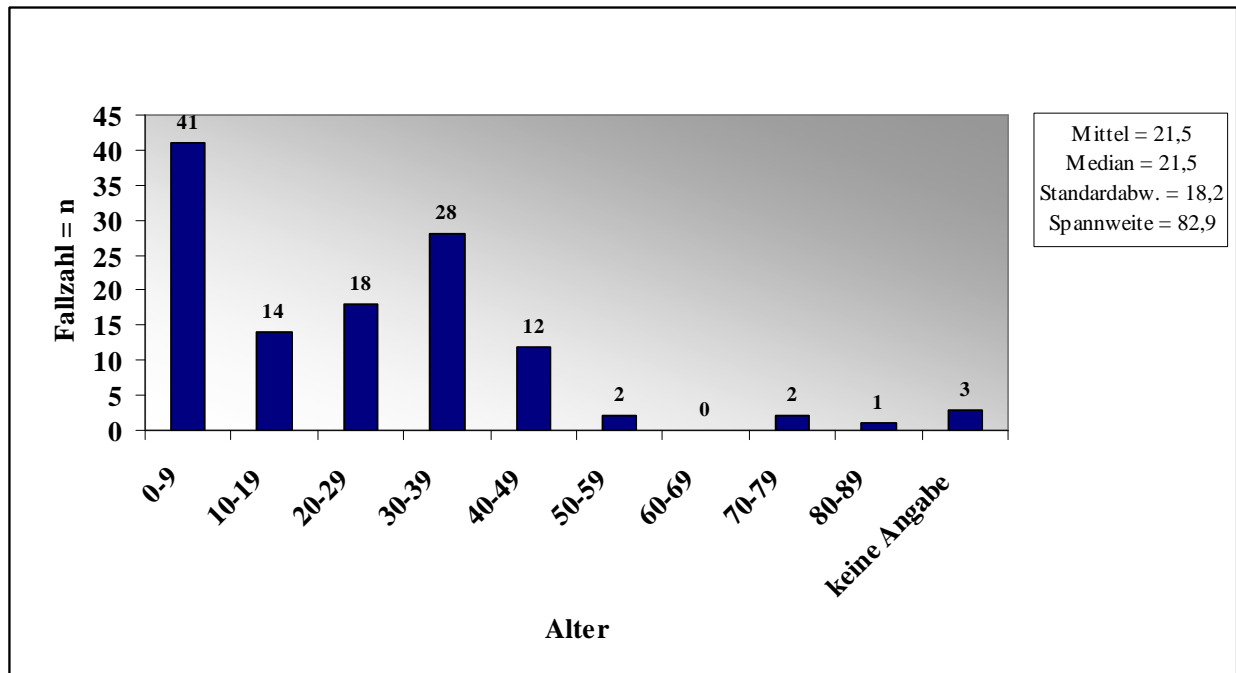
Von 121 untersuchten Personen waren 86 weiblich, 34 männlichen Geschlechtes. In einem Fall war das Geschlecht des Opfers unbekannt, bzw. nicht angegeben.

Tabelle 4: Geschlecht

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|-------------------|-------------------|----------------|
| Männlich | 34 | 28,1 |
| Weiblich | 86 | 71,1 |
| keine Angabe | 1 | 0,8 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

Knapp 34 % der Lebendbegutachtungen wurden (Tabelle 5) an Kindern bis einschließlich 9 Jahren durchgeführt. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten Geschädigte zwischen 20 und 29 Jahren (knapp 15 %), sowie zwischen 30 und 39 Jahren (23%). Lediglich 5 Personen waren zum Zeitpunkt der körperlichen Untersuchung 50 Jahre oder älter. Das Alter lag im Mittel bei ca. 21 Jahren. In drei von 121 Fällen fehlte eine Altersangabe.

Graphik 2: Altersverteilung



Wird eine geschlechterdifferenzierte Auswertung des Lebensalters vorgenommen, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 5: Geschlecht

| | männlich | weiblich |
|------------|----------|----------|
| Erwachsene | 2 | 62 |
| Kinder | 31 | 22 |

Zu den männlichen Opfern zählten lediglich zwei Erwachsene im Alter von 31 und 33 Jahren. Alle übrigen männlichen Opfer waren minderjährig; einen besonders hohen Anteil bildeten hierbei die 0 bis 3-jährigen mit 20 von 31 Fällen (siehe Tabelle 7). Die „Männer“ werden folglich in dem folgenden Teil dieser Arbeit als „männliche Opfer“ oder „Jungen“ bezeichnet.

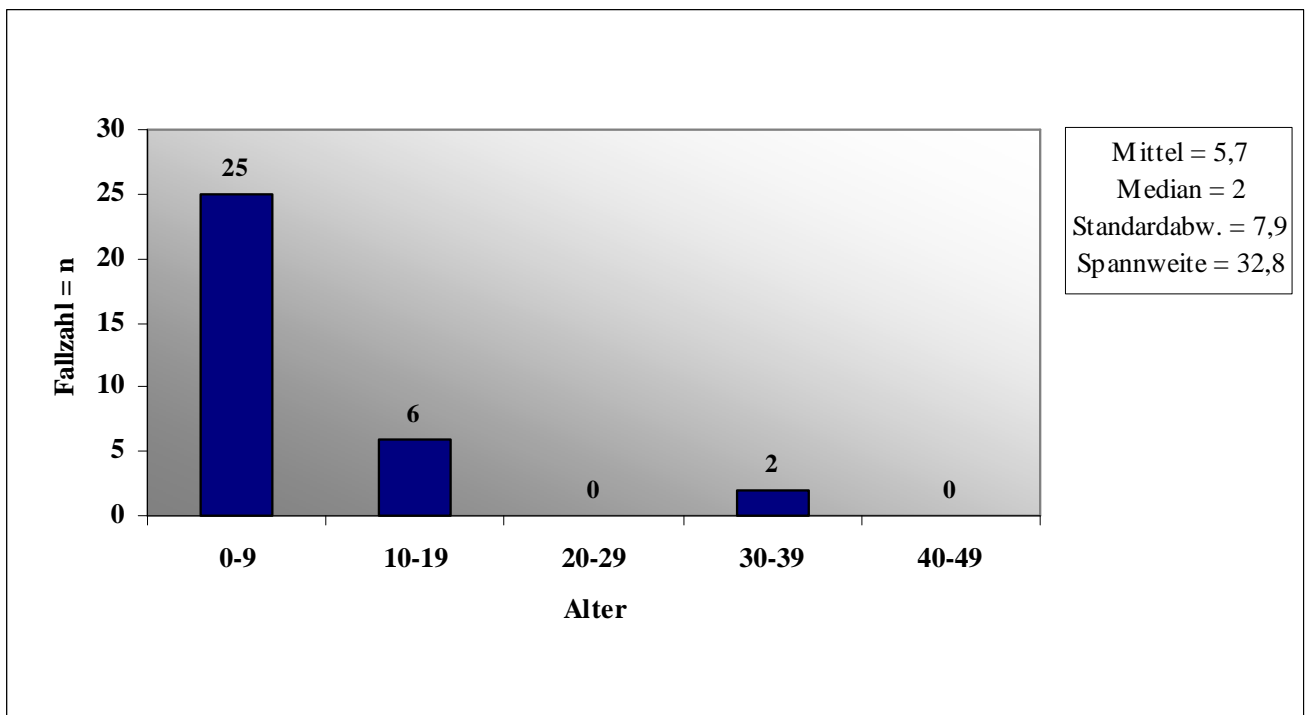
Tabelle 6: Alter der Erwachsenen (männlich)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|-------|------------|---------|
| 30-39 | 2 | 100,0 |

Tabelle 7: Alter der Kinder (männlich)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------|------------|---------|
| 0-4 | 22 | 70,9 |
| 5-9 | 3 | 9,7 |
| 10-14 | 5 | 16,2 |
| 15-17 | 1 | 3,2 |
| Gesamt | 31 | 100,0 |

Graphik 3: Altersverteilung gesamt (männlich)



Wie Graphik 3 veranschaulicht, lag das Alter der weiblichen Opfer hingegen im Mittel bei 28 Jahren und somit über dem durchschnittlichen Alter der männlichen Opfer (Mittel=6).

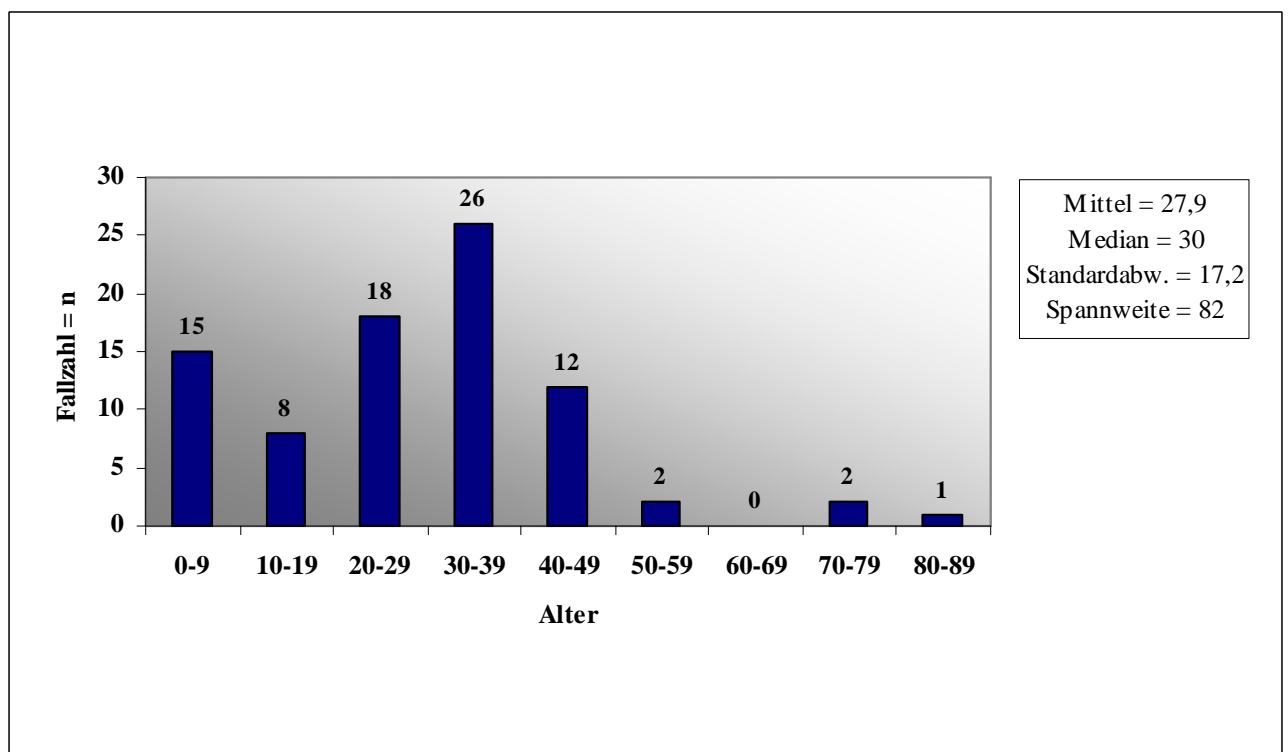
Tabelle 8: Alter der Erwachsenen (weiblich)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------|------------|---------|
| 18-19 | 1 | 1,6 |
| 20-29 | 18 | 29,0 |
| 30-39 | 26 | 41,9 |
| 40-49 | 12 | 19,4 |
| 50-59 | 2 | 3,2 |
| 70-79 | 2 | 3,2 |
| 80-89 | 1 | 1,6 |
| Gesamt | 62 | 100,0 |

Tabelle 9: Alter der Kinder (weiblich)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------|------------|---------|
| 0-4 | 10 | 45,5 |
| 5-9 | 5 | 22,7 |
| 10-14 | 2 | 9,1 |
| 15-17 | 5 | 22,7 |
| Gesamt | 22 | 100,0 |

Graphik 4: Altersverteilung gesamt (weiblich)



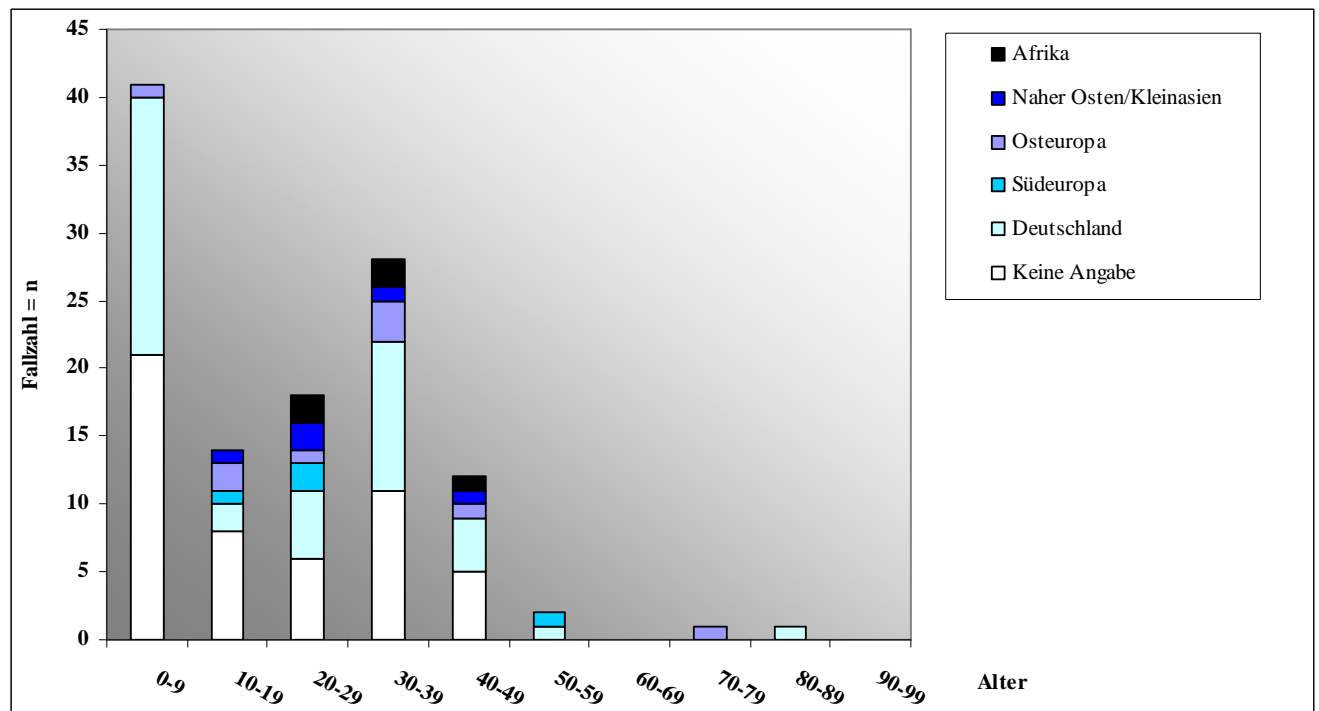
4.2.1.2 Herkunft

Von den insgesamt 121 Untersuchten fehlten in den vorliegenden Akten in 53 Fällen eindeutige Angaben zur geographischen Herkunft des Opfers. Obwohl hier sicherlich in den meisten Fällen der Namensgebung her von in Deutschland geborenen Menschen ausgegangen werden konnte, war dies letztlich eine spekulative Annahme und wurde daher nicht vorausgesetzt. Bei einer so entstandenen „Dunkelziffer“ von fast 44 % handelte es sich noch in 36 % der Fälle um deutsche Opfer. Die übrigen 20 % entfielen in absteigender Reihenfolge zu ca. 7% auf Geschädigte aus Osteuropa sowie mit 5 % auf Afrikaner/innen, 4% Menschen aus dem nahen Osten und ca. 3 % auf Südeuropäer/innen. Bei der Untersuchung der Subgruppen weibliche/männliche Opfer fielen keine relevanten Abweichungen von den in Tabelle 10 genannten Zahlen auf.

Tabelle 10: Herkunft des Opfers

| Herkunft | Häufigkeit | Prozent |
|------------------------|------------|---------|
| Deutschland | 44 | 36,4 |
| Südeuropa | 4 | 3,3 |
| Osteuropa | 9 | 7,4 |
| Naher Osten/Kleinasien | 5 | 4,1 |
| Afrika | 6 | 5,0 |
| Keine Angabe | 53 | 43,8 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

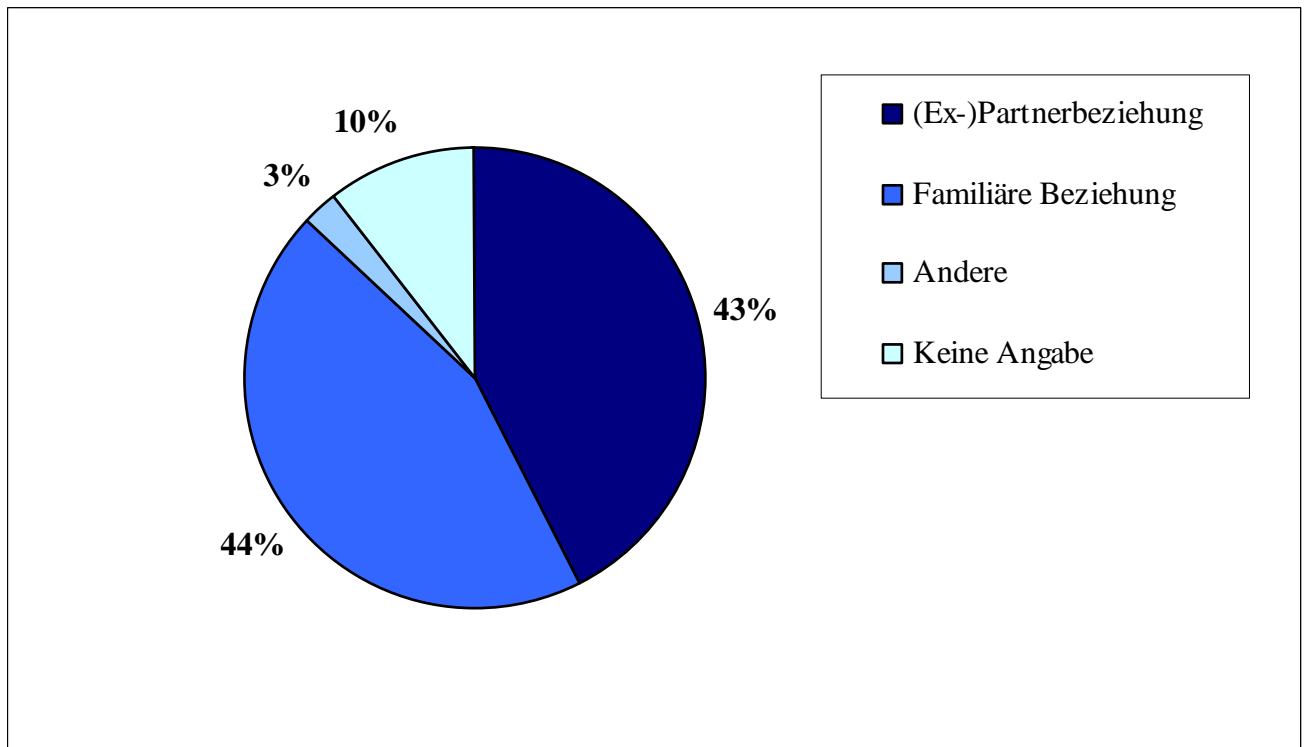
Graphik 5: Herkunft unter Berücksichtigung der Altersstruktur



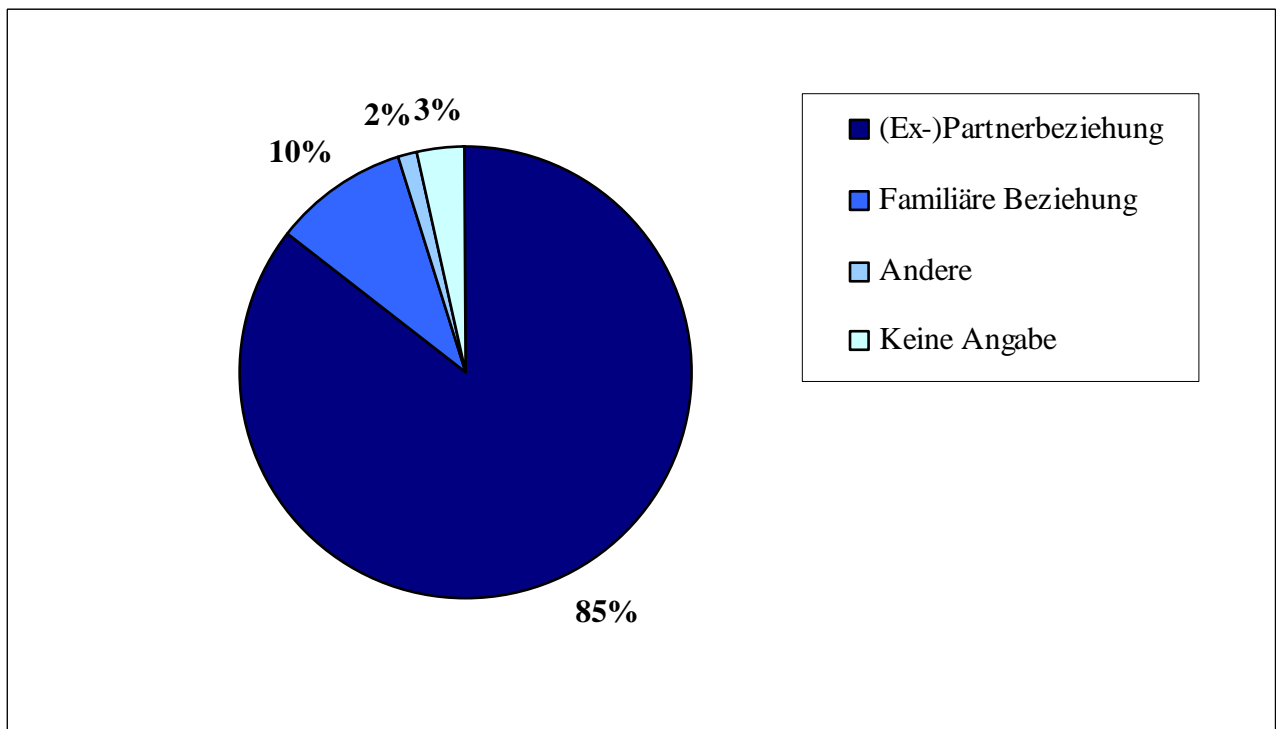
4.2.1.3 Opfer-Täter-Beziehung

Bei rund 40 % aller Opfer-Täter-Beziehungen handelte es sich um Paarbeziehungen, davon ca. 7 % Ex-Partnerschaften, das heißt in Trennung lebende oder geschiedene Paare gleich welchen Geschlechts oder Alters. Mit einem Prozentsatz von rund 42 % standen Täter und Opfer in familiärer Beziehung zueinander. Darunter fiel Gewalt unter Geschwistern (2%), Gewalt zwischen Eltern und Kindern (92%) und andere familiäre Beziehungsgewalt (6%).

Graphik 6: Opfer-Täter-Beziehung (Opfer gesamt)



Graphik 7: Opfer-Täter-Beziehung (Opfer weibl., volljährig)



Von insgesamt zwei männlichen Erwachsenen der Kategorie „lebende Opfer“ wurde einer (50%) vom Sohn seiner Partnerin und somit einem Familienmitglied angegriffen.

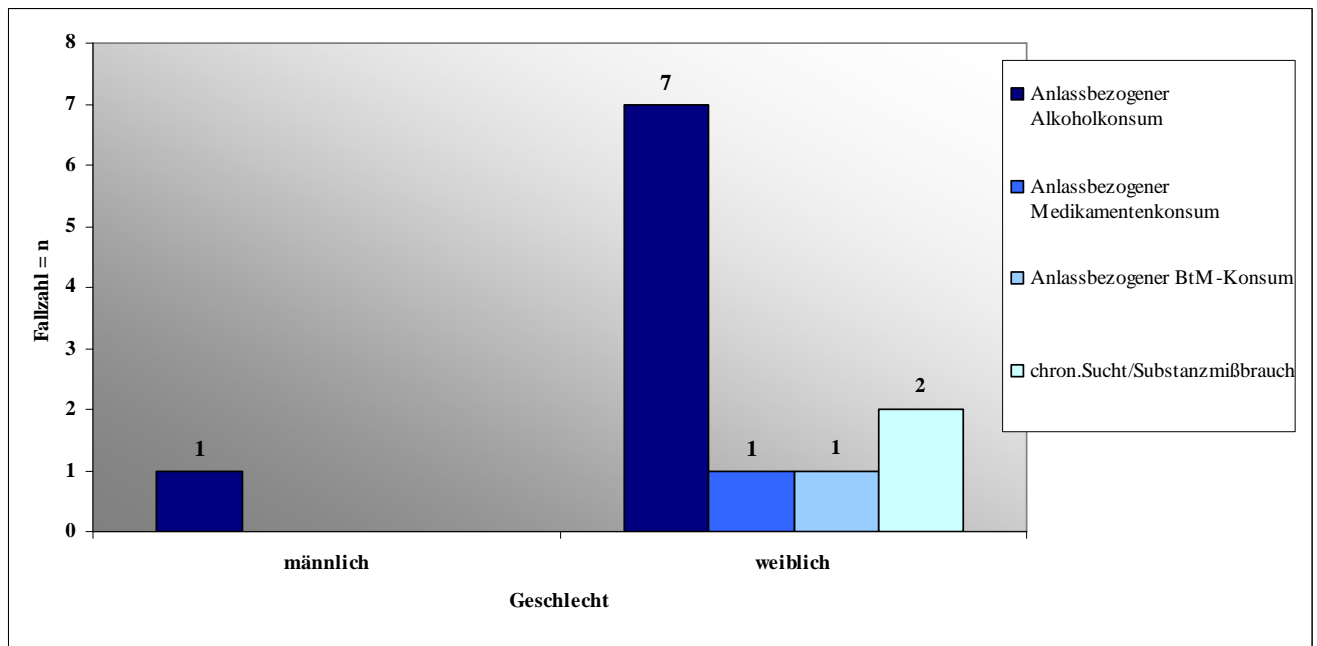
Bei den 62 Frauen war allein bei 53 (rund 86%) der Täter Partner oder Ex-Partner gegenüber 10 % Familienangehörigen.

4.2.1.4 Gebrauch psychotroper Substanzen

Auf die Rahmenbedingungen und psychischen Hintergründe der Geschädigten wurde in den meisten ausgewerteten Akten nicht eingegangen. So fehlten in 61 % der Fälle Angaben zu anlassbezogenen oder schon im Vorfeld bestehenden Fällen von Substanzmissbrauch jeglicher Art (Drogen, Alkohol, Medikamente) oder psychischen Vorerkrankungen des Opfers. Im Gegensatz dazu wurde im Falle einer Sektion meist ein toxikologisches Gutachten miterstellt, in dem dann fundierte Aussagen zumindest zu anlassbezogenem Konsum berauschender Substanzen gemacht werden konnten (vgl. Kapitel 4.3.1.5).

Von allen 121 untersuchten Fällen häuslicher Gewalt an überlebenden Opfern wurde von 8 Opfern in unmittelbar zeitlichem Bezug zur Tat Alkohol konsumiert, davon waren 7 Personen weiblichen, eine Person männlichen Geschlechts. In lediglich einem Fall wurden von einer Frau anlassbezogen verschreibungspflichtige Betäubungsmittel eingenommen. Ein chronische Suchtkrankheit (Alkohol u./o. Medikamente) wurde 2 Mal angegeben, jeweils von Frauen.

Graphik 8: Substanzmissbrauch des Opfers



Bezogen auf die Altersstruktur fehlte bei dem einzigen männlichen Alkoholkonsumenten die Altersangabe. Von insgesamt 86 untersuchten Frauen waren 62 volljährig, 22 minderjährig - in zwei Fällen fehlte eine Altersangabe. Alle in Graphik 8 erfassten Konsumentinnen waren volljährig.

4.2.2 Täterbezogene Daten

4.2.2.1 Alter und Geschlecht

Bei Übergriffen auf Personen ohne tödlichen Ausgang waren von 121 Fällen 81 (67%) der Täter männlichen Geschlechts, 11 hingegen weiblich (9%). Delikte, bei denen mehrere Personen beschuldigt wurden (z. Bsp. als Eltern) und somit sowohl weibliche als auch männliche Personen Gewalt ausübten wurden hier insgesamt 17 Mal registriert (14%). In 12 Fällen (10%) fehlten Angaben zum Geschlecht des Täters.

Tabelle 11: Geschlecht des Täters/der Täterin

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--|-------------------|----------------|
| Männlich | 81 | 66,9 |
| Weiblich | 11 | 9,1 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | 17 | 14,0 |
| Keine Angabe | 12 | 9,9 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

Sowohl bei männlichen als auch weiblichen Opfern überwog der Anteil männlicher Täter mit 35% bzw. im Falle weiblicher Opfer sogar deutlich mit über 80%. Männliche Opfer wurden von Frauen allein in 4 Fällen (12%) angegriffen, gemeinsam mit einem Mann hingegen wurden Frauen männlichen Opfern gegenüber fast dreimal so oft gewalttätig.

Tabelle 12: Geschlecht des Täters/der Täterin (Opfer männl.)

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--|-------------------|----------------|
| Männlich | 12 | 35,3 |
| Weiblich | 4 | 11,8 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | 11 | 32,4 |
| Keine Angabe | 7 | 20,6 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

Tabelle 13: Geschlecht des Täters / der Täterin (Opfer weibl.)

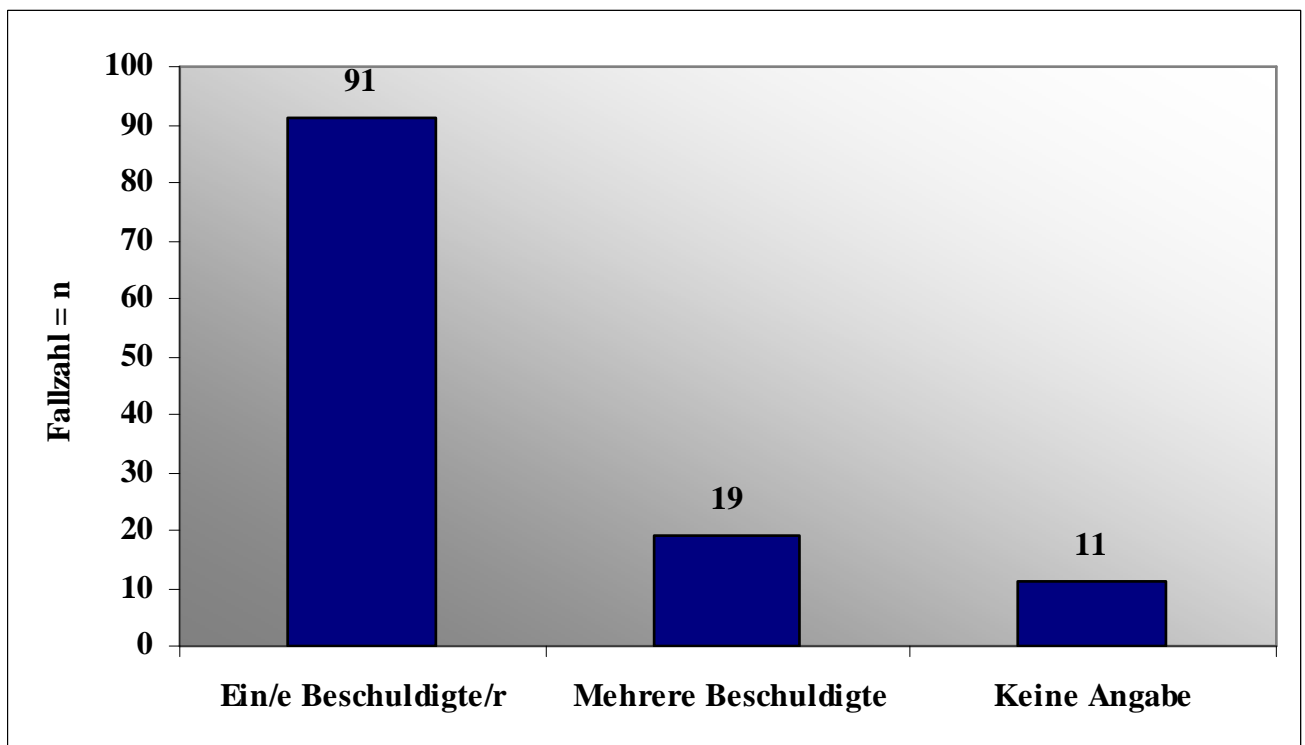
| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--|-------------------|----------------|
| Männlich | 69 | 80,2 |
| Weiblich | 6 | 7,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | 6 | 7,0 |
| Keine Angabe | 5 | 5,8 |
| Gesamt | 86 | 100,0 |

Zum Alter der Täter/innen ergaben sich anhand der vorliegenden Untersuchungsakten keine statistisch verwertbaren Daten mangels regelhafter Erfassung.

4.2.2.2 Anzahl

In 75% der Fälle erfuhren überlebende Opfer häuslicher Gewalt diese durch eine einzelne Person. 16% wurden von mehreren Personen angegriffen und in 9% fehlten genauere Angaben zur Anzahl der Täter.

Graphik 9: Anzahl der Täter



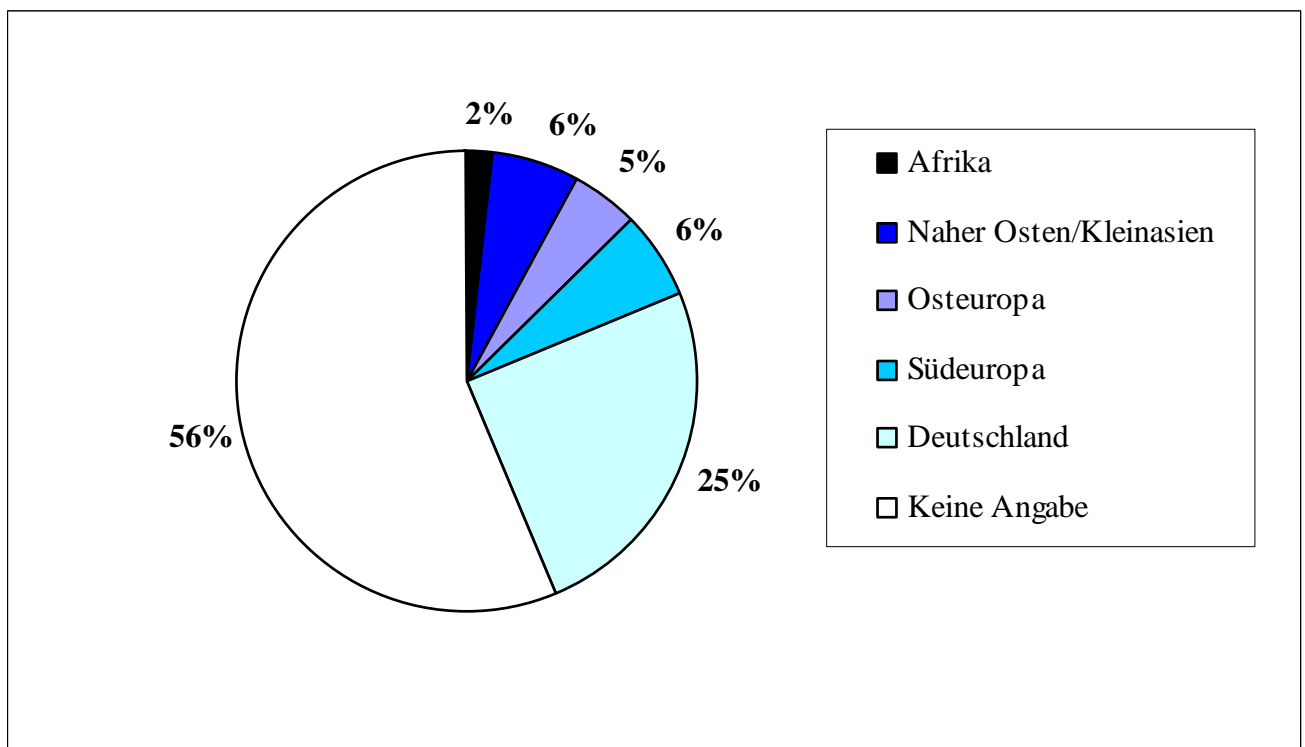
Erwachsene Opfer wurden in 95% aller Fälle von einem Täter/Beschuldigten angegriffen. Bei Kindern lag der Anteil der Einzeltäter nur bei 50%; 32% aller Kinder wurden durch mehrere Beschuldigte misshandelt. In den verbleibenden 18% fehlten Angaben zur Täterzahl.

4.2.2.3 Herkunft

Da es sich bei den vorliegenden Auswertungsunterlagen in den allermeisten Fällen um Untersuchung und Begutachtung der Opfer von Gewalttaten handelte, wurden zum Täter meist nur wenige Angaben gemacht. Zur Abstammung der Täter/innen fehlten in 57 % Aussagen; die folgende Auswertung ist somit nicht repräsentativ.

Grafik 10 zeigt, dass 25% und somit die Mehrzahl der Täter Deutsche und zu etwa gleichen Anteilen zwischen 5% und 6% Südeuropäer, Osteuropäer und Personen aus dem Nahen Osten beschuldigt wurden. Eine Minderheit von 2 % war afrikanischer Abstammung.

Graphik 10: Herkunft Täter/in



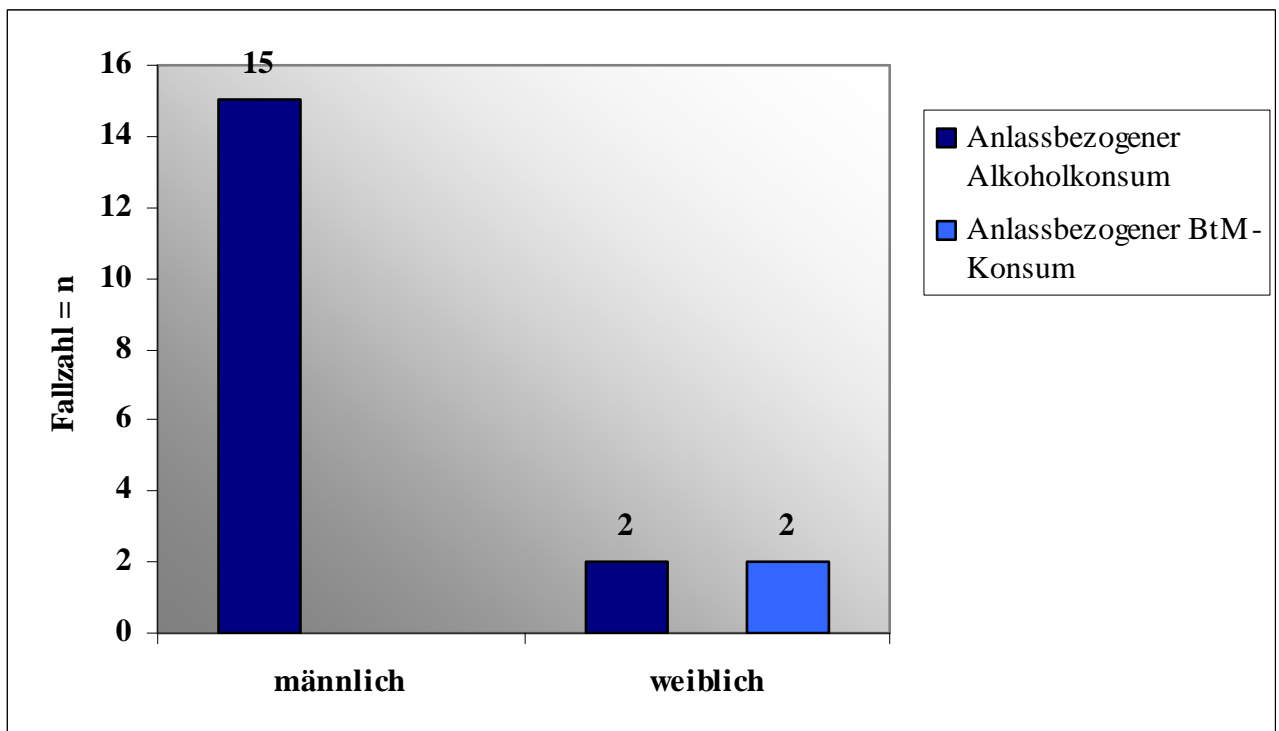
Betrachtet man weibliche und männliche Täter getrennt, bleibt es bei einem überwiegenden Anteil Deutscher mit 22 % (Männer) bzw. 27 % (Frauen).

4.2.2.4 Gebrauch psychotroper Substanzen

Im Vorfeld muss auf die oft fehlende Dokumentation des täterbezogenen Konsumverhaltens hingewiesen werden und die dadurch bedingt nicht repräsentativen Ergebnisse.

15 von insgesamt 81 männlichen Beschuldigten standen nach Aktenlage zum Zeitpunkt der Tat unter Alkoholeinfluss (19 %). Medikamente oder Betäubungsmittel als berauschende Drogen wurden zu Männern nicht bekannt. Die Frage nach einer chronischen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit konnte nur in einem von 81 Fällen bejaht (1%) werden, da in den übrigen Fällen zu dieser Fragestellung keine Daten vorlagen.

Graphik 11: Substanzmissbrauch Täter/in



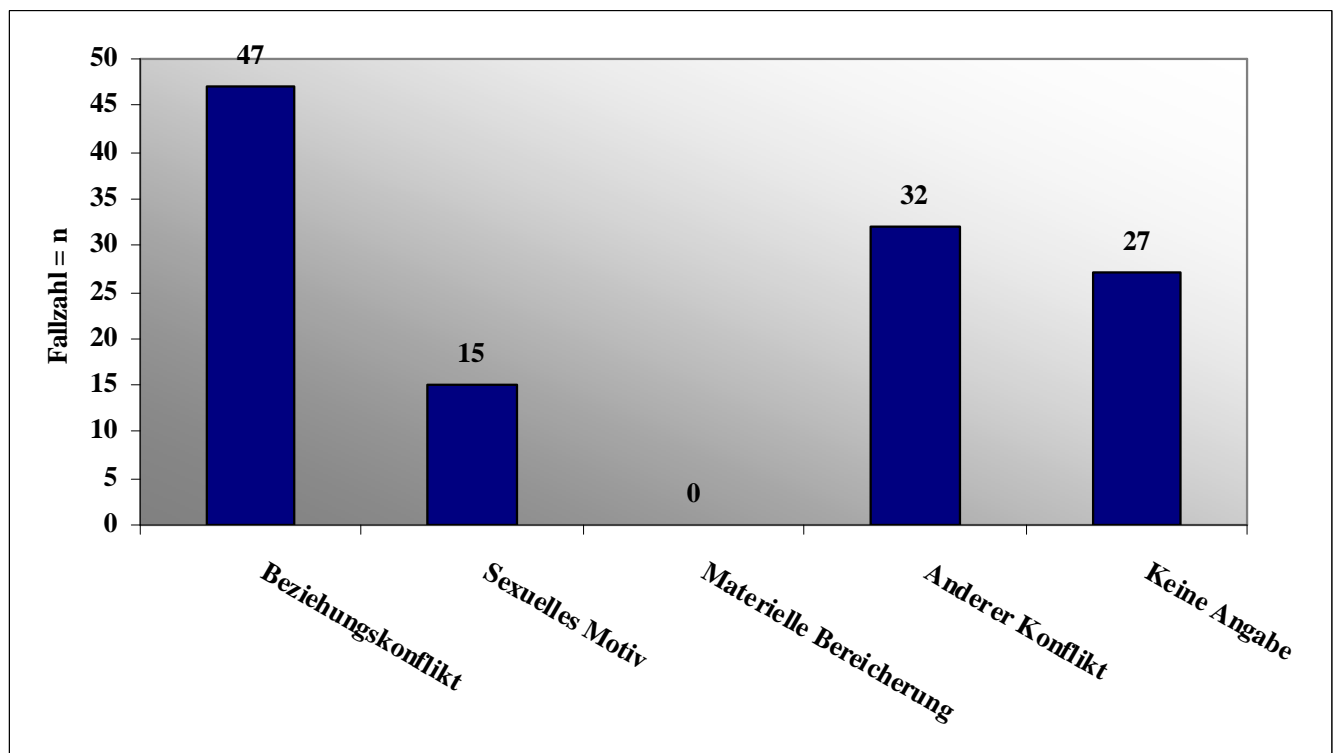
Von den 11 weiblichen Beschuldigten waren 2 zur Tatzeit alkoholisiert (18 %); 2 befanden sich unter Einfluss von Betäubungsmitteln (18 %). Andere Medikamente soll anlassbezogen keine der Täterinnen konsumiert haben; in einem Fall bestand eine chronische Alkohol- oder Tablettensucht (5 %).

Somit wäre im Vergleich zur männlichen Stichprobe eine etwas niedrigere Alkoholisierungsrate festzustellen, zugunsten des Konsums von dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Medikamenten.

4.2.2.5 Tatmotiv

Beim Motiv spielte der Beziehungskonflikt mit 47 von 121 Fällen (39 %) die übergeordnete Rolle. Sexuelle Motive, beispielsweise im Rahmen einer Vergewaltigung waren nur selten Anlass für gewalttätige Handlungen (12 %). Auffallend war, dass materielle Bereicherung in keinem der Fälle als ausschlaggebend für die Tat erachtet wurde. Familiäre Konflikte hingegen waren unter der Rubrik „andere Konflikte“ beispielsweise in Fällen von Kindesmisshandlung häufig als Motiv für häusliche Gewalt zu sehen und zwar in 32 Fällen.

Graphik 12: Tatmotiv



Die Tabellen 14 und 15 demonstrieren, dass in Bezug auf das Geschlecht des Täters/der Täterin vor allem Männer im Rahmen partnerschaftlicher Auseinandersetzungen agierten. Ebenso dominierten bei ihnen die sexuellen Beweggründe, die bei Frauen in keinem Fall als Tatmotiv im Vordergrund standen.

In den folgenden Tabellen wurden nur diejenigen Täter berücksichtigt, bei denen das Geschlecht bekannt war.

Tabelle 14: Beziehungskonflikt

| Geschlecht des Täters | Beziehungskonflikt | Häufigkeit | Prozent |
|---|---------------------------|-------------------|----------------|
| Männlich | ja | 44 | 54,3 |
| | nein | 26 | 32,1 |
| | keine Angabe | 11 | 13,6 |
| | Gesamt | 81 | 100,0 |
| Weiblich | ja | 3 | 27,3 |
| | nein | 5 | 45,5 |
| | keine Angabe | 3 | 27,3 |
| | Gesamt | 11 | 100,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | ja | 0 | 0,0 |
| | nein | 12 | 70,6 |
| | keine Angabe | 5 | 29,4 |
| | Gesamt | 17 | 100,0 |

Tabelle 15: sexuelles Motiv

| Geschlecht des Täters | sexuelles Motiv | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------------------|-------------------|----------------|
| Männlich | ja | 14 | 17,3 |
| | nein | 56 | 69,1 |
| | keine Angabe | 11 | 13,6 |
| | Gesamt | 81 | 100,0 |
| Weiblich | nein | 8 | 72,7 |
| | keine Angabe | 3 | 27,3 |
| | Gesamt | 11 | 100,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | nein | 12 | 70,6 |
| | keine Angabe | 5 | 29,4 |
| | Gesamt | 17 | 100,0 |

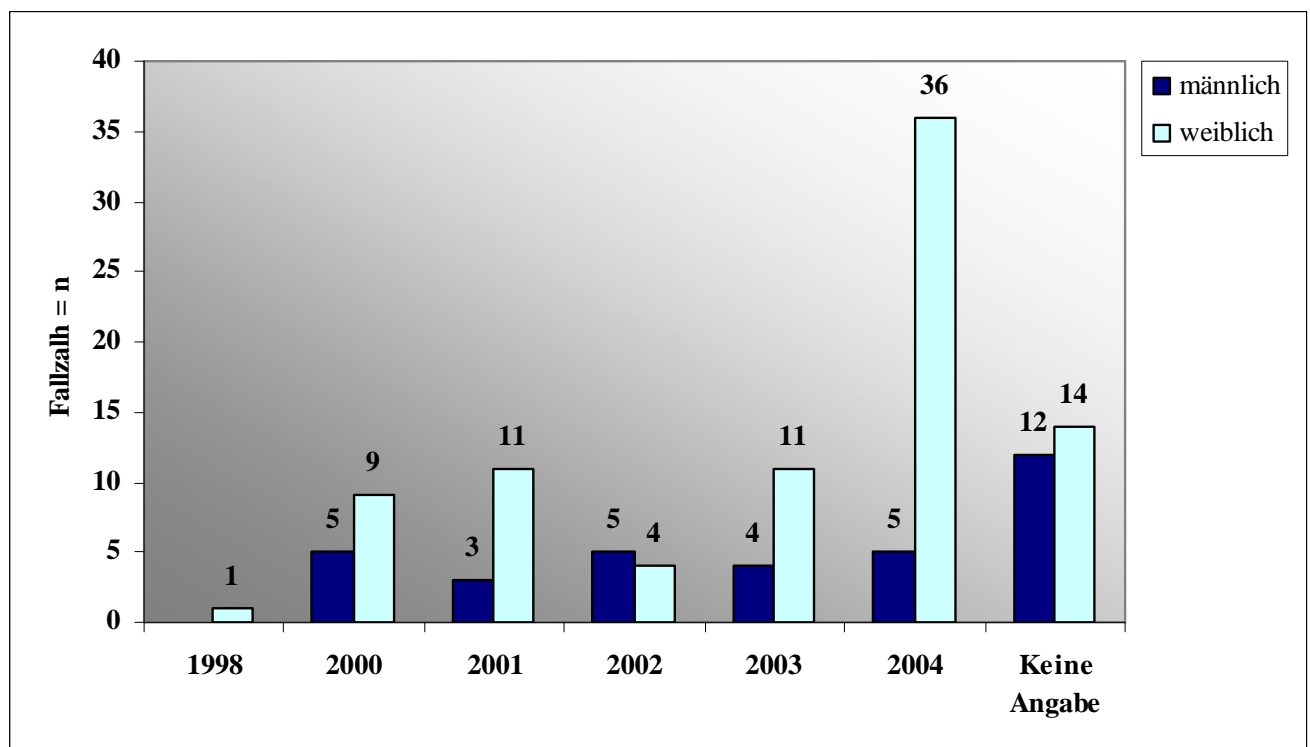
4.2.3 Daten zum Gewalthergang

4.2.3.1 Zeitpunkt des Gewaltherganges

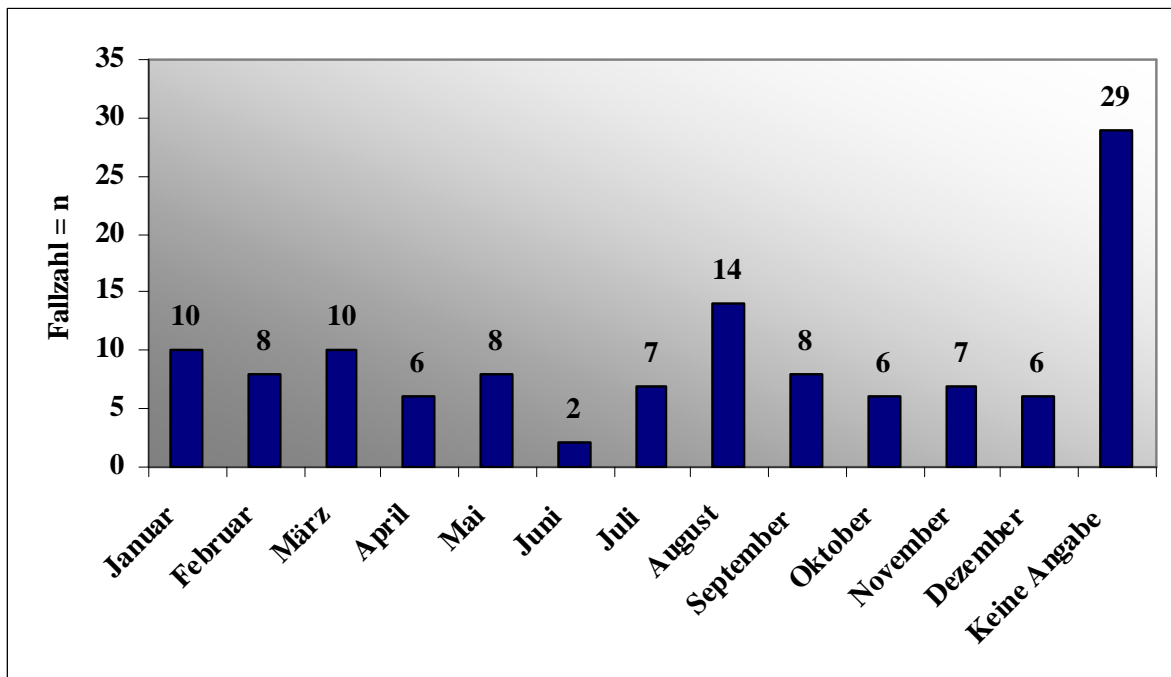
Der Zeitpunkt, zu dem das jeweilige Gewaltdelikt verübt wurde, lag zumeist wenige Tage oder Stunden vor der Untersuchung. In wenigen Fällen ersuchten Opfer aber auch erst mehrerer Tage oder Wochen nach dem Vorfall um eine Attestierung ihrer Verletzungen. So konnte es vorkommen, dass die Zahl der pro Jahr untersuchten Fallzahlen durch Verschiebungen von Vorfallszeit und Untersuchungsdatum über einen Jahreswechsel hinweg von der eigentlichen Anzahl der verübten Gewalttaten abwich.

Eine Übersicht der Gewaltdelikte, aufgeschlüsselt nach dem Jahr, in dem die Gewalt ausgeübt wurde, gibt Grafik 13. Bis zum Jahr 2003 lässt sich dabei keine Progression der Fallzahlen erkennen. Im Jahr 2004 hingegen ist bei den weiblichen Opfern ein deutlicher Anstieg der dokumentierten Delikte zu verzeichnen.

Graphik 13: Jahr der Gewalt

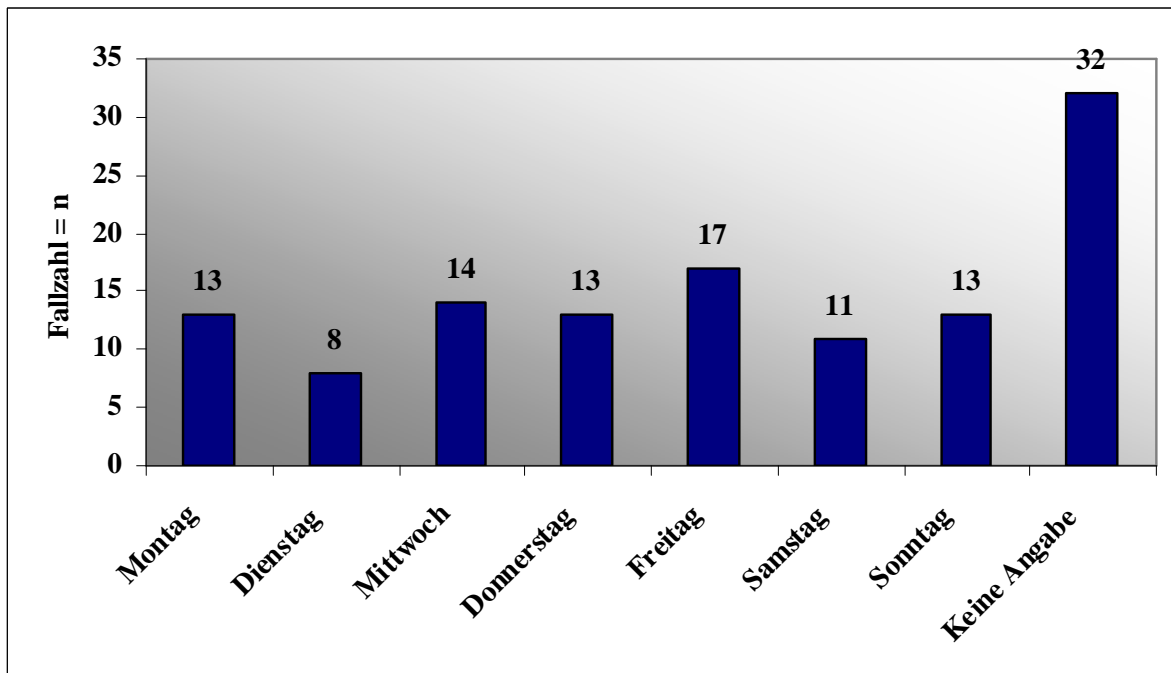


Graphik 14: Monat der Gewalt



Die Bevorzugung eines bestimmten Wochentages konnte nach Grafik 15 nicht nachgewiesen werden, insbesondere bestand kein Schwerpunkt am Wochenende.

Graphik 15: Wochentag der Gewalt



4.2.3.2 Ort der Gewalt

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle fand Gewalt innerhalb der häuslichen Umgebung von Opfer oder Täter statt. Zusammengenommen fand häusliche Gewalt in 82 von 121 Fällen (68 %) entweder in der Wohnung des Opfers, des Täters oder in der gemeinsamen Wohnung statt. Dies verdeutlicht Tabelle 16. Zu tätlichen Auseinandersetzungen in der Öffentlichkeit kam es erwartungsgemäß im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt sehr selten (5%).

Tabelle 16: Ort der Gewalt

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 20 | 16,5 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 2 | 1,7 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 60 | 49,6 |
| Häusliche Umgebung einer dritten Person | 1 | 0,8 |
| Öffentliche Wohnunterkunft | 3 | 2,5 |
| Öffentliche Straße/Park | 1 | 0,8 |
| Sonstige Öffentlichkeit | 2 | 1,7 |
| Im Fahrzeug | 3 | 2,5 |
| Mehrfache Orte | 3 | 2,5 |
| Sonstige Orte | 1 | 0,8 |
| Keine Angabe | 25 | 20,7 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

Unterscheidet man männliche und weibliche Opfer bezüglich der Kategorie „Ort der Gewalt“, so ist auch hier die häusliche Umgebung von Täter und Opfer primärer Schauplatz gewalttätiger Übergriffe (59% /Männer und 72%/Frauen).

Bei der Subgruppe der weiblichen Opfer ist jedoch ein höherer Anteil (20% gegenüber 3% bei den Männern) der geschädigten Frauen in ihrer eigenen Wohnung misshandelt worden und nicht, wie die meisten der Männer (47%) in der gemeinsamen Wohnung von Opfer und Täter. Bei verheirateten oder in einer festen Beziehung lebenden Paaren wurden Frauen zumeist in der gemeinsamen Wohnung zu Opfern (73). In Ex-Partnerschaften oder bei In-Trennung

lebenden Paaren war der Wohnort des weiblichen Opfers häufigster Gewaltort (44%), männliche Opfer wurden in dieser Kategorie nicht gezählt.

Tabelle 17: Ort der Gewalt (Opfer männlich)

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 3 | 8,8 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 1 | 2,9 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 16 | 47,1 |
| Häusliche Umgebung einer dritten Person | 1 | 2,9 |
| Öffentliche Wohnunterkunft | 1 | 2,9 |
| Sonstige Orte | 1 | 2,9 |
| Keine Angabe | 11 | 32,4 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

Tabelle 18: Ort der Gewalt (Opfer weiblich)

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 17 | 19,8 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 1 | 1,2 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 44 | 51,2 |
| Öffentliche Wohnunterkunft | 2 | 2,3 |
| Öffentliche Straße/Park | 1 | 1,2 |
| Sonstige Öffentlichkeit | 2 | 2,3 |
| Im Fahrzeug | 3 | 3,5 |
| Mehrfache Orte | 3 | 3,5 |
| Keine Angabe | 13 | 15,1 |
| Gesamt | 86 | 100,0 |

4.2.3.3 Schilderung des Geschehens

Das methodische Vorgehen der retrospektiven Fallanalyse bedingte die Nutzung der jeweils dort dokumentierten Angaben zum Geschehensablauf. Bei lebenden Personen als Opfer von Gewalt konnte je nach Aktenlage auf die Angaben der geschädigten Person selbst (42 %) oder auf Angaben Dritter, in der Regel von Seiten der Ermittlungsbehörden protokollierte Angaben, Bezug genommen werden (45 %).

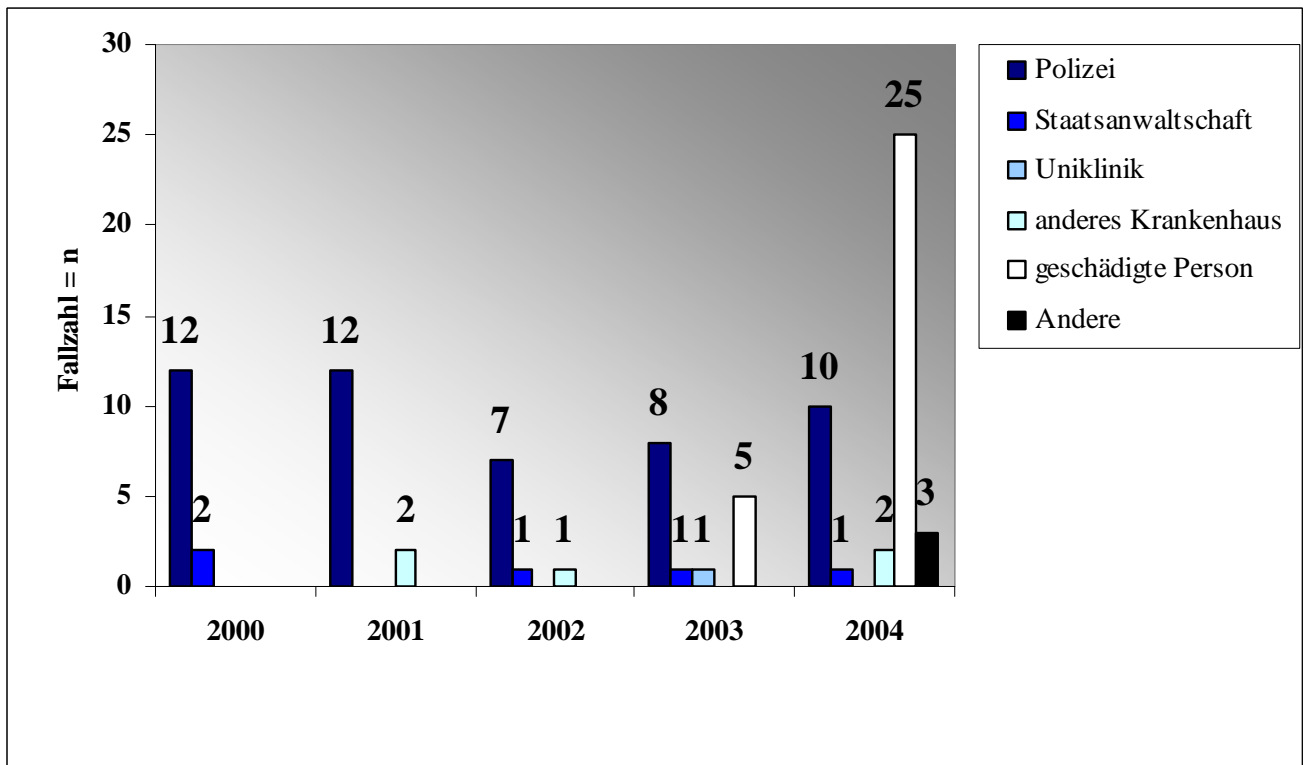
Tabelle 19: Sachverhalt/Anamnese

| Sachverhalt/Anamnese | Häufigkeit | Prozent |
|--|------------|---------|
| Nach Angabe der geschädigten Person | 51 | 42,1 |
| Nach Angabe von Dritten/Polizei | 54 | 44,6 |
| Nach Angaben von geschädigter Person und Dritten | 15 | 12,4 |
| Keine Angabe | 1 | 0,8 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

4.2.3.4 Anwendung des Gewaltschutzgesetzes

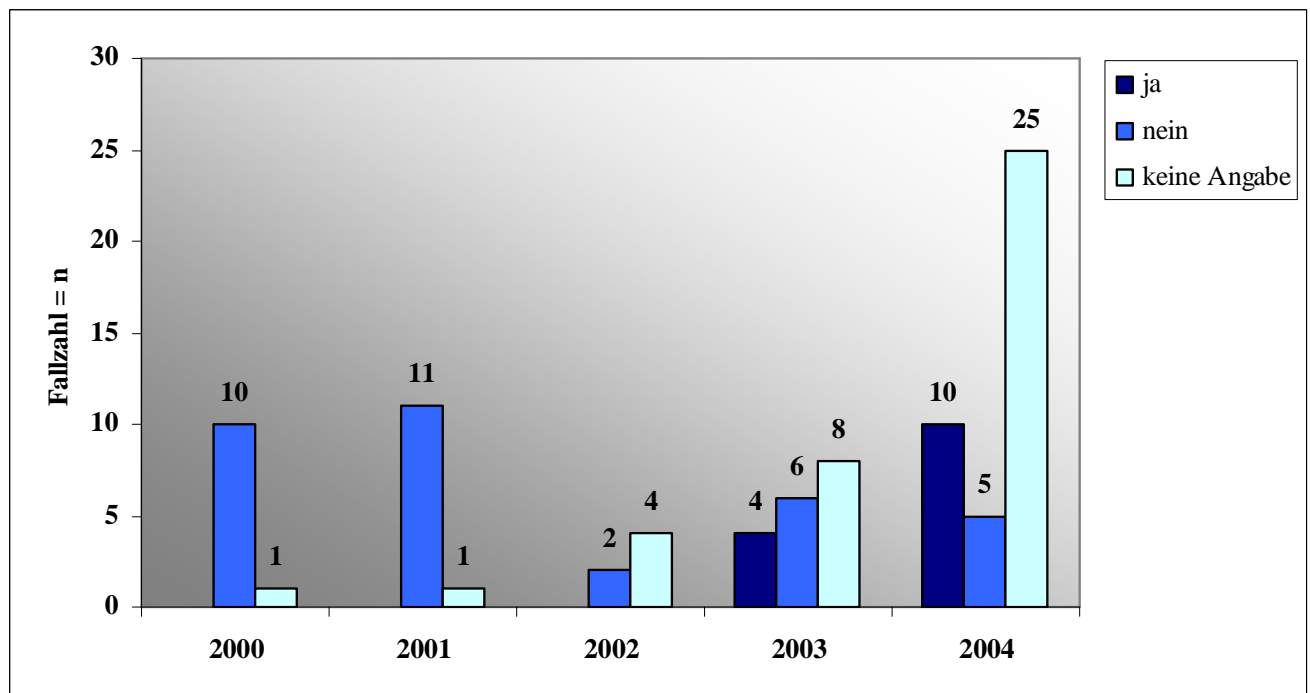
In insgesamt 92 % aller untersuchten Fälle wurde polizeiliche Anzeige erstattet. Graphik 16 zeigt, welche Auftraggeber sich in den Jahren 2000 bis 2004 mit den Fällen befassten. Hierbei fällt vor allem auf, dass der Anteil der Fälle, in denen die geschädigte Person selbst die Attestierung ihrer Verletzungen in Auftrag gab in den letzten beiden Jahren deutlich stieg (2000-2002: 0%, 2003: 33%, 2004: 61%). Der Anteil der polizeilich in Auftrag gegebenen Untersuchungen hingegen nahmen mit den Jahren entsprechend ab (2000 und 2001: 86%, 2002: 78%, 2003: 54%, 2004: 24%).

Graphik 16: Auftraggeber



Im Folgenden wurde nun zusätzlich nach Anwendung des Gewaltschutzgesetzes differenziert, wobei diejenigen Fälle herausgefiltert wurden, in denen eine polizeiliche Wegweisung des Täters ausgesprochen wurde. Das Gewaltschutzgesetz trat 2002 in Kraft und wurde in den folgenden Jahren in den entsprechenden Fällen beziehungsbezogener Gewalt angewendet. In den Jahren 2000 bis 2002 war folglich noch in keinem der am Kölner Institut für Rechtsmedizin in Auftrag gegebenen Fälle eine Anwendung des Gesetzes möglich. In den darauf folgenden beiden Jahren wurde es dann insgesamt 15 Mal angewendet. In lediglich einem Fall war das Opfer dabei männlichen Geschlechtes (Jahr: 2004). Graphik 17 gibt daher einen Überblick über die Inanspruchnahme der neuen Gesetzeslage durch weibliche Opfer häuslicher Gewalt, die ab 2003 zunehmend war.

Graphik 17: Anwendung des Gewaltschutzgesetzes (Opfer weibl.)

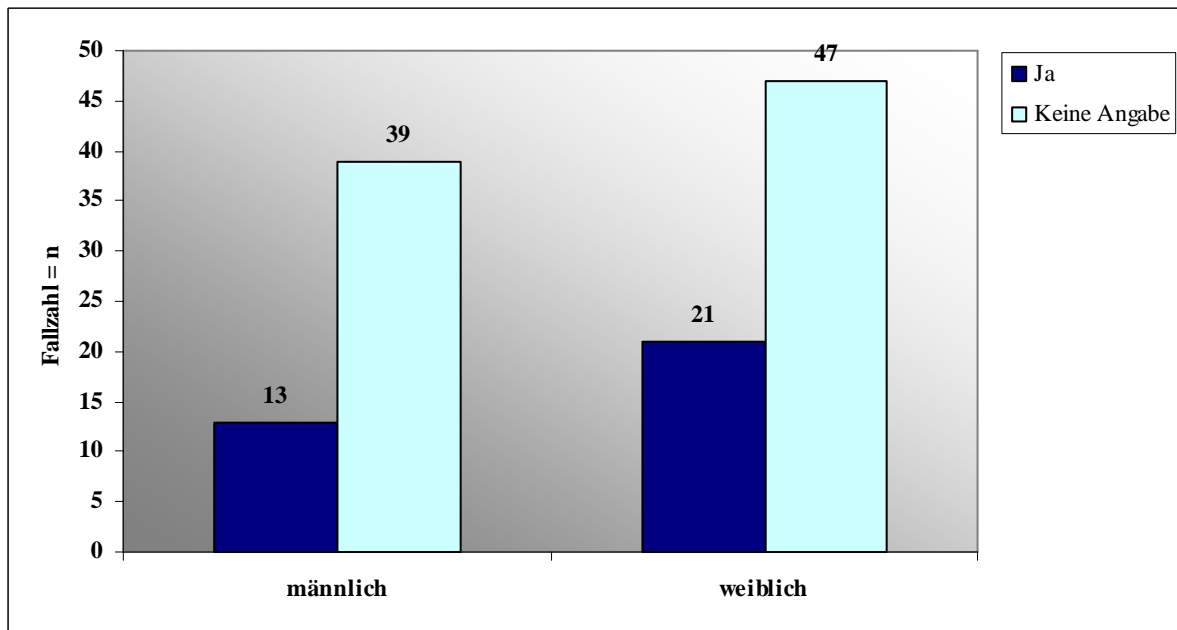


4.2.4 Art der Gewalt

4.2.4.1 Ein- oder mehrzeitige Gewalt

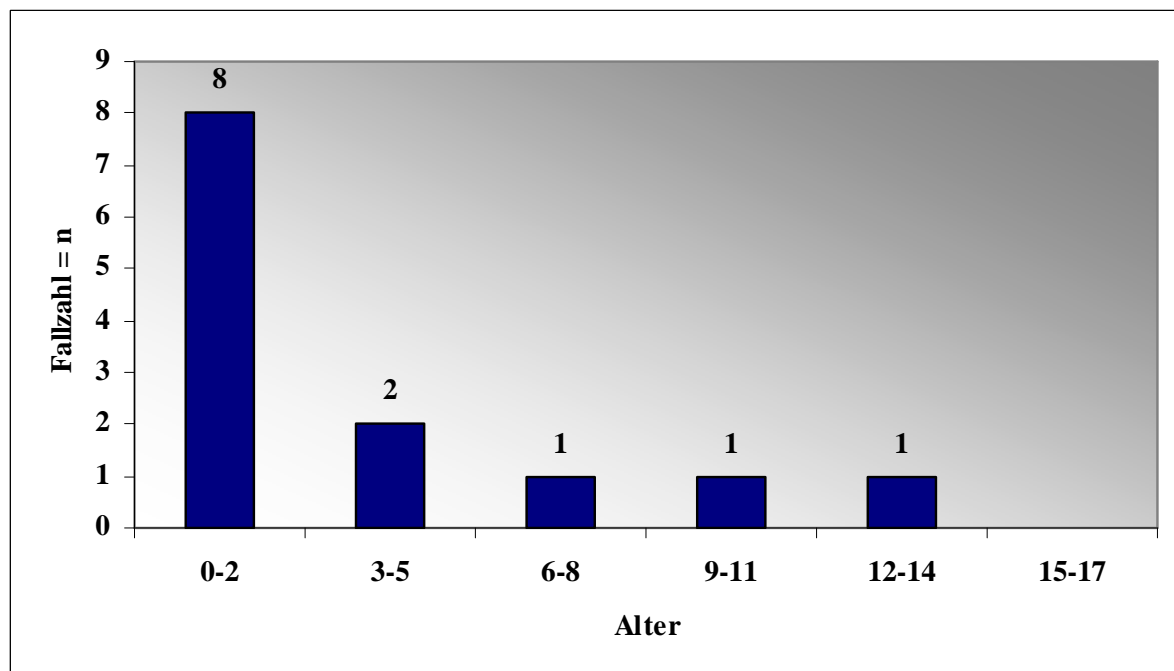
Das kennzeichnende Auswahlkriterium aller hier ausgewerteten Fälle war das Erleben jeglicher Formen von Gewalt in der Vorgeschichte. Dabei spielte keine Rolle, ob es sich um die einmalige oder rezidivierende Einwirkung handelte. Soweit möglich wurde versucht den Datensätzen zu entnehmen, ob es sich im Einzelfall um Wiederholungstaten handelte oder nicht. Die unten abgebildete Graphik verdeutlicht, dass hierzu häufig keine Angaben gemacht wurden. Es zählen also nur diejenigen als Opfer wiederholter Gewalt, bei denen in den Akten explizit Aussagen diesbezüglich gemacht wurden. Dabei waren tendenziell mit 45 % Frauen über längere Zeit hinweg eher mehrfachen Gewalttaten ausgesetzt als Männer mit 38 %.

Graphik 18: Mehrzeitige Gewalt

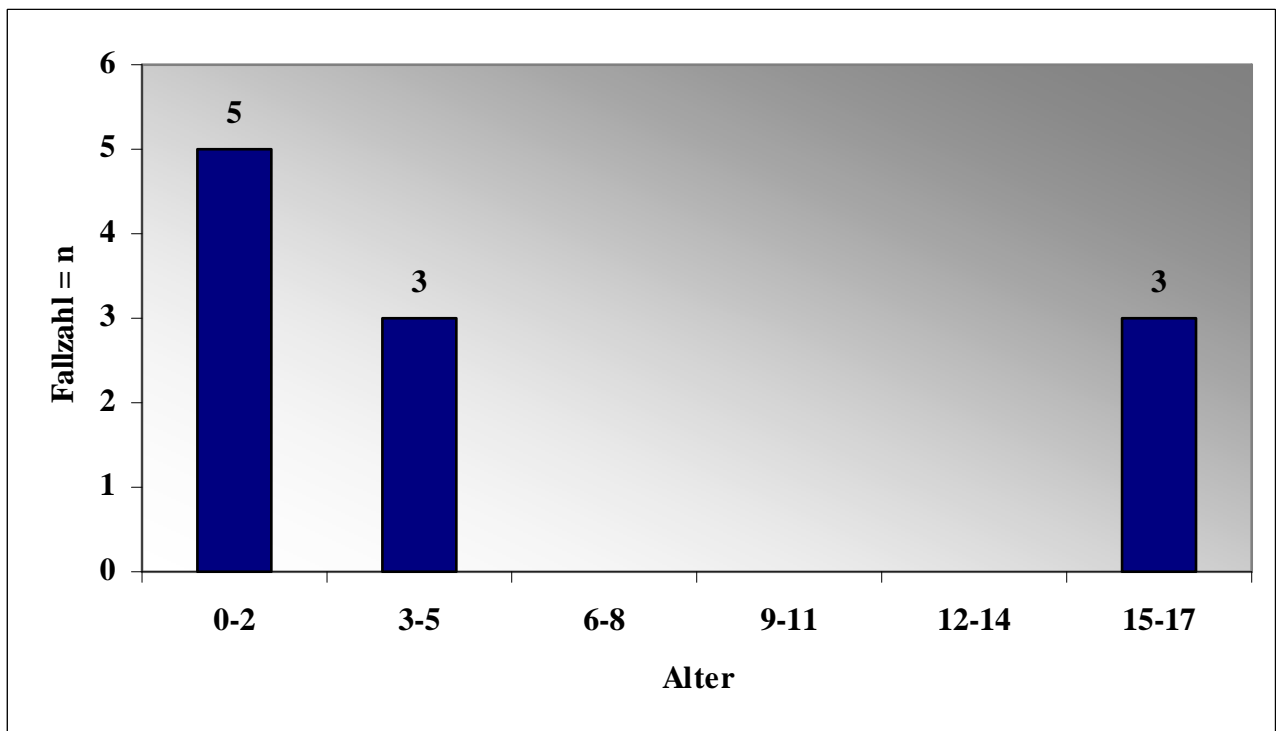


Wie man aus den unten aufgeführten Graphiken 19 bis 21 ersehen kann, fand mehrzeitige Gewalt an Männern ausschließlich an Kindern, hier vor allem Kleinkindern unter 2 Jahren statt. Weibliche Personen waren ebenfalls als Kleinkinder oder aber als junge Frauen zwischen 20 und 40 Jahren Opfer von Mehrfachgewalt.

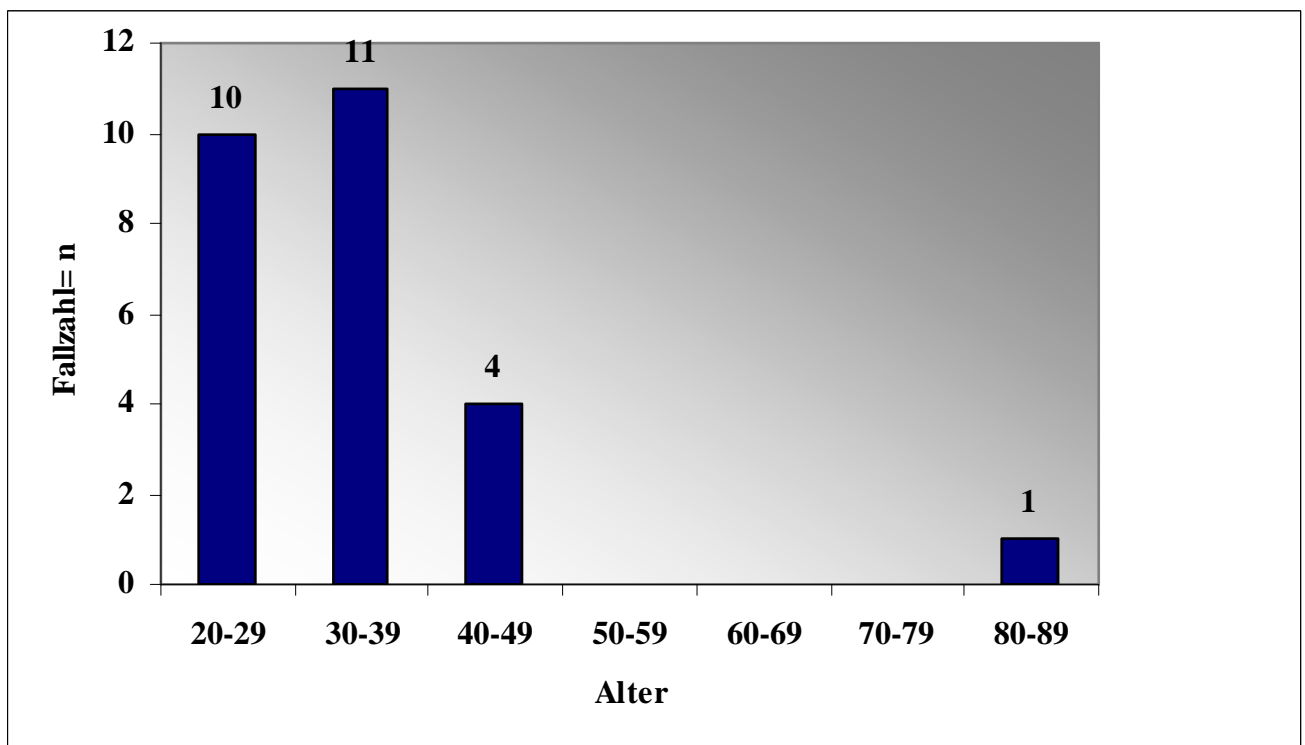
Graphik 19: Mehrzeitige Gewalt, Opfer männlich (Kinder)



Graphik 20: Mehrzeitige Gewalt, Opfer weiblich (Kinder)



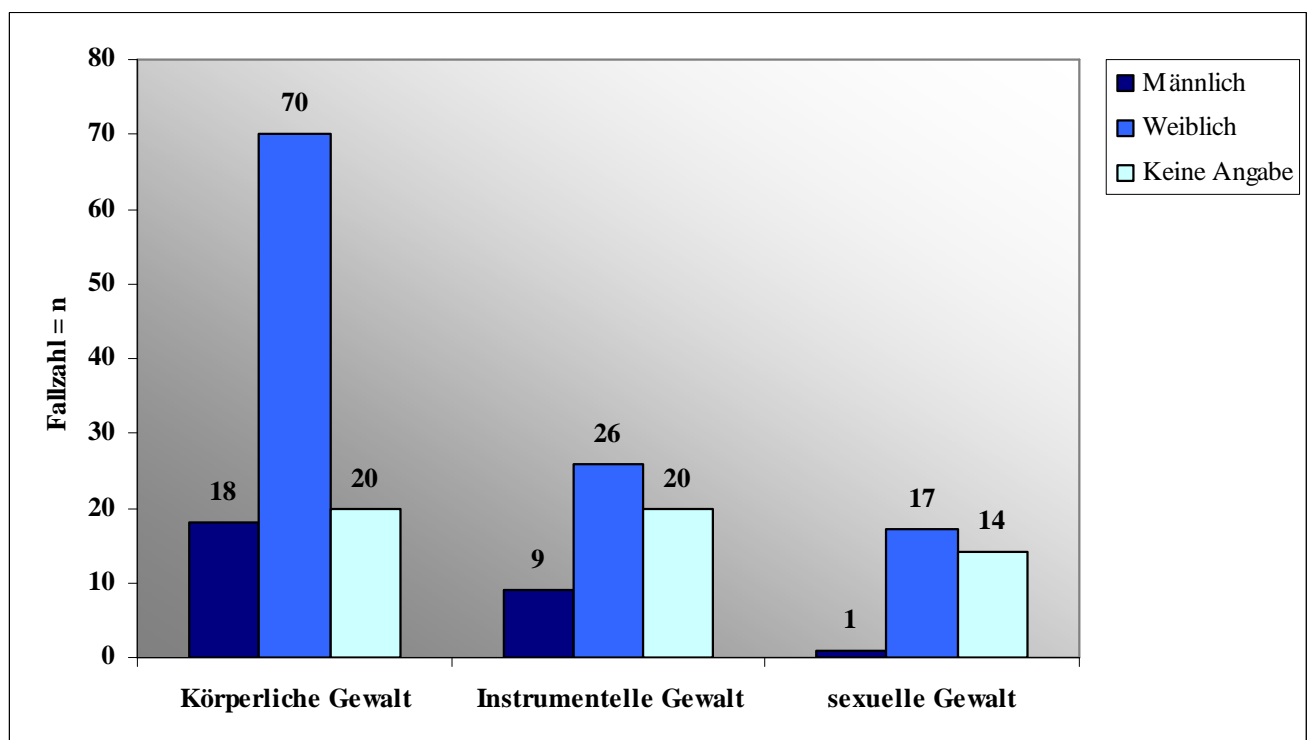
Graphik 21: Mehrzeitige Gewalt, Opfer weiblich (Erwachsene)



4.2.4.2 Gewaltform

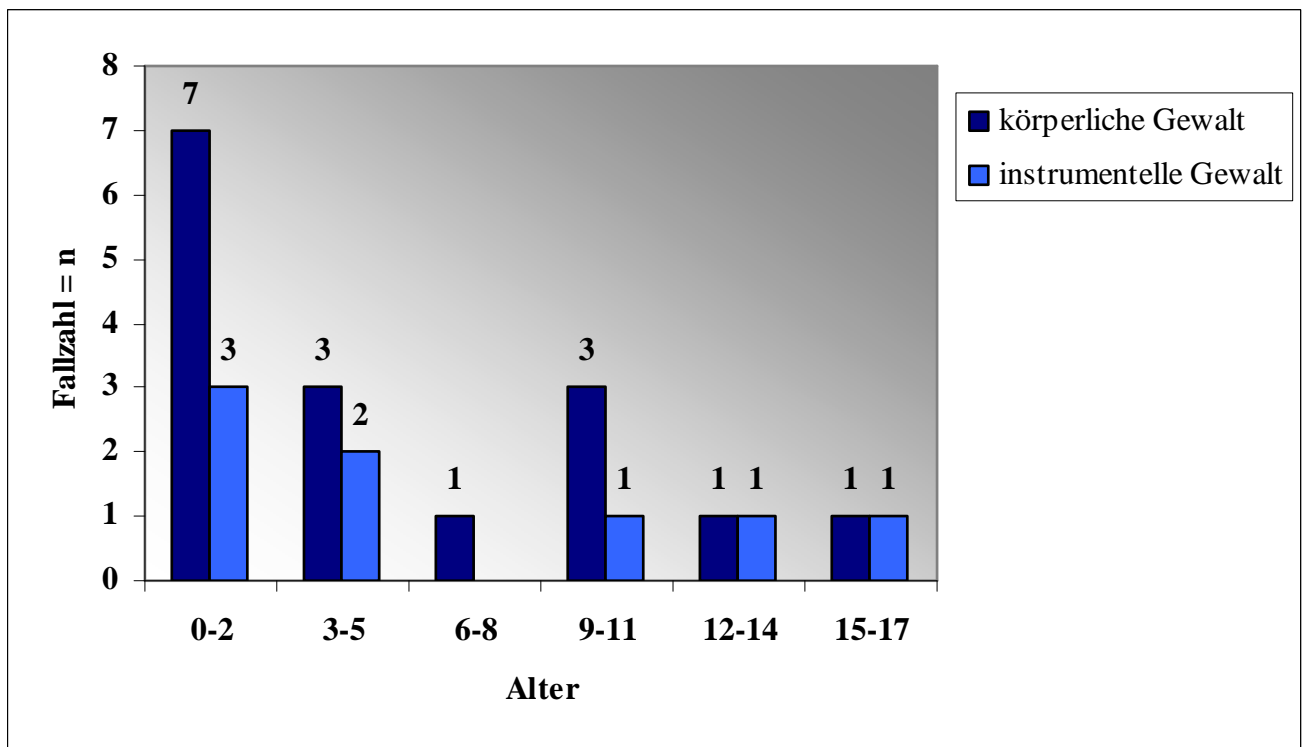
Frauen waren in 81% Opfer körperlicher Gewalt, darunter 30% im Zusammenhang mit Waffen oder Gegenständen. Ein Sexualdelikt wurde in knapp 20% angegeben. Männer wurden in 53% durch körperliche Gewalt geschädigt. Dabei wurden in 26% Waffen oder andere Tatwerkzeuge benutzt. Nur in knapp 3% fielen Männer einem Sexualdelikt zum Opfer. In 13 von 121 Fällen wurden keinerlei Zeichen einer Gewalteinwirkung festgestellt.

Graphik 22: Gewaltform



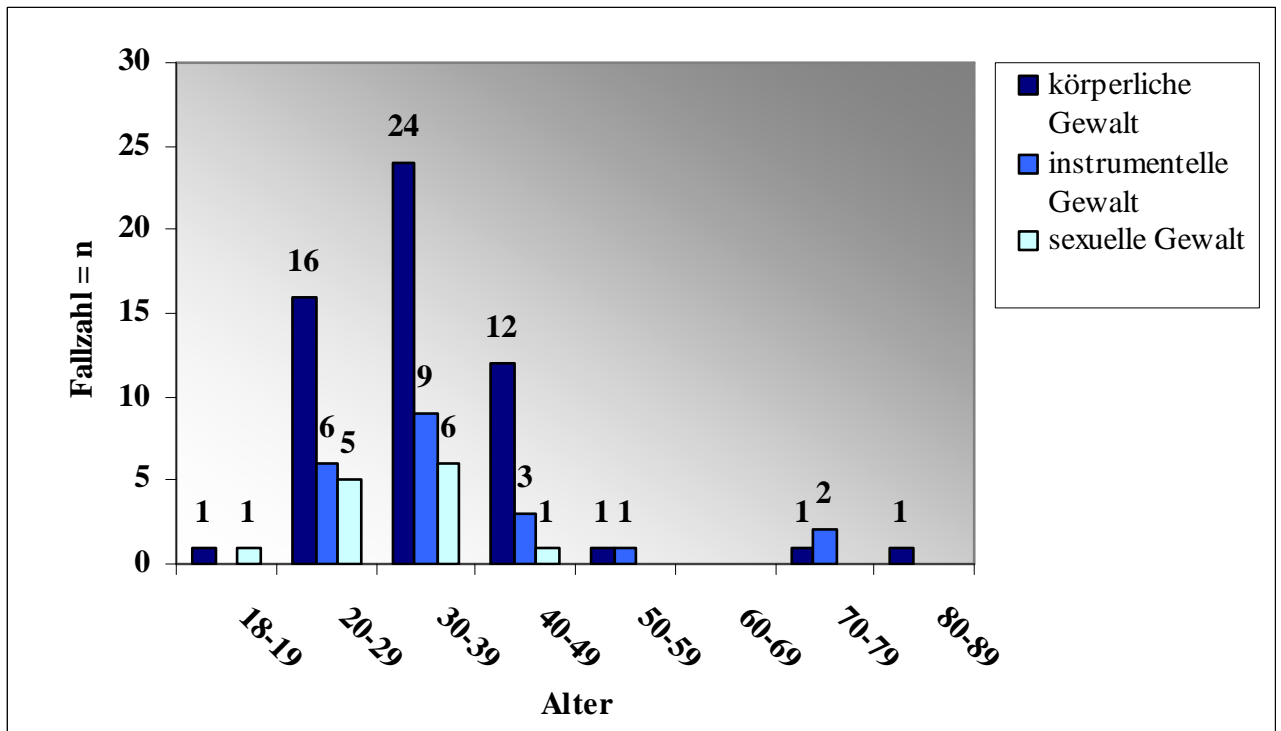
Gewalt an männlichen Personen wurde vorwiegend im Kindesalter verübt; lediglich 4 Erwachsene wurden laut Aktenlage Opfer körperlicher (1x), instrumenteller (2x) oder sexueller Gewalt (1x). Das Alter der erwachsenen männlichen Opfer betrug jeweils zwischen 30 und 40 Jahren. Graphik 23 gibt einen Überblick über die Altersgruppierung der minderjährigen männlichen Opfer, bei denen der Kleinkindbereich (0-3 Jahre) sowohl in der Kategorie „körperliche Gewalt“ (63%), als auch „instrumentelle Gewalt“ (43%) dominierte. Sexuelle Gewalt an Minderjährigen kam bei der Fallauswertung nicht vor.

Graphik 23: Altersverteilung männl. Opfer (Kinder)

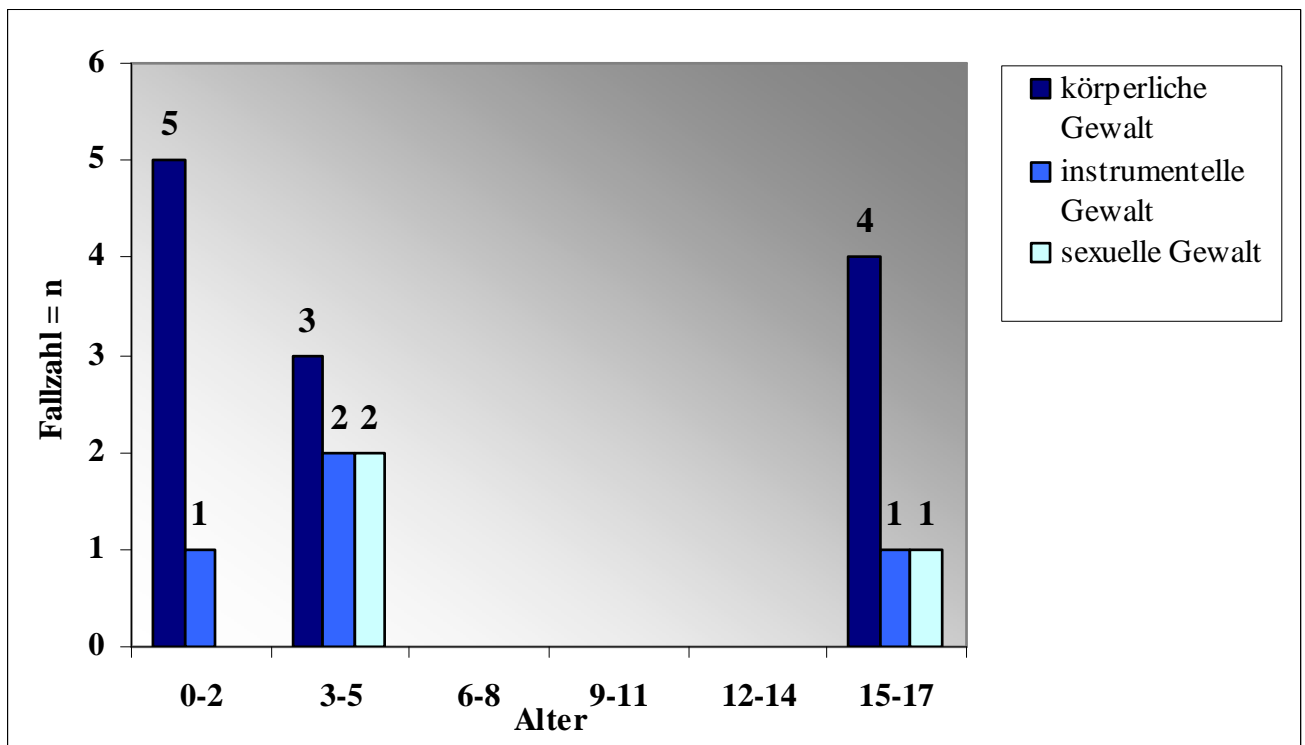


Sowohl körperliche, als auch instrumentelle und sexuelle Gewalt an Frauen wies in Bezug auf die Altersstruktur der Geschädigten zwei Häufigkeitsgipfel auf. Auffallend oft wurde Gewalt an Kleinkindern bis 3 Jahren verübt; körperliche Gewalt zu 9% und instrumentelle Gewalt zu 4%. In den Fällen sexueller Gewalt an Kindern lag deren Alter am häufigsten zwischen 4 und 6 Jahren (13%). Des Weiteren findet sich eine Häufung von Gewalt an Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren, wobei körperliche Gewalt zu 74%, instrumentelle Gewalt zu 69% und sexuelle Gewalt zu 71% in dieser Altersgruppe vorkommt.

Graphik 24: Altersverteilung weibl. Opfer (Erwachsene)



Graphik 25: Altersverteilung weibl. Opfer (Kinder)



Gewalt durch Waffen oder andere Tatwerkzeuge meint den Gebrauch von Gegenständen bei der Ausübung der Gewalt. Im Folgenden werden einige der am häufigsten benutzten Tatwerkzeuge in absteigender Reihenfolge aufgeführt:

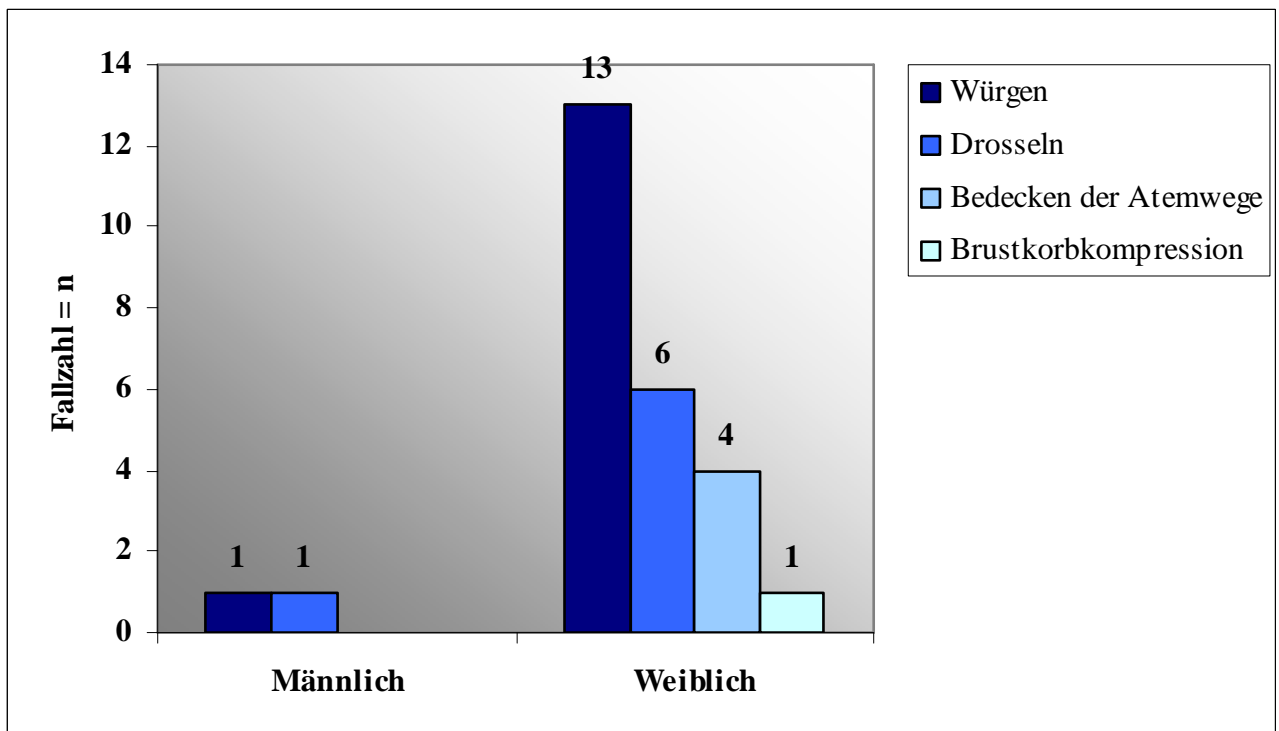
1. Messer (12 x)
2. Gürtel, seilähnliche Gegenstände (11 x)
3. Schlagwaffen o. stockähnliche Gegenstände (8 x)
4. Zigaretten (2 x)
5. außerdem in Einzelfällen z.B. heiße Flüssigkeiten, kochendes Wasser, Peitsche, Schlüsselbund, u. a.

Eigens differenziert wurden zusätzlich folgende Tathandlungen:

- Würgen
- Knebeln
- Drosseln
- Bedecken der Atemwege
- Hängen
- Brustkorbkompression

Gemeinsam ist all diesen Gewaltformen die Bewertung als lebensbedrohlicher Angriff mit dem Ziel des evtl. Todes des Opfers durch mechanische Asphyxie. Eine besonders hohe psychische Belastungspotenz ergibt sich hieraus auch für das Opfer, welches neben der physischen Qual der Atemnot regelrechte „Todesangst“ durchsteht. Mit Abstand am häufigsten (15%) wurde dieses bei weiblichen Opfern mittels Würgen nachgewiesen; zweithäufigste Gewaltform war der Drosselvorgang (7%), bei dem der Hals mit einem geeigneten Gegenstand, beispielsweise einem Strick, komprimiert wird. Mechanische Asphyxie durch Hängen oder Knebeln erlitt in den analysierten Fallbeispielen keines der Opfer; wohl aber kam es zu Atemnot infolge des Bedeckens der Atemwege (5%), hier mittels der Verwendung von Kissen und in einem Fall durch die Kompression des Brustkorbes (1%). Männer wurden in jeweils einem Fall durch Würgen (3%) und Drosseln (3%) angegangen. Zu anderen Formen der oben aufgeführten Gewaltarten kam es entweder nicht, oder es wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

Graphik 26: Weitere Gewaltformen



Im Hinblick auf die Dokumentation der Befunde, die durch körperliche oder instrumentelle Gewalt verursacht wurden, wurden folgende Verletzungsarten im Sinne einer Typisierung der Einwirkung unterschieden:

Tabelle 20: Verletzungsarten 1

| Verletzungsarten | männlich | weiblich |
|--------------------------------------|----------|----------|
| stumpfe ungeformte Gewalt | 22 | 55 |
| stumpfe geformte Gewalt | 7 | 6 |
| halbscharfe Gewalt | 0 | 2 |
| scharfe Gewalt - Stichverletzungen | 1 | 4 |
| scharfe Gewalt - Schnittverletzungen | 2 | 9 |
| Schussverletzungen | 0 | 0 |
| thermische Einwirkung | 3 | 0 |

Sowohl bei Männern als auch Frauen wurde als häufigste Gewaltform (65% bzw. 64%) ungeformte stumpfe Gewalt dokumentiert. Die männlichen Opfer waren dabei mit einer Ausnahme minderjährig, bei den weiblichen Opfern fanden sich Befunde ungeformter stumpfer Gewalt in jedem Alter ohne Präferenz einer bestimmten Altersstufe. In absteigender

Häufigkeit fanden sich bei männlichen Opfern danach geformte stumpfe Gewalt (21 %, 2 Säuglinge, 4 Teenager, 1 Erwachsener), thermische Einwirkungen (9%, 1 Säugling, 2 Kleinkinder), Schnitt- (6%, 1 Kleinkind, 1 Erwachsener) und Stichverletzungen (3%, 1 Erwachsener). Bei Frauen hingegen wurden oft Schnittwunden (10%, 1 Teenager, eine junge Frau 19 Jahre alt, 6 Frauen zwischen 30 und 53 Jahren, 1 Frau über 70 Jahre), sowie geformte stumpfe Gewalt (7%, ein Säugling, ein Kleinkind, ein Teenager, 3 junge Frauen zwischen 23 und 34 Jahren), Stichverletzungen (5%, 4 junge Frauen zw. 21 und 36 Jahren) und halbscharfe Gewalt (2%, ein Säugling, 1 Erwachsene) in den Untersuchungsbefunden festgehalten. Schussverletzungen wurden bei keinem überlebenden Opfer dokumentiert.

Im Folgenden wurden weitere Verletzungen differenziert:

Tabelle 21: Verletzungsarten 2

| Verletzungsarten | männlich | weiblich |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| Frakturen | 3 | 8 |
| Bissverletzungen | 2 | 3 |
| Fesselungsspuren | 2 | 3 |
| Widerlageverletzungen | 0 | 1 |
| Griffspuren | 4 | 9 |
| Abwehrverletzungen | 0 | 7 |
| Ritzverletzungen | 0 | 2 |
| Kratzspuren | 2 | 10 |
| Trittspuren | 0 | 1 |

Bei beiden Geschlechtern wurden besonders häufig Griffspuren (12% männl. Opfer, 2 Säuglinge und 2 Teenager, 10% weibl. Opfer, Erwachsene zwischen 26 und 44 Jahren) und auch Frakturen (9% bei beiden Geschlechtern, je 2 männl. Säuglinge und Kleinkinder, 3 weibl. Säuglinge und 6 erwachsene Frauen) dokumentiert. Ein typischer Befund bei Frauen waren Kratzspuren (12%, 1 Teenager, 9 Frauen zwischen 20 und 46 Jahren), weniger häufig Abwehrverletzungen (8%, 7 Erwachsene), Biss- und Fesselungsspuren (je 3%, Bisse bei einem Teenager, 2 jungen Erwachsenen, Fesselungen bei 3 Erwachsenen zwischen 23 und 37 Jahren), Ritzverletzungen (2%, eine 32-Jährige, einmal Alter unbekannt) sowie Widerlager- und Trittspuren (je 1%, 22 Jahre, 26 Jahre). Männer zeigten bei der körperlichen Untersuchung in gleicher Häufigkeit Biss-, Fesselungs- und Kratzspuren (je 6%, Bissspuren bei einem Kleinkind und einem Teenager, Fesselungen bei einem Teenager und einem Erwachsenen, Kratzspuren bei 2 Kleinkindern).

In Kapitel 4.2.4.3 wird detailliert auf die genaue Lokalisation der jeweiligen Verletzungsmuster eingegangen.

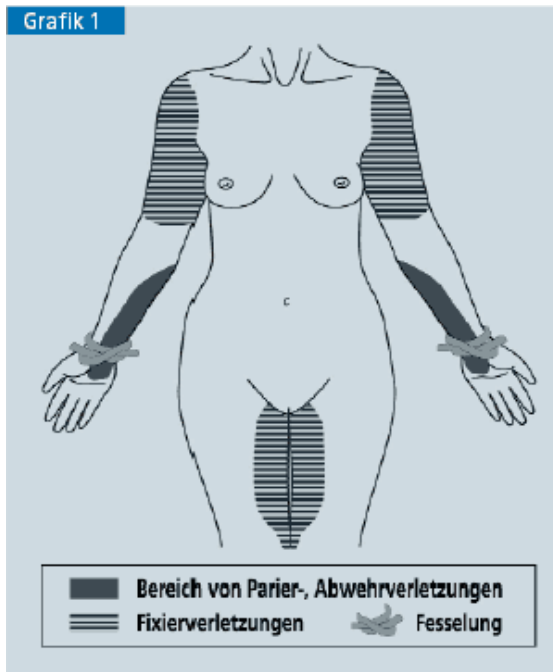
4.2.4.3 Lokalisation

Im Rahmen rechtsmedizinischer Opferbegutachtungen wurden nicht nur Art und Ausmaß, sondern auch Lokalisationen der Verletzungen detailliert dokumentiert. In dieser Arbeit gibt folgende schematisierte Einteilung der Körperregionen einen Überblick über die Lokalisation der Untersuchungsbefunde:

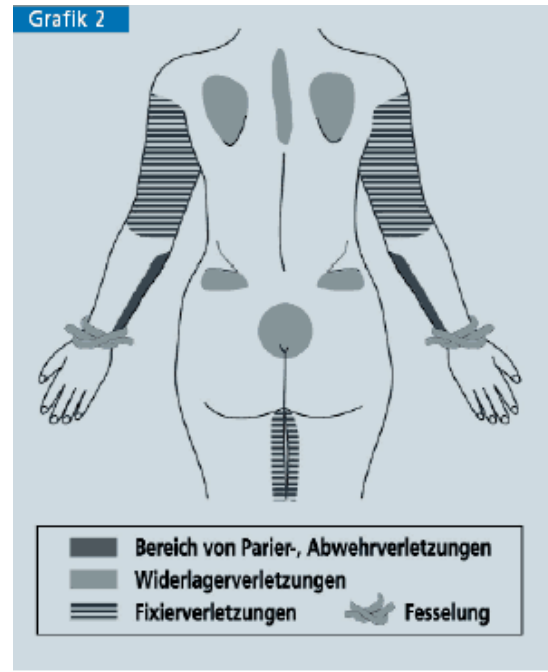
- Hirnschädel
- Gesichtsschädel
- Nacken
- Hals
- Brust(korb)
- Brüste
- Abdomen
- Rücken
- Genitale
- Gesäß
- obere Extremität
- untere Extremität

Die folgenden Abbildungen stellen Beispiele einer exakten Dokumentation der erlittenen Verletzungen dar (Quelle: Seifert, Heinemann, Püschel 2006):

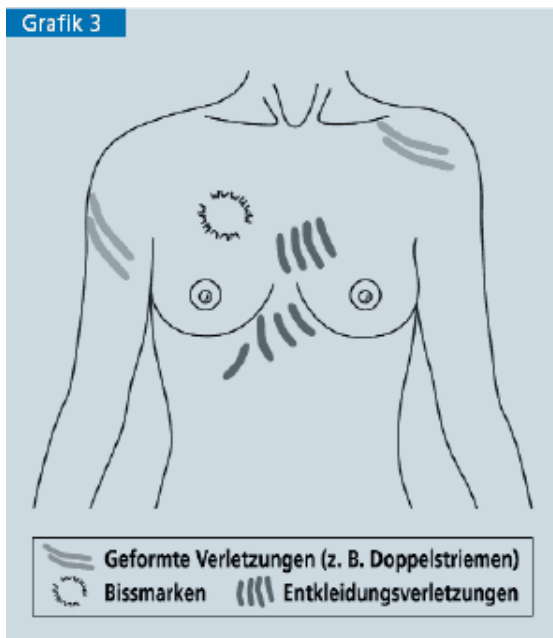
Abbildung 2-5: Verletzungsdokumentation mithilfe von Schemazeichnungen



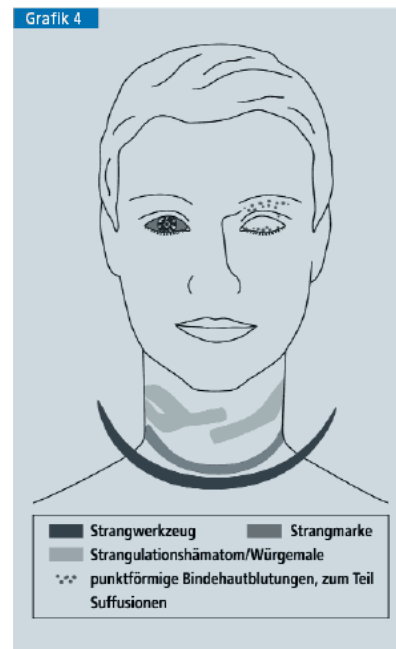
Typische Fixier- und Parierverletzungen der Körpervorderseite



Fixier-, Parier- und Widerlagerverletzungen der Körperrückseite



Spezielle Verletzungsmuster



Verletzungsmuster bei Strangulation

Stumpfe ungeformte Gewalt

Die am häufigsten dokumentierten Fälle ungeformter stumpfer Gewalt bei Männern waren am Gesichtsschädel (11) lokalisiert. Es folgten mit abnehmender Häufigkeit obere Extremität (9), Rücken (6), Hirnschädel (4), Gesäß (4) und untere Extremität (3). Nur vereinzelt sah man oben genannte Verletzungseinwirkungen an Nacken (1) und Brustkorb (1).

Bei Frauen wurden mit Abstand die meisten ungeformt stumpfen Gewalteinwirkungen an Gesichtsschädel (33) und oberer Extremität (33) dokumentiert. Danach fanden sich Befunde an den unteren Extremitäten (23), Rücken (11), Hirnschädel (9), Brustkorb (8), Hals (7), Abdomen (5), Brüsten (4), Gesäß (2), Nacken (2) und Genitalen (1).

Stumpfe geformte Gewalt

Diese kam insgesamt eher selten vor. Meist wurde sie bei männlichem Opfern am Gesichtsschädel (3) vorgefunden, seltener auch an oberer Extremität oder Rücken (je 2). Jeweils einmal konnte stumpfe geformte Gewalt an Hirnschädel, Hals und unterer Extremität dokumentiert werden.

Frauen traf geformte stumpfe Gewalt an den unteren Extremitäten (4) oder dem Gesäß (3), selten an Nacken, Rücken, Genitalen oder den oberen Extremitäten (je 1).

Halbscharfe Gewalt

Bei Männern wurde diese nicht beschrieben.

Halbscharfe Gewalt bei weiblichen Opfern wurde lediglich an Gesichtsschädel und unterer Extremität je einmal festgestellt.

Scharfe Gewalt – Stichverletzungen

Verletzungen durch Stiche waren bei Männern am Brustkorb lokalisiert (1).

Bei Frauen wurden Stichverletzungen an Brustkorb (2), Abdomen (2), oberer (2) und unterer Extremität (1) gesehen.

Scharfe Gewalt- Schnittverletzungen

Man sah diese an Brust (1), Rücken (1) und oberer Extremität (1) bei Männern.

Bei weiblichen Opfern konnten Schnittverletzungen an oberer Extremität (5), Hals (3), Hirnschädel und schließlich unterer Extremität (je 2) dokumentiert werden. Gesichtsschädel, Brüste, Abdomen und Rücken waren von dieser Gewaltform je einmal betroffen.

Schussverletzungen

Bei überlebenden Opfern häuslicher Gewalt wurden keine Schussverletzungen dokumentiert.

Thermische Einwirkungen

Hier gab es keine Präferenz bezüglich der Lokalisation. Gewalt als Folge von thermischer Einwirkung wurde bei Männern beobachtet an den unteren Extremitäten (3), den Genitalen (2), dem Gesäß (2) und dem Gesichtsschädel (1).

Frauen zeigten thermische Schäden an den oberen Extremitäten (2), sowie an den unteren Extremitäten, Genitalen, Rücken, Abdomen und Gesichtsschädel jeweils einmal.

Frakturen

Knöcherne Verletzungen als Folge von Gewalt betrafen bei Männern Hirnschädel, Brustkorb oder die unteren Extremitäten (je 1).

Bei Frauen waren Frakturen an Gesichtsschädel und oberer Extremität (je 3), sowie der unteren Extremitäten (2), Hirnschädel (1) und Brustkorb (1) zu finden.

Bissverletzungen

Jeweils einmal trugen männliche Opfer Bissverletzungen an Gesicht und Rücken davon.

Bei Frauen waren die Bisse an Gesichtsschädel (2), Rücken (2) und den Armen (1) lokalisiert.

Fesselungsspuren

Zeichen von Fesselungen wurden bei Männern und Frauen an den oberen Extremitäten gefunden (je 2), bei Letzteren zusätzlich auch an Hals (1) und Rücken (1).

Widerlagerverletzungen

Diese wurden lediglich bei einem weiblichen Opfer am Hals eindeutig dokumentiert.

Griffspuren

Griffspuren waren bei Männern im Gesicht und an den Armen zu finden (je 2).

Bei Frauen konnten sie ebenfalls hauptsächlich an den Armen (5) sowie am Hals (4) und den Beinen (1) nachgewiesen werden.

Abwehrverletzungen

Deutlich als Abwehrverletzung erkennbare Folgen von Gewalt wurden lediglich bei weiblichen Opfern und meist an den oberen Extremitäten gesehen (6). Als einzig weitere Körperregion, die Abwehrverletzungen aufwies, war in einem Fall der Hals betroffen.

Ritzverletzungen

Ritzverletzungen machten einen geringen Teil der Verletzungen aus und waren jeweils einmal an oberer und unterer Extremität, ebenfalls nur bei Frauen zu finden.

Kratzspuren

Auch bei diesem Verletzungsmuster konnte keine bevorzugte Körperregion beobachtet werden. Bei Männern fanden sich Kratzspuren an Gesicht (1), Armen (1) und Beinen (1).

Bei Frauen waren Kratzspuren in absteigender Häufigkeit an Gesicht und Armen (je 4), Beinen (3), Hirnschädel, Hals, Brust und Rücken (je 1) lokalisiert.

Trittspuren

Diese wurden in einem Fall an der unteren Extremität einer Frau explizit beschrieben.

4.2.4.4 Schweregrad der Verletzungen

Nach sachgerechter Dokumentation der Verletzungen durch das rechtsmedizinische Institut konnten anhand des Verletzungsmusters und der Angaben zum Tathergang häufig Aussagen bezüglich des Schweregrades der Verletzungen gemacht werden.

Bei 41 von 121 überlebenden Opfern lagen potentiell lebensgefährliche Verletzungen vor, also solche, die unter gewissen Umständen oder in höherer Intensität zum Tod hätten führen können. Hierzu zählten beispielsweise Fälle von Angriffen gegen den Hals wie Würge- oder Drosselvorgänge. Dabei waren Frauen mit gut 37% in höherem Maße betroffen als Männer mit 26,5%.

In den meisten Fällen (65) wurden nicht lebensgefährliche Verletzungen dokumentiert, davon 20 bei männlichen (59%) und 45 bei weiblichen Opfern (52%).

Immerhin 13 Mal konnten keinerlei Zeichen einer Gewalteinwirkung festgestellt werden.

Tabelle 22: Schweregrad der Verletzungen (männl. Opfer)

| Schweregrad der Verletzungen | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Keine Zeichen von Gewalteinwirkung | 5 | 14,7 |
| Nicht lebensgefährliche Verletzungen | 20 | 58,8 |
| Potentiell lebensgefährliche Verletzungen | 9 | 26,5 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

Tabelle 23: Schweregrad der Verletzungen (weibl. Opfer)

| Schweregrad der Verletzungen | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Keine Zeichen von Gewalteinwirkung | 8 | 9,3 |
| Nicht lebensgefährliche Verletzungen | 45 | 52,3 |
| Potentiell lebensgefährliche Verletzungen | 32 | 37,2 |
| Keine Angabe | 1 | 1,2 |
| Gesamt | 86 | 100,0 |

Bezogen auf das Alter wurden bei den volljährigen männlichen Opfern in beiden Fällen potentiell lebensgefährliche Verletzungen dokumentiert. Da es sich bei den übrigen Opfern um Kinder handelte, entspricht die Häufigkeitsverteilung der gesehenen Verletzungsmuster in etwa der Tabelle 22.

Von insgesamt 22 minderjährigen weiblichen Opfern wurden bei über der Hälfte der Kinder (59%) nicht lebensgefährliche Verletzungen dokumentiert, der Anteil der übrigen Gewaltausprägungen lag zwischen 9 und 18%. Bei den Erwachsenen sah man in 50% der Fälle nicht lebensgefährliche Verletzungen. Es kam jedoch weit häufiger als bei den Kindern und zwar mit 37% auch zu weitaus schwerwiegenderen Verletzungen, die als potentiell lebensgefährlich eingestuft wurden.

4.2.5 Ergänzende Daten zur Untersuchung

4.2.5.1 Auftraggeber

Gut 56% der Untersuchungen wurden von Polizei (54%) und Staatsanwaltschaft (2,5%) in Auftrag gegeben. An zweiter Stelle waren mit nahezu 26% die Geschädigten selbst Initiatoren der Begutachtung. In zusammen gut 12% baten Krankenhäuser konsiliarisch um die Attestierung von Verletzungen unter rechtsmedizinischem Aspekt. Dabei meldeten vor allem die Krankenhäuser ohne Universitätsanschluss diesbezüglich Bedarf an. „Andere“ Auftraggeber waren in den fünf gezählten Fällen Amtsgerichte, Versorgungsämter, Jugend- und Kinderheime.

Tabelle 24: Auftraggeber

| Auftraggeber | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------|------------|---------|
| Polizei | 65 | 53,7 |
| Staatsanwaltschaft | 3 | 2,5 |
| Uniklinik | 3 | 2,5 |
| Anderes Krankenhaus | 12 | 9,9 |
| Geschädigte Person | 31 | 25,6 |
| Andere | 6 | 5,0 |
| Keine Angabe | 1 | 0,8 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

In der Auftragslage gab es Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht und Alter der Geschädigten:

Bei männlichen Opfern häuslicher Gewalt erfolgte die Weisung einer rechtsmedizinischen Begutachtung zu 56% durch Polizei oder Staatsanwaltschaft. Dies traf insbesondere für die zwei Erwachsenen Opfer (100%), aber auch für die minderjährigen Geschädigten zu (55%, siehe Tabelle 25). Kinder wurden einer rechtsmedizinischen Untersuchung außerdem häufiger durch Initiative von Krankenhäusern (insgesamt 32%) zugeführt. In lediglich einem Fall, in dem das Alter des Opfers nicht angegeben war, suchte der Geschädigte von sich aus das rechtsmedizinische Institut zwecks Begutachtung und Attestierung seiner Verletzungen auf. Da im Kontext von partnerschaftlicher Gewalt durch seine Ehefrau die Rede war, ist mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Opfer volljährig war.

Auch bei den weiblichen Opfern dominierten als Auftraggeber Polizei und Staatsanwaltschaft sowohl bei voll- als auch minderjährigen Geschädigten (55% / 59%). Mädchen wurden analog zu den Jungen häufig über ein Krankenhaus an die Rechtsmedizin herangeführt (23%). Erwachsene Frauen hingegen suchten mit gut 45% das rechtsmedizinische Institut vergleichsweise oft aus eigenem Antrieb heraus auf. In Tabelle 27 sind zwei minderjährige weibliche Opfer aufgeführt, die ebenfalls selbst als Auftraggeberinnen fungierten. Das Alter der beiden betrug 15 und 16 Jahre.

Tabelle 25: Auftraggeber, Opfer männlich (Kinder)

| Auftraggeber | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------|------------|---------|
| KK | 16 | 51,6 |
| Staatsanwaltschaft | 1 | 3,2 |
| Uniklinik | 2 | 6,5 |
| Anderes Krankenhaus | 8 | 25,8 |
| Andere | 4 | 12,9 |
| Gesamt | 31 | 100,0 |

Tabelle 26: Auftraggeber, Opfer weiblich (Erwachsene)

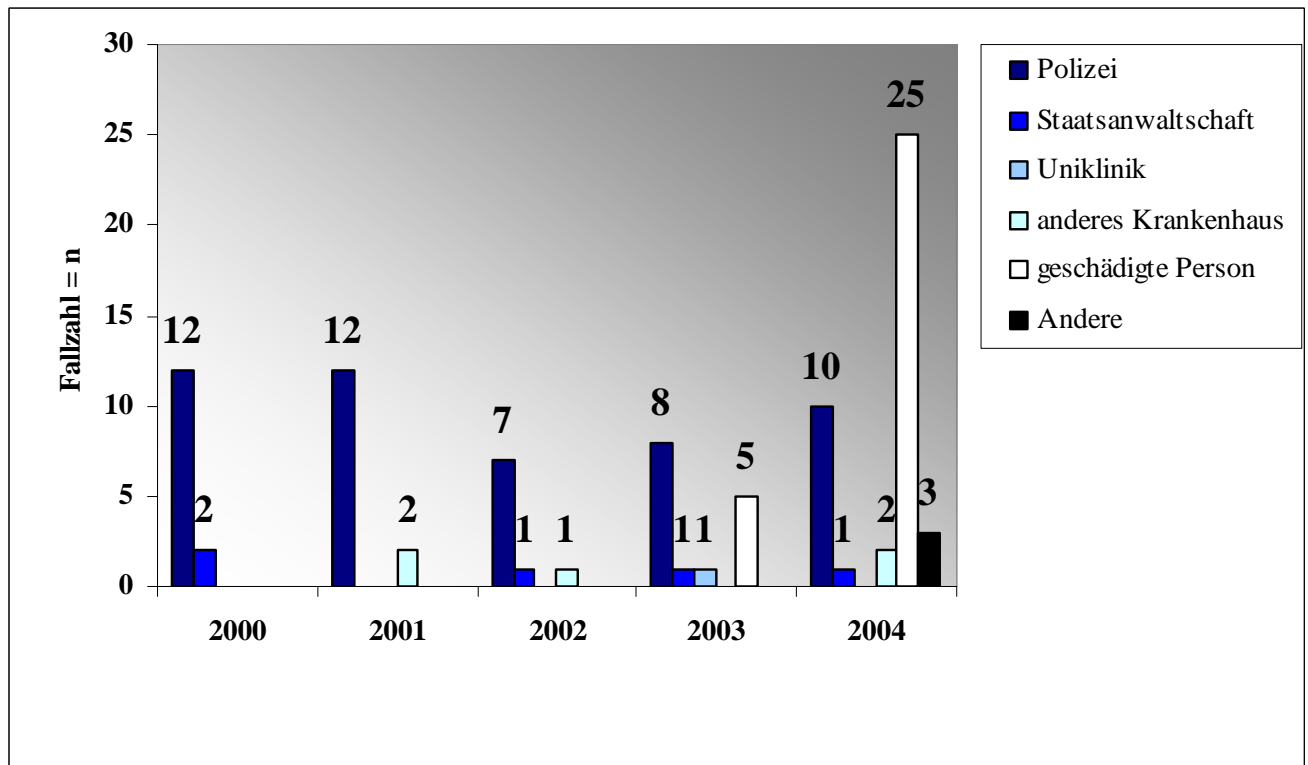
| Auftraggeber | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------|------------|---------|
| KK | 33 | 53,2 |
| Staatsanwaltschaft | 1 | 1,6 |
| Geschädigte Person | 28 | 45,2 |
| Gesamt | 62 | 100,0 |

Tabelle 27: Auftraggeber, Opfer weiblich(Kinder)

| Auftraggeber | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------|------------|---------|
| KK | 13 | 59,1 |
| Uniklinik | 1 | 4,5 |
| Anderes Krankenhaus | 4 | 18,2 |
| Geschädigte Person | 2 | 9,1 |
| Andere | 2 | 9,1 |
| Gesamt | 22 | 100,0 |

Graphik 27 zeigt, welche Auftraggeber sich in den Jahren 2000 bis 2004 mit den Fällen befasst haben. Hierbei fällt vor allem auf, dass der Anteil der Fälle, in denen die geschädigte Person selbst die Attestierung ihrer Verletzungen in Auftrag gab, in den letzten beiden Jahren deutlich stieg (2000-2003: 0%, 2003: 33%, 2004: 61%). Die polizeilich in Auftrag gegebenen Untersuchungen hingegen nahmen mit den Jahren entsprechend deutlich ab (2000 und 2001: 86%, 2002: 78%, 2003: 54%, 2004: 24%).

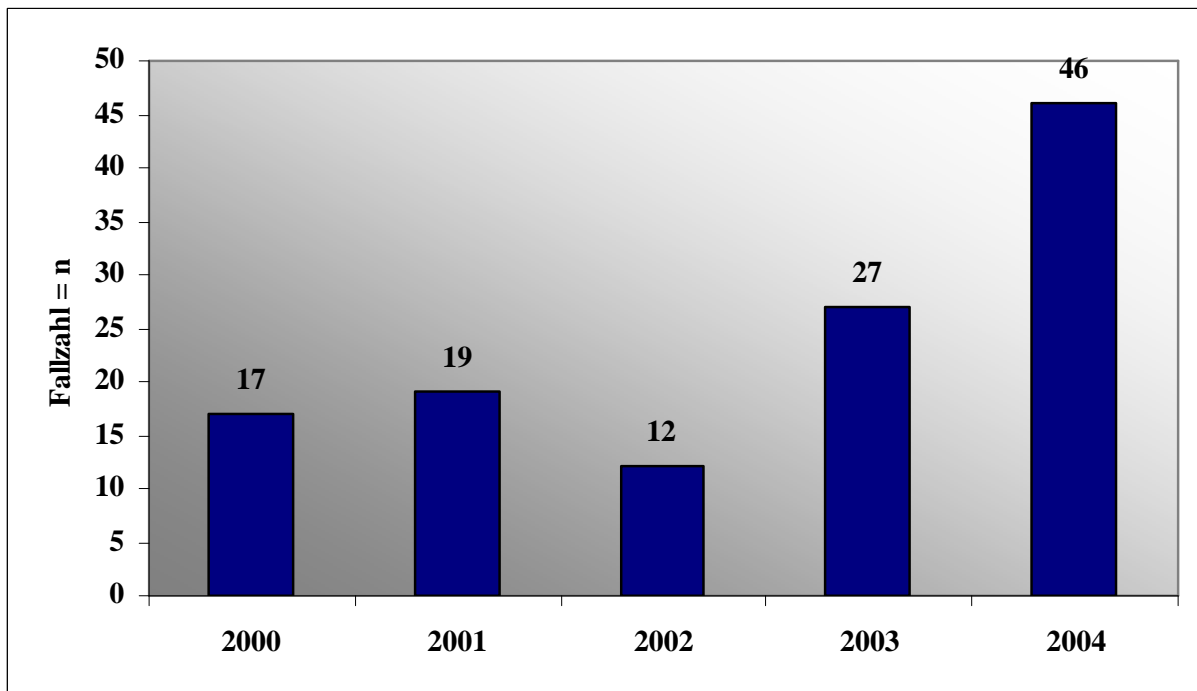
Graphik 27: Auftraggeber



4.2.5.2 Zeitpunkt der Untersuchung

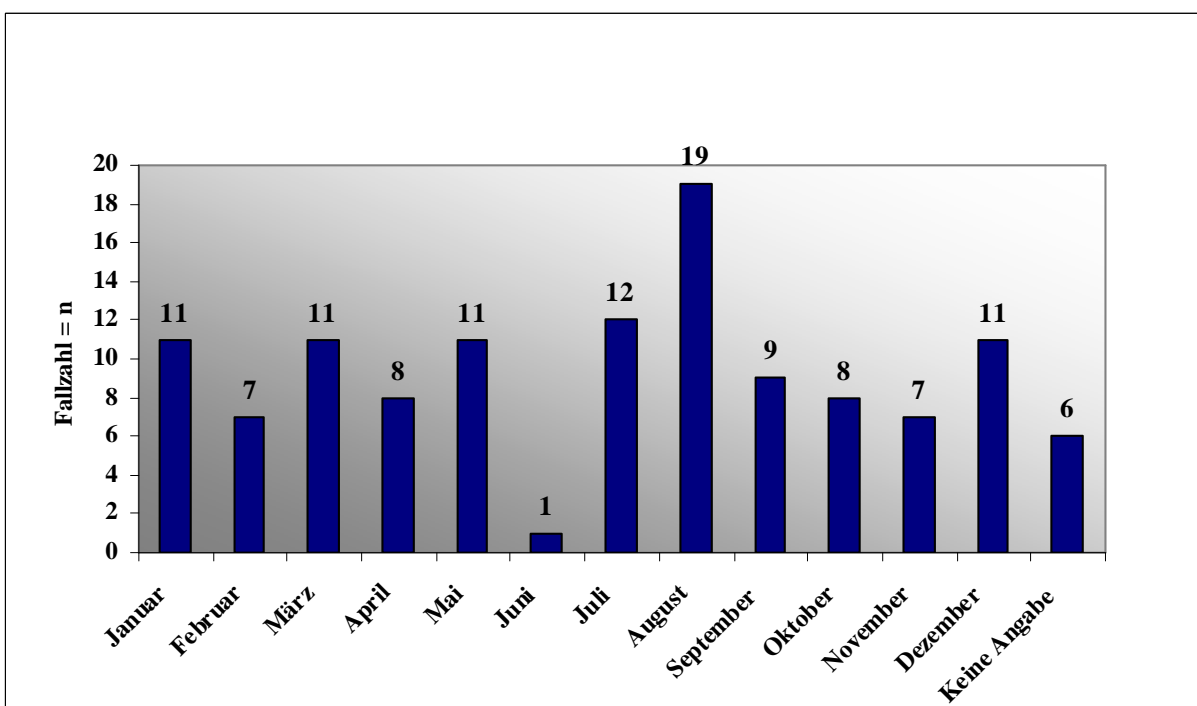
Es wurden alle Atteste bzw. Gutachten des Zeitraumes von 2000 bis einschließlich 2004 in die vorliegende Auswertung einbezogen. Dabei zeigt unten abgebildete Graphik 28, dass die Anzahl der Untersuchungen in den Jahren 2000 bis 2002 mit 12 bis 19 Fällen pro Jahr mehr oder weniger konstant blieb. Ab dem Jahr 2003 ist ein Anstieg der Fallzahlen zu bemerken, zunächst auf 27 im Jahr 2003, dann auf 46 im Jahr 2004. Die Abweichung der Fallzahlen im Vergleich zu Kapitel 4.2.3 (Daten zum Hergang - Zeit) lässt sich dadurch erklären, dass letzteres nach Aktenlage die Anzahl der verübten Gewalttaten pro Jahr aufzählt. Hier wird hingegen die Anzahl der Untersuchungen pro Jahr aufgelistet, welche nicht zwangsläufig im selben Jahr wie die verübte Tat durchgeführt wurde. In der Regel erfolgte die Geschädigtenuntersuchung zeitnah zur Auftragserteilung. Sie korrelierte, also was den Zeitpunkt betrifft, in etwa mit dem Vorkommen der tätlichen Delikte selbst.

Graphik 28: Jahr der Untersuchung



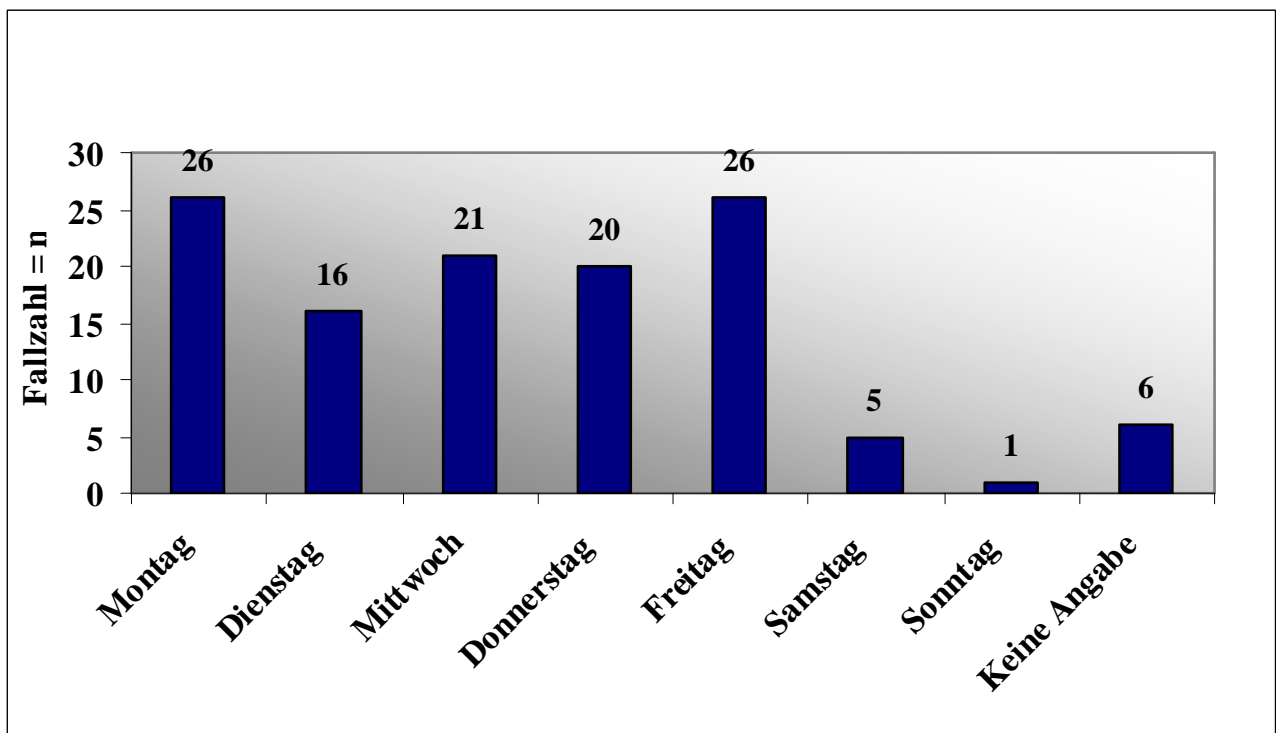
Eine jahreszeitliche Präferenz ließ sich nicht feststellen. Die häufigsten Untersuchungen fanden, wie unten ersichtlich, im Monat August statt– hierfür ließ sich jedoch keine Ursache ableiten.

Graphik 29: Monat der Untersuchung



In der Regel erfolgte der Grossteil der körperlichen Untersuchungen an einem Wochentag. Nur 6 Untersuchungen (knapp 5%) fanden (s. Graphik 30) am Wochenende statt. Stellt man hingegen die Anzahl der Untersuchungen vor und nach dem Wochenende inklusive der Untersuchungen am Wochenende selbst mit den an den übrigen Tagen der Woche (Dienstag, Mittwoch und Donnerstag) stattgefundenen Untersuchungen gegenüber, fällt auf, dass die Gesamtzahl der von Freitag - Montag durchgeführten Begutachtungen mit 58 nahezu identisch mit der Gesamtzahl der übrigen Wochentage ist, obwohl Samstag und Sonntag zusammen lediglich 6 Untersuchungen durchgeführt worden sind.

Graphik 30: Wochentag der Untersuchung



4.2.5.3 Ort der Untersuchung

Geschädigtenuntersuchungen und Gutachten an Lebenden wurden meist in Krankenhäusern vorgenommen (insgesamt 39 %, davon 11 % Unikliniken). Ein weiterer großer Anteil der Untersuchungen fand auch in den Räumlichkeiten des rechtsmedizinischen Institutes statt (32 %). Seltener wurden rechtsmedizinische Geschädigtenbegutachtungen auf der Polizeiwache durchgeführt (19 %). Unter „Sonstiges“ fielen beispielsweise Kinderheime oder Wohnungen der Opfer selbst.

Tabelle 28: Untersuchungsort (Opferbegutachtung)

| Untersuchungsort | Häufigkeit | Prozent |
|----------------------------|------------|---------|
| Institut für Rechtsmedizin | 39 | 32,2 |
| Polizei | 23 | 19,0 |
| Uniklinik | 13 | 10,7 |
| Anderes Krankenhaus | 34 | 28,1 |
| Sonstiges | 7 | 5,8 |
| Keine Angabe | 5 | 4,1 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

Wesentliche Unterschiede betreffend den Untersuchungsort zwischen den Geschlechtern fanden sich nicht, wohl aber in Bezug auf das Alter. Kinder wurden durch Mitarbeiter des rechtsmedizinischen Institutes vornehmlich konsiliarisch in Krankenhäusern oder der Uniklinik untersucht (61% aller Jungen, 55% aller Mädchen) und weitaus weniger häufig in Räumlichkeiten der Polizei (13% aller Jungen, 13% aller Mädchen) oder des Institutes für Rechtsmedizin selbst (6% aller Jungen, 18% aller Mädchen). Im Gegensatz dazu fanden die Geschädigtenuntersuchungen an erwachsenen weiblichen Opfern zum Großteil im Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln selbst statt (52%), seltener in Krankenhäusern (23%) oder auf der Polizeiwache (23%). Von den zwei männlichen erwachsenen Opfern wurde einer in den Räumlichkeiten der Uniklinik, der andere auf der Polizeiwache untersucht.

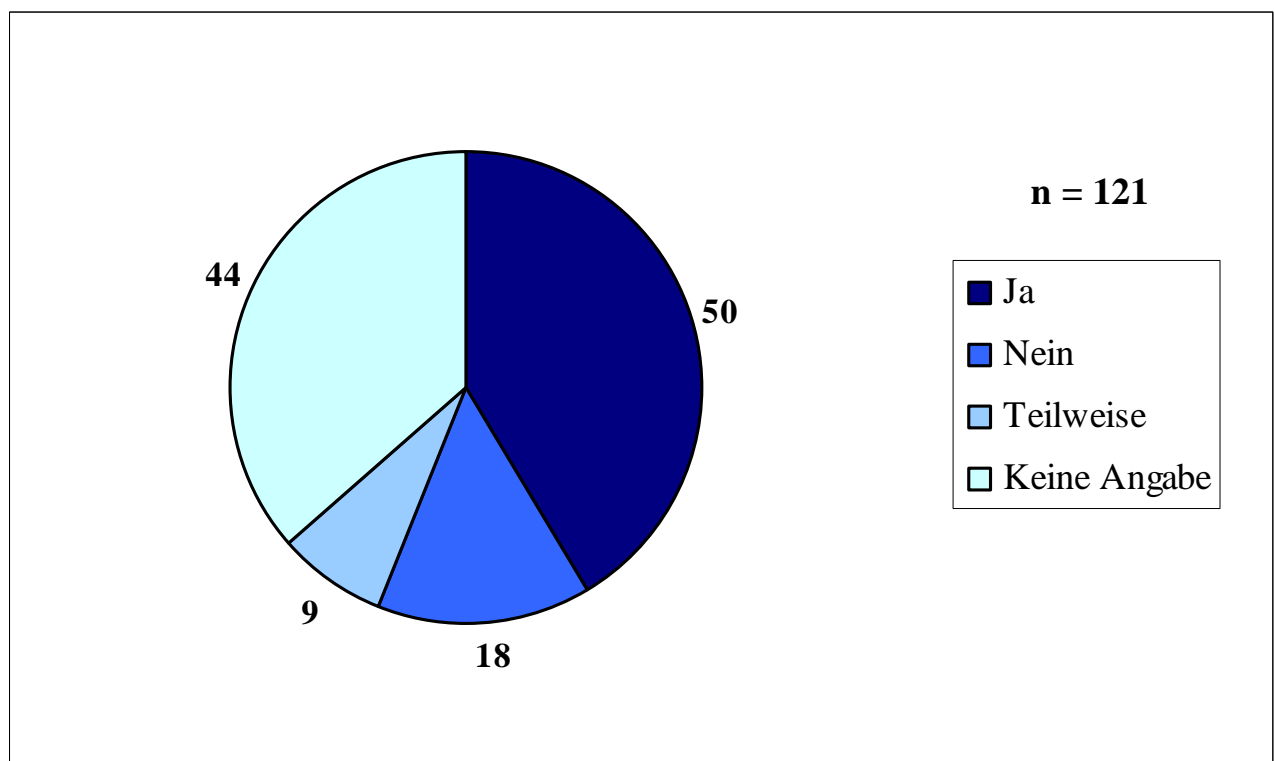
4.2.5.4 Plausibilitätsprüfung durch Untersucher/in

Im Hinblick auf die dokumentierten Verletzungen stellte sich die Frage, ob diese in Einklang mit dem geschilderten Tathergang zu bringen waren.

Die Auswertung dieser Fragestellung erfolgte nach Aktenlage auf der Basis der eingesehenen Dokumentation. Voraussetzung für die Herstellung einer positiven Korrelation zwischen Verletzungsmuster und Tathergang war eine Feststellung dazu im Gutachten bzw. in der Dokumentation. Da dies in den Fällen der privaten Untersuchungen für ein „Attest“ mit Bedacht nicht der Fall war, ergab sich eine große Anzahl an fehlenden Angaben zu dieser Fragestellung (36%).

In den ansonsten eingesehenen Gutachten und Untersuchungsbefunden war eine Korrelation zwischen Verletzungen und geschildertem Tathergang mehrheitlich komplett (41%) oder teilweise (7%) nachvollziehbar. Nur in ca. 15 % der ausgewerteten Fallakten konnte kein Zusammenhang zwischen Verletzungsmuster und angegebenem Tathergang hergestellt werden.

Graphik 31: Verletzungsmuster passt zur Anamnese



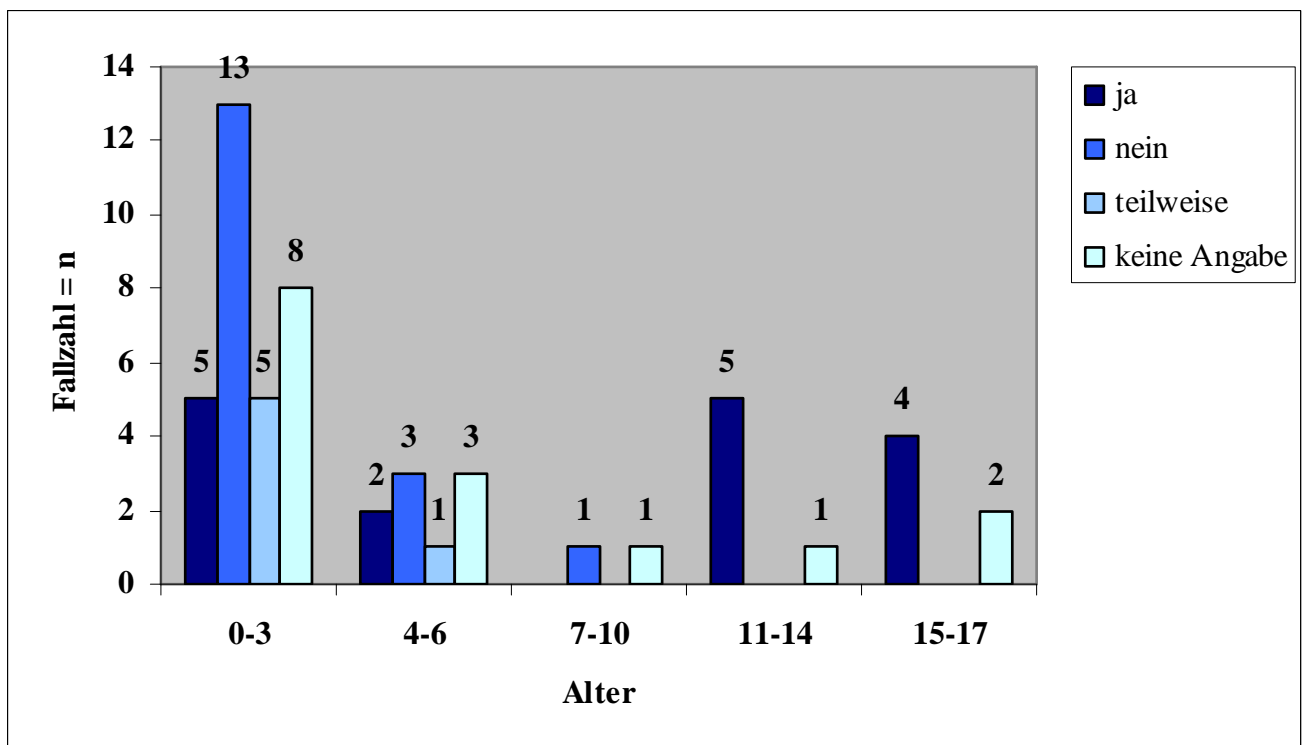
Das Geschlecht spielte im Hinblick auf die Plausibilitätsprüfung zwischen dokumentierten Verletzungen und geschildertem Tathergang keine Rolle, wohl aber das Alter der Opfer. Bei

den volljährigen Geschädigten konnte eine Korrelation zwischen Anamnese und Befund häufig vollkommen (55%) oder teilweise (5%) bestätigt werden. In nur einem Fall konnten beim Opfer keine zum Tathergang passenden Verletzungsmuster dokumentiert werden (2%). Ein großer Anteil von Fragestellungen fiel aufgrund der hohen Anzahl an Attesten im Erwachsenenbereich (31 von 121) in die Rubrik „keine Angabe“ (39%).

Bei Kindern fiel die Einschätzung der rechtsmedizinischen Gutachter nicht so einheitlich aus: bei 35% konnte ein Einklang zwischen Verletzungsmuster und Tathergang postuliert werden, bei 11% nur teilweise. Fast genauso oft (37%) war jedoch kein Zusammenhang zwischen Art und Lokalisation der Verletzungen und dem geschilderten Ablauf herzustellen. In 33% fehlten Angaben zu der Fragestellung.

Wie Graphik 32 verdeutlicht, ist auffallend, dass mit zunehmendem Alter der Kinder der Sachverhalt mit zunehmender Häufigkeit mit den vorgefundenen Untersuchungsbefunden in Einklang zu bringen war. Andersherum ist im Alter zwischen 11-17 Jahren in keinem Fall eine Diskrepanz zwischen Verletzungsmuster und geschildertem Tathergang festgehalten worden. Im Gegensatz hierzu war dies bei den 0-3-jährigen in 42%, bei den 4-6-jährigen noch in 33% der Fall.

Graphik 32: Verletzungsmuster passt zur Anamnese (minderjährige Opfer)



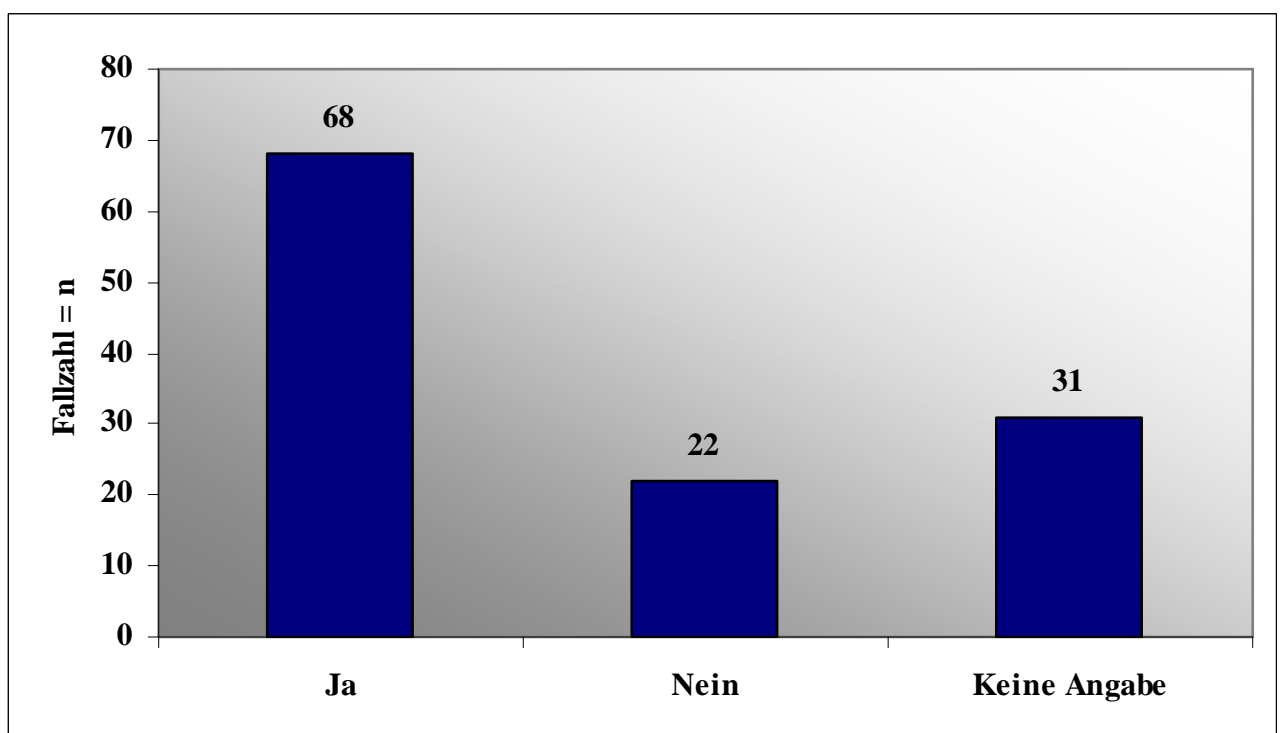
4.2.5.5 Art und Umfang der Dokumentation

Die Dokumentation der Verletzungen Opfer häuslicher Gewalt fand unter dem Aspekt der Verwertbarkeit in Gerichtsverfahren statt. Generell fiel der Umfang der Dokumentation bei den Lebendbegutachtungen betroffener Personen geringer aus als bei den Sektionen.

Bei vielen Opfern (56 %) wurden Fotos der prägnanten Verletzungsbefunde angefertigt; oft wurden diese auch mithilfe einer Schemazeichnung skizziert. Einmal diente eine Röntgenaufnahme der Dokumentation.

Toxikologische Gutachten von Blut oder Körperflüssigkeiten wurden bei keinem der in der Stichprobe untersuchten Geschädigten erstellt. Die selten gewonnenen Abstriche von Mund (0 Mal), Vagina (2 Mal) oder After (1 Mal) dienten z. B. einer Sicherung von eventueller Fremd-DNA.

Graphik 33: Fotodokumentation



4.2.5.6 Weiterführende Versorgung der Opfer

Im Rahmen einer rechtsmedizinischen Geschädigtenuntersuchung wurden oftmals Empfehlungen bezüglich einer weiterführenden Behandlung oder Unterbringung ausgesprochen und auch in die Wege geleitet. Einige der Opfer waren schon zum Zeitpunkt der Untersuchung in betreuende Hilfseinrichtungen vermittelt bzw. von diesen auf die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Attestierung ihrer Verletzungen aufmerksam gemacht worden.

In 30 von insgesamt 121 Fällen wurde vom Untersucher oder von der Untersucherin eine weiterführende Betreuung der Opfer veranlasst. Allein 13 Mal wurden Minderjährige der Obhut von Kinderschutzeinrichtungen wie z. B. Kinderheimen zugeführt. Am zweithäufigsten war die Unterbringung weiblicher Opfer in Frauenhäusern (8 Mal). Andere Hilfen wie psychologische Betreuung oder Opferhilfen wurden nur vereinzelt veranlasst.

Bei den zwei männlichen volljährigen Opfern fand jeweils keine Wegweisung statt bzw. gab es zu dieser Fragestellung keine Angabe in den Akten. Minderjährige männliche Geschädigte wurden zumeist keiner weiterführenden Versorgung (68%) verwiesen. 23% wurden Kinderschutzeinrichtungen zugeführt.

Erwachsenen Frauen wurden in 44 von 62 Fällen (71%) keine Empfehlungen bezüglich einer Opferhilfe mit auf den Weg gegeben. 11% wurden an Frauenhäuser verwiesen, jeweils 2% vermittelte man an psychologische Betreuungsstellen, Opferhilfen oder andere Einrichtungen. Die Bahnung einer weiterführenden Versorgung fand analog zu den männlichen auch bei den weiblichen minderjährigen Opfern zumeist nicht statt (68%). Kinderschutzeinrichtungen wurden 27% der Opfer, in einem Fall auch die Unterbringung in einem Frauenhaus vermittelt (Alter des Mädchens: 16 Jahre).

Tabelle 29: Weitere Versorgung (Beratung, Hilfe, Therapie)

| Weitere Versorgung | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Psychologisch- Psychiatrische Versorgung | 1 | 0,8 |
| Frauenhaus | 8 | 6,6 |
| Kinderschutzeinrichtung | 13 | 10,7 |
| Opferhilfe | 1 | 0,8 |
| Andere | 2 | 1,7 |
| Keine | 83 | 68,6 |
| Keine Angabe | 13 | 10,7 |
| Gesamt | 121 | 100,0 |

4.3 Opfer, Todesfälle

4.3.1 Opferbezogene Daten

4.3.1.1 Alter und Geschlecht

Bei den verstorbenen Opfern häuslicher Gewalt überwog der Anteil der Frauen mit ca. 62 % gegenüber dem der männlichen Opfer (37%).

Tabelle 30: Geschlecht der Opfer

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--------------|------------|---------|
| Männlich | 20 | 36,4 |
| Weiblich | 34 | 61,8 |
| Keine Angabe | 1 | 1,8 |
| Gesamt | 55 | 100,0 |

Im Mittel lag das Alter der verstorbenen Opfer bei 35 Jahren. 7 von 55 untersuchten Personen hatten zum Zeitpunkt ihres nicht natürlichen Todes ein Alter über 60 Jahren erreicht, alle Übrigen (bis auf eine fehlende Altersangabe) waren jünger als 60 Jahre.

Tabelle 31: Alter der Opfer

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------------|------------|---------|
| -9 | 8 | 14,5 |
| 10-19 | 2 | 3,6 |
| 20-29 | 10 | 18,2 |
| 30-39 | 11 | 20,0 |
| 40-49 | 6 | 10,9 |
| 50-59 | 10 | 18,2 |
| 60-69 | 4 | 7,3 |
| 70-79 | 1 | 1,8 |
| 80-89 | 2 | 3,6 |
| keine Angabe | 1 | 1,8 |
| Gesamt | 55 | 100,0 |

Bei den männlichen Opfern dominierte die Gruppe der 0-3-jährigen mit 9 von 20 Fällen deutlich. Alle übrigen Untersuchten waren zwischen 20 und 60 Jahre alt.

Graphik 34: Altersverteilung männl.Opfer

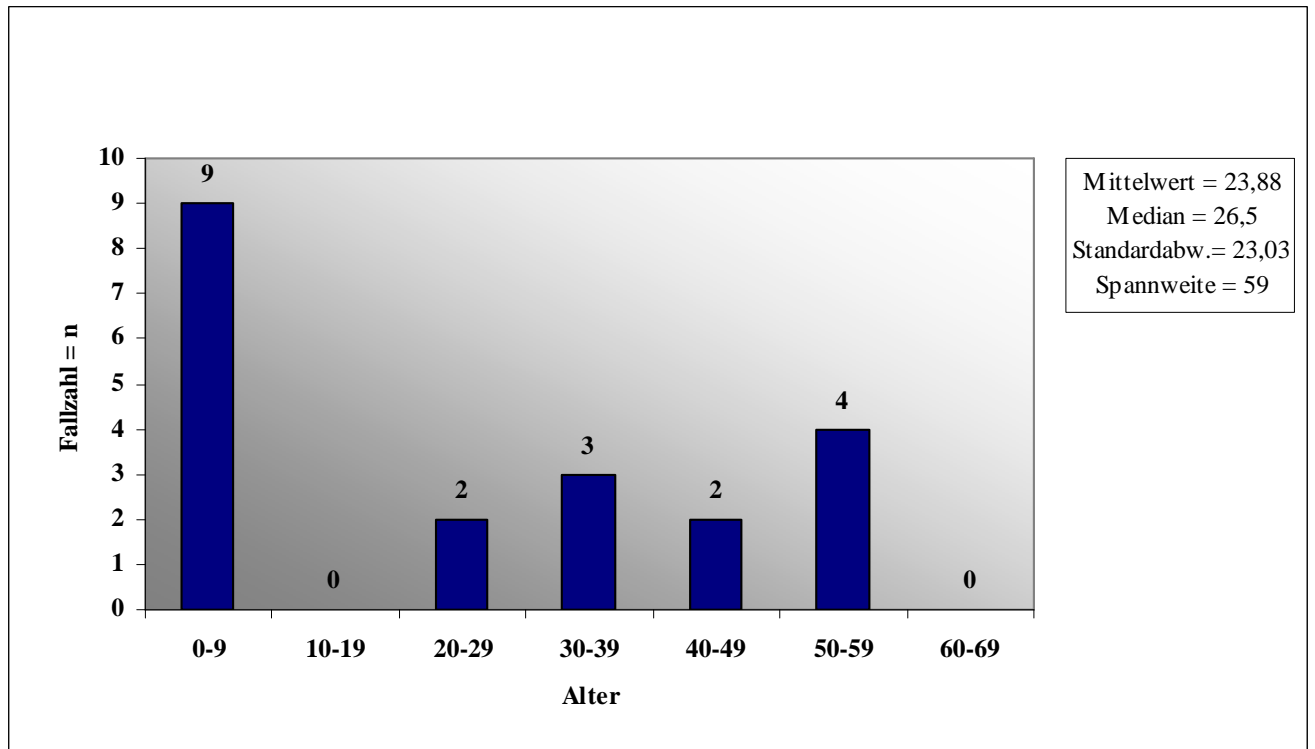


Tabelle 32: Alter der Erwachsenen (männl.)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------|------------|---------|
| 20-29 | 2 | 18,2 |
| 30-39 | 3 | 27,3 |
| 40-49 | 2 | 18,2 |
| 50-59 | 4 | 36,4 |
| Gesamt | 11 | 100,0 |

Tabelle 33: Alter der Kinder (männl.)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|-------|------------|---------|
| 0-3 | 9 | 100,0 |

Im Gegensatz zu den Männern lag das mittlere Alter der Frauen mit rund 42 Jahren deutlich höher. Alle verstorbenen Frauen waren volljährig, das heißt, dass hier keine Minderjährigen Opfer von Gewalt wurden.

Graphik 35: Altersverteilung weibl.Opfer

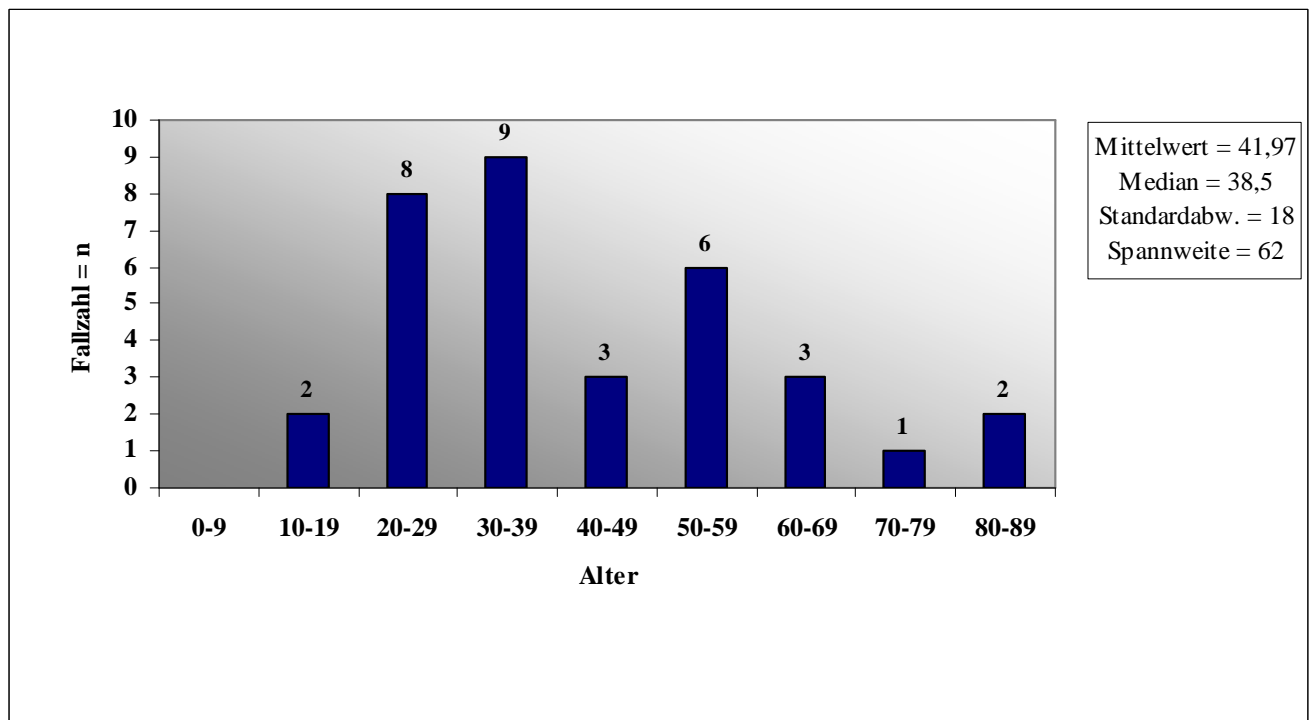


Tabelle 34: Alter der Erwachsenen (weibl.)

| Alter | Häufigkeit | Prozent |
|--------|------------|---------|
| 18-19 | 2 | 5,9 |
| 20-29 | 8 | 23,5 |
| 30-39 | 8 | 23,5 |
| 40-49 | 4 | 11,8 |
| 50-59 | 6 | 17,6 |
| 60-69 | 3 | 8,8 |
| 70-79 | 1 | 2,9 |
| 80-89 | 2 | 5,9 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

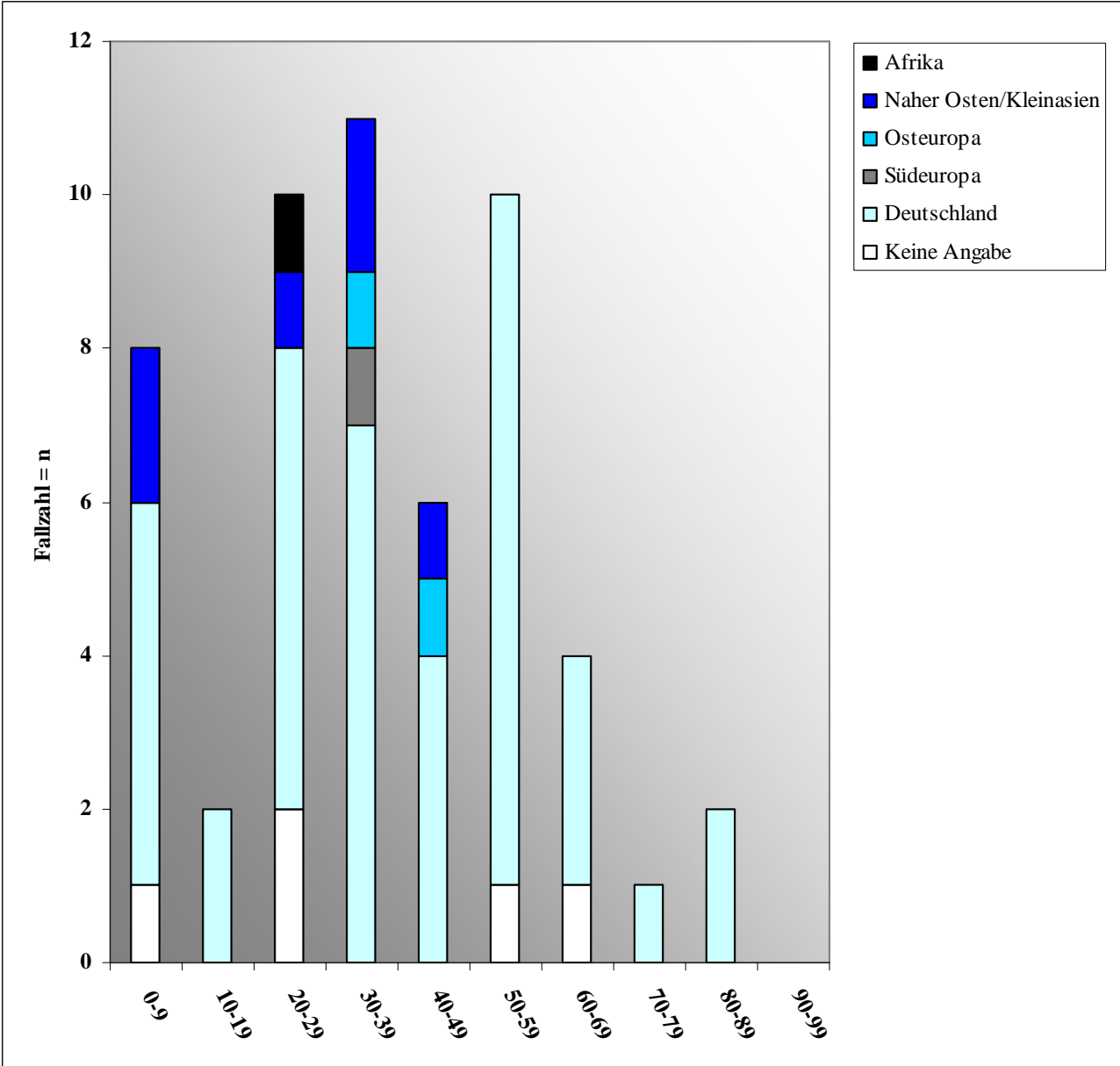
4.3.1.2 Herkunft

In 5 von 55 Fällen waren keine Angaben zur Herkunft des Opfers in den Akten vermerkt. Obwohl hier sicherlich in den meisten Fällen bezüglich der Namensgebung von Personen deutscher Staatsangehörigkeit ausgegangen werden konnte, war dies letztlich eine spekulative Annahme und wurde daher nicht vorausgesetzt. In fast 73% der Fälle handelte es sich um deutsche Opfer. Die übrigen 18,1 % entfielen zum größten Teil (14,5%) auf Geschädigte aus Osteuropa und dem Nahen Osten, mit jeweils nahe 2 % zu gleichen Anteilen auf Afrikaner/innen und Südeuropäer/innen. Bei der Untersuchung der Subgruppen weibliche/männliche Opfer fielen keine relevanten Abweichungen von den in Tabelle 36 genannten Zahlen auf.

Tabelle 35: Herkunft des Opfers

| Nationalität | Häufigkeit | Prozent |
|------------------------|------------|---------|
| Deutschland | 40 | 72,7 |
| Südeuropa | 1 | 1,8 |
| Osteuropa | 2 | 3,6 |
| Naher Osten/Kleinasien | 6 | 10,9 |
| Afrika | 1 | 1,8 |
| Keine Angabe | 5 | 9,1 |
| Gesamt | 55 | 100,0 |

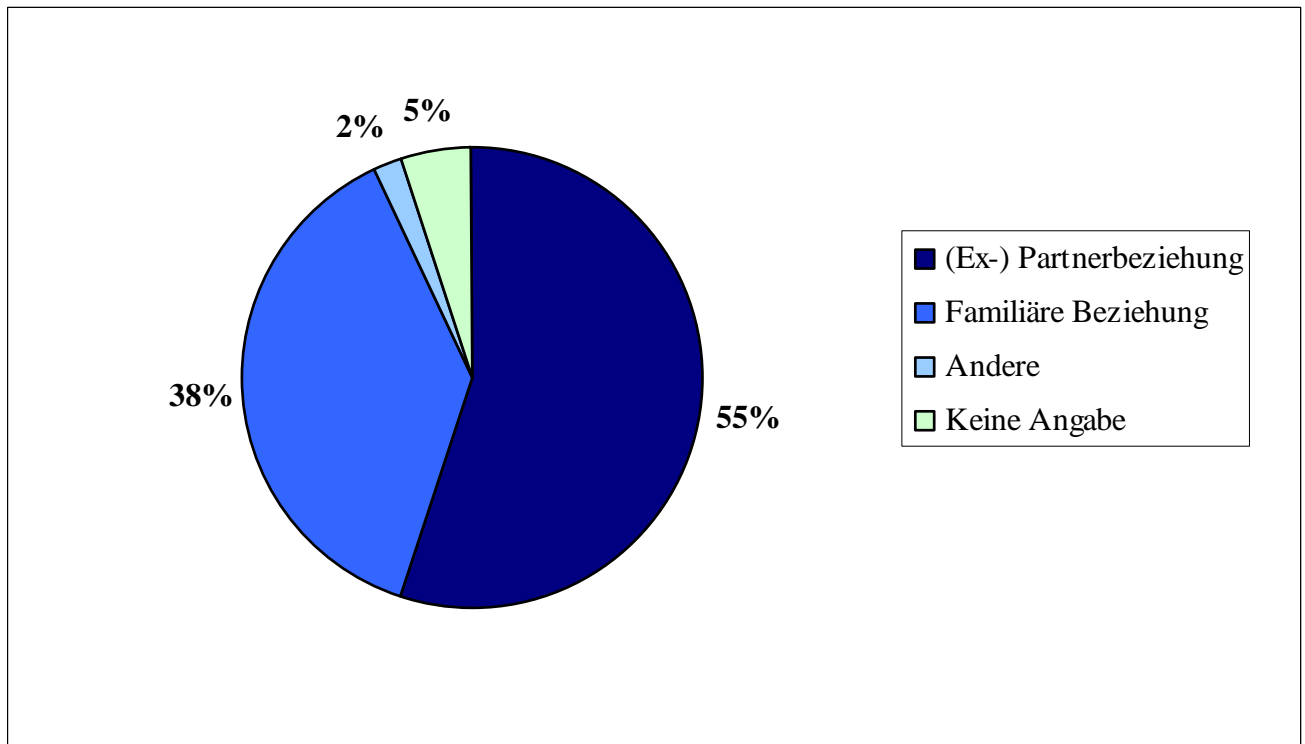
Graphik 36: Herkunft unter Berücksichtigung der Alterststruktur



4.3.1.3 Opfer-Täter-Beziehung

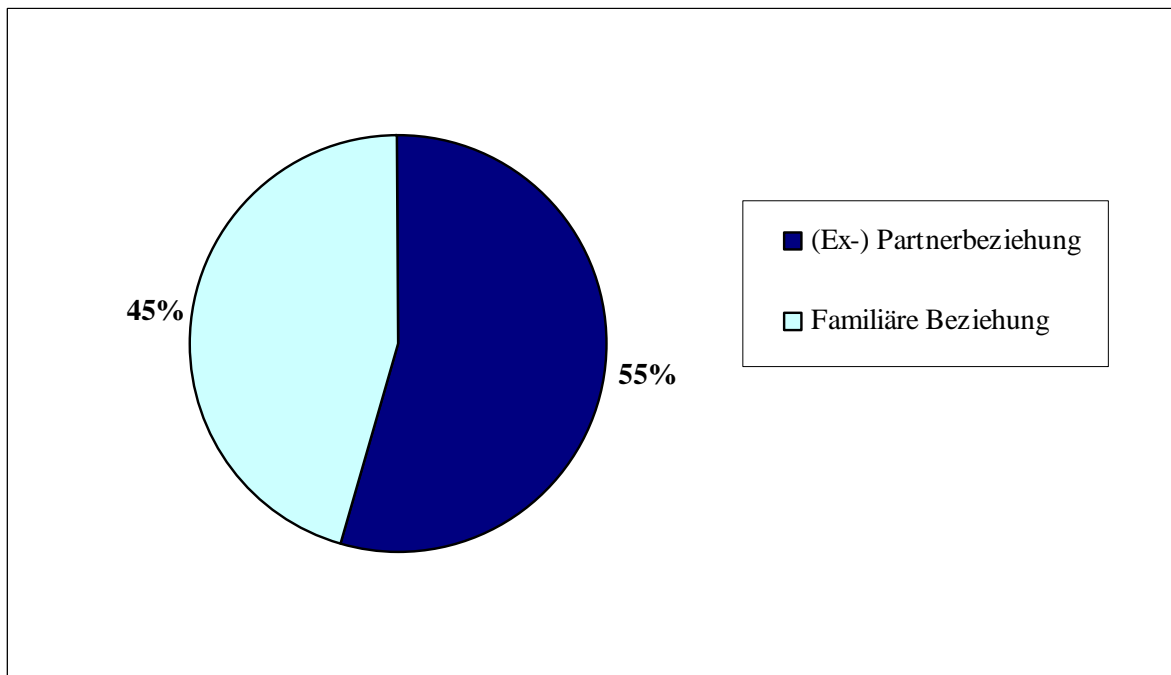
Graphik 37 veranschaulicht, dass bei tödlichem Ausgang der Gewalt die Partnerbeziehungen zwischen Täter und Opfer mit fast 55 % überwiegen. Der Prozentsatz innerfamiliärer Gewalttaten liegt hingegen etwas niedriger (38 %).

Graphik 37: Opfer-Täter-Beziehung



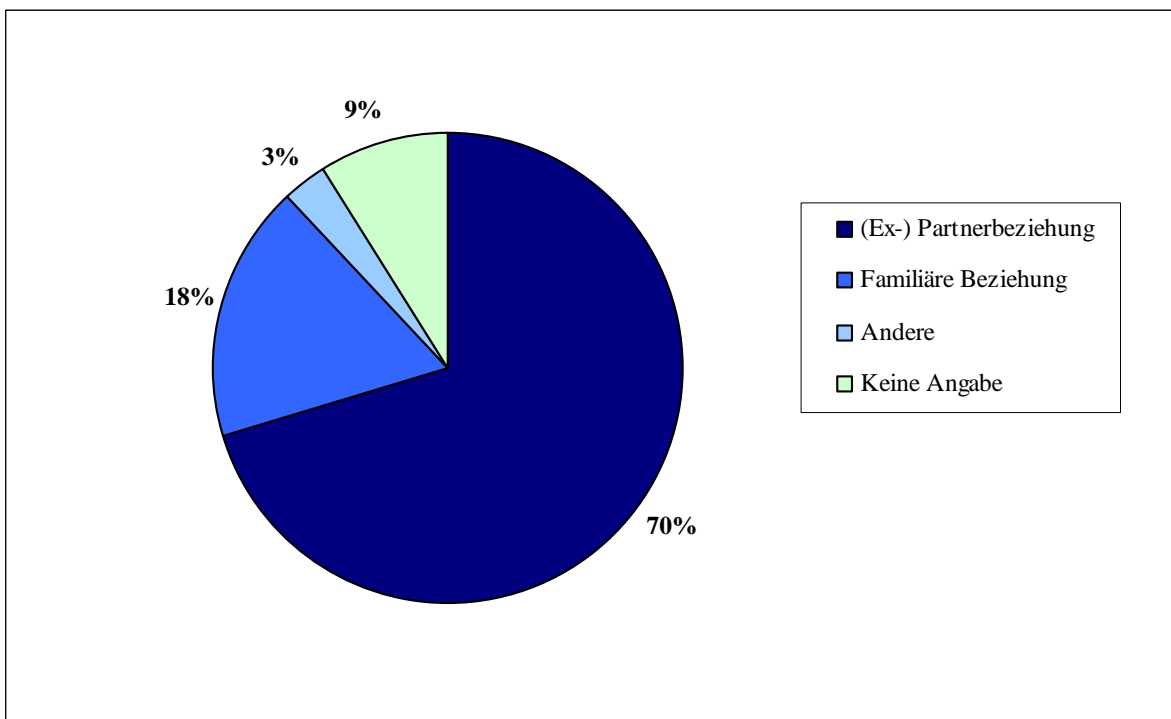
Die insgesamt 11 männlichen erwachsenen Todesopfer wurden (s. Graphik 38) zu etwa gleichen Teilen von Partner/-in bzw. Ex-Partner/-in oder Familienangehörigen getötet.

Graphik 38: Opfer-Täter-Beziehung, männl. Opfer (Erwachsene)



Von 34 getöteten Frauen wurden rund 2/3 durch ihre Männer oder Ex-Männer getötet. Alle übrigen verstarben im Rahmen von Gewalt durch innerfamiliär anderweitige Täter/-innen. Das Verteilungsmuster veranschaulicht Graphik 39.

Graphik 39: Opfer-Täter-Beziehung, weibl. Opfer (Erwachsene)



Bei häuslicher Gewalt gegen Kinder waren definitionsgemäß 100% Opfer ihrer eigenen Familienangehörigen, davon je zu 30% der Mutter oder des Vaters allein, zu 30% Opfer des (Ex-) Lebensgefährten der Mutter und zu 10% beider Eltern.

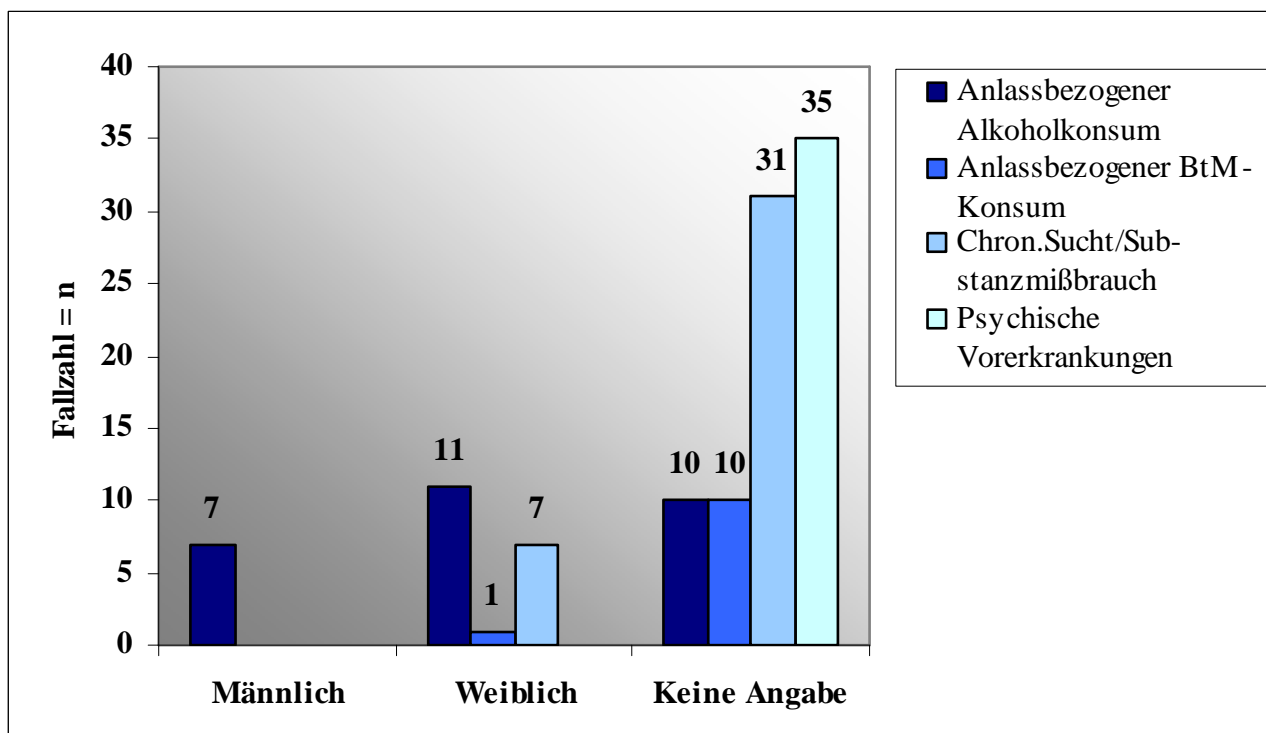
4.3.1.4 Gebrauch psychotroper Substanzen

Bei den Sektionen wurde meist ein toxikologisches Gutachten miterstellt, in dem fundierte Aussagen zum anlassbezogenem Konsum berauschender Substanzen gemacht werden konnten.

Unter den 55 Opfern wurde insgesamt 18 Mal (33 %) Alkohol im Blut festgestellt; betroffen waren davon 7 Männer (35 %) und 11 Frauen (32 %). Bei einem weiblichen Opfer (3 %) wurden Betäubungsmittel nachgewiesen. Das Vorliegen einer Abhängigkeit konnte in sieben Fällen (13%), jeweils bei Frauen (21%) den Akten entnommen werden, wohingegen eine sonstige psychische Vorerkrankung in keinem Fall berichtet wurde.

Von den insgesamt 20 männlichen Verstorbenen waren 9 minderjährig, d. h. unter 18 Jahren alt. Ein Missbrauch von Alkohol oder Betäubungsmitteln sowie Kenntnis über sonstige Suchterkrankungen lag bei keinem dieser Fälle vor. In der Gruppe der weiblichen Opfer befanden sich keine Kinder oder Jugendlichen.

Graphik 40: Substanzmissbrauch



4.3.2 Täterbezogene Daten

4.3.2.1 Alter und Geschlecht

Bei häuslicher Gewalt mit tödlichem Ausgang (s. Tabelle 36) handelte es sich bei den Tätern vorwiegend (76%) um Männer. Frauen allein wurden in 20% gezählt; Übergriffe durch mehrere sowohl männliche als auch weibliche Personen gab es in 4%.

Tabelle 36: Geschlecht des Täters / der Täterin

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--|------------|---------|
| Männlich | 42 | 76,4 |
| Weiblich | 11 | 20,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | 2 | 3,6 |
| Gesamt | 55 | 100,0 |

Die beiden folgenden Tabellen veranschaulichen, dass weibliche Todesopfer häuslicher Gewalt zumeist (94%) von Männern getötet wurden. Nur 6% kamen durch Gewalt gleichgeschlechtlicher Täter um. Männliche Opfer hingegen erlitten tödliche Gewalt in 50% durch männliche, 40% durch weibliche und in 10% durch mehrere Täter sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts.

Tabelle 37: Geschlecht des Täters / der Täterin (Opfer männl.)

| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|--|-------------------|----------------|
| Männlich | 10 | 50,0 |
| Weiblich | 8 | 40,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | 2 | 10,0 |
| Gesamt | 20 | 100,0 |

Tabelle 38: Geschlecht des Täters / der Täterin (Opfer weibl.)

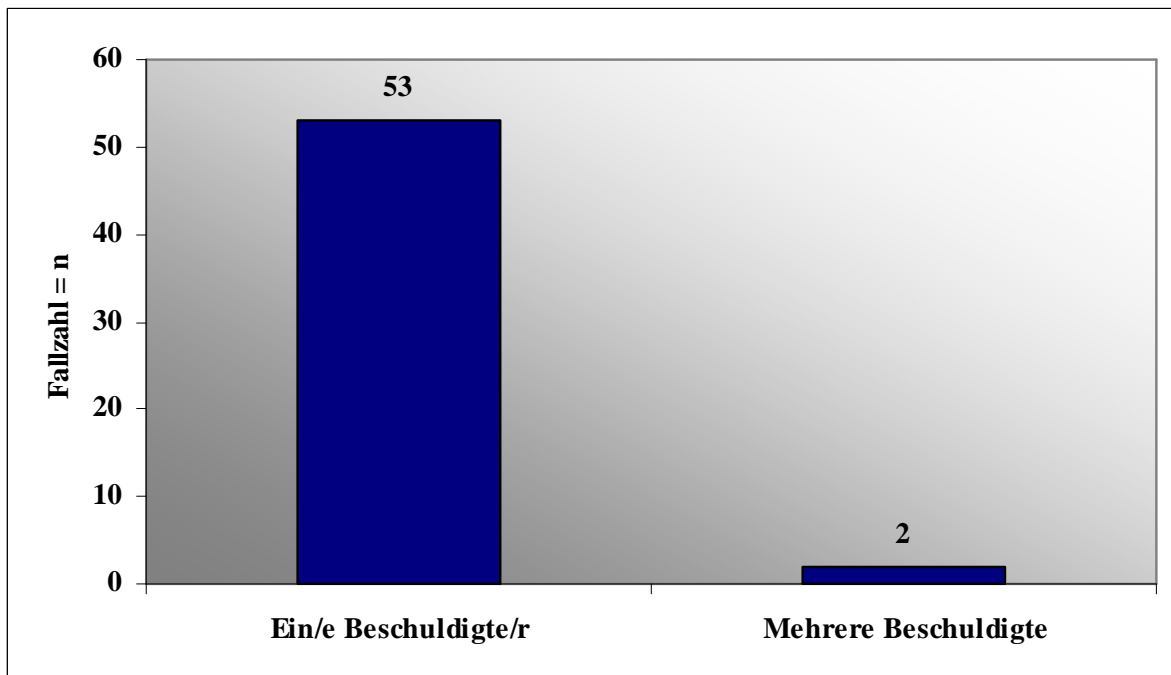
| Geschlecht | Häufigkeit | Prozent |
|-------------------|-------------------|----------------|
| Männlich | 32 | 94,1 |
| Weiblich | 2 | 5,9 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

Zum Alter der Täter/innen ergaben sich anhand der vorliegenden Untersuchungsakten keine statistisch verwertbaren Daten mangels regelhafter Erfassung.

4.3.2.2 Anzahl der Täter

Bei tödlichem Ausgang der Gewalt waren nur in 2 von 55 Fällen (4%) mehrere Täter beteiligt. Ansonsten und somit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (96%) handelte es sich im Zusammenhang mit einer häuslichen Gewalttat um die Tat einer/s Einzelnen.

Graphik 41: Anzahl der Täter



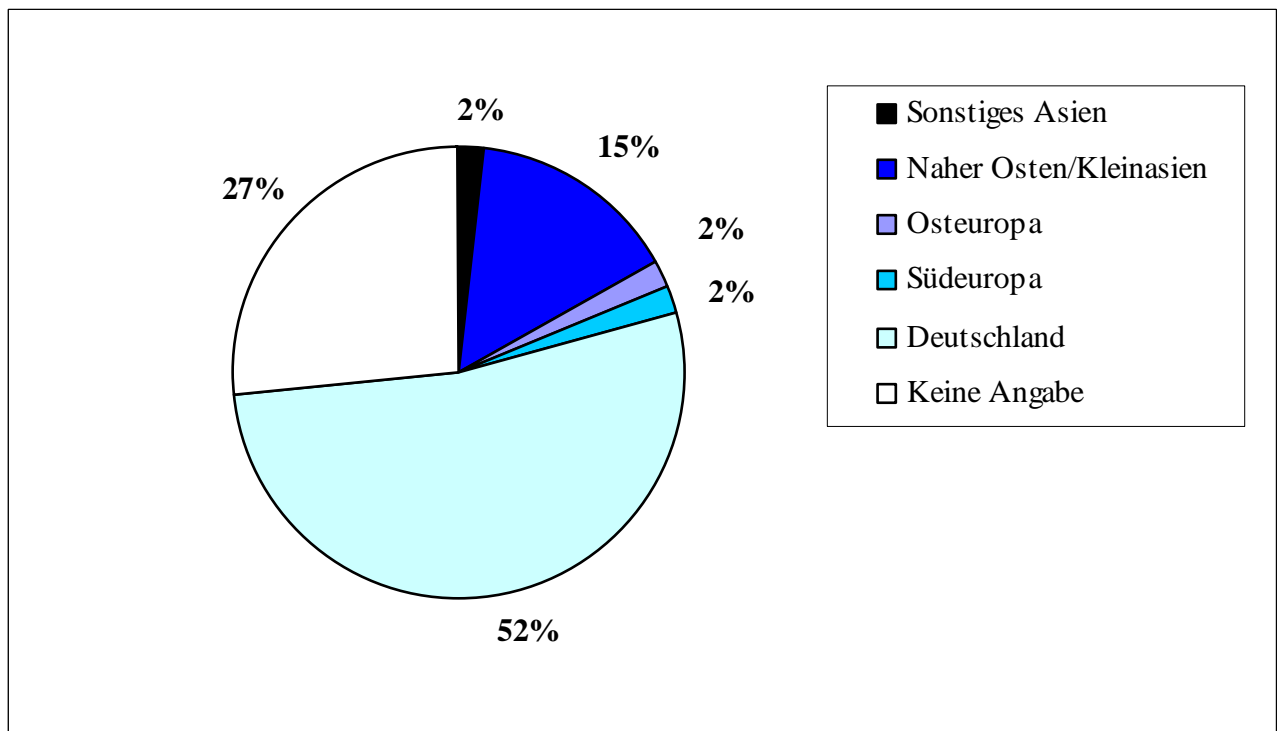
Bei den zwei Opfern, die durch die Hand mehrerer Täter zu Tode kamen, handelte es sich um männliche Opfer im Alter von 31 und <1 Jahr.

4.3.2.3 Herkunft

Da es sich bei den vorliegenden Auswertungsunterlagen in den allermeisten Fällen um Untersuchung und Begutachtung der Opfer von Gewalttaten handelte, wurden zum Täter meist nur wenige Angaben gemacht. Zur Abstammung der Täter/innen fehlten in 27 % Aussagen.

Grafik 42 zeigt, dass 52% und somit die Mehrzahl der Täter Deutsche waren, gefolgt von 15% aus dem Nahen Osten und Kleinasien waren. 2% der Beschuldigten kamen aus Südeuropa, Osteuropa und dem sonstigen asiatischen Raum.

Graphik 42: Nationalität des Täters/der Täterin



Aufgeschlüsselt nach Geschlecht entsprechen die oben genannten Zahlen in etwa auch dem Profil der männlichen Täter. Frauen hingegen waren als Täterinnen zu 82% deutscher Abstammung; weitere 9% kamen aus dem Nahen Osten.

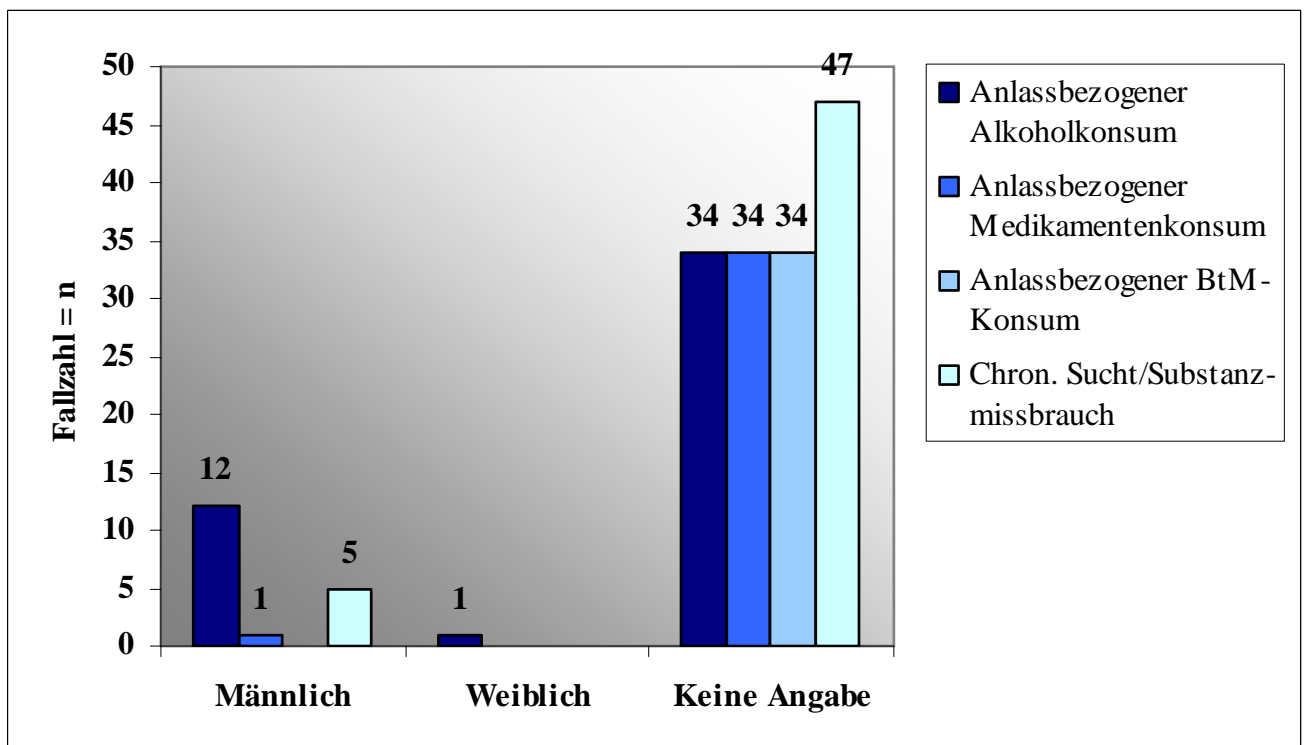
4.3.2.4 Gebrauch psychotroper Substanzen

Im Vorfeld muss auf die oft fehlende Dokumentation des täterbezogenen Konsumverhaltens hingewiesen werden und die dadurch bedingt nicht repräsentativen Ergebnisse mit nur sehr reduzierter Fallzahl.

12 von insgesamt 42 männlichen Beschuldigten standen zum Zeitpunkt der Tat unter Alkoholeinfluss (29 %). In lediglich einem Fall wurden Medikamente eingenommen (2,4 %). Betäubungsmittel als berauschende Drogen wurden für die Männer nicht dokumentiert. Die Frage nach einer chronischen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit wurde in 5 von 42 Fällen bejaht (12 %), allerdings nur in einem Fall eindeutig ausgeschlossen. Die übrigen Fälle waren bezüglich dieser Fragestellung nicht auswertbar.

Von 11 weiblichen Beschuldigten war eine Frau zur Tatzeit alkoholisiert (9 %). Die Einnahme von Medikamenten, darunter auch dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Medikamenten, wurde bei den Beschuldigten entweder nicht nachgewiesen (27%) oder nicht dokumentiert (73%). Angaben, die auf ein chronisches Abhängigkeitssyndrom hinweisen, fanden sich nach Aktenlage in keinem Fall.

Graphik 43: Substanzmissbrauch

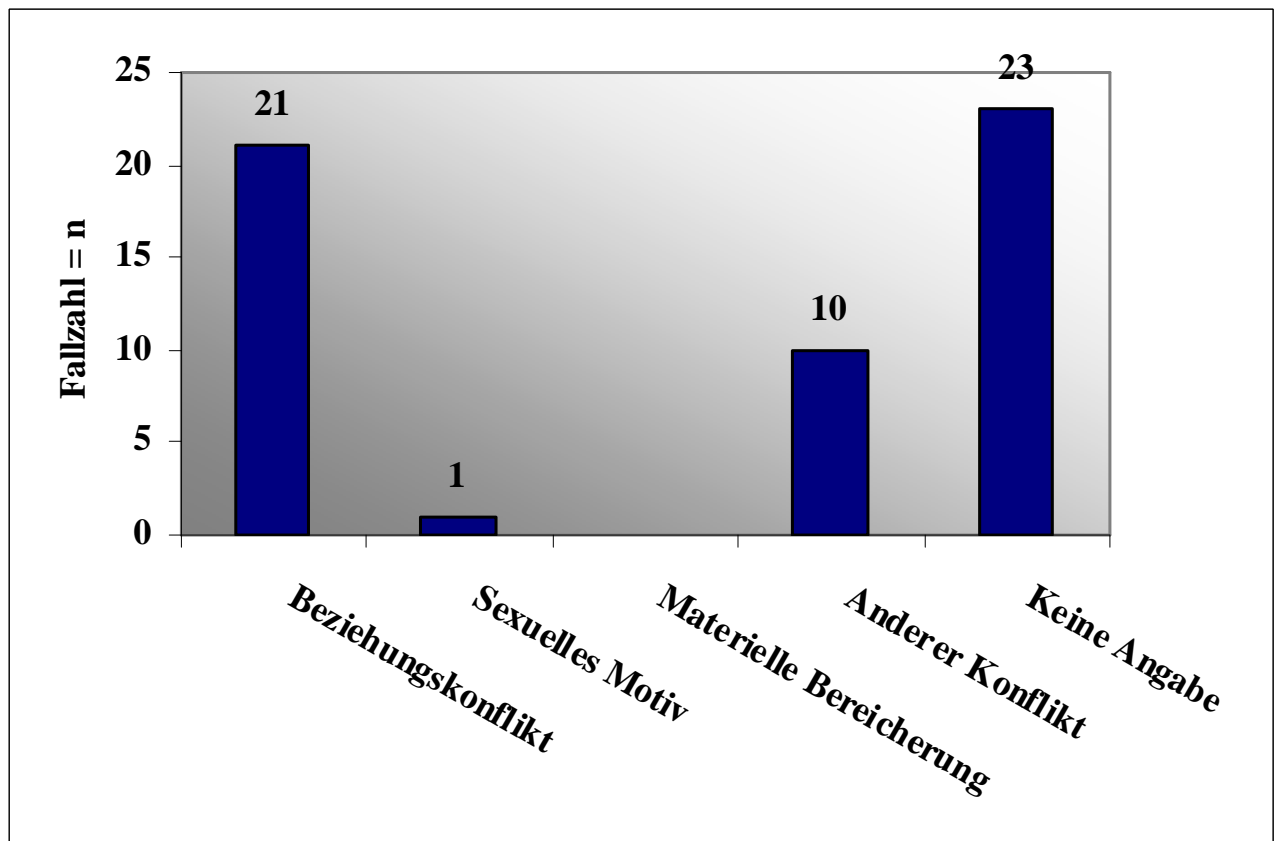


4.3.2.5 Tatmotiv

Beim Motiv spielte der Beziehungskonflikt mit 21 von 55 Fällen (38%) die übergeordnete Rolle. Ein sexuelles Motiv, beispielsweise im Rahmen einer Vergewaltigung, war einmal Anlass für die Tötung (2 %). Auffallend war, dass materielle Bereicherung in keinem der Fälle als ausschlaggebend für die Tat erachtet bzw. dokumentiert wurde. Familiäre Konflikte hingegen waren unter der Rubrik „andere Konflikte“ beispielsweise in Fällen von Kindesmisshandlung wieder häufiger als Motiv für häusliche Gewalt zu sehen, und zwar in 10

Fällen (18 %). Der Anteil der ungeklärten Motive fiel aufgrund fehlender Aussagemöglichkeit der verstorbenen Opfer mit knapp 42% hier am höchsten aus.

Graphik 44: Tatmotiv



Die Tabellen 39 und 40 weisen aus, dass im Bezug auf das Geschlecht des Täters/der Täterin vor allem Männer im Rahmen partnerschaftlicher Auseinandersetzungen agierten. Ebenso fand sich nur hier ein sexuelles Motiv, das bei Frauen in keinem Fall als Tatmotiv im Vordergrund stand. Berücksichtigt werden muss jedoch zum einen der insgesamt wesentlich niedrigere Anteil von Täterinnen sowie die ausgesprochen hohe Anzahl unbekannter Tatmotive.

Aufgeführt sind in den folgenden Tabellen lediglich diejenigen Täter, bei denen das Geschlecht bekannt war.

Tabelle 39: Motiv Beziehungskonflikt

| Geschlecht des Täters | Beziehungskonflikt | Häufigkeit | Prozent |
|---|--------------------|------------|---------|
| Männlich | ja | 17 | 40,5 |
| | nein | 8 | 19,0 |
| | keine Angabe | 17 | 40,5 |
| | Gesamt | 42 | 100,0 |
| Weiblich | ja | 3 | 27,3 |
| | nein | 3 | 27,3 |
| | keine Angabe | 5 | 45,5 |
| | Gesamt | 11 | 100,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | ja | 1 | 50,0 |
| | keine Angabe | 1 | 50,0 |
| | Gesamt | 2 | 100,0 |

Tabelle 40: sexuelles Motiv

| Geschlecht des Täters | sexuelles Motiv | Häufigkeit | Prozent |
|---|-----------------|------------|---------|
| Männlich | ja | 1 | 2,4 |
| | nein | 24 | 57,1 |
| | keine Angabe | 17 | 40,5 |
| | Gesamt | 42 | 100,0 |
| Weiblich | nein | 6 | 54,5 |
| | keine Angabe | 5 | 45,5 |
| | Gesamt | 11 | 100,0 |
| Männl. u. Weibl. (bei mehreren Beschuldigten) | nein | 1 | 50,0 |
| | keine Angabe | 1 | 50,0 |
| | Gesamt | 2 | 100,0 |

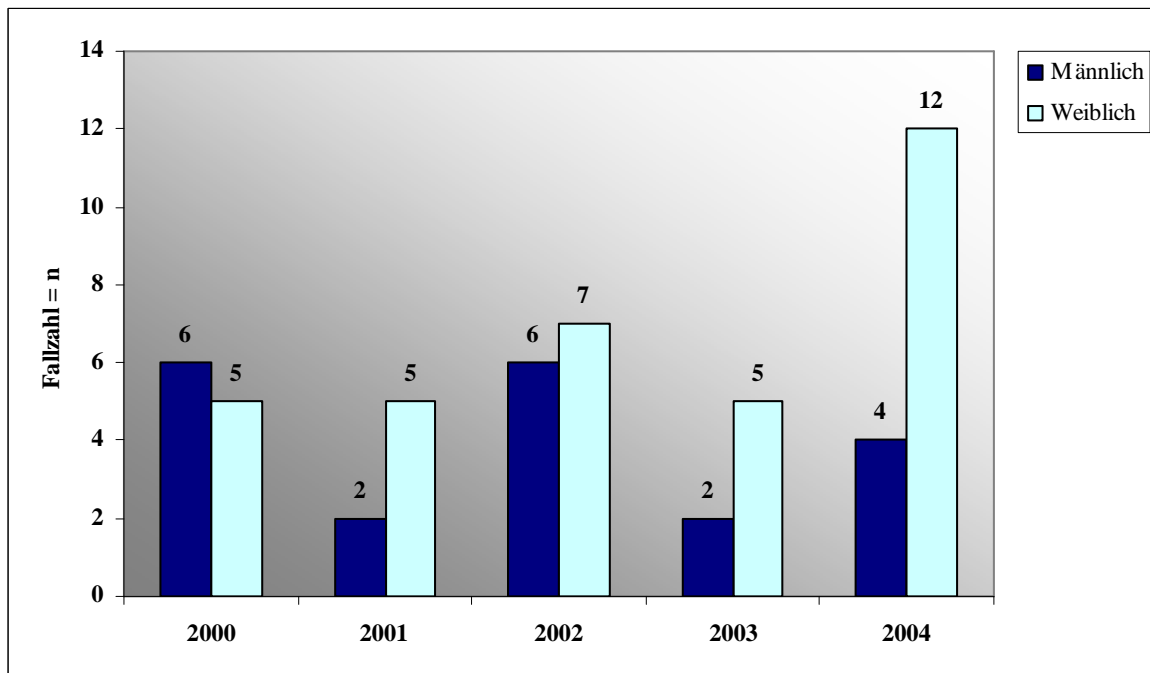
4.3.3 Daten zum Gewalthergang

4.3.3.1 Zeitpunkt

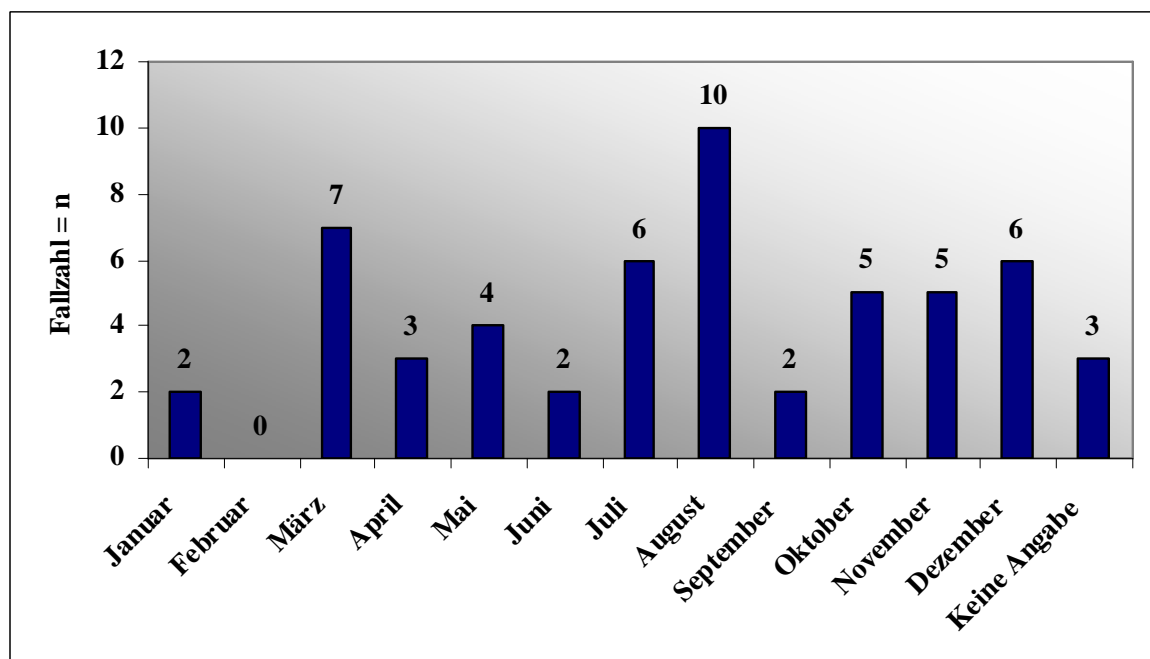
Der Zeitpunkt, zu dem das jeweilige Gewaltdelikt verübt wurde, lag zumeist wenige Tage oder Stunden vor der Untersuchung des Opfers. In wenigen Fällen kam es aber auch vor, dass ein Opfer erst nach Jahren entdeckt wurde. So konnte es vorkommen, dass die Zahl der pro Jahr untersuchten Fallzahlen von der eigentlichen Anzahl der verübten Gewalttaten abwich.

Wie Graphik 45 veranschaulicht, bleibt die Fallzahl über die Jahre 2000 bis 2003 relativ konstant. 2004 wurden doppelt so viele Sektionen an weiblichen Opfern durchgeführt wie in den Jahren zuvor.

Graphik 45: Jahr der Gewalt

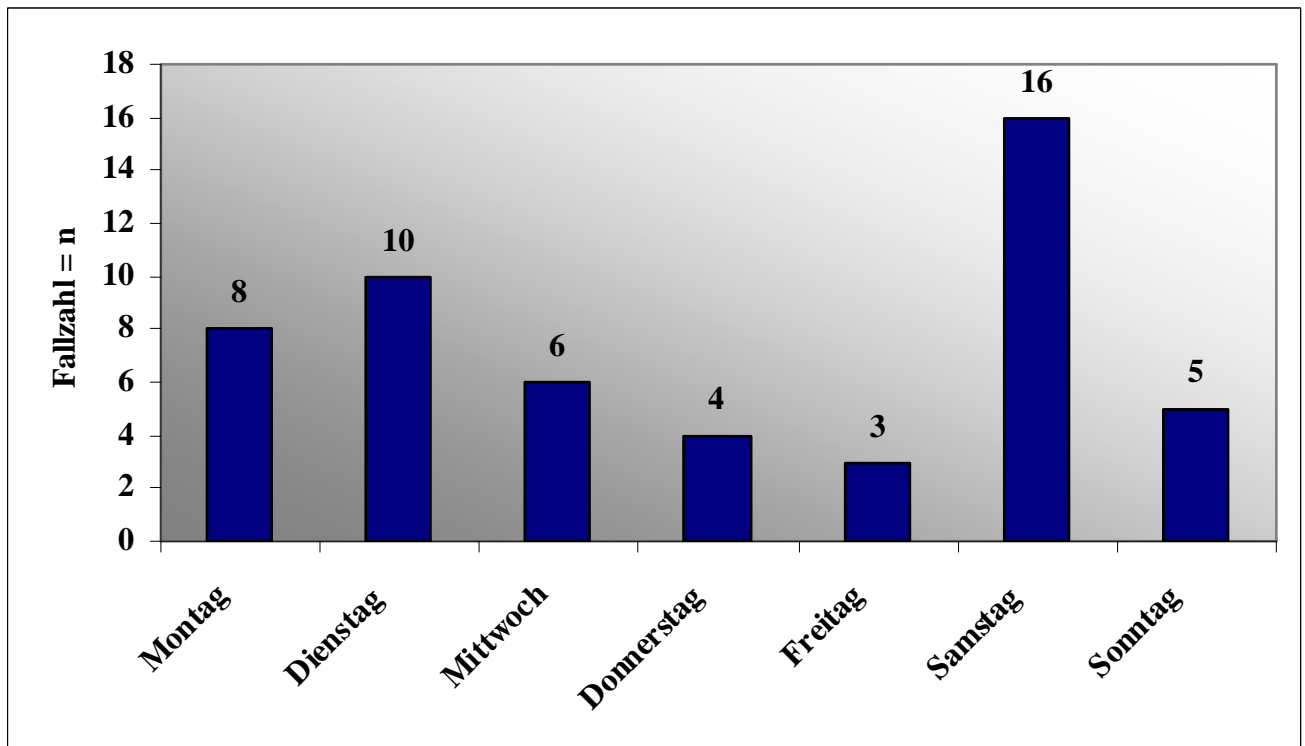


Graphik 46: Monat der Gewalt



Bezüglich des Wochentages zeigt Graphik 47, dass häusliche Gewalt überdurchschnittlich häufig an einem Samstag ausgeübt wurde (29%). Außerdem lässt sich erkennen, dass in der Zeit von Montag bis einschließlich Donnerstag mit insgesamt 28 Übergriffen fast ebenso viele Gewalttaten verübt wurden, wie am Wochenende inklusive Freitag (24).

Graphik 47: Wochentag der Gewalt



4.3.3.2 Ort der Gewalt

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle fand Gewalt innerhalb der häuslichen Umgebung von Opfer oder Täter statt. Zusammengenommen fand häusliche Gewalt in 40 von 55 Fällen (knapp 73%) entweder in der Wohnung des Opfers, des Täters oder in deren gemeinsamer Wohnung statt. Dies verdeutlicht Tabelle 41. Zu tätlichen Auseinandersetzungen in der Öffentlichkeit kam es erwartungsgemäß im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt sehr selten (14,5%).

Tabelle 41: Ort der Gewalt

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 11 | 20,0 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 8 | 14,5 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 21 | 38,2 |
| Häusliche Umgebung einer dritten Person | 1 | 1,8 |
| Öffentliche Straße/Park | 5 | 9,1 |
| Arbeitsplatz der geschädigten Person | 1 | 1,8 |
| Im Fahrzeug | 2 | 3,6 |
| Keine Angabe | 6 | 10,9 |
| Gesamt | 55 | 100,0 |

Unterscheidet man männliche und weibliche Opfer bezüglich der Kategorie „Ort der Gewalt“, so ist auch hier die häusliche Umgebung von Täter und Opfer primärer Schauplatz gewalttätiger Übergriffe (70% /Männer und 74%/Frauen).

Bei verheirateten oder in einer festen Beziehung lebenden Paaren wurden beide Geschlechter zumeist in der gemeinsamen Wohnung zu Opfern (Frauen zu 45%, Männer zu 75%), in Ex-Partnerschaften oder bei In-Trennung lebenden Paaren war der jeweilige Wohnort des Opfers gleich welchen Geschlechtes zu 50% Tatort, die übrigen Übergriffe fanden zu 50% in der Öffentlichkeit (bei Männern 50%, bei Frauen 25%) oder der Wohnung des Täters statt (25 % bei weiblichen Opfern).

Tabelle 42: Ort der Gewalt (Opfer männlich)

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 3 | 15,0 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 2 | 10,0 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 9 | 45,0 |
| Öffentliche Straße/Park | 1 | 5,0 |
| Im Fahrzeug | 2 | 10,0 |
| Keine Angabe | 3 | 15,0 |
| Gesamt | 20 | 100,0 |

Tabelle 43: Ort der Gewalt (Opfer weiblich)

| Ort der Gewalt | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Häusliche Umgebung der geschädigten Person | 8 | 23,5 |
| Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | 5 | 14,7 |
| Gemeinsame Wohnung von geschäd. u. beschuld. Person | 12 | 35,3 |
| Häusliche Umgebung einer dritten Person | 1 | 2,9 |
| Öffentliche Straße/Park | 4 | 11,8 |
| Arbeitsplatz der geschädigten Person | 1 | 2,9 |
| Keine Angabe | 3 | 8,8 |
| Gesamt | 34 | 100,0 |

4.3.3.3 Schilderung des Geschehens

Das methodische Vorgehen der retrospektiven Fallaktenauswertung bedingte die Nutzung der jeweils dort dokumentierten Angaben zum Geschehensablauf. Bei lebenden Personen als Opfer von Gewalt konnte je nach Aktenlage auf die Angaben der geschädigten Person selbst oder auf Angaben Dritter, in der Regel von Seiten der Ermittlungsbehörden protokollierte Angaben Bezug genommen werden.

In den Fällen mit Tötung hingegen beziehen sich die Schilderungen des Geschehens zumeist ausschließlich auf die Sachverhaltsermittlungen der Polizei, da andere Zeugen häufig fehlen

4.3.4 Art der Gewalt

4.3.4.1 Ein- oder Mehrzeitige Gewalt

Das kennzeichnende Auswahlkriterium aller hier ausgewerteten Fälle war das Erleben jeglicher Formen von Gewalt in der Vorgeschichte. Dabei spielte keine Rolle, ob es sich um einmalige oder wiederholte Misshandlungen handelte. Soweit es möglich war wurde versucht, den Datensätzen zu entnehmen ob es sich jeweils um Wiederholungstaten handelte oder nicht. Da jedoch bei den verstorbenen Opfern knapp 88% aller vorliegenden polizeilichen Ermittlungsakten Angaben zu wiederholter Gewalt in der Vergangenheit vermissen ließen, konnten hierzu keine validen Aussagen gemacht werden.

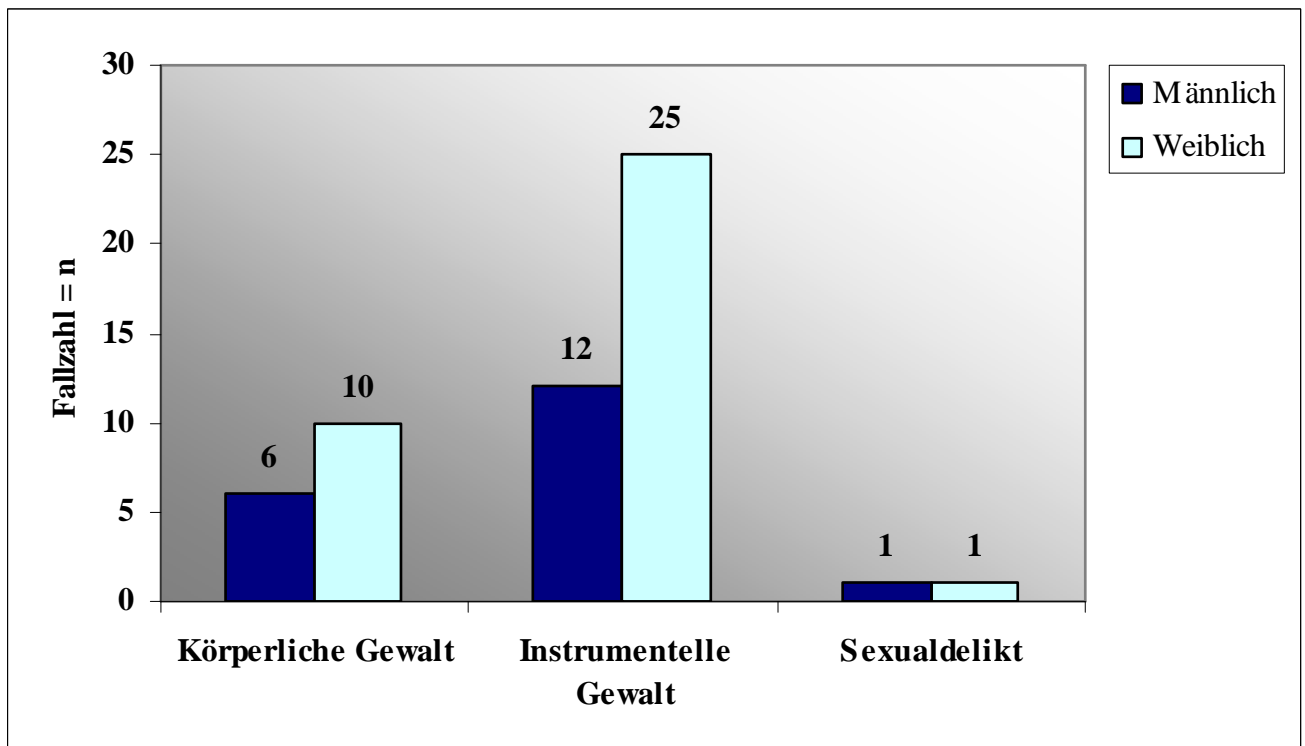
4.3.4.2 Gewaltform

Gemäß den Erläuterungen zur Begriffsdefinition „Gewalt“ in der vorliegenden Auswertung ergeben sich für die untersuchten Sektionsfälle folgende Angaben:

Bei möglicher Mehrfachnennung wurden bei 30% der männlichen Opfer Zeichen körperlicher Gewalteinwirkungen, bei 60% durch Gegenstände oder Waffen verursachte Gewaltspuren dokumentiert. 5% der Männer wurden im Rahmen eines Sexualdeliktes getötet, bei ebenfalls 5% fehlten Angaben zur Gewaltform.

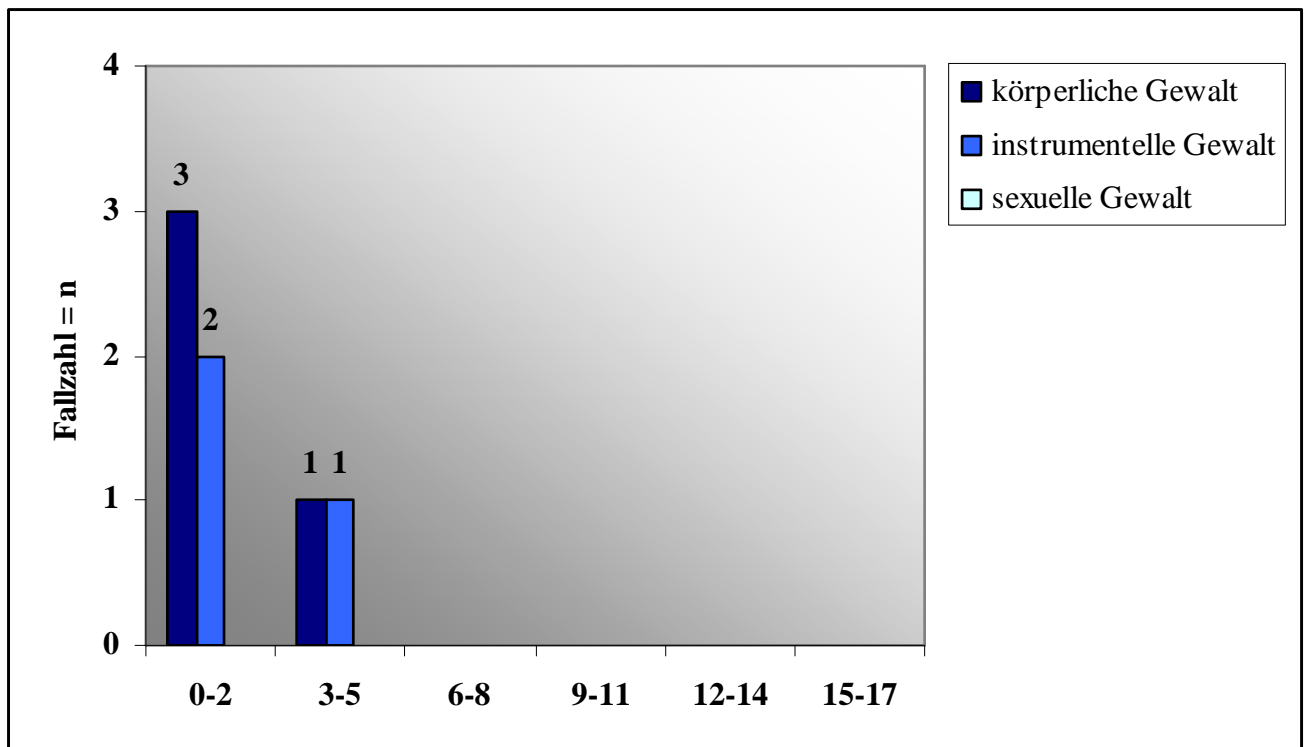
Bei den weiblichen Geschädigten wurden ebenfalls körperliche Gewalt (30%) gemeinsam mit/oder instrumentelle Gewalt (74%) als häufigste Todesursache festgestellt. 3% waren Opfer sexueller Gewalt.

Graphik 48: Art der Gewalt

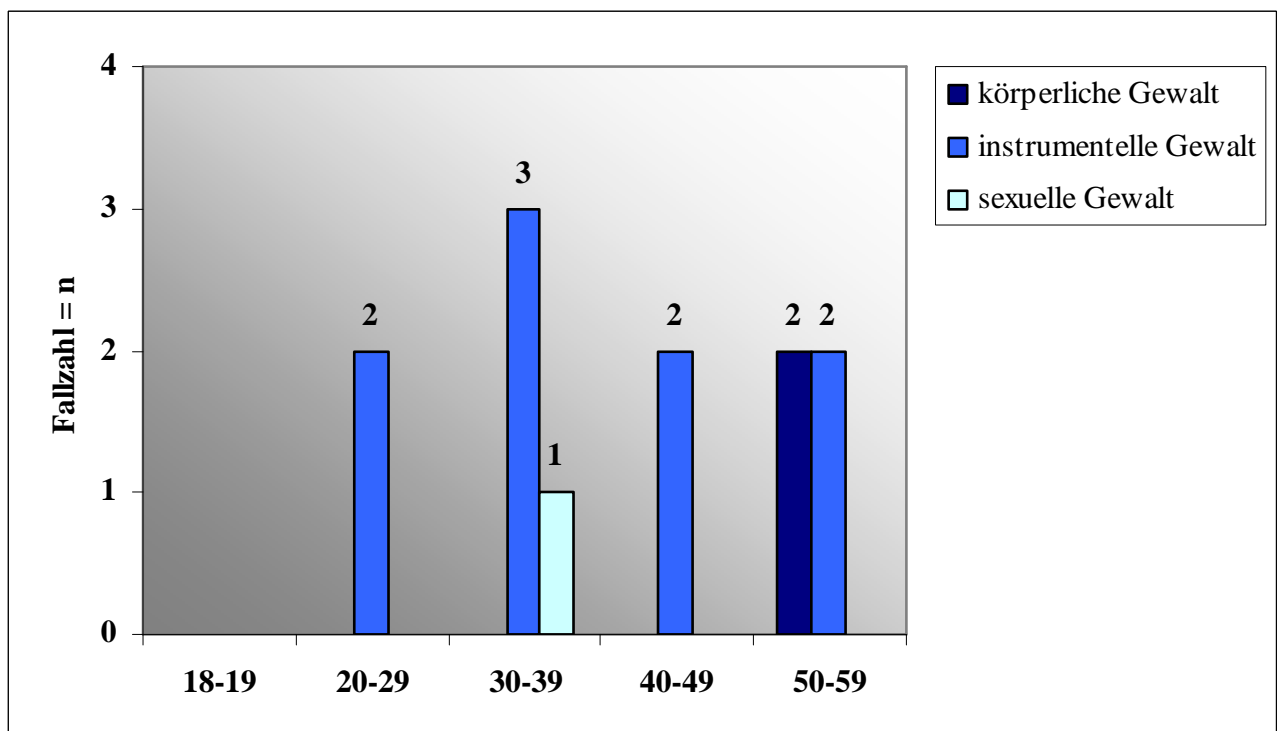


Männern im Erwachsenenalter wurden laut Aktenlage am häufigsten Opfer instrumenteller Gewalt (75%), seltener der rein körperlichen (17%) oder sexuellen Gewalt (8%). Das Alter der erwachsenen männlichen Opfer lag zwischen 20 und 60 Jahren, wobei instrumentelle Gewalt in allen Altersgruppen etwa gleich häufig beobachtet wurde. Körperliche Gewalt allein kam lediglich ab dem 50. Lebensjahr vor, das Opfer sexueller Gewalt war zum Todeszeitpunkt 39 Jahre alt. Graphik 49 gibt einen Überblick über die Altersgruppierung der minderjährigen männlichen Opfer, bei denen es sich ausschließlich um Säuglinge und Kleinkinder handelte und die Kategorie „körperliche Gewalt“ mit 57% gegenüber der Kategorie „instrumentelle Gewalt“ (43%) dominierte. Sexuelle Gewalt an Minderjährigen kam laut Fallauswertung nicht vor.

Graphik 49: Art der Gewalt, Opfer männlich (Kinder)

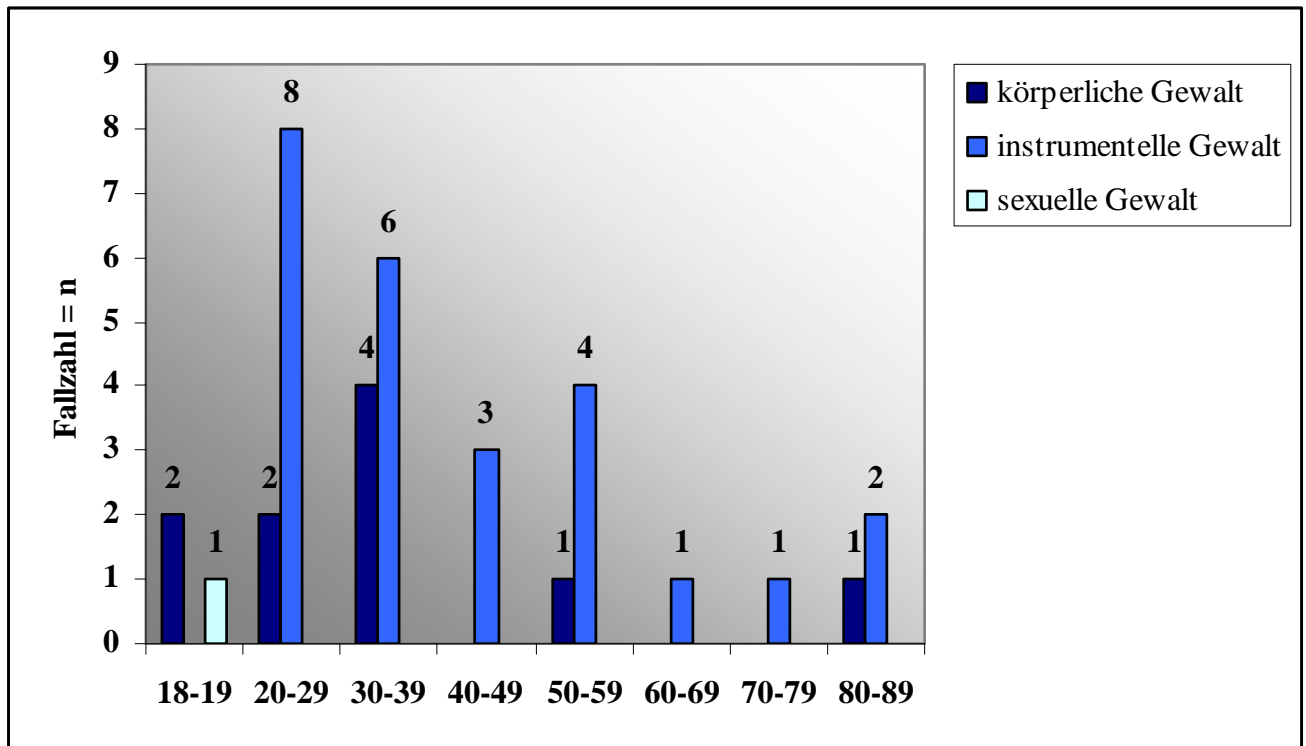


Graphik 50: Art der Gewalt, Opfer männlich (Erwachsene)



Körperliche Gewalt an volljährigen Frauen kam, wie Graphik 51 zeigt, in allen Altersklassen vor. Auffallend oft wurde instrumentelle Gewalt an jungen Frauen zwischen 20 und 30 Jahren gesehen. Zeichen sexueller Gewalt konnten in einem Fall bei einer 18-jährigen dokumentiert werden.

Graphik 51: Art der Gewalt, Opfer weiblich (Erwachsene)



Instrumentelle Gewalt bedeutet den Gebrauch von Gegenständen bei der Ausübung der Gewalt. Im Folgenden werden einige der am häufigsten benutzten Tatwerkzeuge in absteigender Reihenfolge aufgeführt:

1. Messer (18x)
2. Schusswaffen (10x)
3. Hammer, Axt o. Beil (3x)
4. Gürtel, seilähnliche Gegenstände (2x)
5. Scheren (2x)
6. außerdem in Einzelfällen z.B. Schreibtischlampe u.a.

Zum Stichwort „Gewalt gegen den Hals und/oder Atembehinderung“ wurden von den vergebenen Selektionsmerkmalen im Sektionsgut Würge- und Drosselvorgänge differenziert. Bei den Frauen wurde eine mechanische Asphyxie zu jeweils knapp 9% mittels Würgen oder Drosseln erreicht, bei den Männern zu jeweils 5%.

Im Hinblick auf die Dokumentation der Befunde, die durch körperliche oder instrumentelle Gewalt verursacht wurden, wurden folgende Verletzungsarten im Sinne einer Typisierung der Einwirkung unterschieden:

Tabelle 44: Verletzungsarten 1

| Verletzungsarten | männlich | weiblich |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| stumpfe Gewalt | | |
| - ungeformt | 3 | 12 |
| - geformt | 0 | 0 |
| - halbscharf, kantig | 0 | 1 |
| scharfe Gewalt | | |
| - Stichverletzungen | 8 | 14 |
| - Schnittverletzungen | 1 | 3 |
| Schussverletzungen | 3 | 6 |
| thermische Einwirkungen | 1 | 0 |

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wurde als häufigste Gewaltform (40% bzw. 41%) scharfe Gewalt in Form von Stichverletzungen dokumentiert. Bei Männern waren 2 Kleinkinder und 6 Männer im Alter zwischen 34 und 59 Jahren betroffen. Das Alter der Frauen lag zwischen 22 und 66 Jahren mit Schwerpunkt bei jungen Frauen zwischen 22 und 27 Jahren (5 von 14, bzw. 36%). In absteigender Häufigkeit fanden sich bei männlichen Opfern danach stumpfe ungeformte Gewalt (ein Säugling, ein Kleinkind, ein junger Erwachsener) und Schussverletzungen (jeweils 15%, hier nur bei Erwachsenen zwischen 25 und 31 Jahren) sowie Schnittverletzungen und thermische Einwirkungen (jeweils 5%, je ein Erwachsener 56 und 55 Jahre alt). Bei Frauen wurden ungeformte stumpfe Gewalt (35%, alles erwachsene Frauen zwischen 18 und 80 Jahren ohne Altersgipfel), Schussverletzungen (18%, Erwachsene zwischen 18 und 53 Jahren), Schnittverletzungen (9%, ebenfalls Erwachsene) und halbscharfe Gewalt (3%, eine 80-Jährige) in den Untersuchungsbefunden festgehalten. Ungeformte stumpfe Gewalt wurde bei keiner Sektion dokumentiert.

Besondere Verletzungen wurden im Sinne der Folgen der Einwirkungen differenziert:

Tabelle 45: Verletzungsarten 2

| Verletzungsarten | männlich | weiblich |
|------------------------|----------|----------|
| Frakturen | 4 | 7 |
| Bissverletzungen | 0 | 0 |
| Fesselungsspuren | 0 | 0 |
| Widerlagerverletzungen | 0 | 1 |
| Griffspuren | 0 | 1 |
| Abwehrverletzungen | 2 | 4 |
| Ritzverletzungen | 0 | 1 |
| Kratzspuren | 1 | 1 |
| Trittspuren | 0 | 0 |

Bei beiden Geschlechtern wurden besonders häufig Frakturen entsprechend der Häufigkeit der stumpfen Gewalt (20% bei beiden Geschlechtern, bei Männern ein Säugling, drei Erwachsene, bei Frauen Erwachsene zwischen 22 und 80 Jahren, davon zwei 80-Jährige) und auch Abwehrverletzungen (10% männl., 34 und 42 Jahre alt, 12% weibl. Opfer zwischen 24 und 60 Jahren) dokumentiert. Seltener waren noch Kratzspuren (5% männl., ein Säugling, 3% weibl. Opfer, eine 43-Jährige) zu sehen. Bei Sektionen weiblicher Verstorbener fanden sich außerdem noch Widerlageverletzungen, Griff- und Ritzspuren (jeweils 3%, eine 62-Jährige, eine 35-Jährige, eine 80-Jährige). In Kapitel 4.3.4.3 wird detailliert auf die genaue Lokalisation der jeweiligen Verletzungsmuster eingegangen.

4.3.4.3 Lokalisation

Im Rahmen der Sektionen wurden nicht nur Art und Ausmaß, sondern auch Lokalisationen der Verletzungen detailliert dokumentiert. In dieser Arbeit gibt folgende schematisierte Einteilung der Körperregionen einen Überblick über die Lokalisation der Untersuchungsbefunde:

-
- Hirnschädel
 - Gesichtsschädel
 - Nacken
 - Hals
 - Brust(korb)
 - Brüste
 - Abdomen
 - Rücken
 - Genitale
 - Gesäß
 - obere Extremität
 - untere Extremität

Ungeformte stumpfe Gewalt

Die am häufigsten dokumentierten Fälle ungeformter stumpfer Gewalt bei Männern waren an Gesichtsschädel (2) und Brustkorb (2) lokalisiert. Andere Lokalisationen waren Rücken, obere und untere Extremitäten (je 1).

Bei Frauen wurden mit Abstand die meisten ungeformt stumpfen Gewalteinwirkungen an Hirnschädel (7) und Gesichtsschädel (5) dokumentiert. Danach fanden sich Befunde an Extremitäten (je 4) und Brustkorb (1).

Geformte stumpfe Gewalt

Diese wurde bei keiner Sektion explizit dokumentiert.

Halbscharfe Gewalt

Bei Männern wurde diese nicht dokumentiert.

Halbscharfe Gewalt bei weiblichen Opfern wurde lediglich am Kopf (Hirn- und Gesichtsschädel je einmal) festgestellt.

Scharfe Gewalt – Stichverletzungen

Man sah diese vor allem im Brustbereich (7), aber auch an den oberen Extremitäten (4), dem Hals (3), Gesicht und Rücken (je 2) sowie Hirnschädel und Abdomen (je 1) bei Männern.

Auch bei weiblichen Opfern konnten Stichverletzungen insbesondere am Brustkorb (9) und den Brüsten (1), aber auch an Abdomen (6), Hals (4), Rücken (3) und schließlich unterer (3) und oberer Extremität (2) und Gesichtsschädel (2) dokumentiert werden. Hirnschädel, Nacken und Gesäß waren von dieser Gewaltform je einmal betroffen.

Scharfe Gewalt- Schnittverletzungen

Schnittverletzungen wurden bei Männern einmal an der oberen Extremität dokumentiert. Bei Frauen wurden Schnittverletzungen an den oberen Extremitäten (3) und dem Hals (2) sowie Brust, Abdomen, Rücken und unterer Extremität (je 1) gesehen.

Schussverletzungen

Schussverletzungen fanden sich insbesondere im Bereich des Kopfes (Hirn-, Gesichtsschädel und Hals je zweimal). Weitere Befunde bei Sektionen männlicher Opfer wurden an Brustkorb, Rücken und oberer Extremität (je 1) festgestellt.

Frauen wurden in den Hirnschädel (4), den Brustkorb (3) und die oberen Extremitäten (3) getroffen. Seltener sah man Schussverletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, Nackens, der Brüste, des Gesäßes oder der unteren Extremitäten (je 1).

Thermische Einwirkungen/Hitze

Hier gab es keine deutliche Präferenz bezüglich der Lokalisation. Gewalt als Folge von thermischer Einwirkung wurde bei Männern beobachtet an Hirn-, Gesichtsschädel und Genitalen (je 1).

Frauen zeigten keine thermischen Verletzungen.

Frakturen

Frakturen als Folge von Gewalt betrafen bei Männern lediglich Hirn- (3) und Gesichtsschädel (2).

Bei Frauen waren Frakturen an Hirn- und Gesichtsschädel (je 4) sowie Brustkorb (2) und Hals (1) zu finden.

Bissverletzungen, Fesselungsspuren, Tritts Spuren

Oben genannte Verletzungsmuster wurden bei keiner Sektion dokumentiert.

Widerlagerverletzungen

Diese wurden lediglich bei einem weiblichen Opfer am Rücken eindeutig dokumentiert.

Griffspuren

Griffspuren waren bei Männern nicht zu finden.

Bei Frauen konnten sie in einem Fall an der oberen Extremität nachgewiesen werden.

Abwehrverletzungen

Deutlich als Abwehrverletzung erkennbare Gewaltfolgen wurden an den oberen Extremitäten von Männern (2) und Frauen (4) gesehen.

Ritzverletzungen

Ritzverletzungen machten einen geringen Teil der Verletzungen aus und sind einmal am Hals einer Frau festgestellt worden.

Kratzspuren

Auch bei diesem Verletzungsmuster konnte aufgrund jeweils nur einer einzigen Feststellung keine bevorzugte Körperregion beobachtet werden. Bei Männern fanden sich Kratzspuren am Hals (1).

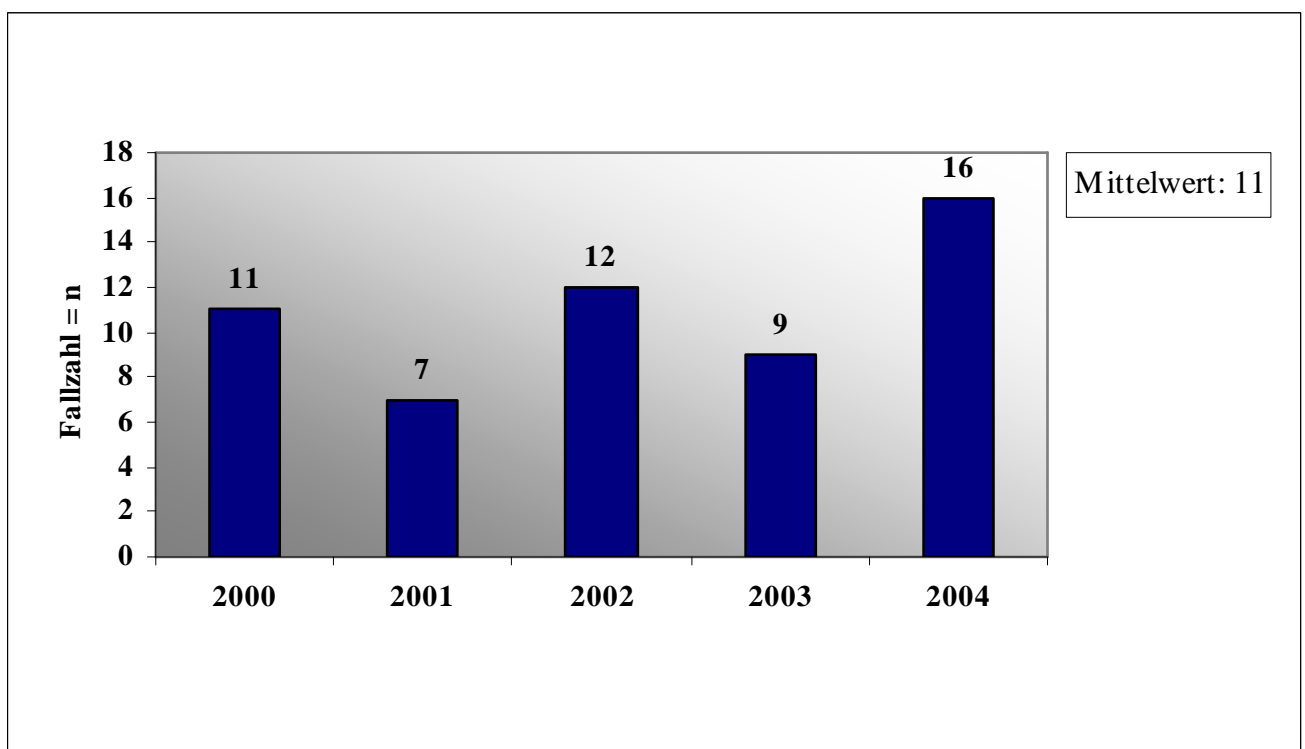
Bei Frauen waren Kratzspuren an der oberen Extremität (1) lokalisiert.

4.3.5 Ergänzende Daten zur Untersuchung

4.3.5.1 Zeitpunkt der Untersuchung

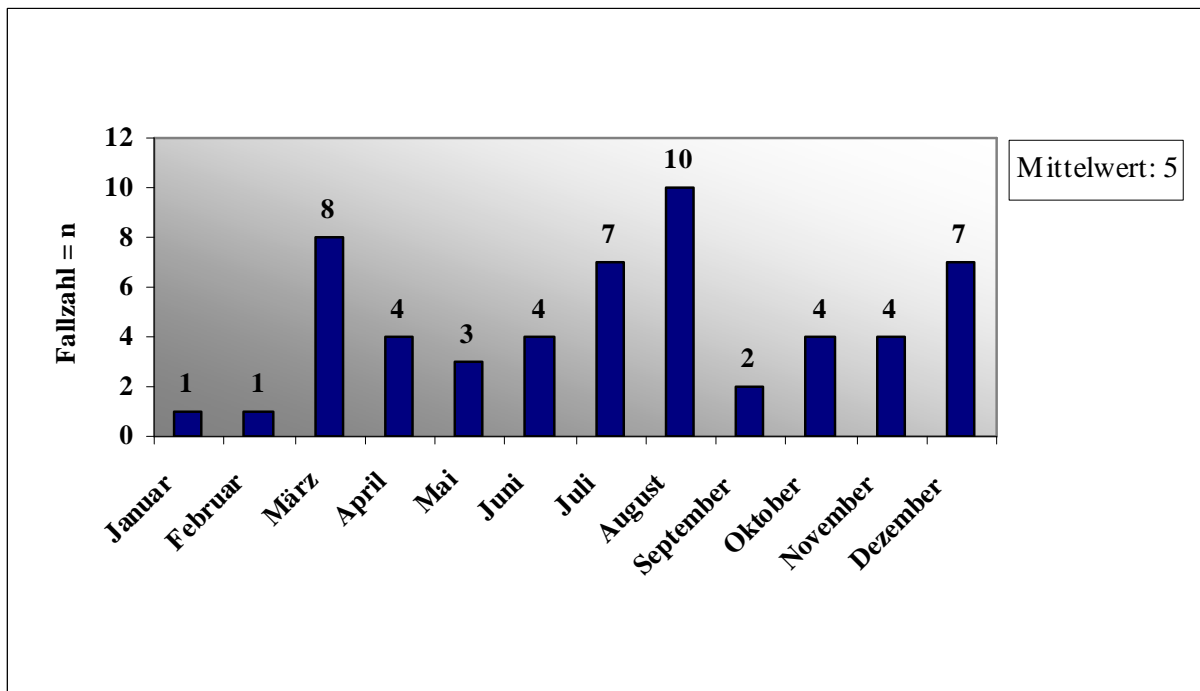
Graphik 52 veranschaulicht einen Zuwachs der Fallzahlen im Jahr 2004 auf 16. In den Jahren zuvor lagen die Zahlen jeweils zwischen 7 und 12 Sektionen zum Thema häuslicher Gewalt pro Jahr.

Graphik 52: Jahr der Sektion



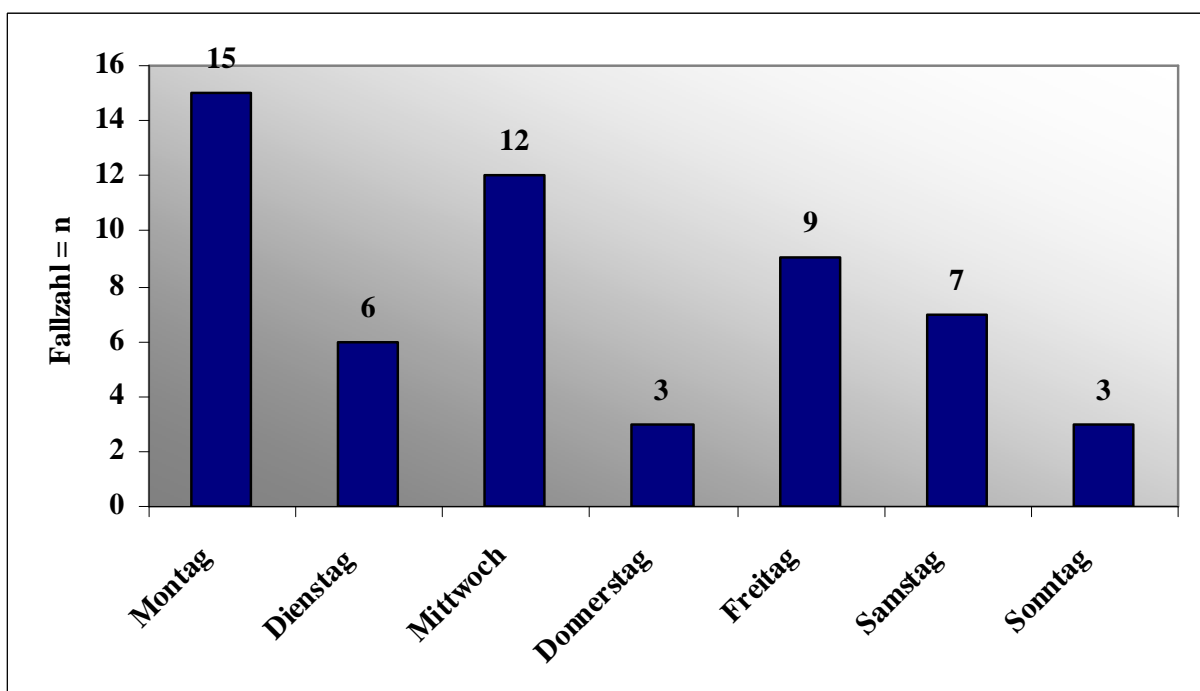
Eine jahreszeitliche Präferenz ließ sich analog zu den Übergriffen bei Lebenden nicht feststellen. Die häufigsten Untersuchungen fanden, wie unten ersichtlich im Monat August statt.

Graphik 53: Monat der Sektion



Mit 15 Fällen (27%) fand ein Grossteil der Sektionen an einem Montag statt, wovon 10 mal (also 2/3) das vorausgegangene Delikt am davor liegenden Wochenende verübt worden war. Für die übrigen Wochentage fiel hingegen keine relevante Häufung auf.

Graphik 54: Wochentag der Sektion



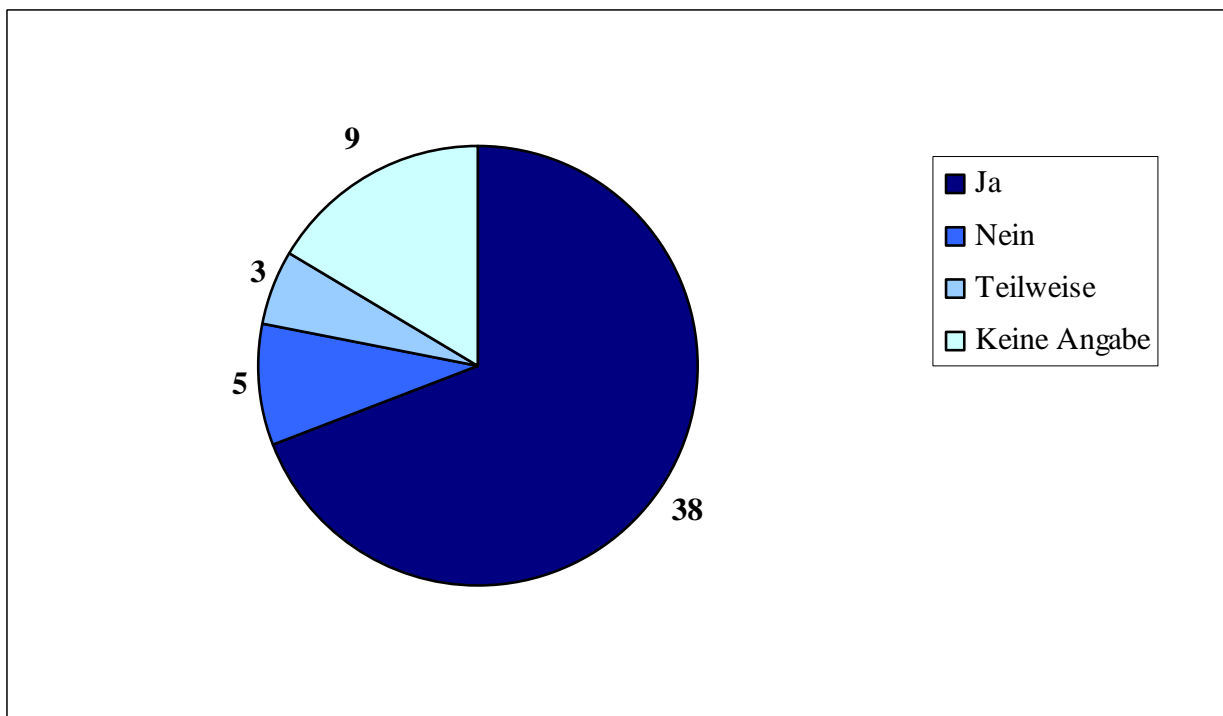
Untersucht im Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang zur Tat wurden 58% der Sektionen innerhalb von 24 Stunden, 20% innerhalb von 3 Tagen und 13% innerhalb einer Woche nach Tatzeit durchgeführt. Zweimal lagen Tatzeit und Sektion deutlich weiter auseinander (6 und 20 Monate); in 3 Fällen konnte ein zeitlicher Zusammenhang aufgrund fehlender Angaben zur Tatzeit nicht hergestellt werden.

4.3.5.2 Plausibilitätsprüfung durch Untersucher/in

Im Hinblick auf die dokumentierten Verletzungen stellte sich die Frage, ob diese in Einklang mit dem geschilderten Tathergang zu bringen waren.

Insgesamt war dies mehrheitlich der Fall (69 %). Nur in 9 % der Kasuistiken konnte kein Zusammenhang zwischen Verletzungsmuster und vermeintlichem Tathergang hergestellt werden. Es handelte sich durch den Tatbestand des Totschlages immer um „Fremdanamnesen“ durch Polizei oder Staatsanwaltschaft.

Graphik 55: Verletzungsmuster passt zur Anamnese



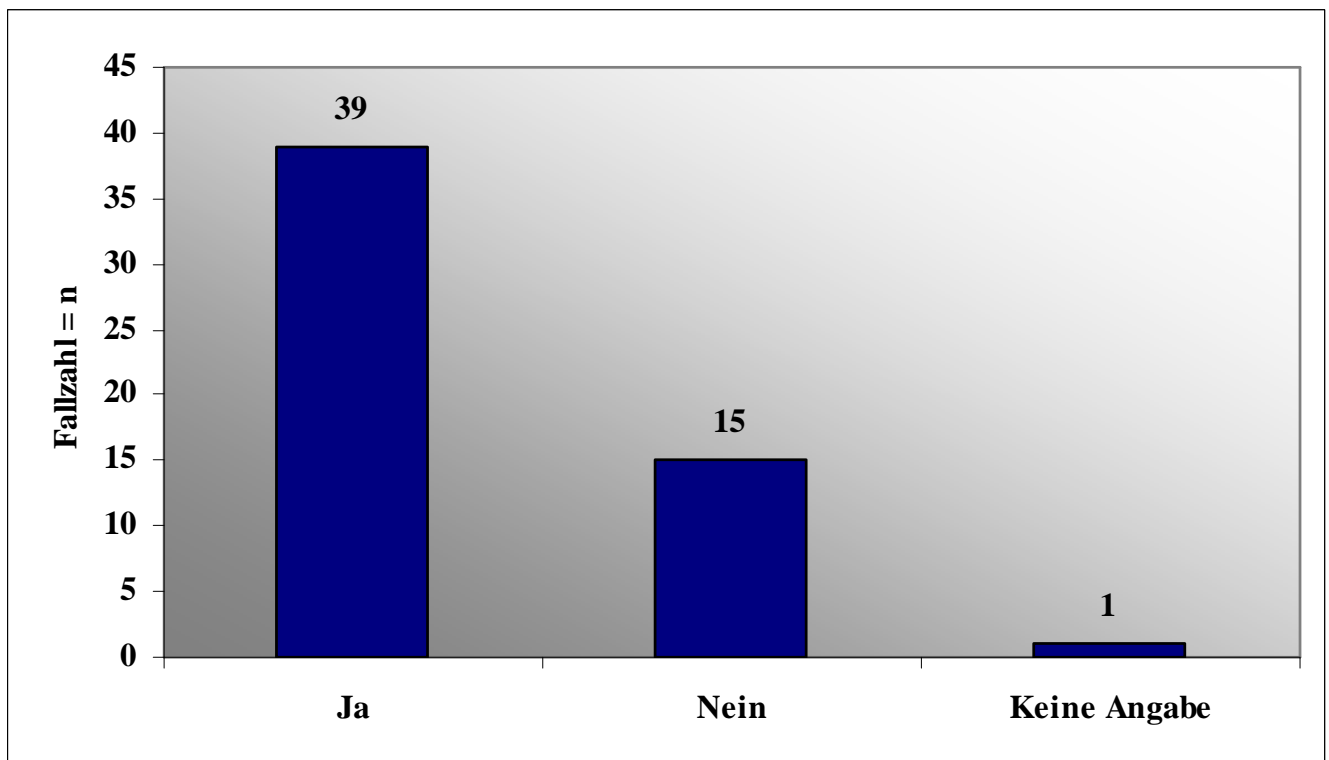
4.3.5.3 Art und Umfang der Dokumentation

Die Dokumentation der Verletzungen Opfer häuslicher Gewalt fand unter dem Aspekt der Verwertbarkeit in Ermittlungsverfahren statt. Im Wesentlichen zeichneten sich die Sektionen gegenüber den Lebenduntersuchungen durch höhere Zahlen an toxikologischen Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Asservierung von Abstrichen aus.

Fotodokumentation

In den meisten Fällen (71 %) wurden Verletzungen fotografisch festgehalten und zwar sowohl bei Männern (72%) als auch Frauen (71%) und männlichen Minderjährigen (67%).

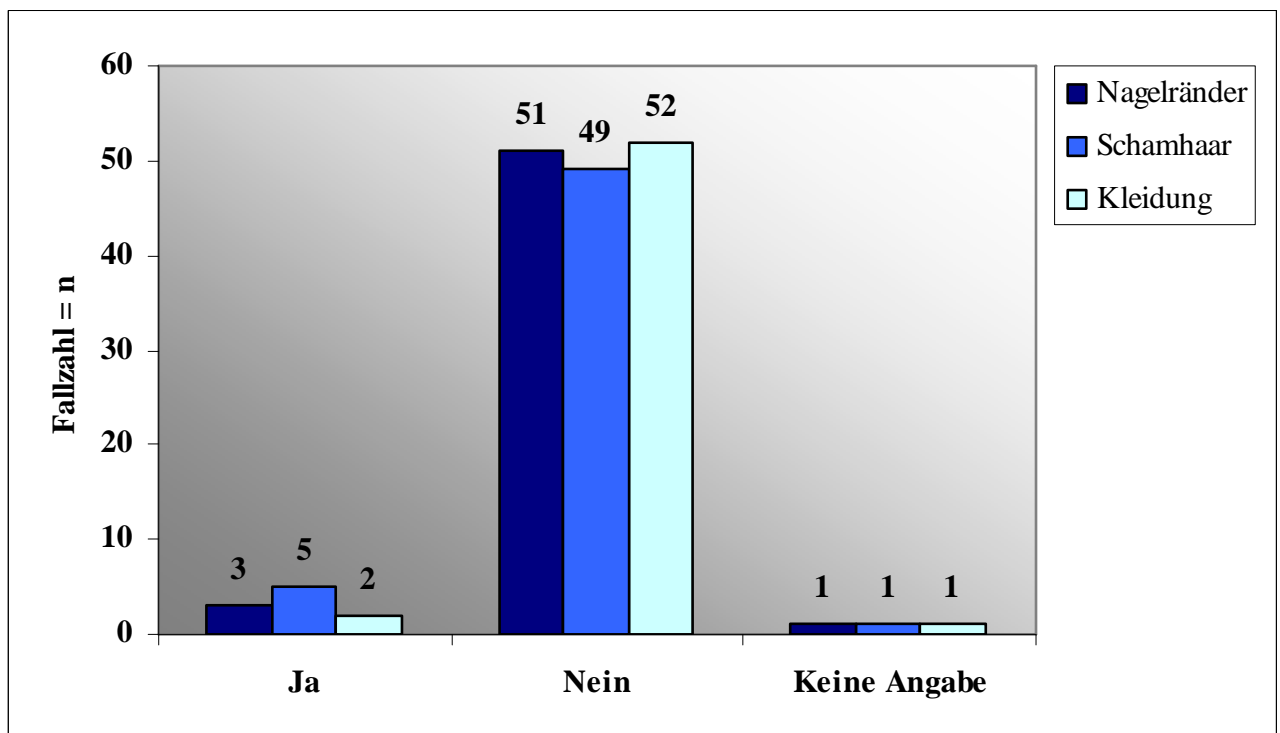
Graphik 56: Fotodokumentation



Asservate

Organproben zwecks feingeweblicher Untersuchungen wurden bei jeder Sektion entnommen. Schamhaar (5x), Nagelränder (3x) und Kleidung Verstorbener (2x) wurden bei den insgesamt 55 hier vorliegenden Sektionen eher selten zwecks weiterführender Untersuchungen asserviert. In einem Fall wurde das Schamhaar eines erwachsenen männlichen Opfers im Rahmen eines Sexualdeliktes überprüft. Alle übrigen Asservate wurden ausschließlich bei weiblichen erwachsenen Opfern ohne den Kontext eines Sexualdeliktes einbehalten.

Graphik 57: Asservate

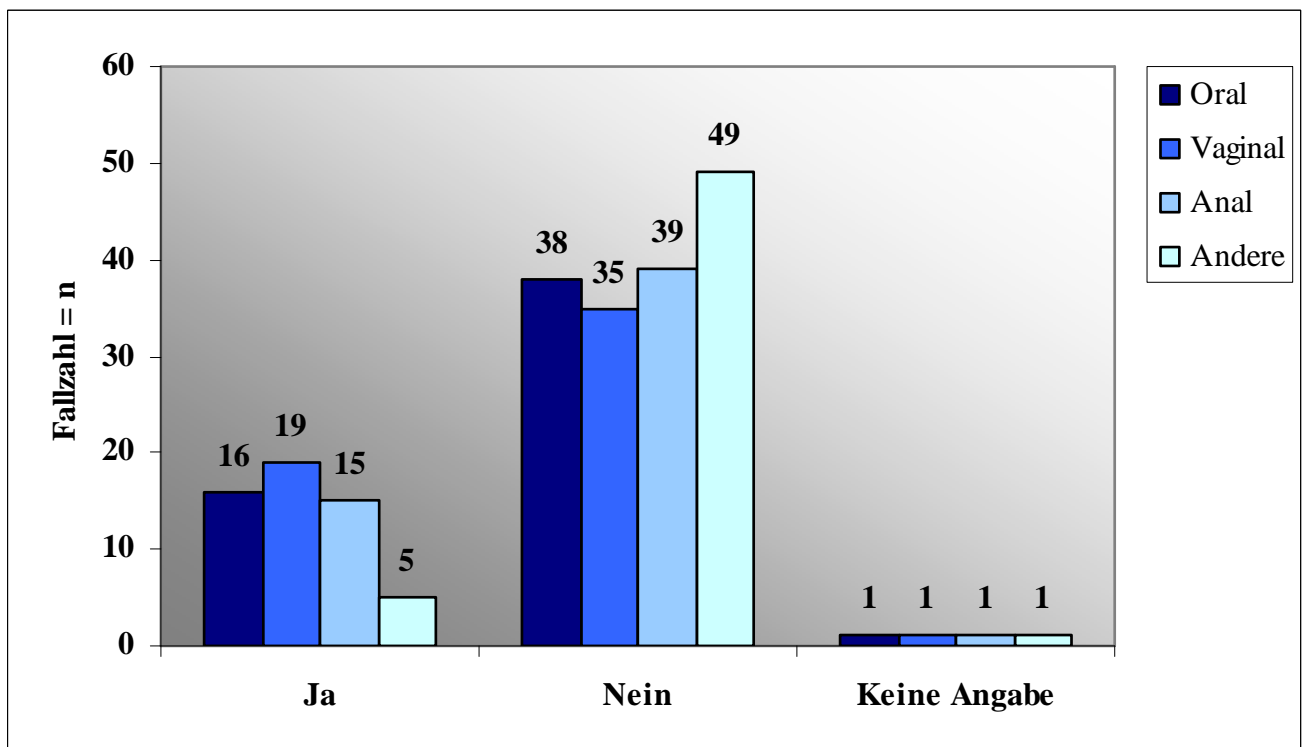


Abstriche

Abstriche von Mund (16x), Vagina (19x) oder After (15x) dienten z. Bsp. einer Sicherung von evtl. Fremd DNA, an Mund und Vagina jeweils einmal davon bei dem Opfer eines Sexualdeliktes. An Leichen wurden außerdem in Einzelfällen auch Abstriche von Zervix, offenen Wunden und Einschussöffnungen angefertigt.

Bis auf eine Ausnahme wurden alle Abstriche an weiblichen Opfern (Erwachsenen) durchgeführt. Bei einem männlichen Opfer (erwachsen) wurden Abstriche an der Peniskranzfurche vorgenommen, allerdings nicht im Zusammenhang mit einem Sexualdelikt.

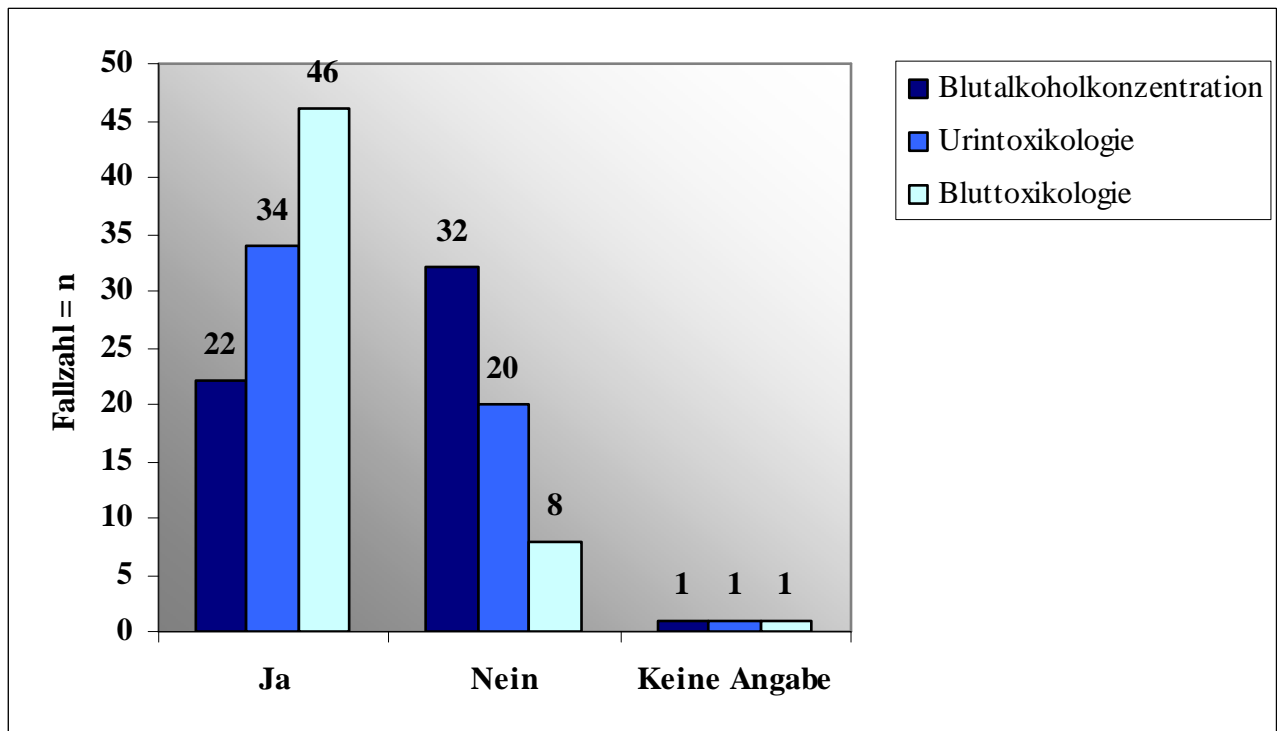
Graphik 58: Abstriche



Toxikologische Untersuchungen

Sofern vorhanden bzw. asservierbar wurden post mortem Urin- (62 %) und Blutproben (84 %) für toxikologische Untersuchungen einbehalten. In insgesamt 40 % bestimmte man dabei auch die Blutalkoholkonzentration, wobei dies vor allem bei Sektionen männlicher erwachsener Opfer (55%) zur Anwendung kam, weniger häufig bei Frauen (38%) oder männlichen Minderjährigen (33%). Urinproben wurden bei beiden Geschlechtern gleich häufig untersucht (je bei rund 65%), allerdings etwas seltener bei männlichen Kindern (56%). Eine Blutentnahme für toxikologische Untersuchungen machte man mit Abstand am häufigsten bei Frauen (94%), etwas seltener bei Kindern männlichen Geschlechtes (78%) und Männern (64%).

Graphik 59: Toxikologische Untersuchungen



5. DISKUSSION

5.1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Datenerhebung aus Sicht der rechtsmedizinischen Fallarbeit erstellt, welche im Folgenden erläutert wird.

Die Gliederung dieser Diskussion wurde an den konzeptionellen Aufbau des Ergebnisteils angelehnt. Vorangestellt werden daher zunächst Erkenntnisse zu den Rahmen- und Basisdaten (Fallzahlen, Geschlechterverteilung) der Arbeit. Anschließend wird die bei den Ergebnissen vorliegende thematische Unterteilung in „Opfer, Geschädigte“ und „Opfer, Todesfälle“ aufgehoben, um nun unter den Gesichtspunkten der opfer- und täterbezogenen Daten, der Daten zum Vorfallshergang, zur Art der Gewalt und zur Untersuchung der Opfer ausgewertet und gegenüberstellend zusammengeführt zu werden.

Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über Umstände, Häufigkeiten und Zusammenhänge häuslicher Gewalt im Raum Köln als zentrale Fragestellungen der Arbeit werden mit dem Ziel eines möglichen Auf- und Ausbaus der Opferbetreuungsangebote Schritt für Schritt erarbeitet und auf der Basis nationaler und internationaler Literatur kritisch beleuchtet.

5.2 Stichwort: Basisdaten

Die Möglichkeit einer zum damaligen Zeitpunkt kostenlosen Begutachtung wurde von informierten Betroffenen mit steigender Tendenz in Anspruch genommen. Besonders auffällig erscheint die Zunahme der Lebendbegutachtungen im Jahr 2004; lag die Fallzahl von 2000 bis 2003 zwischen 9 und 15 trat 2004 ein Anstieg um nahezu das Vierfache auf 41 untersuchte Personen auf. blieb die Zahl der Lebendbegutachtungen und Atteste am Kölner Institut in den Jahren 2000 bis 2003 konstant, so fällt ein deutlicher, zeitlich verzögerter Zuwachs an Attestausstellungen nach Inkrafttreten bzw. vermehrter Anwendung des Gewaltschutzgesetzes im Jahre 2004 auf. Das ist insofern bedeutsam, als dass die Arbeit des Institutes erst ab 2003 z.B. in Hilfsnetzwerken oder via Zeitungsartikeln bekannt gemacht wurde. Dies konnte in einem Vergleichszeitraum von 1999 bis 2003 auch an den rechtsmedizinischen Instituten in Hannover und Leipzig beobachtet werden, besonders

deutlich fiel diese Zunahme in den Jahren 2002 und 2003 auf (Gahr et al. 2005). Auch im rechtsmedizinischen Institut in Hamburg stieg die Zahl der Hilfesuchenden ab 1999 kontinuierlich an - im Jahr 2003 wurden schließlich über 1000 Untersuchungen durchgeführt (Seifert et al. 2004).

Dieser einheitliche Trend legt die Vermutung nahe, dass dies mit dem zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gewaltschutzgesetz in Zusammenhang gesetzt werden kann.

Insgesamt lässt somit der Zuwachs an Fällen vermuten, dass die Entwicklung der klinischen Rechtsmedizin an den genannten Standorten zunehmend als bedeutungsvoll erkannt und angenommen wird, wenn auch immer wieder Fragen der Finanzierung von rechtsmedizinischen Ambulanzen diskutiert werden müssen.

Die Aussagekraft der hier aufgeführten Fallzahlen wird dadurch eingeschränkt, dass nur ein kleiner Teil der Geschädigten die rechtsmedizinische Untersuchung in Anspruch nahm. Der Umfang dieses Dunkelfeldes hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab und lässt sich nur annäherungsweise mithilfe von Studien zur Prävalenz von Gewalt in der Bevölkerung abschätzen (vergleiche Kapitel 5.3 und 5.8).

5.3 Stichwort: opferbezogene Daten

Alter und Geschlecht

Da Gewaltverbrechen in der vorliegenden Arbeit unabhängig von der Altersstruktur der Opfer behandelt werden, kommt es unweigerlich zu einer Vermischung zwischen den getrennt zu behandelnden Themen häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung. Es müsste somit bei sicheren Überschneidungen korrekterweise von innerfamiliärer Gewalt gesprochen werden.

Unbestritten ist anhand der vorliegenden Zahlen, dass in der bearbeiteten Stichprobe vorwiegend Frauen partnerschaftliche Gewalt erlebten, was sowohl für (über)lebende (71 % weibl. Opfer gegenüber 28 % männl. Opfer) als auch verstorbene (62 % weibl. Opfer gegenüber 36 % männl. Opfer) Opfer galt. In noch stärkerem Ausmaß gilt dies für die Daten am Hamburger Institut für Rechtsmedizin (92% weibl. Opfer gegenüber 8% männl. Opfer), wo über einen Zeitraum von 3 Jahren Opfern häuslicher Gewalt eine kostenlose körperliche

Untersuchung und Dokumentation angeboten wurde (Seifert 2006). Ein direkter Vergleich ist dabei nicht möglich, da im Gegensatz zu Hamburg, wo die Daten allein partnerschaftliche Gewalt unter Erwachsenen erfassen, in Köln, wie oben bereits erwähnt, die Opfer innerfamiliärer Gewalt in die Datenbank einfließen, was sicherlich, bedingt durch den Einschluss der Fälle von Kindesmisshandlung, den höheren Anteil männlicher Geschädigter ausmacht. Mit der 2004 veröffentlichten Repräsentativstudie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Müller et al. 2004) liegen erstmals Daten zur nationalen Prävalenz vor. Insgesamt liegt laut dieser Studie die Lebenszeitprävalenz bei Frauen als Opfer von partnerschaftlicher Gewalt bei 25% und somit im europäischen Vergleich (zwischen 15% und 26%) im oberen Bereich, was die Einschätzung und Interpretation des in dieser Arbeit vorliegenden Geschlechterverhältnisses unterstützt. In Bevölkerungserhebungen aus den unterschiedlichsten Teilen der Welt gaben 10-69% der Frauen an, dass sie irgendwann in ihrem Leben einmal von einem männlichen Intimpartner tätlich angegriffen worden seien (Amnesty International 2005, WHO 2003).

Dies soll nicht verleugnen, dass Gewalt gegen Männer ein gesellschaftliches Problem darstellt. Männer sind sogar im Gegenteil etwas häufiger als Frauen in ihrem Leben Opfer von Gewalt (Jungnitz et al. 2004). Nur handelt es sich hierbei in den wenigsten Fällen um Gewalt im privaten Raum oder im Kontext häuslicher Gewalt, sondern vielmehr um Körperverletzungen in der Öffentlichkeit durch Bekannte oder Fremde.

Gewalt in intimen Beziehungen betrifft somit in der Mehrzahl der Fälle Frauen. Dabei waren diese zum Zeitpunkt der erlebten Gewalt in der Regel volljährig. Dies ergab sich sowohl bei den Lebendbegutachtungen, bei denen das Alter der Frauen im Mittel bei 28 Jahren lag und der Anteil der über 18-Jährigen bei 72 %, besonders jedoch bei den Sektionen, denn hier handelte es sich in allen Fällen um volljährige Opfer.

Gegensätzlich ist dazu die Altersverteilung der männlichen Opfer. Hier handelte es sich bei den Lebendbegutachtungen zu rund 94 % um Jugendliche und Kinder. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Pilotstudie der Bundesregierung zum Thema „Gewalt gegen Männer“ aus dem Jahre 2004. Hier heißt es, dass das Risiko, Opfer von Gewalthandlungen zu werden für Männer in Kindheit und Jugend sehr viel größer ist als im Erwachsenenleben (Jungnitz 2004). Mit anderen Worten bedeutet dies, dass es sich in den Fällen von hier ausgewerteter „häuslicher Gewalt“ gegen Männer meist um Kindesmisshandlungen handelt. Insgesamt ist im Kontext häuslicher Gewalt gegen Männer sicherlich von einer gewissen Dunkelziffer

auszugehen, da Männer ihren Opferstatus in der Regel als „unmännlich“ empfinden und sich auch in Ermangelung einer Institution, in der das Erlebte Anerkennung und Mitgefühl findet, in ihrer Opferrolle nicht an die Öffentlichkeit wenden. Zu erwähnen ist hierbei, dass speziell für männliche Opfer Beratungsangebote oft vollständig fehlen. Auf der Internetseite der Stadt Köln beispielsweise findet man unter dem Stichwort „häusliche Gewalt“ folgende Links zu Beratungs- und Hilfsangeboten: Polizei, Mädchen- oder Frauenberatungsstellen, autonome Frauenhäuser und das Elisabeth-Frey-Haus, ein Hilfsangebot der Diakonie für Frauen und Frauen mit Kindern (Stand 11.08.2009). Offensichtlich wird häusliche Gewalt gegen Männer bei tödlichem Ausgang der Gewalt. Bei den in dieser Auswertung erfassten Sektionen an Männern fand sich somit im Gegensatz zu den Lebendbegutachtungen ein Anteil erwachsener Opfer zwischen 20 und 60 Jahren von rund 55 %.

Der Anteil der über 60-Jährigen bei den Lebenden machte 2,5%, bei den Verstorbenen 12,7% aus. Angaben über das Ausmaß der Misshandlung alter Menschen sind insgesamt spärlich. Die wenigen bisher durchgeführten Untersuchungen deuten jedoch darauf hin, dass zwischen 4% bis 6% der alten Menschen in ihrem eigenen Zuhause eine Form von Misshandlung erleiden (Ahmad u. Lachs 2002; Hirsch 2003; Graß u. Walentich 2006). Die Misshandlungsrate in Pflegeeinrichtungen wie Altenheimen oder Krankenhäusern dürfte dabei sogar noch höher liegen. Ursachen hierfür sind zum Beispiel schlecht ausgebildetes und/oder überarbeitetes Pflegepersonal.

Herkunft

In der Gesamtstichprobe der überlebenden Gewaltopfer waren in knapp 44% keine Angaben zur Herkunft oder Nationalität des Opfers vermerkt. Aus den auswertbaren Nennungen ergab sich eine führende Häufigkeit (36 %) von Menschen deutscher Abstammung. Bei den Sektionen waren 73% der Opfer Deutsche, hier war lediglich in einem Anteil von ca. 9% die Nationalität nicht erfasst.

Bundesweit existierten bisher zu der systematischen Erfassung der Opfernationalitäten nur wenig repräsentative Daten. Im Rahmen der durch das BMFSFJ in Auftrag gegebenen Studie zur Gewaltprävalenz von Frauen in Deutschland (Müller et al. 2004) wurden in Zusatzuntersuchungen verschiedene Teilpopulationen, darunter unter anderem türkische und osteuropäische Migrantinnen befragt. Zusammenfassend wurde hierbei festgestellt, dass diese

Frauen nicht nur anteilmäßig deutlich häufiger von Gewalt betroffen waren als deutschstämmige Frauen, sondern auch gemessen an den Verletzungsfolgen schwerere und bedrohlichere Formen von Gewalt erlebt hatten. So wurden beispielsweise Osteuropäerinnen zu 28%, Türiinnen zu 38% und Flüchtlingsfrauen in Deutschland zu 54% Opfer sexueller oder körperlicher Gewalt durch den eigenen Lebenspartner im Gegensatz zu einer 25%igen Prävalenz bei Frauen der Hauptstudie (basierend auf 10.264 bundesweit mit in Deutschland lebenden Frauen von 16-85 Jahren geführten Interviews).

Anfang 2008 wurde eine aktuelle vergleichende Sekundäranalyse zur Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegeben. Dabei wurden Frauen deutscher Herkunft, türkischer Herkunft und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion im Alter von 15 bis unter 75 Jahren miteinander verglichen. Im Wesentlichen kam man dabei zu dem Ergebnis, dass insbesondere Frauen türkischer Herkunft gegenüber Frauen deutscher Herkunft doppelt so häufig von körperlicher/sexueller Gewalt durch den Lebenspartner betroffen waren (Schrötle u. Kheleifat 2008).

In den zitierten Studien der Bundesregierung wurde die Gewaltprävalenz einer repräsentativen Gemeindestichprobe erhoben, wohingegen in der hier vorliegenden Arbeit eine retrospektive Falldatenanalyse einer bereits nach dem Kriterium erlebter Gewalt selektierten Stichprobe erfolgte. Aufgrund der unterschiedlichen Methodik, Untersuchungsgruppe und Fallzahl lassen sich demnach diese Daten mit der vorliegenden Arbeit nicht vergleichen.

Opfer-Täter-Beziehung

Zusammenfassend handelte es sich bei den überlebenden Opfern innerfamiliärer Gewalt zu etwa gleichen Teilen um Beziehungsgewalt, das heißt Gewalt zwischen (Ex-) Partnern und familiäre Gewalt, beispielsweise von Eltern zu Kindern oder zwischen Geschwistern. Männliche Opfer, da zu 91% minderjährig, wurden zu 100% durch Familienangehörige misshandelt. Bei den Frauen hingegen überwogen mit 86% Übergriffe durch Partner oder Ex-Partner. Bei tödlichem Gewaltausgang wurden insgesamt zu ca. 55% partnerschaftliche Gewalttaten angegeben gegenüber innerfamiliären Gewaltkonflikten mit 38% (hier hauptsächlich Gewalt von Eltern gegenüber ihren Kindern). Männer wurden ungefähr gleich

häufig durch Partner/in oder ein anderes Familienmitglied getötet; Frauen zu etwa 2/3 durch die Hand ihres Partners oder Ex-Partners.

Die Analyse zeigt auf, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend durch - zumeist männliche - Partner oder Ex-Partner verübt wird. Ein nationaler Vergleich anhand von Daten des Bundesministeriums bestätigt, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner ist (Müller et al. 2004).

Gewalt gegen Männer findet hingegen häufiger im öffentlichen Raum durch Bekannte oder Fremde statt (Kavemann 2002). Wenn wie hier von Gewalt im privaten Raum gesprochen wird, sind Männer in allen Deliktarten bedeutend seltener Opfer als Frauen.

Bei Minderjährigen und insbesondere Kindern sind im Wesentlichen Eltern oder nahe Familienangehörige Täter.

Gebrauch psychotroper Substanzen

Das Konsumverhalten in der Gewaltsituation wurde nicht selten als unbekannt angegeben; Angaben zum Vorliegen eines allgemein bestehenden Alkohol- oder Drogenproblems waren lückenhaft. Nach Auswertung der vorhandenen Daten kam es im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt zu einem Konsum hauptsächlich von Alkohol, der hier vor allem von weiblichen Opfern konsumiert wurde. Die Höhe der Blutalkoholkonzentration wurde dabei nicht regelhaft miterfasst, auch nähere Angaben, die beispielsweise Rückschlüsse auf die Ursache des Trinkverhaltens zulassen, fehlen. Es ergeben sich daher nur hypothetische Erklärungsansätze. Zum Beispiel lässt sich ein Zusammenhang zwischen einer erhöhten Gewaltprävalenz im Kontext mit dem Vorliegen einer Suchtproblematik diskutieren. Ebenfalls denkbar ist die Theorie einer Stress- oder Belastungs-“bewältigung“ durch Alkohol im Sinne eines Copings.

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen keine Daten zum situationsbedingten Trinkstatus von Tätern und Opfern häuslicher Gewalt vor. In den Forschungsergebnissen der WiBIG (= Wissenschaftliche Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt), unterstützt durch die Bundesregierung, wird auf besondere Problemlagen und Belastungen weiblicher Opfer häuslicher Gewalt eingegangen. In diesem Zusammenhang wurden Alkoholprobleme mit 10% als häufigstes, den Handlungsspielraum des Opfers eingrenzendes Problem registriert (Hagemann-White u. Kavemann 2004). Sowohl in der Erstauswertung der Studiendaten von Müller et al. (2004) im Auftrag der Bundesregierung als auch der

Sekundärauswertung von Schröttele u. Khelaifat (2008) wird die Relevanz eines erhöhten Alkoholkonsums des Gewalt ausübenden Partners aufgezeigt. Auf das Thema Alkohol bei den weiblichen Opfern wurde nicht eingegangen.

Zur Untersuchung einer möglichen Rolle von Alkohol bei Opfern in Situationen häuslicher Gewalt wurden von der schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme mehrere internationale Studien zu diesem Thema ausgewertet, die einen Zusammenhang zwischen Gewaltanwendung und Alkoholkonsum vermuten lassen. Ein gemeinsamer Befund dieser Untersuchungen ist die häufige Feststellung von Alkohol bei Gewaltopfern (von 17% bis 70%) im Vergleich zu anderen Verletzten (von 2- bis 5-mal häufiger) (Maffli u. Zumbrunn 2001).

5.4 Stichwort: täterbezogene Daten

Alter und Geschlecht

Zusammengefasst handelte es sich mit 70% in der Mehrzahl der untersuchten Fälle zu häuslicher Gewalt inklusive der durch häusliche Gewalt bedingten Tötungen und unabhängig vom Geschlecht des Opfers um männliche Täter. In der Hamburger Vergleichsstudie gaben in Fällen von Partnergewalt sogar 91% der Untersuchten an, von einer männlichen Person angegriffen worden zu sein, in 6% der Fälle wurden weibliche Personen als Täterinnen angegeben (Seifert et al. 2006 a). Die Diskrepanz der Zahlen ist erneut auf die unterschiedliche Konzeption der Datenbank, wie bereits in Kapitel 5.3 erwähnt, zurückzuführen. Die Ergebnisse lassen sich mit zahlreichen in der Literatur zum Thema herausgebrachten Veröffentlichungen in Einklang bringen und scheinen Ergebnis historischer gesellschaftlicher Entwicklung zu sein. Macht und Kontrolle inner- und außerhalb der Familie werden und wurden von Männern immer selbstverständlicher beansprucht als von Frauen, nicht zuletzt aufgrund der oft körperlichen Überlegenheit. Bis 1926 war es Männern per Gesetz erlaubt, ihre Frauen zu züchtigen, erst 1994 wurde Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung anerkannt (Kavemann 2002).

Die Untersuchungsergebnisse zeigen des Weiteren auf, dass der Anteil männlicher Täter mit gut 80% (überlebende Opfer) bzw. 94% (verstorbene Opfer) vor allem dann überwiegt, wenn eine Frau als Opfer von Gewalt betroffen ist. Frauen sind der Misshandlung durch ihren Intimpartner in hohem Masse in solchen Gesellschaften ausgesetzt, in denen die Ungleichheit

zwischen Männern und Frauen gesellschaftlich unterstützt (oder zumindest toleriert) wird und kulturelle sowie religiöse Normen die Geschlechterrolle prägen (WHO 2003). Der Anteil an Frauen, die Gewalt durch einen Lebens- oder Intimpartner erfahren haben, reicht dabei von 13% in Japan bis zu 61% in Peru. Japan wies zudem das niedrigste Level an sexuellen Gewalttaten an Frauen durch (Ex-) Partner auf; hier wurde der höchste Prozentsatz in Äthiopien mit 59% berichtet. Interessanterweise existiert außer den internationalen Unterschieden auch ein Stadt- Land-Unterschied: so variiert der Anteil gewaltbetroffener Frauen beispielsweise in Peru zwischen 49% in den großen Städten bis hin zu 61% bei der Landbevölkerung (WHO 2003).

Gewalt gegen Männer wurde ebenfalls zu einem Großteil durch männliche Täter verübt, insbesondere in den Fällen von Kindesmisshandlungen bei minderjährigen Opfern. Auffallend ist, dass in der Subgruppe der getöteten männlichen Opfer der Anteil weiblicher Täterinnen mit 40% auffallend hoch im Vergleich zu der Gruppe der Lebenden männlichen Opfer (12 %) ist. Ein Grund hierfür mag sein, dass Männer, die häusliche Gewalt durch eine Partnerin erfahren, nicht die Polizei rufen und auch sonst für ihre Gewalterlebnisse keinen öffentlichen Raum finden, so dass diese Widerfahrnis oft erst im schlimmsten Fall, nämlich dem Tod des Mannes, in die Öffentlichkeit rückt. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Wahrnehmung von Gewalt bei Männern häufig eine andere ist als bei Frauen und somit in Intensität und Häufigkeit grundsätzlich anders bewertet wird. Zudem spielt evtl. auch der Aspekt der Tötung nach langjähriger Misshandlung durch den Partner im Sinne einer Zunahme von Intensität und Schweregrad der Gewalt eine Rolle (Vgl. hierzu Kapitel 5.6 Art der Gewalt, Schweregrad).

Anzahl der Täter/Innen

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (82%) wurde häusliche Gewalt durch eine einzelne Person ausgeübt. Etwas anders stellt sich dies bei Kindesmisshandlungen dar; hier wurden häufig auch mehrere Personen beschuldigt, z. B. beide Elternteile

Herkunft

Der Auswertungsschwerpunkt lag auf Seiten der Opfer häuslicher Gewalt, so dass in einem Großteil der Fälle Aussagen zur Herkunft der Täter nicht mit erfasst wurden. Nach Auswertung der vorhandenen Daten lässt sich jedoch festhalten, dass es sich dabei hauptsächlich um Personen deutscher Abstammung handelte. Dies entspricht auch der Häufigkeitsverteilung in den Forschungsergebnissen der WiBIG (= Wissenschaftliche Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt) der Jahre 2000-2004. Hagemann-White und Kavemann beziffern hier den Anteil der Täter mit deutschstämmigem Hintergrund auf 89%, neben 2% Aussiedlerinnen bzw. Aussiedlern, 3% aus dem europäischen Ausland, 1% aus dem nichteuropäischen Ausland und 5% unbekannter Nationalität.

Gebrauch psychotroper Substanzen

Beim Gebrauch psychotroper Substanzen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt konnte den ausgewerteten Dokumentationen entnommen werden, dass vorwiegend Alkohol konsumiert wurde. Andere Suchtproblematiken (z.B. mit illegalen Drogen) waren selten angeführt worden. Auffallend ist, dass die Täterinnen und Täter häufiger einen anderen Drogenhintergrund hatten als die Opfer selbst.

In Interviews mit betroffenen Opfern häuslicher Gewalt (meist Frauen), wie sie bei Hagemann-White und Kavemann (2004) dargelegt werden, ist die Alkoholproblematik des gewalttätigen Partners oft ein wichtiges Thema. Häufig spielt dabei die Hoffnung der Partnerin auf Besserung als Motivation für die Aufrechterhaltung der Beziehung eine Rolle. Nach Auswertungen von Müller et al. (2004), war der gewaltausübende Partner in 50 - 55 % der Situationen durch Alkohol oder Drogen beeinflusst. In der weiter vertiefenden Auswertung der Studiendaten wurde der Zusammenhang zwischen einem erhöhten Alkoholkonsum des gewaltausübenden Partners und dem Auftreten schwerer Misshandlungen ihrer Partnerinnen sichtbar: männliche Beziehungspartner mit erhöhtem Alkoholkonsum übten etwa doppelt so häufig körperliche oder sexuelle Gewalt gegenüber ihrer Partnerin aus wie Männer ohne erhöhten Alkoholkonsum (19 % versus 10%) (Schröttle u. Ansoerge 2008). Demnach ist der Alkoholkonsum des Partners ein hoher Risikofaktor für das Auftreten von häuslicher Gewalt.

Gleichzeitig existieren auch Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Gewaltintensität, da mit erhöhtem Alkoholkonsum der Anteil schwerer körperlicher, sexueller oder psychischer Misshandlungen anteilmäßig ebenfalls erhöht war (Schrötle u. Ansorge 2008). Auch Anders et al. (2006) beschreiben zunehmende Intensität und Frequenz von Gewalt bei akuter Alkoholisierung des Täters. In der vorliegenden Auswertung würde dafür sprechen, dass der Anteil alkoholisierter, vor allem männlicher Täter bei häuslicher Gewalt mit Todesfolge höher liegt (ca. 29%), als bei Gewalt ohne Todesfolge (ca. 18%).

Tatmotiv

Als Tatmotiv stand unabhängig von Schwere und Ausgang der Gewalt vor allem für männliche Täter der Beziehungskonflikt an erster Stelle. Als zweithäufigstes Konfliktfeld wurden familiäre Konflikte angegeben. Hierzu zählten vor allem die Fälle von Kindesmisshandlungen, bei denen z. B. finanzielle Probleme, Überforderung der Eltern oder schulische Probleme des Kindes Ursache und Anlass für gewalttätige Übergriffe waren. Sexuelle Motive standen mit ca. 17% (lebende Opfer) an dritter und insgesamt eher untergeordneter Stelle; bei Gewalt mit Todesfolge waren sexuelle Beweggründe sogar noch seltener (knapp 2,5%). Nicht überraschend ist, dass ausschließlich bei männlichen Tätern sexuelle Motive eine Rolle spielten.

Zahlreiche Literaturhinweise stützen die These, dass häusliche Gewalt in erster Linie durch Beziehungskonflikte geprägt ist. Dabei nimmt die Gewalt mit Dauer der Beziehung an Häufigkeit und Intensität zu; Frauen in Trennungs- oder Scheidungssituationen sind besonders gefährdet, da die Absicht, sich zu trennen häufig als Auslöser für den Beginn oder die Eskalation der Gewalthandlungen fungiert (Müller et al. 2004). Eigene Daten stützen diese Feststellungen insofern, als dass allein 16% aller partnerschaftlichen Gewaltübergriffe an erwachsenen Frauen von Ex-Partnern verübt wurden. Bei tödlichen Gewaltdelikten steigt diese Zahl auf 22%. Dabei wurden die noch-verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paare mit Trennungsabsichten nicht berücksichtigt.

Gewalt gegen ältere Menschen in pflegenden familiären Beziehungen stellt laut Prof. Dr. Rolf Dieter Hirsch, Gerontopsychiater an der Rheinischen Landesklinik Bonn den destruktiven Versuch dar, schwierige und belastende Situationen zu bewältigen. Die pflegenden Angehörigen seien oft überfordert und würden in einer aussichtslos scheinenden Situation alleingelassen, so dass gerade bei der Pflege Demenzkranker der Übergang zwischen

pflegerisch notwendigen Maßnahmen und gewalttätigen Übergriffen fließend sei (Gerst 2008).

5.5 Stichwort: Daten zum Gewalthergang

Zeitpunkt

Alle in den Jahren 2000 bis 2004 am Kölner Institut für Rechtsmedizin bearbeiteten Fälle zum Thema „Häusliche Gewalt“ wurden in die vorliegende Auswertung einbezogen. Da der Untersuchungszeitpunkt nicht immer mit dem Datum der ausgeübten Gewalt übereinstimmte, ergaben sich hier zwangsläufig Fallzahlverschiebungen.

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 176 Fälle gezählt, davon 55 Sektionen und 121 Lebenduntersuchungen in Form von Attesten oder Gutachten. Der Zeitraum, in dem die Gewalt ausgeübt wurde, erstreckte sich von 1998 bis 2004.

In den Jahren 2000 bis 2003 waren durchschnittlich 9,5 Todesfälle pro Jahr durch häusliche Gewalt zu verzeichnen. Im Jahr 2004 stieg die Zahl auf 16 Tote. Die scheinbar gestiegene Anzahl an Delikten täuscht jedoch, da seit dem Jahr 2003 der Zuständigkeitsbereich des Kölner Institutes um den Regierungsbezirk Aachen erweitert wurde (siehe Kapitel 4.1.1). Es handelte sich jeweils um 8 Fälle aus dem Regierungsbezirk Köln und 8 Fälle aus dem Regierungsbezirk Aachen. Zusammengefasst blieb die Summe an tödlichen Gewaltdelikten bezogen auf den Kölner Raum damit in den Jahren 2000 bis 2004 recht konstant. Insgesamt wurden in den Jahren 2003 und 2004 im Bereich des Polizeipräsidiums Köln insgesamt 31 bzw. 36 Tötungsdelikte verübt (Polizeiliche Kriminalstatistik 2005).

Mit Ausnahme eines Falles im Jahr 1998 wurden in den Jahren 2000 bis einschließlich 2003 in Köln und Umgebung durchschnittlich 13 Gewalttaten ohne tödlichen Ausgang verübt, die kurz darauf im Kölner Institut für Rechtsmedizin in Form einer Geschädigtenuntersuchung aktenkundig wurden. Auf das Jahr 2004 entfielen 41 Gewalttaten, was einem Zuwachs von über 300% entspricht. Diesmal lässt sich der Anstieg jedoch nicht durch den erweiterten Regierungsbezirk Aachen erklären, da der Anteil Aachener Fälle im Jahr 2004 lediglich 2,4 % betrug (entspricht einem Fall). Betrachtet man die Gesamtkriminalitätsentwicklung in Köln anhand der Daten der polizeilichen Kriminalstatistik von 2005, lässt diese analog zu unseren

Zahlen einen entsprechenden Anstieg der Körperverletzungsdelikte vermissen (Polizeiliche Kriminalstatistik 2005). Im Gegenteil war sogar ein Rückgang der gefährlichen und schweren Körperverletzungen im Jahr 2004 gegenüber 2003 um 10,6% (von 3 020 auf 2 700) und auch ein Rückgang der vorsätzlichen leichten Körperverletzungen um 2,21% (von 5 260 auf 5 144) zu verzeichnen. Es stellt sich die Frage, ob sich ein Zusammenhang zwischen den gestiegenen Untersuchungszahlen und der Entwicklung der klinischen Rechtsmedizin in Köln herstellen lässt. Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, beschäftigt sich das Institut seit 2003 verstärkt mit dem Themenbereich „Häusliche Gewalt“. Es wurde durch intensive Öffentlichkeitsarbeit zu einer Bekanntmachung der Bedeutung rechtsmedizinischer Lebendbegutachtungen für Gewaltopfer und die Vernetzung mit anderen Hilfesystemen beigetragen. Neben vielfältigen Kontakten zu Institutionen im psychosozialen Hilfenetzwerk, zu kommunalen Arbeitsgruppen und Runden Tischen wurde das rechtsmedizinische Angebot durch Medienberichte bekannt gemacht. Parallel wurden für unterschiedlichste Professionen im Kontakt mit Gewaltopfern, speziell im Gesundheitswesen, Informationsveranstaltungen und Schulungen angeboten sowie eine kompakte Anleitung für eine aussagekräftige Befunddokumentation (Med-Doc-Card®) entwickelt. Die nun hier dokumentierte, in zeitlichem Zusammenhang stehende Steigerung der Lebendbegutachtungen lässt vermuten, dass dieses Angebot von Opfern in steigendem Maße wahrgenommen wurde. In einer Veröffentlichung im Archiv für Kriminologie aus dem Jahr 2005 wurden die körperlichen Untersuchungen für den Zeitraum 1999 bis 2003 der rechtsmedizinischen Institute in Hannover, Köln und Leipzig verglichen (Gahr et al. 2005). Dabei waren die Voraussetzungen, z. B. die Bereitstellung eines 24-Stunden-Dienstes, der eine zeitnahe Untersuchung gewährleistet, sowie die Möglichkeit einer kostenfreien, auch privaten Beauftragung und Inanspruchnahme der Leistungen den Kölner Verhältnissen ähnlich. In allen drei Instituten ließ sich dabei eine Zunahme der Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Leistungen in Form von Geschädigtenuntersuchungen für den Untersuchungszeitraum feststellen. Sehr erfolgreich wurde auch im rechtsmedizinischen Institut in Hamburg schon seit 1999 durch Schaffung eines Kompetenzzentrums für Opfer von Gewalt im Rahmen eines Modellprojektes gearbeitet, ebenfalls mit jährlich steigenden Untersuchungszahlen (von unter 100 im Jahr 1999 auf über 1000 im Jahr 2003) (Seifert et al. 2004).

Nicht zuletzt ist die Rolle des zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gewaltschutzgesetzes (GewSchG) und der damit verbundenen verstärkten Schulung der betroffenen Berufsgruppen, insbesondere der Polizei, zu diskutieren. Die gestiegenen Untersuchungszahlen resultieren somit nicht aus einem gestiegenen Fallaufkommen, sondern können sowohl auf eine

gestiegene Anzeigenbereitschaft seitens der Betroffenen, als auch auf ein größeres Problembewusstsein innerhalb der befassten Behörden und somit ein verändertes Anzeige- und Meldeverhalten der Polizistinnen/ Polizisten zurückgeführt werden (Hagemann-White et al. 2004). „Die Erhellung des Dunkelfeldes wird als Ergebnis guter polizeilicher Arbeit und Vertrauen der Betroffenen in hilfreiche Interventionsmöglichkeiten gewertet.“ (Der Polizeipräsident in Berlin 2001).

Über die Jahre 2000-2004 verteilt wurden pro Monat durchschnittlich 4,3 Tötungsdelikte im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt verübt, es wurden dabei Fallzahlen von 0 im Monat Februar bis 10 im Monat August dokumentiert. Körperliche Gewalt mit Verletzungs- aber ohne Todesfolge fand im Untersuchungszeitraum zwischen 2 und 14 mal, durchschnittlich 7,3 mal pro Monat statt.

Die Bevorzugung eines bestimmten Wochentages konnte bei den Sektionen nicht nachgewiesen werden. Gewaltdelikte ohne Todesfolge jedoch wurden überdurchschnittlich häufig am Wochenende (Freitag bis Sonntag), davon besonders häufig Samstags (29%) verübt. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass durch Berufstätigkeit oder anderweitige Beschäftigungen an den Wochentagen die Wochenenden Zeiten sind, in denen die Partner/Innen über einen längeren Zeitraum der Konfrontation miteinander ausgesetzt sein können und dadurch Konflikte häufiger ausgetragen werden. Auch vermehrter Alkoholkonsum besonders an den Wochenenden kann zu Gewalteskalationen beitragen. In der Subgruppe der Gewaltopfer fand sich ein mit 26,9% überdurchschnittlich im Vergleich zu den übrigen Wochentagen (zwischen 7,7 und 19,2%) erhöhter Alkoholkonsum an Samstagen. Ähnliches traf auf die Tätergruppe hier nicht zu.

Bezüglich der genauen Tatzeit ließen sich weder bei verstorbenen noch überlebenden Opfern häuslicher Gewalt tageszeitliche Häufungen beobachten.

Ort

In der deutlich überwiegenden Zahl der Fälle fand Gewalt innerhalb der häuslichen Umgebung von Opfer oder Täter statt. Dies war in knapp 17% die Wohnung des Opfers, in gut 2% die Wohnung des Täters und in fast 50% aller Fälle die gemeinsame Wohnung.

Dies stützt die These, dass Opfer und Täter bzw. Täterin mehrheitlich verheiratet sind oder in einer Partnerschaft zusammenleben. Auch in der Publikation von Müller et al. (2004) gaben 71% der Frauen, die von körperlicher Gewalt, und 69% der Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen waren, die eigene Wohnung als Tatort an. Öffentliche Orte wie Straßen, Parks etc., die für Frauen typische „Angstorte“ darstellen, wurden nur in einem Viertel (körperliche Gewalt) bzw. einem Fünftel (sexuelle Gewalt) der Fälle benannt. Diese Zahlen bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, dass häusliche Gewalt überwiegend in den eigenen vier Wänden stattfindet. Dieser Tatsache wurde im Gewaltschutzgesetz Rechnung getragen. Das Gesetz berücksichtigt diese besonderen Lebens-/Wohnumständen, indem es die Möglichkeit bietet, den Täter bzw. die Täterin der eigenen oder auch gemeinsamen Wohnung zu verweisen (s. S. 148)

Anwendung des Gewaltschutzgesetzes

Zum 01.01.2002 trat in der Bundesrepublik Deutschland das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) in Kraft. Ein Blick ins Ausland zeigt, dass eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten einer strafrechtlichen Verfolgung häuslicher Gewalt auch in anderen Ländern Gegenstand von Diskussion und Forschung war und ist. Eine Vorreiterrolle übernahm Österreich mit dem bereits am 1. Mai 1997 in Kraft getretenen Gesetzen zur Verbesserung des Schutzes vor Gewalt im Familienkreis, welche jeweils im Januar 2000 und 2004 noch in Teilbereichen geändert und verbessert wurden (Logar 2007). Ähnlich dem deutschen Gesetz sieht das österreichische Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie vor, dass die Exekutive gewalttätige Personen aus der Wohnung verweisen (Wegweisung) und ein Betretungsverbot für einen Zeitraum von zehn Tagen aussprechen darf. Durch entsprechenden Antrag des/der Opfer kann dieser Schutz bei Gericht auf bis zu drei Monate ausgedehnt werden. Laut einer Statistik der AÖF - des Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser, stieg seit dem Jahr 1997 die Zahl der Wegweisungen von 1.449 auf 6.347 im Jahr 2007 (AÖF - Vereins Autonome Österreichische Frauenhäuser/Informationsstelle gegen Gewalt 2008). In Schweden wurde im Jahre 1998 der schwere Verstoß gegen die Unverletzlichkeit der Frau als neuer Strafbestand im Gesetzbuch verankert (Hagemann-White et al. 2004). Zweck der Vorschrift war vor allem, Frauen, Kinder oder andere näher verwandte Personen vor wiederholten strafbaren Handlungen von Männern, zu denen sie in einer engen Beziehung stehen, zu schützen. Die Strafverfolgungsbehörden wurden ermächtigt, entsprechende Taten

zu sanktionieren - das Strafmaß reicht von 6 Monaten bis zu 6 Jahren Freiheitsstrafe. Am 28. Dezember 2004 verabschiedete das spanische Parlament ein Gewaltschutzgesetz. Bekämpft werden sollen Partnergewalt und die Gefährdung von Kindern durch diese Gewalt (Gage-Lindner 2005). Schließlich trat am 1. Januar 2007 in der Schweiz ebenfalls ein Gewaltschutzgesetz in Kraft. Im Vordergrund steht dabei ähnlich dem deutschen Ansatz die vorübergehende polizeiliche Wegweisung der gefährdenden Person aus der gemeinsamen Wohnung, verbunden mit einem befristeten Rückkehrverbot (Kantonsrat Zürich 2006).

Das deutsche Gewaltschutzgesetz (GewSchG) wurde in den hier ausgewerteten Fällen zeitlich verzögert ab dem Jahr 2003 in steigender Tendenz angewendet. Antragssteller waren dabei bis auf einen Fall ausschließlich Frauen.

Evaluierende Untersuchungen zur Anwendung des Gewaltschutzgesetzes bestätigen den Trend, dass betroffene Männer deutlich seltener als Frauen den Verfahrensweg beschreiten (ca. 4-8% männliche Antragssteller) (Rupp 2005). Bei Frauen jedoch scheint nach Einführung der Neuregelung die Bereitschaft, einen Antrag zu stellen, gewachsen zu sein.

Als problematisch erweist sich der Gewaltschutz dann, wenn Kinder in der Beziehung vorhanden sind. Die Tatsache, dass hier ein Kontakt zwischen Kindern und Täter/Täterin weiterhin erwünscht ist, stellt eine ständige Gefahr für das Opfer dar (Heinke 2005). Auch und vor allem wenn sich die Gewalt gezielt auf Kinder richtet, sind deren Möglichkeiten einer Offenbarung eingeschränkt. Kinder verfügen oft nicht über die Möglichkeit einer gezielten Beschwerdemacht, so dass die Dunkelziffer im Verhältnis zu den bekannt gewordenen Fällen eher groß sein wird (Steffens 2004). Kinder werden in den betroffenen Familien neben der eigenen Viktimisierung unvermeidlich auch Zeugen von Gewalt, beispielsweise gegen die eigene Mutter, was zur Traumatisierung und psychischen Beeinträchtigungen in Form von Schlafstörungen, Entwicklungsverzögerungen, Schulschwierigkeiten und Aggressivität führen kann (Kavemann 2000). Die direkte oder indirekte Gewaltbetroffenheit der Kinder kann für Mütter häufig der endgültige Auslöser sein, Hilfe zu suchen (Hagemann-White et al 2004). Gewalterlebnisse in Kindheit und Jugend sind einer der wichtigsten Risikofaktoren für Betroffenheit von schwerer Gewalt und Misshandlung im Erwachsenenleben (Schrötle u. Ansorge 2008). Umso wichtiger ist es, der sich entwickelnden Gewalt frühzeitig Einhalt zu gebieten und dabei in der häuslichen Gewaltsituation das Problem der Anwesenheit von Kindern nicht zu vernachlässigen. Da häufig zuerst die Polizei wegen einer akuten Gewaltsituation in Kontakt mit der betroffenen Familie kommt, kommt es entscheidend auf ihre Reaktion an, damit Opfer wirkungsvoll geschützt und Täter zur Verantwortung gezogen werden können. Im August 2002 wurden von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche

Gewalt“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Empfehlungen und Standards für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt, insbesondere zur Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes zum Beispiel für Mitarbeiter bei Polizei, Justiz und Gesundheitswesen erarbeitet (Schweikert 2002). Mittlerweile werden in immer mehr Bundesländern entsprechende Schulungen und Fortbildungen durchgeführt, die Hintergrundwissen über die Dynamik von Gewaltbeziehungen vermitteln und somit für das Verstehen der Situation und der Befindlichkeit der betroffenen Frauen und ihrer Kinder unerlässlich sind (Hagemann-White et al. 2004, Augstein 2002). Hinzu kommen konkrete Handlungsanweisungen in Form von Leitlinien, die praxisnahe Verhaltensanweisungen bei Einsätzen häuslicher Gewalt vermitteln und erstmals in dieser Form von der Fachgruppe „Polizei“ des Berliner Interventionsprojektes erarbeitet wurden (BIG 2001). Hierin werden die Beamten bei der Verhängung eines Platzverweises unter anderem dazu angehalten, im Fall der Mitbetroffenheit von Kindern das Jugendamt zu informieren, so dass hier ein erster Schritt zur Zusammenarbeit der verschiedenen Netzwerketeiligten gegeben ist. Ein mögliches Problem bei der Einschaltung von Schutzinstanzen für das Kind ist die Vorstellung vieler Eltern, aber auch Beamten/Innen, das Kind könne „weggenommen“ werden. Zudem wird die schädliche Auswirkung des Gewalterlebens häufig noch unterschätzt.

5.6 Stichwort: Art der Gewalt

Ein- oder mehrzeitige Gewalt

In der Literatur wird der Anteil mehrfach viktimisierter Opfer im Zusammenhang mit partnerschaftlicher, also häuslicher Gewalt als hoch eingestuft, wobei die Gewalt sowohl in Häufigkeit als auch Intensität mit der Zeit zunehmen soll (Hagemann-White u. Kavemann 2004, WHO 2003, Hornberg et al. 2008). Den Ergebnissen einer repräsentativen Untersuchung von Schröttle und Ansorge (2008) zufolge waren etwa zwei Drittel aller Frauen, die im Verlauf ihres Lebens körperliche oder sexuelle Gewalt durch Partner erlebt haben, davon mehrmalig betroffen. Da die Mehrzeitigkeit von Gewalt rein vom Verletzungsbefund her schwer zu objektivieren ist und sich morphologisch häufig einzeitig darstellt (Seifert et al. 2006 a), kommt neben der detaillierten Dokumentation des Verletzungsmusters der genauen Anamnese des Opfers große Bedeutung zu.

Anhand der in der vorliegenden Auswertung erhobenen Daten war zu der Frage, ob es sich um ein einmaliges Gewaltdelikt oder die rezidivierende Ausübung von Gewalt handelte, oft keine Feststellung möglich. Angaben hierzu fehlten hauptsächlich bei den verstorbenen Opfern häuslicher Gewalt (zu gut 87%). Immerhin 43% aller lebenden Opfer waren bereits in der Vergangenheit mit tätlichen Übergriffen durch den Partner oder die Partnerin konfrontiert worden. Bei den übrigen 57% fehlten in den eingesehenen Akten Angaben zu diesem Thema, so dass davon ausgegangen werden muss, dass dieser Punkt nicht konsequent erfragt wurde. Dies ist nach aktuellen Gesichtspunkten einer Qualitätssicherung bedauerlich, da bei körperlichen Verletzungen neben der exakten Befunddokumentation eine detaillierte gewaltbezogene Anamnese als Grundlage für straf- oder familienrechtliche Ansprüche bedeutsam ist, auch wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Geltendmachung dieser Ansprüche noch nicht unbedingt absehbar ist (Seifert et al. 2006 b). Mittlerweile gibt es jedoch vielfach Ansätze, Befragungs- und Untersuchungsmethoden bei Opfern häuslicher Gewalt zu standardisieren; entsprechende Empfehlungen und Dokumentationsbögen wurden beispielsweise von den rechtsmedizinischen Instituten Köln und Düsseldorf in Form einer Kitteltaschenformat-Anleitung entwickelt (Med-Doc-Card), in ausführlicher Form auch von Landesärztekammern (z. Bsp. Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) erarbeitet. Auch der Leitfaden der Hamburger Ärztekammer enthält neben Hinweisen zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement einen standardisierten Fragebogen zur Dokumentation häuslicher Gewalt (Ärztekammer Hamburg 2006).

Gewaltform

Betrachtet man die Gewaltformen im Überblick dieser Auswertung, handelte es sich bei der hier erfassten Partnergewalt „naturgemäß“ zum Großteil um reine körperliche Gewalt (ca. 60%) oder Gewalt mithilfe von Gegenständen (ca. 30%), da Untersuchungen hierzu den Schwerpunkt rechtsmedizinischer Arbeit darstellen. Deutschlandweit liegt die Prävalenz körperlicher Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften bei 23% und ist im europäischen Raum, in dem Zahlen zwischen 7% beim aktuellen Partner (Schweden) und 45% bei früheren Partnern (Finnland) zu finden sind, im mittleren bis hohen Bereich angesiedelt (Müller et al. 2004). Von durch aktuelle oder frühere Partner gewaltbetroffenen Frauen gaben 77% ausschließlich körperliche nichtsexualisierte Gewalthandlungen an (Schröttle u. Ansorge 2008). Der in dieser Arbeit festgestellte Anteil körperlicher Gewalt an Frauen in der

Subgruppe der überlebenden Opfer von 81% entspricht somit in etwa den Zahlen der bundesdeutschen Studie.

Sexualdelikte wurden von überlebenden Frauen in knapp 20% angegeben (siehe Kapitel 4.2.4). Der Anteil der Sexualdelikte im Zusammenhang mit tödlicher Gewalt betrug nur 3-5% bei beiden Geschlechtern. In Deutschland beträgt die Prävalenz sexueller Gewalt an Frauen in Partnerschaften laut Studienergebnissen von 2004 ca. 7%, im europäischen Ausland zwischen 2% (Großbritannien) und 17% (Belgien), wobei aufgrund der den Befragungen zugrunde liegenden sehr unterschiedlichen Definition von sexueller Gewalt ein internationaler Vergleich schwer fällt (Müller et al. 2004). Weltweite Daten deuten darauf hin, dass in einigen Ländern sogar nahezu jede vierte Frau der sexuellen Gewalt durch ihren Intimpartner ausgesetzt ist (WHO 2003). In der hier untersuchten Stichprobe findet sich bei 17 von 86 überlebenden weiblichen Opfern und somit knapp 20% ein vergleichsweise hoher Anteil an sexuellen Gewaltübergriffen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt. Auch das Modellprojekt in Hamburg, in dem die Dokumentation von Gewaltopfern nach ähnlichen Gesichtspunkten über einen Einjahreszeitraum erfolgte, verzeichnet einen Anteil sexualisierter Übergriffe an weiblichen Opfern im Zusammenhang mit Partnergewalt von knapp 16% (45 von 287) (Seifert et al 2006 a). Weshalb die Zahlen so deutlich über den für Deutschland angegebenen 7% liegen, mag an der Tatsache liegen, dass die hier Untersuchten und Befragten meist aktiv das jeweilige Institut zwecks Attestierung und Begutachtung der durch den Intimpartner beigebrachten Verletzungen aufsuchten und damit wohl auch im eigenen Interesse vollständig Auskunft zu der erlebten Gewalt gegeben haben. Es ist somit davon auszugehen, dass es sich hier um ein kleineres Dunkelfeld im Bezug auf sexuelle Gewalt unter Intimpartnern handelt, dessen Zahlen deutlich über den Prävalenzen der bisherigen Befragungen auf nationaler und teilweise auch internationaler Ebene liegen.

Der Gebrauch von Schusswaffen wurde in den vorliegenden Fällen lediglich bei häuslicher Gewalt mit tödlichem Ausgang dokumentiert, haben Schussverletzungen doch häufiger lebensgefährliche Körperverletzungen zur Folge. In nationalen Vergleichsdaten waren von 2.064 gewaltbetroffenen Frauen 8% Waffengewalt ausgesetzt, wobei die Art der Waffen nicht näher differenziert wurde (Schröttle u. Khelaifat 2008).

Körperliche und sexuelle Gewalttaten bilden jedoch lediglich einen Teilbereich der Problematik häuslicher Gewalt, die in der Regel als ein vielschichtiger und dynamischer Prozess beschrieben wird (Hellbernd 2002). So wurden im Rahmen der rechtsmedizinischen

Begutachtung nicht alle Formen psychischer Gewalt und auch sexueller Belästigung miterfasst. Gerade vor diesem Hintergrund zeigten repräsentative Befragungen von 10.000 Frauen in Deutschland, dass bis zu 42% der Befragten Formen psychischer Gewalt erlebt hatten; sexuelle Belästigung wurde von bis zu 58% angegeben (Müller et al. 2004). Im ärztlichen und speziell rechtsmedizinischen Kontext ist es daher bedeutsam, auch auf diese Formen von Gewalt einzugehen, Angaben dazu festzuhalten und sich ein Bild vom psychischen Zustand des Patienten/der Patientin bzw. des Gewaltopfers zu machen.

Lokalisation

Die sowohl bei den Geschädigtenuntersuchungen als auch den Sektionen dokumentierten Verletzungen fanden sich mit überwiegender Mehrheit an Kopf (Hirn- und Gesichtsschädel) und oberen Extremitäten. Dies entspricht den Ergebnissen der ähnlich konzipierten Analyse von Verletzungsmustern bei Gewaltopfern der Rechtsmedizin in Hamburg, bei der ebenfalls mit Abstand die häufigsten Befunde an Schädel und oberer Extremität lokalisiert waren (Seifert et al. 2006 a). Dass der Kopf-Hals-Bereich, die oberen Extremitäten sowie der Oberkörper im Kontext häuslicher Gewalt die am häufigsten betroffenen Körperregionen darstellen, beschreiben auch Anders et al. (2006). Laut Hügler (2008) finden sich Verletzungen vermehrt im Gesicht, etwa im Augenbereich oder an Kiefer und Trommelfell. Zu dem Thema Häufigkeit, Ursachen und soziale Begleitumstände von Gesichtsschädelverletzungen durch Rohheitsdelikte wurden im Rahmen einer Dissertationsarbeit an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Patientengruppen unter anderem hinsichtlich des sozialen Status, des Verletzungshergangs und der Verletzungsfolgen untersucht. Dabei wurden auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf den Verletzungshergang beobachtet. Die Hauptursache der Gesichtsschädelverletzungen weiblicher Patienten wurde dabei auf häusliche Gewalt zurückgeführt, 44,2% der Frauen gaben den Ehemann oder Lebensgefährten als Täter an. Männliche Personen hingegen wurden in der Regel in tätliche Auseinandersetzungen mit einer fremden Person verwickelt (Eppendorf 2000). Auch in Fällen von Kindesmisshandlungen sind typische Lokalisationen für Gewalteinwirkungen Hirn- oder Gesichtsschädel, Ohren und Wangen (Böhm et al. 2006).

Verletzungen an den oberen Extremitäten ließen sich problemlos mit Abwehrversuchen des Opfers in Einklang bringen, auch wenn nur einige der Befunde dies eindeutig belegten. Die

hohe Prävalenz von Gewalt gegen die oberen Extremitäten in Partnerschaftskonflikten ist auf Abwehrverletzungen und Fixiergriffe zurückzuführen, was auf eine höhere Verteidigungsbereitschaft des Opfers hindeutet (Seifert et al. 2006 a). Typischerweise wird durch schützendes Vorhalten der Arme und Hände versucht, Verletzungen des Kopfes und Oberkörpers zu verhindern, was dann durch Schläge und Tritte des Täters beispielsweise zu Hämatomen oder Schürfungen an Händen und Armen führen kann. Je nach Schwere der Einwirkung kann es auch zu knöchernen Verletzungen kommen, typisches Beispiel die Parierfraktur der Elle (Tröger 2003).

Bei getöteten Opfern wurden ebenfalls überproportional häufig Befunde im Bereich des Halses, Brustkorbes und des Rückens festgehalten. Verletzungen am Hals ließen oft Rückschlüsse auf stattgehabte Strangulationsvorgänge zu und waren somit Ausdruck der lebensbedrohlichen Gewalteinwirkung mit Todesfolge. Unterschieden werden müssen dabei die zwei Strangulationsformen Würgen und Drosseln. Beim Würgen wird der Hals meist mit den Händen, seltener einem anderen Körperteil, z. B. den Knien komprimiert, wodurch klassische Würgemale in Form rundlicher oder konfluierender Blutunterlaufungen vom Druck der Fingerbeeren, halbmondförmige Schürfungen durch die Fingernägel und Hautrötungen als Folge der mechanischen Irritation entstehen können. Nach einer Drosselung hängt der Befund stark von der Beschaffenheit des Drosselwerkzeuges ab, welches aber in der Regel zu mehr oder weniger zirkulär angeordneten streifigen Rötungen oder Hautabschürfungen führt (Tröger 2003). Der hohe Prozentsatz von Angriffen gegen den Hals in Partnerschaftskonflikten zeigt, dass derartige für Opfer besonders gefährliche und lebensbedrohliche Behandlungen insbesondere im Kontext häuslicher Gewalt vorkommen (Seifert et al. 2006 a).

Bei den Befunden an Brustkorb und Rücken handelte es sich zumeist um Schussverletzungen, welche dann auch den tödlichen Ausgang der Gewalteinwirkung zur Folge hatten.

Insgesamt entsteht durch die genaue Erfassung von Lokalisation, Form, Gruppierung und Farbgebung einer Verletzung die Möglichkeit, den Gewaltzeitpunkt und die Art der Gewalteinwirkung genauer einzugrenzen, wodurch gemeinsam mit der erhobenen Anamnese das Verletzungsbild richtig interpretiert werden kann und somit beispielsweise zwischen Eigen- und Fremdeinwirkung unterschieden werden kann (Gahr et al. 2005). Wichtig ist dies, um im Falle eines Strafverfahrens die Aussagen des Gewaltopfers gegebenenfalls prüfen zu können. Deshalb kommt der ärztlichen Dokumentation von Folgen häuslicher Gewalt

verstärkt eine juristische Bedeutung zu (Blättner et al. 2008). Auf unmittelbare Schlussfolgerungen und Bewertungen sollte jedoch der nicht rechtsmedizinisch ausgebildete Arzt besser verzichten, da eine (falsche) Vorabfestlegung den rechtlichen Interessen des Gewaltopfers schaden kann (Seifert et al. 2006 b).

Schweregrad

Sämtliche getöteten Personen verstarben an den erlittenen Verletzungen. Der Schweregrad der Verletzungen bei den meisten der überlebenden Opfer häuslicher Gewalt wurde als nicht lebensgefährlich eingestuft. Bei immerhin 37% der weiblichen und ca. 26% der männlichen Opfer lagen jedoch potentiell lebensbedrohliche Verletzungen vor. Es handelte sich dabei um ein breites Spektrum unterschiedlich schwerwiegender Gewalthandlungen. In knapp 50% der Fälle waren dies Strangulationsversuche wie zum Beispiel Würge- oder Drosselvorgänge, außerdem geformte und ungeformte stumpfe Gewalt z. B. Schläge mit oder ohne Hilfsmittel an Kopf, Brust und Rücken sowie seltener auch Stich- oder Schnittverletzungen. Schröttle und Ansorge (2008) unterscheiden in der Auswertung von Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften in Bezug auf den Schweregrad erlebter Gewalt die Kategorien leichte bis mäßig schwere Handlungen, tendenziell schwere Handlungen und sehr schwere Handlungen. Ca. ein Drittel der durch einen aktuellen oder früheren Partner von Gewalt betroffenen Frauen hätte demnach leichte bis mäßig schwere Gewalt erfahren, wohingegen zwei Drittel tendenziell schwere bis sehr schwere körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt hätten.

Gewalt innerhalb von Partnerschaften nimmt mit der Zeit an Häufigkeit und Intensität zu (Müller et al. 2004). Wenn sehr schwere körperliche Gewalthandlungen vorliegen, handelt es sich in der überwiegenden Zahl der Fälle auch um mehrmalig erlebte Gewalt und nur in wenigen Einzelfällen um einmalige Gewalthandlungen bzw. Gewaltsituationen (Schröttle u. Ansorge 2008). Ob und in welchem Prozentsatz dies in tödlichem Ausgang mündet, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht erfassen. Ein besonderer Schwerpunkt der Opferbetreuung muss jedoch aufgrund dieser Erkenntnis auf der Sekundärprävention liegen. Die Erwartungen und Anforderungen an die verschiedenen Netzwerkmitglieder sind hierbei hoch, da viele Opfer erst spät mit ihren Problemen Hilfe suchen und bereits diverse Bewältigungsstrategien in der von Gewalt geprägten Beziehung entwickelt haben. Erste Anlaufstelle sind dann häufig Ärzte oder in der Akutsituation die Polizei. Deren Aufgabe ist es zum einen, die Opfer kurz- und mittelfristig vor erneuten Gewalteinwirkungen zu schützen

(z. B. durch Wegweisung des Täters), zum anderen Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten zu vermitteln, die den Betroffenen Wege und Möglichkeiten zum Durchbrechen der Gewaltspirale aufzeigen. Der Verlauf eines Polizeieinsatzes kann erheblichen Einfluss auf das weitere Hilfesuchverhalten des Opfers haben, wenn Beamtinnen und Beamte um die spezifische Problematik und entsprechende Hilfsangebote wie Frauenhäuser etc. wissen (Hagemann-White u. Kavemann 2004).

5.7 Stichwort: Untersuchungsdaten

Auftraggeber

Im Gegensatz zu den Sektionen, die in jedem Fall durch die Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben wurden, konnten lebende Geschädigte häuslicher Gewalt durch das erweiterte Angebot des rechtsmedizinischen Institutes in Köln selbst um die Attestierung erlittener Verletzungen bitten. Dies wurde in Köln in dem beobachteten Zeitraum in knapp 26% aller Fälle in Anspruch genommen. Zusammengefasst wurden rechtsmedizinische Untersuchungen Geschädigter auch in Fällen häuslicher Gewalt ohne tödlichen Ausgang zu gut 56% von Polizei oder Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben. Weitere Auftraggeber waren Krankenhäuser, die konsiliarisch um Attestierung von Verletzungen unter rechtsmedizinischem Aspekt baten (ca. 12%). Dabei waren es vor allem die Kliniken ohne Universitätsanschluss, die diesbezüglich Bedarf anmeldeten (12 von insgesamt 15 Krankenhäusern). Dies ist insofern interessant, als dass das Institut für Rechtsmedizin durch den universitären Verbund mit anderen Instituten und Fachrichtungen in der Regel eng kooperiert und deren Arbeit hier verstärkt publik gemacht wird. Es besteht daher die Vermutung, dass die vom Institut durchgeführten Informationsveranstaltungen nicht nur für Akteure der psychosozialen Betreuung, sondern auch für Kliniken, zum Teil überregional über die Ärztekammern, das Ziel einer Ansprache der Ärztinnen und Ärzte nicht verfehlt haben (Graß und Rothschild 2004 b). Im Gegensatz dazu konnten beim Hamburger Modellprojekt über die verschiedenen Disziplinen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hinaus andere Hamburger Kliniken oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Auftraggeber für Untersuchungen nur zum Teil erreicht werden (Seifert et al. 2004).

Zeitpunkt und Ort der Untersuchung

In der Regel erfolgte die Untersuchung bzw. Sektion der Opfer zeitnah zum Tatzeitpunkt. Gerade im Hinblick auf eine vor Gericht verwertbare Dokumentation von Verletzungen (über)lebender Gewaltopfer ist dies von Bedeutung, da so im Gegensatz zu einer evtl. erst nach Tagen erfolgten Untersuchung die direkten Einwirkungen der Gewalt am Körper des Opfers noch frisch und somit beurteilbar sind und auch evtl. vorhandene DNA-Spuren des Täters, wie Sperma oder Hautpartikel unter den Fingernägeln des Opfers asservierbar sind. Dies ist auch und insbesondere bei Opfern von Sexualdelikten relevant, da umso wahrscheinlicher genitale Verletzungen dokumentiert werden können, je früher ein Opfer untersucht wird (Klopfstein et al. 2006). Deshalb wurde im rechtsmedizinischen Institut der Universität zu Köln ein 24-Stunden-Dienst eingerichtet. Auch an den rechtsmedizinischen Instituten in Hannover, Hamburg und Leipzig erfolgen die Lebendbegutachtungen im Rahmen eines Rufbereitschaftsdienstes, der rund um die Uhr besetzt ist (Gahr et al 2005, Seifert et al. 2004). Vergleichbar erfolgten auch beim Hamburger Modellprojekt die Untersuchungen in zwei Dritteln der Fälle innerhalb von 24 Stunden, in weiteren 28 % innerhalb von 2-7 Tagen, so dass insgesamt 95,4 % der Untersuchungen binnen einer Woche nach dem gegenständlichen Ereignis durchgeführt werden konnten (Seifert et al. 2004).

Untersuchungsort war in Köln in erster Linie das Institut selbst. Eine weitere häufige Anlaufstelle für die Rechtsmediziner waren die medizinischen Einrichtungen, in denen das Opfer betreut bzw. behandelt wurde. Ähnlich verhielt es sich bei der Hamburger Studie, nach der 60 % der Untersuchungen in den Ambulanzräumen des Institutes durchgeführt wurden (Seifert et al. 2004).

Plausibilitätsprüfung durch Untersucher

Im Blickfeld der Rechtsmedizin liegt der Schwerpunkt einer aussagekräftigen Befunddokumentation, die Fragen zur Rekonstruktion von Tathergängen und Verletzungsmustern zu beantworten erlaubt. Im Hinblick auf die vorliegenden Befunde der untersuchten Opfer konnten diese mehrheitlich mit dem geschilderten Vorfallshergang in Einklang gebracht werden. Anders bei den minderjährigen Opfern, bei denen die Einschätzung der Untersucher nicht ganz so einheitlich ausfiel und immerhin in 37% der Fälle kein Zusammenhang zwischen Art und Lokalisation der Verletzung und dem geschilderten

Ablauf herzustellen war. Dies verwundert jedoch insofern nicht, da die Angaben hierzu zumeist von den Eltern und somit (potentiellen) Tätern stammen und nicht von den Opfern selbst. In Fällen von Kindesmisshandlung ist dieser Widerspruch sogar ein diagnostisches Merkmal. Die fundierte Bewertung von Verletzungsmustern vor dem Hintergrund einer Gewaltanamnese muss jedoch erfahrenen Ärzten, respektive Rechtsmedizinern vorbehalten werden (Seifert et al. 2006 b).

Weitere Erkenntnisse zur Korrelation zwischen Tathergang, Anamnese und Befund wären beispielsweise durch eine nachträgliche Aufarbeitung der Verfahren und/oder Nachrecherche in Bezug auf das weitere Schicksal der untersuchten Personen möglich. Dies jedoch ist aus datenschutzrechtlichen Gründen schwierig, weiterhin sehr aufwändig und somit in diesem Rahmen nicht umsetzbar. Daher ist der Ausgang der Verfahren nicht in dieser Arbeit enthalten.

Art und Umfang der Dokumentation

Bei allen Untersuchungen wurde eine detaillierte körperliche Untersuchung inklusive deren schriftlicher Dokumentation durchgeführt. Häufig erfolgte zusätzlich eine fotografische oder zeichnerische Dokumentation mithilfe einer Körperschemavorlage.

Der sach- und fachgerechten Dokumentation der körperlichen Untersuchungsbefunde kommt im Hinblick auf ein zivil- oder strafrechtliches Verfahren eine wesentliche Bedeutung zu, da diese häufig ein bzw. das entscheidende Beweismittel für die Opfer darstellt (Diederich 2004). Zum einen können solche Befunde Angaben zu erlittener Gewalt belegen. Zusätzlich stellen sich von Seiten der Justiz oft Fragen, die sich mit Aspekten wie Art der Gewalteinwirkung, Hergang bei der Einwirkung, Hinweise auf ein Werkzeug, Zeitpunkt der Einwirkung oder Gefährlichkeit der Verletzung, beschäftigen. Auf der Basis einer aussagekräftigen Dokumentation können derartige Fragen erörtert und in einen rechtsrelevanten Zusammenhang gestellt werden (Graß u. Ritz-Timme 2005 a). Im Rahmen einer Dissertation zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis wurde die Feststellung gemacht, dass auf Seiten der Ärzte deutliche Unsicherheiten sowohl bei einer offenen Ansprache der Thematik häuslicher Gewalt im Verdachtsfall als auch bei der sach- und fachgerechten Dokumentation entsprechender Verletzungen bestehen (Artus 2007). Andererseits sind Ärzte anlässlich akuter oder chronischer Verletzungsfolgen zentrale

Anlaufstelle für Gewaltopfer, häufig jedoch ohne dass sich die Opfer hinsichtlich der Ursachen ihrer Beschwerden offenbaren (z. B. Ärztekammer Hamburg 2006). Ärzte müssen daher in dieser Situation in der Lage sein, Hinweise auf Gewalterleben zu erkennen, differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen und bereit sein, die Patientinnen darauf anzusprechen (Blättner 2008). Aus diesem Grunde wurde für Vertreter aus dem medizinischen Versorgungsbereich am Kölner Institut für Rechtsmedizin eine Kitteltaschenkarte mit den wichtigsten Informationen zu den wesentlichen Elementen der Dokumentation erstellt (Med-Doc-Card). Informationen für Institutionen, Betroffene und Ärztinnen/Ärzte mit Kontaktadressen und Handlungshinweisen zum Kölner Modellprojekt „Häusliche Gewalt“ sind außerdem auf der Homepage des Institutes (www.medizin.uni-koeln.de/institute/rechtsmedizin, Stand 12.08.2009) einsehbar. Ähnliche Informationsschriften und -materialien für ÄrztInnen existieren bundesweit, beispielsweise ein Leitfaden zur Diagnosefindung bei häuslicher Gewalt erstellt von den Ministerien für Familie und Arbeit des Landes NRW (ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln), eine Materialsammlung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW (im Internet unter www.frauengesundheit-nrw.de, Stand 11.08.2009) oder die Informationsbroschüre der Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (BIG e.v.). Sie finden - auch über Ärztekammern, eine zunehmende Verbreitung. Die Bundesregierung legte 1999 erstmals einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen vor, in dessen Rahmen ebenfalls Materialien zur gerichtsverwertbaren Dokumentation bei häuslicher Gewalt und körperlicher Misshandlung speziell für die ärztliche Untersuchung konzipiert wurden. Mittlerweile liegt seit September 2007 der zweite Aktionsplan vor, der zusätzlich die medizinische Versorgung und Frauen mit Migrationshintergrund berücksichtigt (BMFSFJ 2007). Da die vorherigen Bemühungen, den ärztlichen Umgang mit Gewaltopfern über Fortbildungen und Handlungsempfehlungen zu unterstützen keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt haben, sollen die Niedergelassenen nun zusätzlich durch das Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geschult werden. Dieses Modellprojekt im Rahmen des zweiten Aktionsplans der Bundesregierung soll Maßnahmen zur Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit Gewaltopfern erarbeiten (Ritz-Timme u. Graß 2009). Problematisiert werden muss allerdings in diesem Zusammenhang, dass in Klinik und Praxis häufig die Zeit für eine angemessene Betreuung und Versorgung von Opfern häuslicher und sexualisierter Gewalt fehlt, so dass für eine adäquate Versorgung in diesem

Bereich neben allen Bemühungen einer Schulung des medizinischen Personals auch unbedingt ausreichend Gelder zur Verfügung gestellt werden müssen (Möhrle 2007).

Weiterführende Versorgung der Opfer

In den vorliegenden Fällen körperlicher Lebendbegutachtungen wurden weniger als der Hälfte der Betroffenen weiterführende Hilfsangebote (beispielsweise Frauenhäuser, Kinderschutzeinrichtungen oder psychologische Betreuung) vermittelt bzw. wurde dies in den vorliegenden Fallakten dokumentiert. Das lag meist daran, dass ein Großteil der Opfer schon zum Zeitpunkt der Untersuchung an betreuende Hilfseinrichtungen verwiesen bzw. von diesen auf die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Attestierung ihrer Verletzungen aufmerksam gemacht worden war.

Prinzipiell kommt gerade der wirksamen Vermittlung der Opfer in Hilfesysteme große Bedeutung bei der Sekundärprävention von häuslicher Gewalt zu. Dies verlangt in einem hohen und verbindlichen Maße Abstimmung und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Netzwerkstrukturen. „Die Kölner Rechtsmedizin nahm selbst unmittelbar Kontakt mit den Akteuren im Netzwerk gegen Häusliche Gewalt in Köln auf. Diese Initiative führte zur Aufnahme in das regionale Verbundsystem und dessen strategische und operative Strukturen.“(Graß u. Rothschild 2004 a) Auch die rechtsmedizinischen Institute in Hamburg, Leipzig und Hannover etablierten sich im Rahmen ihrer Aktivitäten zur Opferbegutachtung als unverzichtbares Glied in den Netzwerkstrukturen gegen häusliche Gewalt (Seifert et al. 2004). Ziel ist auch in Zukunft der Ausbau der klinischen Tätigkeit der Rechtsmedizin. Opfer häuslicher Gewalt sollten auch außerhalb eines Ermittlungsverfahrens in Form einer niedrigschwelligen privaten Auftraggebung an die Rechtsmedizin erreicht werden, damit ihnen im Falle einer Strafanzeige deren professionell erhobene Befunde zur Verfügung stehen. Daneben ist es wünschenswert, dass die rechtsmedizinische Kompetenz gerade auf dem Gebiet der Dokumentation und Spurensicherung von körperlich verletzten Gewaltopfern von den verschiedenen ärztlichen Praxen und Kliniken in ein integriertes Versorgungskonzept für betroffene Personen aufgenommen wird. Auch von Seiten der Polizei, Justiz und psychosozialer Beratungsstellen sollte das Angebot der Rechtsmedizin zugunsten einer Optimierung der Opferversorgung gekannt und genutzt werden. Nicht zuletzt ist in all diesen Zusammenhängen von politischer Seite eine Grundsatzregelung zur Honorierung der

rechtsmedizinischen Leistungen wünschenswert, da diese bislang außerhalb eines Auftrages durch die Justiz gänzlich fehlt (Seifert et al. 2006 a).

5.8 Abschlussbetrachtung

Bereits in den vorangehenden Kapiteln wurde wiederholt der Vergleich zu einem Modellprojekt der Hamburger Rechtmedizin hergestellt, in dem ab Februar 2003 über 12 Monate Gewaltopfer, insbesondere von Partnerschaftskonflikten im Hinblick auf eine Typisierung von Verletzungsmustern unter rechtsmedizinischen Gesichtspunkten untersucht wurden (Seifert et al. 2006 a). Ein Ziel war der Ausbau eines Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Gewaltopfern. Die in dieser Arbeit generierte Datenbank wurde in Analogie zur Fallerfassung am Hamburger Institut aufgebaut. Für beide Modellprojekte bestand eine Partnerschaft im EU-Projekt „European Violence Prevention in Health Network“ im Rahmen des DAPHNE-Programms, das seit dem Jahr 2000 Projekte fördert, die sich im europäischen Rahmen vorbeugenden Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen widmen (Europäische Kommission 2005). Bei der vergleichenden Interpretation mit den Daten des Hamburger Projektes ist zu bedenken, dass hierbei Untersuchungsgruppen aller Opferkategorien und nur zu einem Prozentsatz von 29,1% Partnerkonflikte eine Rolle spielten (Seifert et al. 2006 a). Unterschiede ergeben sich auch durch die in der hier vorgenommenen Auswertung hinzugenommenen Sektionsfälle zu häuslicher Gewalt und die damit sicherlich bedingte Verschiebung des Hellfeldes, denn zusätzlich zu denjenigen Geschädigten, die aktiv, sei es durch die Vermittlung von Beratungseinrichtungen oder aus eigener Initiative oder im Auftrag von Justiz und Polizeibehörden um eine rechtsmedizinischen Untersuchung ersuchten, fallen unter die Sektionsopfer auch diejenigen, die einer jeglichen Versorgung evtl. ferngeblieben und somit nicht offenbar geworden wären. Tatsächlich fällt bei dahingehender Betrachtung der Geschlechterverteilung eine Fallzahlverschiebung unter den Sektionsfällen um ca. 10% zugunsten der männlichen Gewaltopfer auf (Geschädigte: 71% weibl./28% männl. versus Verstorbene: 62% weibl./36% männl.), was allerdings durch die relativ geringe Fallzahl bedingt sein kann und keine epidemiologischen Rückschlüsse auf die tatsächliche Geschlechterverteilung zulässt. Insgesamt bleiben in beiden Untersuchungskollektiven vorwiegend Frauen Opfer partnerschaftlicher Gewalt, Täter mehrheitlich deren Partner oder

Ex-Partner. Diese Beobachtungen werden sowohl in den Ergebnissen der Hamburger Evaluation (Seifert et al. 2004, Seifert et al. 2006 a) als auch in der Literatur einheitlich unterstützt (Amnesty International 2005, BMFSFJ 2002, BMFSFJ 2005, WHO 2003). Da insbesondere Frauen einen bedeutenden Anteil der untersuchten Patienten stellten, scheinen diese bei entsprechender Bekanntmachung, Beratung und Vermittlung zunehmend das Angebot einer rechtsmedizinischen Verletzungsdokumentation in Anspruch zu nehmen. Bedenkenswert ist bei der Interpretation der Daten allerdings, dass sichtbare körperliche Gewaltfolgen eine Voraussetzung für die rechtsmedizinische Konsultation mit Untersuchung und Bewertung darstellen und dadurch kein automatischer Rückschluss auf die tatsächliche Prävalenz von Verletzungen gezogen werden kann (Seifert et al. 2006 a). Häusliche Gewalt ruft nicht nur akute körperliche Verletzungen hervor, sondern kann auch Ursache für psychische und psychosomatische Beschwerden sein (Berendes 2003). Neben physischer, sexualisierter und psychischer Gewalt umfasst das Spektrum häuslicher Gewalt auch soziale Gewalt (z.B. Einsperren, Kontaktverbote) und ökonomische Gewalt (z.B. Verbot der Erwerbstätigkeit, Entzug von Sozialhilfe) (Brandau u. Ronge 1997), alles Gewaltformen, die in einer klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchung nicht objektivierbar sind.

Zum Dunkelfeld in der vorliegenden Konzeption einer Gewaltambulanz zählen außerdem Kinder und Jugendliche, die, wenn sie in einem Umfeld häuslicher Gewalt aufwachsen, häufig von Gewalt genauso direkt betroffen sind wie ihre Mütter. Ihre Bedürfnisse bleiben jedoch meist „unsichtbar“, was sich in einem Mangel an Rechten und Unterstützungsangeboten ausdrückt (Evers 2004). Spezielle Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche, die häuslicher Gewalt ausgesetzt waren oder sind, gibt es nicht (Jonitz 2004). Dies spiegelt auch die Tatsache wieder, dass Gewalt gegen Kinder auffällig wenig angezeigt wird (Goedelt 2004). Obwohl häusliche Gewalt auch Gewalt gegen Kinder einschließt, wird das Thema Kindesmisshandlung zunehmend gesondert betrachtet, da es für deren Bekämpfung spezieller bzw. anderer Arbeitskonzepte bedarf. In der Fallanalyse wurde für die untersuchten Personen keine spezifische Altersspanne berücksichtigt, d.h. auch Gewalt gegen Senioren oder Gewalt gegen Kinder konnte mit erfasst werden. Der Schwerpunkt in der Auswertung wurde jedoch aufgrund der oben genannten Tatsache bei Frauen als Opfergruppe gesetzt, da diese zahlenmäßig bei häuslicher Gewalt deutlich überrepräsentiert sind.

Abschließend steht die gemeinsame Feststellung, dass die Untersuchungszahlen sowohl im Kölner Modellprojekt als auch der Hamburger Gewaltambulanz (Seifert et al. 2006 a) mit jedem Jahr stiegen. Dabei waren beide Institute zunächst hauptsächlich auf Zuweisung durch andere Krankenhäuser, Polizei und Staatsanwaltschaft angewiesen. Der Anteil derjenigen

Personen, die als Privatperson und somit eigener Auftraggeber um eine Attestierung ihrer Verletzungen ersuchten, stieg in Köln dann besonders in den letzten zwei Untersuchungsjahren rapide (siehe Ergebnisteil Kap. 4.2.5.1). Dies ist mit Sicherheit nicht zuletzt den umfangreichen Angeboten und Aktivitäten der Kölner Rechtsmedizin zu verdanken, die aktiv Kontakt mit den verschiedenen Akteuren im Netzwerk gegen häusliche Gewalt aufnahm und über Informationsveranstaltungen und Fortbildungen das Arbeitsfeld der klinisch-rechtsmedizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt regional bekannt gemacht hat (Graß u. Rothschild 2004 a). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Zusammenarbeit weiter auszubauen, um die rechtsmedizinische Dienstleistung im Privatauftrag vermehrt bekannt zu machen und insbesondere für Opfer häuslicher Gewalt niedrigschwellig und kostenneutral anzubieten.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Häusliche Gewalt ist ein Phänomen von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz und immer wiederkehrender Anlass sowohl für medizinische Behandlungen als auch für rechtsmedizinische Expertisen. In Köln erfolgte die klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung von Gewaltopfern als niedrigschwelliges Angebot, so dass Gewaltopfer unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei auf eigenen Wunsch im Institut für Rechtsmedizin kostenlos untersucht werden konnten. Dabei wurden Verletzungen dokumentiert, Spuren gesichert und ein gerichtsverwertbares Gutachten erstellt. Während des 4-Jahres-Zeitraumes von 2000 - 2004 wurden so insgesamt 176 durch innerfamiliäre Gewalt verletzte Personen (68% weibl., 31% männl.) untersucht, davon 55 im Rahmen von Tötungsdelikten. Das mittlere Alter der männlichen Opfer lag bei 13 Jahren, das der weiblichen Opfer bei 32 Jahren. Die berichtete Vorgeschichte deutete in 39% auf einen Partnerschaftskonflikt, in 24% auf eine anderweitige familiäre Konfliktsituation und in 9% auf ein Vergehen gegen die sexuelle Selbstbestimmung hin. Der häufig als Charakteristikum für häusliche Gewalt angesehene Aspekt der Mehrzeitigkeit von Gewalt ließ sich aufgrund mangelnder Dokumentation lediglich bei 9% der männlichen und 24% der weiblichen Opfer nach Aktenlage sichern. Als dominierende Gewaltformen wurden körperliche (59%) und instrumentelle (41%) Gewalt beschrieben, lokalisiert mit überwiegender Mehrheit an Kopf und oberen Extremitäten. Aufgrund der Verletzungsfolgen wurde das Vorliegen einer mindestens potentiell lebensgefährlichen Verletzung in 55% der Fälle postuliert, die Höhe dieser Zahl mitbedingt durch den Einschluss der Tötungsdelikte. Ab dem Jahr 2003 wurden Wegweisungen im Zusammenhang mit dem Gewaltschutzgesetz mit steigender Tendenz in 15 Fällen dokumentiert (2003: 4, 2004: 11).

Die Ergebnisse, insbesondere der hohe Anteil schwerer Verletzungsfolgen, zeigen die Bedeutung der rechtsmedizinischen Dienstleistung gerade auch im Hinblick auf die Verwertbarkeit einer Dokumentation vor Gericht. Ziel der Kölner Arbeit war es deshalb, den Versorgungsbedarf bei Gewaltopfern zu erkennen, das konkrete Angebot einer Opferuntersuchung zur Verletzungsdokumentation durch Rechtsmediziner/Innen bekannt zu machen und auszubauen sowie das rechtsmedizinische Angebot in die bestehenden Netzwerkstrukturen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt noch besser zu integrieren.

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Ärztekammer Hamburg (2006) Leitfaden „Häusliche Gewalt“ Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Hrsg. Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg September 200
2. Ahmad M, Lachs MS (2002) Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. Cleveland Lin J Med 69: 801-807
3. Amnesty International (2005) Launch Report Stop Violence against Women
4. Anders S, Seifert D, Heinmann A, Zinke M, Püschel K (2006) Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. Hamburger Ärzteblatt 4: 190-193
5. AÖF-Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser/Informationsstelle gegen Gewalt (2008) Statistik der Wegweisungen in Österreich Mai 1997 bis 31. Dezember 2007. Stand März 2008
6. Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachsen: Materialien „Häusliche Gewalt“ Siehe auch www.aekn.de (Stand 11.08.2009)
7. Artus J (2007) Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis. Med. Dissertation. Institut für Rechtsmedizin und Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg
8. Augstein R: Die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland 1975 bis heute. Vortrag der FernUniversität Hagen (2002)
9. AVA 1 CD-Rom (2003) Häusliche Gewalt: Informationen für Betroffene. Im Auftrag des BMFSFJ erstelltes Medium, kostenfrei zu beziehen bei der Broschürenstelle des BMFSFJ

10. AVA 2 CD-Rom (2003) Häusliche Gewalt: Fortbildung und Sensibilisierung, für Polizei, Gesundheits- und Sozialwesen, BetriebsrätInnen, Frauenbeauftragte und Studierende. Im Auftrag des BMFSFJ erstelltes Medium, kostenfrei zu beziehen bei der Broschürenstelle des BMFSFJ
11. Baer S, Schweikert B (2001) Jetzt erst Recht 2. Rechtliche Rahmenbedingungen effektiver Intervention gegen häusliche Gewalt. Broschüre der Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (BIG e.V.) mit Unterstützung des BMFSFJ
12. Banaschak S, Brinkmann B (1999) The role of clinical forensic medicine in cases of sexual child abuse. *Forensic Sci. Int.* 99: 85 – 91
13. Berendes L (2003) Häusliche Gewalt erkennen. *Westfälisches Ärzteblatt* 5/2003: 10
14. BIG - Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (2001) Wenn Patientinnen von Gewalt betroffen sind. Informationen für Ärztinnen und Ärzte über Gewalt gegen Frauen. Informationsbroschüre in Zusammenarbeit mit LARA (Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte Frauen), BIG-Hotline und BIG-Koordinierungsstelle 12/2001
15. Blättner B, Frerik B, Müller I (2008) Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt: Ärzte sollten ganz genau hinsehen. *Deutsches Ärzteblatt* 106 (1-2): 21-24
16. Böhm U, Hirsch W, Wutz S, Kleemann WJ (2006) Kindesmisshandlung: Untersuchung, Dokumentation, Bewertung. *Kinder- und Jugendmedizin* 2006 (2): 107-113
17. Bojack B, Akli H (2005) Die Tötung eines Menschen. Perspektiven, Erkenntnisse, Hintergründe. Verlag für Polizeiwissenschaften
18. Brandau H, Ronge K (1997) Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Broschüre der Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen, Koordinationsstelle des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt

-
19. Brünger B, Starke D, Weber M (2003) Häusliche Gewalt macht krank! Was können Ärzte und Ärztinnen tun? Westfälisches Ärzteblatt 10/2003: 16-18
 20. Brzank P (2006) Häusliche Gewalt als Thema der Gesundheitsberichterstattung: Überblick über die Datengrundlage und potentielle Datenquellen. Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Gesundheit Berlin (Hrsg.) Berlin 2006
 21. Brzank P, Hellbernd H (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Folgen, Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten. Georgia, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003: 29 - 32
 22. Bühring P (2003) Umgang mit sexuellem Missbrauch: Große Unsicherheit. Deutsches Ärzteblatt PP (8): 350
 23. Bundesgesetzblatt (2001) Gesetz zur Verbesserung des zivilgerichtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 67 vom 17.12.2001: 3513-3518
 24. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium der Justiz (2003) Broschüre „Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum Gewaltschutzgesetz.“ Siehe auch www.bmj.bund.de (Stand 11.08.2009)
 25. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 209. Verlag W. Kohlhammer
 26. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Gewalt im Leben von Männern und Frauen- Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention. Kongressbericht des Europäischen Kongresses am 23. September 2004 in Osnabrück

27. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007) Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Siehe auch www.bmfsfj.de (Stand 11.08.2009)
28. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ (2002) Rahmenbedingungen für polizeiliche/gerichtliche Schutzmassnahmen bei häuslicher Gewalt. Materialien zur Gleichstellungspolitik im Auftrag des BMFSFJ Nr. 91/2002
29. Cottrell B, Monk P (2004) Adolescent-to-Parent Abuse. *Journal of Family Issues*, Vol. 25 (9): 1072-1095
30. Diederich M (2004) Gewalt in der Familie: Lösungswege in Schleswig – Holstein. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Oehmichen M., Kaatsch H.-J., Bosinski HAG (Hrsg.), *Research in Legal Medicine*, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 35 - 46
31. Douglas KS, Dutton DG (2001) Assessing the Link Between Stalking and Domestic Violence. *A Review Journal*, 6 (6): 519-546
32. Der Polizeipräsident in Berlin (2001) Polizeiliches Handeln in Fällen häuslicher Gewalt. Leitlinienbroschüre in Zusammenarbeit mit dem Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (BIG e.V.)
33. Eppendorf K (2000) Gesichtsschädelverletzungen durch Rohheitsdelikte - Häufigkeit, Ursachen, soziale Begleitumstände und ökonomische Belastungen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Zahnmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
34. Europäische Kommission (2005) Daphne 1997-2003 - Ein Erfahrungsbericht – Europa bekämpft Gewalt gegenüber Kindern und Frauen. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft
35. Evers I (2004) Kinder und Jugendliche als Mitbetroffene bei häuslicher Gewalt. *CORAktuell*, 1.Ausgabe August 2004: 2-3

-
36. Fanslow JL, Norton RN, Spinola CG (1998) Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 32 (3): 341-348
 37. Feder G (2006) Responding to intimate partner violence: what role for general practice? *British Journal of General Practice*, April 2006: 243-244
 38. Freudenberg D (2003) Häusliche Gewalt - nicht länger Privatsache, sondern gesellschaftlich geächtet. *Georgia*, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003: 6-8
 39. Gage-Lindner N (2003) Ärztliche Dokumentation der Gewalt gegen Frauen - wozu sie gut sein kann. *Georgia*, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003: 12 - 14
 40. Gage-Lindner N (2005) Ley Orgánica 1/2004, zum ganzheitlichen Ansatz Spaniens, aktuelle informationen, *Verbandszeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes e.V.*, Ausgabe 2-2005: 12
 41. Gahr B, Graß H, Breitmeier D, Kleemann WJ (2005) Untersuchung von Gewaltopfern („Lebendbegutachtung“) in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. *Archiv für Kriminologie* 216: 7-14
 42. Goedelt C (2004) Gewalt gegen Frauen und Kinder, insbesondere sexuelle Gewalt: Ein Überblick aus staatsanwaltschaftlicher Sicht. *Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention*, Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hrsg.), *Research in Legal Medicine*, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 47-55
 43. Gerst T (2008) Häusliche Gewalt: Oft unterschätztes Gesundheitsrisiko. *Deutsches Ärzteblatt PP* (12): 560

-
44. Goesmann C (2002) Häusliche Gewalt gegen Frauen – ein gravierendes, dennoch ignoriertes soziales, juristisches und medizinisches Problemfeld. Niedersächsisches Ärzteblatt 10/2002
 45. Graß H (2004) Das ärztliche Attest bei häuslicher Gewalt - rechtsmedizinische Aspekte. Manuskript zum Vortrag, Fachtagung Autonomer Frauenhäuser 29.11.-03.12.2004 Cuxhaven
 46. Graß H, Ritz-Timme S (2005 a) Häusliche Gewalt & Anforderungen an die medizinische Versorgung. Sero-News IV: 155-158
 47. Graß H, Ritz-Timme S (2005 b) Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. Journal Netzwerk Frauenforschung NRW 19: 49-51
 48. Graß H, Rothschild MA (2004 a) Integration rechtsmedizinischer Kompetenz in die Netzwerkstrukturen gegen häusliche Gewalt am Beispiel Köln. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention, Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hrsg.), Research in Legal Medicine, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 289-297
 49. Graß H, Rothschild MA (2004 b) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 2004 (14): 188-192
 50. Graß H, Walentich G (2006) Gefahren für alte Menschen in der Pflege. Basisinformationen und Verhaltenshinweise für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und Betroffene. Landespräventionsrat NRW (Hrsg.)
 51. Gray-Eurom K, Seaberg DC, Wears RL (2002) The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. Ann Emerg Med. 39: 39 – 46
 52. Hagemann-White C, Bohne S (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten

- Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Siehe auch www.landtag.nrw.de (weitere Stichworte: Parlament/Enquetekommission/Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW/aktuelles, Stichwort Gewalt gegen Frauen, Stand 11.08.2009)
53. Hagemann-White C, Kavemann B (2004) Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG)
 54. Halperin DS, Rey H, Margairaz C, Rinaldi Baud I, Poujouly M-C, Bleed D (2002) Violence et santé: profil sanitaire d'une population confrontée à la violence. Le Journal International De Victimologie Année 1, Numéro 1, Octobre 2002
 55. Heide S, Kleiber M (2006) Selbstbeschädigung - eine rechtsmedizinische Betrachtung. Deutsches Ärzteblatt 103 (40): 2627 - 2633
 56. Heinke S (2005) Praktische Erfahrungen mit dem Gewaltschutzgesetz, aktuelle Informationen, Verbandszeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes e.V., 2: 7-8
 57. Hellbernd H (2004) Häusliche Gewalt - Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs. Synopse zur Aus- Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen, Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF)
 58. Hellbernd H, Wieners K (2002) Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. Jahrbuch für kritische Medizin 36: 135-148
 59. Hempel U (2009) Häusliche Gewalt erkennen und verhindern: „Pflege heißt Krise“. Deutsches Ärzteblatt PP (2): 62-63
 60. Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen

-
- Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42 Hrsg.: Robert Koch-Institut Berlin
61. Hirsch RD (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“, Bonn , 30. Oktober 2003
 62. Howe A, Crilly M (2002) Identification and characteristics of victims of violence identified by emergency physicians, triage nurses, and the police. *Inj Prev* 8: 321-323
 63. Hügler S (2008) Fragen statt Totschweigen - Was Ärzte bei häuslicher Gewalt tun können. *Dtsch med Wochenschr* 2008 (133): 24
 64. Igney C (2005) Optimierung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Eine Untersuchung zur Wirksamkeit der interdisziplinären Implementationsworkshops der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF). Magisterarbeit an der FernUniversität Hagen, Magisterstudiengang Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaften
 65. Janke-Hoppe K (2002) Ärztliche Hilfe bei häuslicher Gewalt. *Rheinisches Ärzteblatt* 8/2002: 11-13
 66. Jonitz S (2004) Die Rolle von Kindern und Jugendlichen im Beratungsangebot von Frauenhäusern und Kontakt- und Beratungsstellen. *CORAktuell* 1.Ausgabe August 2004: 3
 67. Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
 68. Kantonsrat Zürich (2006) Gesetzestext zum Gewaltschutzgesetz (GSG)

-
69. Kavemann B (2000) Kinder und häusliche Gewalt - Kinder misshandelter Mütter. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung 2000, 3: 106-120
 70. Kavemann B (2002) Gewalt gegen Männer – ein vernachlässigtes Problem? Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt. Vortrag zur Fachveranstaltung d. Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin am 18.11.2002
 71. Kernbach-Wighton G, Thomas RS, Saternus KS (1997) The discrimination between overt and non-overt self-inflicted lesions. Forensic Sci. Int. 89: 203 – 209
 72. Klopstein U, Schön C, Plattner T (2006) Sexuelle Gewalt. Rechtliche und Praktische Konsequenzen. gynäkol. prax. 30: 709 - 721
 73. Koordinationsstelle 'Frauen und Gesundheit' NRW (2005) Materialsammlung zum Thema „Gewalt gegen Frauen - gesundheitliche Folgen und Anforderungen an gesundheitliche Versorgung“ (siehe auch www.frauengesundheit-nrw.de, Stand 11.08.2009)
 74. Kräuter-Stockton S (2005) Strafe muss sein! aktuelle informationen, Verbandszeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes e.V., 2: 9 - 11
 75. Leopold B (2002) Polizeieinsätze bei häuslicher Gewalt – Erwartungen betroffener Frauen an polizeiliches Handeln. Gekürzte Fassung des Kapitels 4.3. „Erfahrungen betroffener Frauen mit Polizeieinsätzen und ihre Erwartungen an polizeiliches Handeln“ des 2. Bandes des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt
 76. Logar R (2007) Informationen für Opfer von Gewalt in Familien. Hrsg.: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt
 77. Maffli E, Zumbrunn A (2001) Alkohol und Gewalt im sozialen Nahraum. Pilotstudien im Kanton Zürich mit anschließender überregionaler Expertenbefragung.

-
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)
Forschungsbericht Nr. 37
78. Mark H, Hellbernd H (2002) Häusliche Gewalt gegen Frauen. Was können Ärztinnen und Ärzte tun? Berliner Ärzte. Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, 39. Jahrgang (12): 24-27
79. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schoeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR (1995) The „Battering Syndrome“. Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 123 (10): 737-746
80. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Batten E, Hall J, Smith S (2004) Increasing the Safety-Promotion Behaviours of Abused Women. *American Journal of Nursing* 104 (3): 40-50
81. McGregor MJ, DuMont J, Myhr TL (2002) Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med*. 39: 639 – 647
82. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E (1999) Examination for sexual assault: Is the documentation of physical injuries associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *C.M.A.J.* 160: 1565–1569
83. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2001) Hinsehen. Leitfaden für die ärztliche Praxis zu häuslicher Gewalt. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.)
84. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration (MGFFI) des Landes NRW (2005) Diagnose Häusliche Gewalt. Leitfaden und Dokumentationsbogen
85. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (2004) Häusliche Gewalt. Die Rolle des Gesundheitswesens. Gemeinsame Empfehlungen des

-
- Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und der Landesgesundheitskonferenz NRW
86. Möhrle K (2007) Medizinische Dokumentation nach Vergewaltigung. Hessisches Ärzteblatt 11/2007: 695
 87. 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
 88. Nyberg E, Hartman P, Stieglitz RD, Richer-Rössler A (2008) Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. Fortschr Neurol Psychiat 2008 (76): 28 - 36
 89. Osattin A, Short LM (1998) Intimate Partner Violence and Sexual Assault: A Guide to Training Materials and Programs for Health Care Providers. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control
 90. Paulozzi LJ, Saltzman LE, Thompson MP, Holmgren P (2001) Surveillance for Homicide Among Intimate Partners-United States, 1981 – 1998. MMWR CDC Surveillance Summaries. Mortality & Morbidity Weekly Reports, 50(3): 1-15
 91. Payne-James JJ, Dean PJ (1994) Assault and injury in clinical forensic medical practice. Med Sci. Law. 34: 202 – 206
 92. Polizeiliche Kriminalstatistik (2001) Berichtjahr 2001 des Polizeipräsidiums Köln
 93. Polizeiliche Kriminalstatistik (2005) Auswertungsbericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik des Polizeipräsidiums Köln 2003, Stand März 2005
 94. Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U (2004) Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Deutsches Ärzteblatt 101 (40): 2682 - 2689

-
95. Rennison CM, Welchans S (2000) Intimate Partner Violence. Bureau of Justice Statistics Special Report. U.S.Department of Justice
 96. Rheinland-pfälzisches Interventionsprojekt gegen Gewalt (RIGG) (2002 a) Hilfen für die Bearbeitung von Verfahren nach dem GewSchG (für Gerichte). RIGG-Materialien Nr. 12
 97. Rheinland-pfälzisches Interventionsprojekt gegen Gewalt (RIGG) (2002 b) Praktische Tipps für Verfahren nach dem Gewaltschutzgesetz (Für Betroffene, bei Wohnungszuweisung/Schutzanordnungen). RIGG-Materialien Nr. 13
 98. Ritz-Timme S, Graß H (2009) Häusliche Gewalt: Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt? Deutsches Ärzteblatt 106 (7): 282 - 283
 99. Romans SE, Poore MR, Martin JL (2000) The perpetrators of domestic violence. MJA 173: 484-488
 100. Runder Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen (2001) Häusliche Gewalt - Thesenpapier. Hrsg.: Runder Tisch zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
 101. Rupp M, Grosa A (2005) Rechtstatsächliche Untersuchung zum Gewaltschutzgesetz. Ein Überblick über die Ergebnisse aller Teilstudien. Begleitforschung zum Gewaltschutzgesetz des Institutes für Familienforschung der Universität Bamberg im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz
 102. Santucci KA, Hsiao AC (2003) Advances in clinical forensic medicine. Curr Opin Pediatr. 15: 304-308
 103. Saternus KS (2003) Gewalt gegen Frauen - die Rechtsmedizin zwischen Fiktion und Wirklichkeit. Georgia, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003: 15 - 18

-
104. Schirmacher G (2003) Ohne Gewalt leben - Sie haben ein Recht darauf! Medizinerinnen und Mediziner an einer Schlüsselstelle für den Schutz misshandelter Frauen. Georgia, Zeitschrift des Frauen - und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, Schwerpunkt: Gewalt gegen Frauen, Heft 5 Sommersemester 2003: 9 - 11
 105. Schmucl E, Schenker JG (1998) Violence against women: the physician`s role. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, Vol. 80: 239-245
 106. Schneider P, Spoden C Grenzen setzen – verantwortlich machen – Veränderungen ermöglichen. Die Arbeit mit Tätern im Rahmen eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt. Broschüre des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (BIG e.V.)
 107. Schröttle M, Ansorge N (2008) Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung der Ergebnisse eines Forschungsprojektes des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld. Hrsg.: BMFSFJ
 108. Schröttle M, Khelaifat N (2008) Gesundheit - Gewalt - Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse. Hrsg.: BMFSJ
 109. Schweikert B (2002) Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt - insbesondere zu Einführung und Umsetzung des neuen Gewaltschutzgesetzes-. Materialien zur Gleichstellungspolitik Nr. 92/2002 im Auftrag des BMFSFJ, erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe (UAG) „Fortbildung“ der Bundesländer-Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt

-
110. Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J, Gehl A, Heinemann A, Püschel K (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin* 2004 (14): 182-187
 111. Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröder J, Püschel K (2006 a) Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin* 2006 (16): 205- 212
 112. Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006 b) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (33): 2168 - 2173
 113. Seifert D, Püschel K (2004) Krankheit Gewalt - die Rolle der Rechtsmedizin. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention, Oehmichen M., Kaatsch H.-J., Bosinski HAG (Hrsg.), *Research in Legal Medicine*, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 299 - 309
 114. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ (2006) A Tool for Measuring Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence. *Am J Prev* 30 (2): 173 - 199
 115. SIGNAL e.V. (2004) Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen
 116. Steffens T (2004) Gewalt gegen Frauen und Kinder in Kiel aus polizeilicher Sicht. Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention, Oehmichen M., Kaatsch H.-J., Bosinski HAG (Hrsg.), *Research in Legal Medicine*, Vol. 32, Lübeck/Germany, Schmidt – Römhild: 61 - 68
 117. Straton JC (1994) The Myth of the „Battered Husband Syndrome“. *masculinities* 2: 79 - 82
 118. Süße A (2008) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme der Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

-
119. Taft AJ, Hegarty KL, Feder JS (2006) Tckling partner violence in families. New guidelines extend opportunities for GPs to respond. MJA Volume 185 Number 10: 535 - 536
 120. Thauer HM (2007) Wir können nicht alles tun, aber wir müssen tun, was wir können. Bericht von einer Fachtagung zum Thema „Sexualisierte Gewalt“. Frauenarzt 48 (11): 1064 - 1066
 121. Tröger HD (2003) Diagnostik und Spurensicherung. Häusliche Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht. Tagungsbeitrag des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 02.07.2003 in Hannover: Netzwerke gegen häusliche Gewalt - auch eine Aufgabe für das Gesundheitswesen.
 122. Wenzlaff P, Goesmann C, Heine-Brüggerhoff W (2001) Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. Niedersächsisches Ärzteblatt 12: 11 - 14
 123. Weltgesundheitsorganisation (2003 a) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Durch das WHO-Regionalbüro für Europa autorisierte Veröffentlichung der Originalpublikation „World report on violence and health: Summary 2002“
 124. World health organization (2003 b) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence

8. ANHANG

8.1 Excerptbogen

| | | |
|-------|---------------------|--|
| Code: | - - - | v.20.11.03 wi (c) IfRHH 2003 Frm_Stat_UStelle_rmed v9.doc |
| | BZZ - BZZ - ZZ - ZZ | |

| | | | | |
|------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Vorfallesbeginn: | Monat: _____ (Jan=01) | W.tag: _____ (Montag=1) | Std: _____ (1-24) | unbekannt <input type="checkbox"/> |
| Vorfalldauer: | Std: _____ | Tage: _____ | wiederholt <input type="checkbox"/> | unbekannt <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------|-------------|--------------------------------------|-------------------|
| Untersuchung: | Jahr: _____ | Wochentag: _____ (Mo-Fr=1, Sa/So =2) | Std: _____ (1-24) |
|---------------|-------------|--------------------------------------|-------------------|

Geschädigte Person

| Geschlecht | Nationalität | Altersgruppe [Jahre] | Körperlänge [cm] | Körpergewicht [kg] |
|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> deutsch | <input type="checkbox"/> 0 - 1 | <input type="checkbox"/> 51 - 60 | <input type="checkbox"/> 0 - 5 |
| <input type="checkbox"/> w | <input type="checkbox"/> west/nordeuropäisch | <input type="checkbox"/> 2 - 5 | <input type="checkbox"/> 61 - 70 | <input type="checkbox"/> 6 - 10 |
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> südeuropäisch | <input type="checkbox"/> 6 - 10 | <input type="checkbox"/> 71 - 80 | <input type="checkbox"/> 11 - 15 |
| | <input type="checkbox"/> osteuropäisch | <input type="checkbox"/> 11 - 14 | <input type="checkbox"/> 81 - 90 | <input type="checkbox"/> 16 - 20 |
| | <input type="checkbox"/> südostasiatisch | <input type="checkbox"/> 15 - 17 | <input type="checkbox"/> 91 - 100 | <input type="checkbox"/> 21 - 25 |
| | <input type="checkbox"/> zentralasiatisch | <input type="checkbox"/> 18 - 20 | <input type="checkbox"/> 101 - 110 | <input type="checkbox"/> 26 - 30 |
| | <input type="checkbox"/> naher Osten/Kleinasien | <input type="checkbox"/> 21 - 25 | <input type="checkbox"/> 111 - 120 | <input type="checkbox"/> 31 - 35 |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges Asien | <input type="checkbox"/> 26 - 30 | <input type="checkbox"/> 121 - 130 | <input type="checkbox"/> 36 - 40 |
| | <input type="checkbox"/> nordafrikanisch | <input type="checkbox"/> 31 - 35 | <input type="checkbox"/> 131 - 140 | <input type="checkbox"/> 41 - 45 |
| | <input type="checkbox"/> zentral/südafrik. | <input type="checkbox"/> 36 - 40 | <input type="checkbox"/> 141 - 150 | <input type="checkbox"/> 46 - 50 |
| | <input type="checkbox"/> westafrikanisch | <input type="checkbox"/> 41 - 45 | <input type="checkbox"/> 151 - 160 | <input type="checkbox"/> 51 - 55 |
| | <input type="checkbox"/> nordamerik. | <input type="checkbox"/> 46 - 50 | <input type="checkbox"/> 161 - 170 | <input type="checkbox"/> 56 - 60 |
| | <input type="checkbox"/> mittel/südamerik. | <input type="checkbox"/> 51 - 55 | <input type="checkbox"/> 171 - 180 | <input type="checkbox"/> 61 - 65 |
| | <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> 56 - 60 | <input type="checkbox"/> 181 - 190 | <input type="checkbox"/> 66 - 70 |
| | <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> 61 - 65 | <input type="checkbox"/> 191 - 200 | <input type="checkbox"/> 71 - 75 |
| | | <input type="checkbox"/> 66 - 70 | <input type="checkbox"/> > 200 | <input type="checkbox"/> 76 - 80 |
| | | <input type="checkbox"/> 71 - 75 | <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> 81 - 85 |
| | | <input type="checkbox"/> 76 - 80 | | <input type="checkbox"/> 86 - 90 |
| | | <input type="checkbox"/> > 80 | | <input type="checkbox"/> 91 - 95 |
| | | <input type="checkbox"/> unbekannt | | <input type="checkbox"/> 96 - 100 |
| | | | | <input type="checkbox"/> > 100 |
| | | | | <input type="checkbox"/> unbekannt |

UNTERSUCHUNGSORT

IfR Polizei Uniklinik (Abt. _____)

anderes Krankenhaus (KH, Abt. _____) Sonstiges: _____

AUFTRAGGEBER (Mehrfachnennungen möglich)

PK KK LKA Uniklinik anderes Krkhs.

geschädigte Person Andere: _____ Auftraggeber genau: _____

SACHVERHALT / ANAMNESE

nach Angabe d. geschädigten Person n.Ang.v. Dritten/Polizei

MOTIV (Mehrfachnennungen möglich):

Beziehungskonflikt sexuelles Motiv materielle Bereicherung anderer Konflikt unbekannt

Besonderheiten / Bemerkungen: _____

Beschuldigte Person (Mehrfachnennungen möglich)

Gemeinsame Wohnung von geschädigter und beschuldigter Person? ja nein unbekannt

| Beschuld.Pers. bekannt | Art der Beziehung | Zahl der beschuld.Pers. | Geschlecht | Nationalität |
|---|--|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> bekannt | <input type="checkbox"/> Partnerbeziehung | <input type="checkbox"/> 1 Beschuld. | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> deutsch |
| <input type="checkbox"/> nur flüchtig bekannt | <input type="checkbox"/> Ex-Partner | <input type="checkbox"/> mehrere, Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> w | <input type="checkbox"/> west/nordeuropäisch |
| <input type="checkbox"/> fremd | <input type="checkbox"/> familiäre Beziehung | | <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> südeuropäisch |
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> unbekannt | | <input type="checkbox"/> osteuropäisch |
| | <input type="checkbox"/> unbekannt | | | <input type="checkbox"/> südostasiatisch |
| | | | | <input type="checkbox"/> zentralasiatisch |
| | | | | <input type="checkbox"/> naher Osten/Kleinasien |
| | | | | <input type="checkbox"/> sonstiges Asien |
| | | | | <input type="checkbox"/> nordafrikanisch |
| | | | | <input type="checkbox"/> zentral/südafrik. |
| | | | | <input type="checkbox"/> westafrikanisch |
| | | | | <input type="checkbox"/> nordamerik. |
| | | | | <input type="checkbox"/> mittel/südamerik. |
| | | | | <input type="checkbox"/> andere |
| | | | | <input type="checkbox"/> unbekannt |

ART DER BEZIEHUNG (z.B. Vater- Sohn; Pflegemutter- Tochter etc., entfällt bei Fremdtätern)

Spezifizierung der Beziehung zwischen beschuld. und geschäd. Person: _____

ART DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)

- Gewaltandrohung
- Körperliche Gewalt (z.B. Faustschläge, auch: Tritte mit beschuhtem Fuß)
- Instrumentelle Gewalt
(Welche Tatwerkzeuge?: _____)
- Tatwerkzeug(e) unbekannt
- Fixierung bzw. Fesselung
- unbekannt

ORT DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung der geschädigten Person | <input type="checkbox"/> öffentlicher kommerzieller Bereich (Kaufhaus, Restaurant..) | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz der geschädigten Person |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung der beschuldigten Person | <input type="checkbox"/> öffentliche Straße/ Park | <input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsame Wohnung von geschäd.+ beschuld. Person | <input type="checkbox"/> öffentliche Transportmittel | <input type="checkbox"/> im Fahrzeug |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung einer dritten Person | <input type="checkbox"/> sonstige Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> mehrfache Orte |
| <input type="checkbox"/> Öffentliche Wohnunterkunft | <input type="checkbox"/> in Räumlichkeiten von Polizei/Justiz, Gefängnissen | <input type="checkbox"/> sonstige Orte |

KONSUMVERHALTEN der geschädigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

- Alkohol Medikamente BtM nichts unbek.
- SUCHT/Substanzmißbrauch? ja nein unbek.
- AND.psych.Vorerkrankungen? ja nein unbek.

KONSUMVERHALTEN der beschuldigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

- Alkohol Medikamente BtM nichts unbek.

Bei **SEXUALDELIKTEN** (bei multipler Einwirkung primäres Ereignis unterstreichen) (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> vaginalverkehr | <input type="checkbox"/> Oralverkehr (G-B) | <input type="checkbox"/> Oralverkehr (B-G) |
| <input type="checkbox"/> Manuelle (genitale) Manipulation (G-B) | <input type="checkbox"/> Manuelle Manipulation (B-G) | <input type="checkbox"/> Analverkehr |
| <input type="checkbox"/> Einführen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> (andere) sexuelle Nötigung | <input type="checkbox"/> unbek., welche sex. Handlg. |

Andere (ungewöhnliche) Handlungen: _____

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Kondom: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| Gleitmittel: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| (Hinweise auf) Samenerguss | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Bei angegebener **STRANGULATION / MECHANISCHER ASPHYXIE** (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Würgen | <input type="checkbox"/> Drosseln | <input type="checkbox"/> (Auf)hängen | <input type="checkbox"/> Bedecken d. Atemwege |
| <input type="checkbox"/> Knebeln | <input type="checkbox"/> Brustkorbkompression | <input type="checkbox"/> Schweißkasten | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Urin-/Kotabgang | <input type="checkbox"/> Aura | benutzte Gegenstände: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> unbekannt | |

INANSPRUCHNAHME:

- Wurde nach der Tat ein ARZT (außer RM) aufgesucht? ja nein unbekannt
- Wenn ja, welche Fachrichtung? niedergelassen Krankenhaus

WEGWEISUNG

- (GewSchG) im Zusammenhang mit Untersuchungsanlass? ja nein unbekannt

POLIZEILICHE ANZEIGE

- Liegt polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor? ja nein unbekannt

UNTERSUCHUNGSBEFUND

| ART DER GEWALTEINWIRKUNG | LOKALISATION <small>(entsprechende Buchstaben ankreuzen)</small> | | | | | | | | | | | | Lokalisations-Code | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|-------------------|
| | A | B | C | D | E | F | G | H | J | K | L | M | | |
| Stumpfe ungeformte Gewalt | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | A | Hirnschädel |
| Stumpfe geformte Gewalt | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | B | Gesichtsschädel |
| halbscharfe Gewalt | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | C | Nacken |
| scharfe Gewalt- Stichverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | D | Hals |
| scharfe Gewalt- Schnittverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | E | Brust(korb) |
| Schussverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | F | Brüste |
| Thermische Einwirkung | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | G | Abdomen |
| Chemische Einwirkung (z.B. Tränengas) | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | H | Rücken |
| BESONDERE VERLETZUNGEN | LOKALISATION | | | | | | | | | | | | | |
| Frakturen | J | K | L | M | | | | | | | | | K | Gesäß |
| Bissverletzungen | J | K | L | M | | | | | | | | | L | obere Extremität |
| Fesselungsspuren | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | M | untere Extremität |
| Widerlagerverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| Griffspuren | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| Abwehrverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| Ritzverletzungen | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| Kratzspuren | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| Trittspuren | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |
| ANDERE Verletzungsarten (bitte beschreiben): | A | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | | |

ANDERE/BESONDERE LOKALISATION (bitte beschreiben, z.B. Zahnfrakturen, Glaskörperverletzung...)

Anmerkungen: _____

STRANGULATIONSBEFUNDE (Mehrfachnennungen möglich)

- Würgemale Drosselmarke
 Petechien (Lokalisation): Augenbindehäute Lidhäute Gesicht
 Mundschleimhaut hinter den Ohren nicht feststellbar

ZEITPUNKT DER VERLETZUNGEN (Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeitig mehrzeitig nicht bestimmbar

VERLETZUNGSMUSTER

- passt zu Anamnese: ja nein teilweise k.A.
 Anhaltspunkte für Selbstbeibringung: ja nein nicht bestimmbar
 Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen: ja nein nicht bestimmbar

SCHWEREGRAD DER VERLETZUNGEN

- Keine Zeichen der Gewalteinwirkung nicht lebensgefährliche Verletzungen
 potentiell lebensgefährliche Verletzungen lebensgefährliche Verletzungen

KONSUM

- Objektive Hinweise auf Konsum von Alkohol / anderen Substanzen ja nein nicht vorhanden
 Hinweise auf aktuelle **psychische Alterationen** ja nein nicht bestimmbar
 Wenn ja, welche: _____

WEITERE VERSORGUNG: Beratung, Hilfe, Diagnostik, Therapie

| Institution | Bitte spezifizieren: Wo | Bereits eingeleitet | Selbst eingeleitet | empfohlen |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Medizinische Versorgung ambulant | a)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medizinische Versorgung stationär | a)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychol.-psychiatr. Versorgung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frauenhaus | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderschutzeinrichtungen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychosoziale Beratung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opferhilfe | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfe | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interventionsstelle | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ASSERVATE

- Foto** ja **Spuren:** Abstriche: oral vaginal anal andere: _____
BAK ja Nagelränder
Tox: Urin Blut Schamhaare
Mikrobiologie:
 Hepatitis HIV and.Virologie and.Bakteriologie
 Kleidung: _____
 Anderes: _____

9. LEBENSLAUF

Persönliche Daten

| | |
|--------------|---------------------------|
| Name | Esther Päsler geb. Kummer |
| Geburtsdatum | 29.11.1978 |
| Geburtsort | Paderborn |

Schulabschluss

| | |
|---------------|--|
| Frühjahr 1998 | Friedrich-Bährens-Gymnasium, Schwerte Allgemeine Hochschulreife |
|---------------|--|

Freiwilliges Soziales Jahr

| | |
|-------------------|--|
| 08/1998 – 03/1999 | Haus Patmos, Fachkrankenhaus Epilepsie der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Bielefeld |
|-------------------|--|

Studium

| | |
|-------------------|--|
| 04/1999 – 05/2005 | Studium der Humanmedizin, Universität zu Köln |
| 03/2001 | Ärztliche Vorprüfung |
| 03/2002 | Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung |
| 03/2004 | Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung |
| 04/2004 - 03/2005 | Praktisches Jahr im Krankenhaus Porz am Rhein (Wahlfach Anästhesie), chirurgisches Tertial im Kantonsspital Visp (Schweiz) |
| 5/2005 | Ärztliche Prüfung (Hochschulabschluss) |

Beruf

| | |
|-------------------|---|
| 07/2005 - 12/2006 | Assistenzärztin in der Abteilung der Inneren Medizin, St. Josef Krankenhaus, Monheim |
| seit 01/2007 | Assistenzärztin in der Abteilung der Inneren Medizin, Evangelisches Krankenhaus Kalk, Köln |

Köln, den 07. Juni 2010