UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Männer als Opfer und Täter von Gewalt im Untersuchungsgut der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle am Institut für Rechtsmedizin des UKE

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Lydia Weiland

aus Schlema

Hamburg 2014

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 26.05.2015

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss, 2. Gutachterin: PD Dr. Dragana Seifert

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: Prof. Dr. Peer Briken

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Zum theoretischen Ansatz der Arbeit 5

2.1 Was ist Gewalt? 5

2.1.1 Typologie der Gewalt 7

2.1.1.1 Selbst gerichtete Gewalt 7

2.1.1.2 Interpersonelle Gewalt 7

2.1.1.2.1 Gewalt im sozialen Nahraum 8

2.1.1.2.1.1 Kindesmisshandlung 8

2.1.1.2.1.2 Misshandlung alter Menschen 9

2.1.1.2.1.3 Häusliche Gewalt 10

2.1.1.2.2 „Community“ Gewalt 12

2.1.1.3 Kollektive Gewalt 12

2.2 Männer als Opfer von Gewalt 13

3 Material und Methoden 15

TEIL 1: Opferuntersuchung 18

4 Ergebnisse 18

4.1 Epidemiologische Analyse des Opferkollektivs 18

4.2 Sachverhalt/Anamnese: Rahmenbedingungen 21

4.2.1 Allgemeine Informationen zur Tat 21

4.2.2 Aussagen zum Tatort 25

4.2.3 Aussagen zur Täter – Opfer- Beziehung 29

4.2.3.1 T-O-B: Sozialer Nahraum 30

4.2.3.2 T-O-B: Fremdtäter 33

4.2.4 Aussagen zur Anlass gebenden Situation 38

4.2.4.1 Bekanntheitsgrad bei materieller Bereicherung 46

4.3 Aussagen zur Form der Gewalt 47

4.3.1 Tatwerkzeuge 49

4.4 Aussagen zur Art der Gewalt 53
4.4.1 Objektivierbarkeit der Verletzungen 57
4.4.1.1 Lokalisationen der Verletzungen 64
4.4.1.1.1 Verletzungen an Kopf/Hals 65
4.4.1.1.2 Verletzungen am Rumpf 67
4.4.1.1.3 Verletzung der Extremitäten 69
4.4.2 Zahl betroffener Körperregionen / Schweregrad der Verletzungen 71
4.4.2.1 Gewalt gegen den Hals 74
4.4.2.1.1 Strangulationsfolgen 77
4.4.2.2 Fixierung und Fesselung 78
4.4.3 Sexualisierte Gewaltformen 78
4.4.4 Selbst zugefügte Gewalt 81

4.5 Konsumverhalten von Täter und Opfer 82

5 Diskussion 84

5.1 Das Problem der Gewaltdefinition 84

5.2 Angewandte Methodik 85

5.3 Vergleich des Opferambulanzkollektivs in Hamburg mit anderen 88

5.4 Altersverteilung der untersuchten Männer 90

5.5 Angaben aus Anamnese und rechtsmedizinischer Untersuchung 92
5.5.1 Zeitliche Einordnung 92
5.5.2 Angaben über die Beschuldigten 92
5.5.3 Angaben zum Tatort 93
5.5.4 Täter-Opfer-Konstellationen 94
5.5.4.1 Sozialer Nahraum 94
5.5.4.1.1 Familiäre Vorbeziehung 95
5.5.4.1.2 Gewalt in (Ex-)Partnerschaftsbeziehungen 97
5.5.4.1.3 Altersverteilung 99
5.5.4.1.4 Verletzungsschwere 100
5.5.4.2 Fremdtäterschaft 101
5.5.4.2.1 Altersverteilung 101
5.5.4.2.2 Verletzungsschwere 101
5.5.4.3 Arbeitsverhältnis 102
5.5.4.4 Berufliche Ordnungsaufgabe 104
5.5.4.5 Andere 105

5.5.5 Aussagen zur Anlass-gebenden Situation 108
5.5.5.1 Sexualdelikte 108
5.5.5.1.1 Altersverteilung 109
5.5.5.1.2 Vorbeziehungen 109
5.5.5.2 Materielle Bereicherung 110
5.5.5.2.1 Altersverteilung 110
5.5.5.2.2 Vorbeziehungen 110
5.5.5.3 Selbstgerichtete Gewalt 111
5.5.6 Konsumverhalten von Täter und Opfer 112
5.5.7 Form der Gewalt 112
5.5.8 Art der Gewalt 113
5.5.8.1 Betroffene Körperregionen 116
5.5.9 Schweregrad/ Intensität der Gewalteinwirkung 119
5.5.9.1 Strangulation/ Gewalt gegen den Hals 119

TEIL 2: Täteruntersuchung 121

6 Ergebnisse 121

6.1 Epidemiologische Analyse des Täterkollektivs 121

6.2 Sachverhalt/Anamnese: Rahmenbedingungen 122
6.2.1 Allgemeine Informationen zur Tat 122
6.2.2 Aussagen zum Tatort 125
6.2.3 Aussagen zur Täter – Opfer- Beziehungen 126
6.2.4 Aussagen zur Anlass gebenden Situation 127

6.3 Aussagen zur Form der Gewalt 128

6.4 Aussagen zur Art der Gewalt 130
6.4.1 Lokalisationen der Verletzungen und Schweregrad der Verletzung 132

6.5 Konsumverhalten der Täter 133

7 Diskussion 134

7.1 Altersverteilung der untersuchten Männer 134

7.2 Angaben aus Anamnesegespräch und rechtsmedizinischer Untersuchung 134
7.2.1 Angaben zum Tatort 134
7.2.2 Täter-Opfer-Konstellationen 135

7.2.3 Gewaltform 135
7.2.4 Gewaltart 136
7.2.4.1 Betroffene Körperregion 137
7.2.5 Schweregrad /Intensität der Gewalteinwirkung 138
7.2.6 Konsumverhalten von Täter und Opfer 138

8 Zusammenfassung 140

Abbildungsverzeichnis 142

Tabellenverzeichnis 144

Literaturverzeichnis 145

Anhang 159

Danksagung 163

Lebenslauf 164

Eidesstaatliche Erklärung 165

1. Einleitung

Das Thema Gewalt wird in der modernen Gesellschaft oft nur als Ausnahme gesehen. Dahinter lässt sich der legitime Wunsch erahnen, die Gesellschaft gewaltfrei gestalten zu wollen.
Dieses Verlangen beengt jedoch womöglich unseren Blick dafür, dass Gewalt auf nahezu allen gesellschaftlichen Ebenen vorkommt. Es birgt zugleich die Gefahr, Gewalt entweder gar nicht zu erkennen oder übersteigert wahrzunehmen (Negt, et al., 2002).

Aus zahlreichen Studien und Forschungsberichten ist bekannt, dass neben Frauen auch Männer Opfer facettenreicher Gewalttaten sind.
Die bereits existierenden Erkenntnisse in Bezug auf Frauen sind nicht einfach auf Männer zu übertragen, sondern müssen gesondert ermittelt und ausgewertet werden.

Die 1998 eingerichtete rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer und Gewalt des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg bietet eine niedrigschwellige Anlaufstelle für Opfer von Gewalt außerhalb der Notfallambulanzen. Sie erstellt gerichtsverwertbare Gutachten von u.a. männlichen Gewaltopfern und Tatverdächtigen mit dem Ziel, diesen Menschen die Möglichkeit zu geben, ihre Verletzungen dokumentieren zu lassen. Dieses kann mit oder ohne Beauftragung durch Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gericht geschehen (Seifert et al., 2004). In geeigneten Fällen werden biologische Spuren asserviert. Im Anschluss an die Untersuchung erfolgt eine Beratung über mögliche Hilfsangebote sowie, sofern notwendig, die Anleitung zu weiteren medizinischen Behandlungen. Die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle ist mit vielen weiteren Einrichtungen für Opfer von Gewalt vernetzt.

Gegenstand dieser Dissertation war es, die quantitative und qualitative Auswertung der gewonnenen Informationen vorzunehmen.
Die dafür aufgestellte Datenbank wurde zum Einen durch fallbezogene Aktenrecherche, zum Anderen durch Einbeziehung der Gutachten erstellt.
So ermöglichte die Analyse wiederkehrende, Aufschluss gebende Muster zu erkennen und daraus Hypothesen zu formen.
Dabei galt es zuerst, eine Systematik zu erarbeiten, mit der es möglich ist, relevante Daten zielführend zu erfassen und anschließend auszuwerten. Auf dieser Grundlage werden nachfolgend aufgeführte Zusammenhänge betrachtet:

- Altersverteilung
    - *Hypothese: Männliche Opfer aus Fremdtäterkonflikten sind hauptsächlich unter 31 Jahre alt.*

- Täter – Opfer – Beziehung (T-O-B)
    - *Hypothese: Die meisten männlichen Gewaltopfer sind durch Fremdtäterdelikte verletzt worden.*

- Tatort im Hinblick auf die männlichen Opfer/Tatverdächtige
    - *Hypothese: Die Öffentlichkeit ist der häufigste Ort von Gewaltverbrechen gegen Männer/ durch Männer.*

- Korrelation des männlichen Geschlechts mit der Zahl agierender Tatverdächtiger gegen das Opfer
    - *Hypothese: Männliche Tatverdächtige agieren eher allein als in Gruppen.*

- Anlass der Tat in Bezug auf Alter, Geschlecht, Alkohol- und Drogenkonsum der Beteiligten
    - *Hypothese: Partnerschaftskonflikte sowie familiäre Konflikte treten hauptsächlich im jungen und mittleren Lebensalter (Gruppen: 19- 30 Jährige und 31- 59 Jährige) auf.*
    - *Hypothese: Ältere Männer (über 60 Jahre) werden häufiger Opfer eines materiellen Gewaltverbrechens (im weitesten Sinne).*

- *Hypothese: Der Alkoholkonsum des Opfers spielt bei Fremdtäterkonflikten die größte Rolle.*

- Wechselwirkung zwischen Alkohol und Drogenkonsum bei Opfer/Tatverdächtigen und die Art der Gewalt und dessen Schweregrad
  - *Hypothese: Alkoholkonsum des Täters verschlimmert den Ausgang eines Gewaltdeliktes für das Opfer*.
  - *Hypothese*: *Alkoholisierte Männer sind öfter in Gewaltdelikte verwickelt als nicht Alkoholisierte.*

- Verteilung der Gewaltformen
  - *Hypothese: Die körperliche Gewalt ist die häufigste.*
  - *Hypothese: Glaswerkzeuge zählen zu den häufigsten angewandten Werkzeugen.*
  - *Hypothese: Schusswaffen haben eine eher untergeordnete Bedeutung in Gewaltdelikten.*

- Korrelation der Gewaltart mit der Konfliktkategorie
  - *Hypothese: Stumpfe, ungeformte Gewalt wird häufiger im Kontext des Fremdtäterkonfliktes dokumentiert als im Rahmen von Partnerschaftskonflikten.*
  - *Hypothese: In Partnerschaftskonflikten erleiden die Opfer mehr Kratzverletzungen als in Fremdtäterkonflikten.*

- Korrelation zwischen Verletzungslokalisation und Konfliktkategorie
  - *Hypothese: Die untersuchten Opfer materieller Konflikte erleiden häufiger Verletzungen am Hirnschädel als die Opfer der Vergleichsgruppen.*
  - *Hypothese: Die untersuchten Opfer aus Partnerschaftskonflikten erleiden am häufigsten Verletzungen an der oberen Extremität.*

- Korrelation zwischen dem Schweregrad der Verletzung und dem Tathintergrund
    - *<u>Hypothese:</u> Konflikte in Partnerschaftsbeziehungen enden für das männliche Opfer im Vergleich zu anderen Tathintergründen mit den geringsten physischen Folgen.*
    - *<u>Hypothese:</u> Opfer materieller Konflikte erleben die Gewalttaten mit dem größten Schweregrad.*
    - *<u>Hypothese:</u> Fremdtäter verletzen ihr Opfer öfter schwerer als Täter aus dem näheren Umfeld.*
    - *<u>Hypothese:</u> Opfer von Partnerschaftskonflikten erleiden häufiger Gewalt gegen den Hals als solche von Fremdtäterkonflikten.*

- Lokalisation und Schwere eventueller Täterverletzungen
    - *<u>Hypothese:</u> Der Täter erleidet hauptsächlich Wunden an den Extremitäten durch seinen Angriff.*
    - *<u>Hypothese:</u> Der Täter wird seltener lebensgefährlich verletzt.*

- Häufigkeit von selbst beigebrachten Verletzungen im Vergleich zu selbst beigebrachten Verletzungen bei Frauen
    - *<u>Hypothese:</u> Männer haben eine weniger starke Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten als Frauen.*

2. Zum theoretischen Ansatz der Arbeit

2.1 Was ist Gewalt?

Im Alltag erscheint uns die Bedeutung des Wortes Gewalt eindeutig. Doch versucht man es in Worte zu fassen, scheint der Begriff an Klarheit zu verlieren (Wimmer et al., 1996).

So sagte bereits Megargee zur Problematik der Definition des Gewaltbegriffes: „No definition of violence has ever proved completely successful. Although everyone knows what violence is no one has ever been able to define it adequately […] “ (Megargee, 1969).

Dementsprechend gibt es in der wissenschaftlichen Literatur kein einheitliches Verständnis über den Begriff des Wortes „Gewalt“. Worüber man sich jedoch einig zu sein scheint, ist, dass Gewalt ein großes Spektrum menschlicher Taten umfasst, welche ebenso komplex wie auch diffus erscheinen können.
Die „Unabhängige Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt“ beschreibt beispielsweise Gewalt als eine „zielgerichtete, direkte physische Schädigung von Menschen durch Menschen“ (Schwind et al., 1990).
Diese Einschränkung auf rein physische Gewalt ist als schwierig zu betrachten, da gewisse Gewaltformen folglich überbetont und andere ausgeklammert werden (Lind, 1993). Allerdings wird es hier offen gelassen, ob Gewalt nicht auch indirekt ausgeübt werden kann, wann physische Schädigung angenommen werden muss und welche Größe psychischer Gewalt zukommt (Heitmeyer & Schröttle, 2006).
Viele Studien sagen außerdem kaum etwas darüber aus, inwieweit Handlungen von den Betroffenen überhaupt als Gewalt erlebt oder eingestuft werden (Heitmeyer & Schröttle, 2006).

Bereits 1982 beschrieb Pinthus den Gewaltbegriff sehr gelockert mit folgender Formulierung: „Violence should be understood as any action or structure that deminished another human beeing“ (Pinthus, 1982).

Ebenso begrüßt die Weltgesundheitsorganisation (WHO[1]) eine weiter gesetzte Definition und erklärt Gewalt als „den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (Krug et al., 2002).
Wie der Gewaltausdruck letztendlich also definiert wird, hängt davon ab, von wem, zu welcher Zeit und aus welchem Grund der Begriff Gewalt beschrieben wird. Dies leuchtet ein, wenn man den sich im Laufe der Zeit wandelnden Wertvorstellungen und kulturellen Einflüssen verschiedenster Gesellschaftsgruppen Beachtung schenkt (Wyss, 2004).

So werden immer neue Gewaltphänomene entdeckt, die zu früheren Zeiten als normale Verhaltensweisen galten. Die Ohrfeige des Vaters als Erziehungs-maßnahme ist so ein Beispiel, ein anderes ist die Vergewaltigung in der Ehe (Wimmer et al., 1996), welche in Deutschland erst seit 1997 strafbar ist. Die in der Bevölkerung derzeit verbreitete Annahme einer steigenden Gewaltbereitschaft im Allgemeinen, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass das Thema Gewalt zunehmend öffentlich thematisiert, angeprangert und damit für alle sichtbarer gemacht wird.
Mit der Emanzipationsbewegung der 1970er Jahre wurde die Täter – Opfer – Konstellation vergeschlechtlicht. Täter sind männlich, Opfer sind weiblich (Wyss, 2004). Diese Polarisierung wird nun zunehmend öffentlich diskutiert, da immer öfter beschrieben wird, dass die Gewalt an Männern ebenfalls ein relevantes gesellschaftliches Problem darstellt.

Bei der Klassifizierung des Gewaltbegriffes gibt es ebenso viele Klassifikationsmöglichkeiten. Nachfolgend wird mit der Gliederung der WHO gearbeitet.

[1] World Health Organization

2.1.1 Typologie der Gewalt

Die weitere Einteilung des Gewaltbegriffes präzisiere ich anhand einer Grafik aus dem „World report of violence and health“ der WHO (2002). Diese teilt den Gewaltbegriff in drei breite Kategorien, die darauf Bezug nehmen von wem die Gewalt ausgeht, ein: Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt. Ein gemeinsames Auftreten mehrerer Gewaltformen ist üblich.

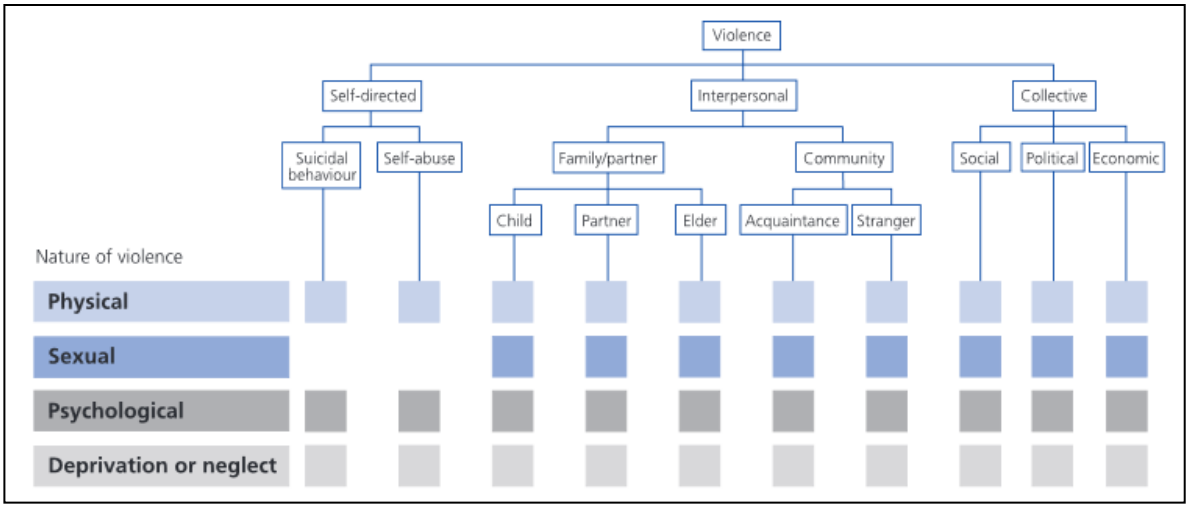

Abbildung 1.: Typologie von Gewalt nach WHO (Krug et al., 2002)

2.1.1.1 *Selbst gerichtete Gewalt*

Bei der klinischen Begutachtung von Gewaltverletzungen ist stets auch an die Möglichkeit einer Selbstverletzungen bzw. eines Suizid(versuches) zu denken. Die Motive können dabei psychisch (Bspw. Appellativ/ Symptom einer psychischen Erkrankung/ Lustgewinn) rechtlich (Bspw. Vortäuschen einer Straftat/ Mittel zur Erpressung) sowie materiell (Versicherungsbetrug/ Erleichterung der Haftbedingungen im Strafvollzug) geprägt sein.

2.1.1.2 *Interpersonelle Gewalt*

Laut WHO differenziert man bei zwischenmenschlicher Gewalt die Gewalt innerhalb des Familienverbandes von der Gewalt innerhalb einer Gemeinschaft („Community“-Gewalt). Innerhalb einer Familie wiederum unterscheidet man die Gewalt an Kindern („Kindesmisshandlung“), an alten Menschen und die zwischen Intimpartnern („Häusliche Gewalt“). Die genauere Erläuterung dieser Gewaltarten erfolgt in den nachstehenden Unterpunkten.

2.1.1.2.1 Gewalt im sozialen Nahraum

Alberto Godenzi beschreibt diese Form als schädigendes, interpersonales Verhalten, welches in sozialen Situationen ausgeübt wird und bezogen auf die Beteiligten durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet ist (Godenzi, 1993).

Gewaltanwendung im sozialen Nahraum hat viele Gesichter, so dass es auch hier einer Kategorisierung bedarf, um dessen Weite zu fassen.

Neben der in der Öffentlichkeit stärker bewussten körperlichen und sexuellen Gewalt, ist auch die psychische Gewalt gegenüber den Opfern nicht zu vernachlässigen. Diese bleibt schlecht objektivierbar, da das subjektive Empfinden verschiedener Gewaltanwendungen stark variieren kann.
Unterschieden werden nach Godenzi die explizite [auf eindeutige, klare Weise] und implizite [unausgesprochene] Gewaltandrohung, das ausgeprägte Überwachen des Handlungsraumes, die krankhafte Eifersucht und das verbale Degradieren und Isolieren (Godenzi, 1993). Die Opfer sind hier meistens in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Gewalt ausübenden Person.
Gewalt kann im sozialen Nahraum sowohl situativ (aus einer gegenwärtigen Auseinandersetzung heraus), als auch systematisch erfolgen (Wyss, 2004).

2.1.1.2.1.1 *Kindesmisshandlung*

Engfer definierte diesen Begriff als „eine gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch) oder Unterlassungen (wie bei emotionaler oder psychischer Vernachlässigung) zustande kommen“ (Engfer, 1997).

Physische Misshandlung sind beispielsweise beim Kind hervorgerufene Verletzungen durch Verbrennungen, Schläge mit/ ohne Werkzeug, Tritte und /oder Schütteln einschließlich daraus hervorgehender neurologischer Traumata (Krug et al., 2002).
Von Vernachlässigung seitens der Schutzbefohlenen spricht man, wenn die kindlichen Grundbedürfnisse an elterlicher Liebe und Anleitung, gesundheitlicher Fürsorge, ausreichender Ernährung und/oder altersentsprechender Förderung in sozialen, motorischen und geistigen Bereichen nicht gestillt werden (van As, 2004).

Psychische Misshandlung wiederum ist die Beeinträchtigung der Entwicklung des Kindes durch Ablehnung, Demütigung, Bedrohung, Isolierung aber auch durch zu starkes Beengen der Entfaltungsmöglichkeiten durch Vater, Mutter oder Dritte (Deegener, 2006).
Unter sexuellem Kindesmissbrauch fällt jede willentliche sexuelle Handlung mit, an oder vor Kindern, da diese aufgrund des Macht- und Wissensgefälles sowie des ungleichen emotionalen Entwicklungsstandes nicht in der Lage sind, diesem sexuellen Geschehen autonom und aufgeklärt zuzustimmen (Krug et al., 2002) (Wüstenberg, 1992).
Als Kind wird nach deutschem Strafrecht (§ 176 I StGB) eine Person definiert, die noch keine 14 Jahre alt ist. Da sich diese Untersuchung mit männlichen Opfern älter gleich 14 Jahre beschäftigt, wird von weiteren Erläuterungen zu diesem Thema abgesehen.

2.1.1.2.1.2 *Misshandlung alter Menschen*

Ein weiterer ernst zu nehmender Bereich sozialer Nahraumgewalt, stellt die Gewalt an Älteren dar. Ähnlich zu den Fällen der Kindesmisshandlung, beinhaltet dieses Phänomen körperliche, seelische, soziale sowie finanzielle Entwürdigung und Vernachlässigung. In den wenigsten Fällen entsteht diese Gewalt aus berechnendem, kriminellem Antrieb, sondern meist gedankenlos im Affekt - in der Folge von Überlastung der Pflegenden in Familie und Pflegeinstitutionen (Görgen & Grewe, 2006). Ein besonderes Augenmerk sollte dementsprechend auf Einrichtungen wie Alten- und Behindertenpflegeheime gelegt werden (Püschel & Tsokos, 2000).

Das Opferrisiko (Hoch)betagter stellt für die Wissenschaft einen schwer zugänglichen Bereich dar, da das Abschätzen des Problemausmaßes durch fehlende Äußerungen der Betroffenen (z.B. Behinderte, Demente, Schwerkranke) erschwert ist und somit die Abtrennung einer Fehlwahrnehmung von einer ernstzunehmenden Auskunft über Vernachlässigung und Misshandlung oft nicht eindeutig möglich ist. Für die korrekte Trennung zwischen Misshandlung/Vernachlässigung eines Opfers und einer mit der Multimorbidität des Opfers einhergehende Verletzung (Bspw. Frakturen, Hämatome, Dekubitus) ist eine sehr detaillierte Dokumentation und Beschreibung aller Verletzungen inklusive etwaigem Verletzungshergang notwendig (Püschel, 2008).

2.1.1.2.1.3 *Häusliche Gewalt*

Die Gewalt zwischen Beziehungspartnern ist als eigenständiger Teilbereich innerhalb der interpersonellen Gewalt zu betrachten. Häusliche Gewalt ist keine Angelegenheit, die ausschließlich heterosexuellen, verehelichten oder sich in der Trennungsphase befindlichen Paaren obliegt, sondern auch bei homosexuellen Partnerschaften und in eheähnlichen Lebensgemeinschaften eine Rolle spielt. Analysen mit Tätern aus der Grundgesamtheit der kriminalistisch erfassten Fälle haben ergeben, dass deren gewalttätiges Verhalten vor allem dadurch motiviert ist, Macht über den in der Partnerschaft schwächeren Partner auszuüben (Seith, 2003). Aus diesem Grund ist auch davon auszugehen, dass es sich bei häuslicher Gewalt weniger um einmalige, situative Erlebnisse, sondern mehr um systematische Gewalt handelt (Hellbernd, 2003).

Die Opfer häuslicher Gewalt sind laut zahlreicher Studien zu 90 % weiblich (Hagemann-White & Bohne, 2003 /Godenzi, 1993). Jedoch auch Männer sind betroffen. Einige Studien sprechen davon, dass ein ausgewogenes Verhältnis bezüglich der Täter – Opfer – Konstellation besteht (Archer, 2002 /Jungnitz et al., 2004/Krahe & Berger, 2005). Kritiker beanstanden hier die angewandte CTS Methode[2], da diese außerordentlich anfällig für Verzerrungseffekte der Gedächtnisleistung und Berichterstattung ist. Grundlage hierfür sind mehrere Studien, die belegen, dass Männer eher dazu neigen, ihre eigene Gewaltanwendung zu unterschätzen und die ihrer Partnerinnen zu übertreiben. Frauen hingegen tendieren vielmehr dazu, ihren persönlichen Gewaltgebrauch zu hoch anzuschlagen und die ihrer Partner zu verharmlosen. Deshalb würden Männer ihre eigene Viktimisierung überschätzen und eher dazu bereit sein, die Polizei zu informieren und Anzeige zu erstatten (Kimmel, 2002).

[2] CTS Methode (Conflict Tactics Scale) verlässt sich darauf, dass die untersuchten Individuen sich strikt an alle Gewaltakte während der letzten 12 Monate erinnern und diese unverfälscht berichten können.

Neben dem Vorkommen körperlicher Gewalt wirkt die psychische Gewalt oft parallel auf das Opfer. Das Erleben zusätzlicher psychischer Gewalt wurde in den Gutachten der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle Hamburg festgehalten, jedoch nicht vertieft und spezifiziert, da dies nicht zum Aufgabenbereich der Rechtsmedizin gehört. Entsprechend wird zu diesem Punkt in der Dissertation auch keine Stellung genommen.

Trägt sich häusliche Gewalt zu, treten regelhaft Mischformen aus 5 Grundtypen häuslicher Gewalt auf.

Physische Gewalt (alle Formen von Tätlichkeiten)	• Stoßen, schlagen, boxen, treten • mit Gegenständen werfen • an den Haaren reißen • mit den Fäusten oder Gegenständen schlagen • mit dem Kopf an die Wand schlagen • mit einer Zigarette verbrennen • Attacken mit Waffen; versuchte Tötung oder Tötung
Psychische Gewalt	• Drohungen • Demütigung • Beschimpfung, Abwertung und Diffamierungen • Erzeugung von Schuldgefühlen • Entziehung von Anerkennung und Zuwendung • Essensentzug
Sexuelle Gewalt (alle sexuellen Handlungen, die aufgedrängt oder erzwungen werden)	• Sexuelle Belästigung • Sexuelle Nötigung • Sexueller Missbrauch • Vergewaltigung
Ökonomische Gewalt (Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit)	• Alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch einen Partner • Arbeitsverbot • Zwang zur Arbeit
Soziale Gewalt	• Soziale Isolation (Kontaktverbot Kontaktkontrolle, Einsperren)

Tabelle 1.: Beispiele für die Formen der Gewalt (Kröger et al., 2007/ Winers, 2000)

Risikofaktoren/Ursachen

Laut einiger Studien sind vor allem der Alkohol – und Drogenkonsum, z. T. auch eine vorliegende Einkommensschwäche und Arbeitslosigkeit als Risikofaktoren für das Gewaltverhalten des Handelnden zu sehen (Cooper et al., 2000/ Cunningham, et al., 2003/ Kemmer, et al., 2004). Diese sollten allerdings nicht überbewertet werden, da es zahlreiche Fälle ohne oben genannte Risikofaktoren gibt.

Untersuchungen zur Ausprägung von Gewalt im Zusammenhang mit definierten sozialen Ebenen existieren in Deutschland derzeit nicht. Ferner wird diskutiert ob Gewalterfahrung im Kindesalter potenzielle Opfer der Zukunft formt

2.1.1.2.2 „Community“ Gewalt

Die sogenannte „Community“ Gewalt findet vordergründig in der Öffentlichkeit statt („Straßengewalt“). Opfer und Täter sind sich meist fremd. Potentiell kommt es hierzu innerhalb jugendlicher Gruppen und bei kalkulierten Gewalttaten wie z.B. im Zuge eines Raubes oder einer Vergewaltigung. Typische Täter – Opfer – Konstellation stellen junge Männer in Cliquenverbänden dar, die von dem üblichen Umfeld in ihrem Verhalten abweichen (Krug et al., 2002 / Bruhns & Wittmann, 2006). Alkohol – und Drogenkonsum und die Arbeitslosigkeit scheinen insbesondere Einfluss gebende Faktoren darzustellen (Steen & Hunskaar, 2004/ Young & Douglass, 2003/ Krug et al., 2002).

2.1.1.3 *Kollektive Gewalt*

Die dritte Kategorie der Typologie der WHO wird meist fremd motiviert ausgelöst z. B. durch Diktate und Vorbilder. Sie richtet sich meist gegen eine andere Gemeinschaft. Die Namenlosigkeit, die geteilte Verantwortung und die Gruppenideologie eines Einzelnen in einer Einheit vermeiden häufig Skrupel an dem, sonst gehemmten, gewalttätigen Handeln des Einzelnen (Nolting, 1993).

Zur Gewaltanwendung kommt es meist mit dem Ziel, eine hierarchische Strukturierung von Beziehungen in einer Gesellschaft zu schaffen. Die Machtausübung auf ein Opfer spielt eine zentrale Rolle. Entsprechend stößt man in den zahlreichen Definitionen immer wieder an die gleichen, markanten Eckpunkte: Machtmissbrauch, Nötigung, körperliche und instrumentelle Verletzung, psychische Schäden und Eingriff in die Rechtssphäre.

2.2 Männer als Opfer von Gewalt

Durch die Frauenbewegung der 1970er Jahre, welche die Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich öffentlich thematisierte, wurde das Täter-Opfer Bild zu Ungunsten des männlichen Geschlechts stigmatisiert.

Fast jeder Mann erfährt indessen im Laufe seines Daseins Gewalt. Der Zusammenhang des Gewalterlebens ist im Vergleich zu dem der Frauen jedoch unterschiedlich. Männer werden zwar ebenso Opfer häuslicher Gewalt, öfter jedoch der sogenannten „Männergewalt“. Frauen werden eher Opfer im privaten Raum, durch Beziehungspartner und Familienangehörige – Männer eher Opfer im öffentlichen Bereich, von Bekannten und Fremden (sog. „Männergewalt“ / Wyss, 2004).

Da Männer vom Kindesalter an darauf getrimmt werden, Schmerzen zu ertragen und ihre Verletzungen und Leiden zu verbergen (Beachtung der allbekannten Redensarten, die auch ihren Teil dazu beitragen: „Ein Indianer kennt keinen Schmerz.“; “Bist du ein Mann oder eine Maus?“), ist es nicht verwunderlich, dass die Opfererfahrungen von Männern kaum thematisiert wurden und immer noch werden. Ein geschlagener Mann widerspricht der dominanten, männlichen Geschlechterrolle und hat entsprechend Probleme sich Gehör zu verschaffen. In der Folge werden gebrandmarkte Männer nicht in ihrer Opferrolle erkannt, sondern ungeachtet der Verletzungsursache psychiatrisch und medizinisch kategorisiert und betreut - ohne auf deren Gewalterfahrungen weiter einzugehen (Lenz, 2000).

Das Thema „Mann als Opfer von Gewalt“ rückt nun aber in das öffentliche Interesse und beginnt das alte Bild der vergeschlechtlichten Täter – Opfer –Konstellation zu verdrängen („Entweder ist jemand ein Opfer oder er ist ein Mann“ (Lenz, 2000)). Immer mehr Autoren postulieren das Vorkommen von Gewalt gegen Männer und heben damit das vorherrschende kulturelle Verständnis, wonach sich Opfersein und Männlichkeit ausschließen, auf. So sind laut internationalen polizeilichen Kriminalstatistiken Männer in 85 % der Fälle zwar Tatverdächtige, aber eben auch in 65 % der Fälle das Opfer.

Wie auch bei den Frauen geschieht die Gewalt gegenüber Männern meist in einem Abhängigkeitsverhältnis mit dem Ziel, ein Gefälle zwischen Gewalt ausübender Person und Opfer aufzubauen oder ein bereits Vorhandenes zu festigen. So können z. B. Mütter, Väter, Geschwister, (hetero- bzw. homosexuelle) Lebenspartner, Lehrkräfte oder Wehrdienstleistende die Männer in deren Alltag in eine Opferrolle drängen (Wyss, 2004).

3. Material und Methoden

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Eppendorf richtete 1998 im Rahmen des „Modelprojektes zur Implementierung eines Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt“ eine Untersuchungsstelle ein. Den Opfern ist es damit möglich, auch ohne Anzeige bei der Polizei die körperlichen Folgen eines Gewaltdeliktes untersuchen und gerichtsverwertbar dokumentieren zu lassen. Über ein 24h besetztes Telefon existiert außerhalb der täglichen Sprechzeiten eine fachärztliche Hintergrundbereitschaft.

Aus Gründen der Qualitätssicherung und der Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Begutachtungen der Ärzte und Ärztinnen wird ein einheitlicher Dokumentationsbogen verwandt. Dieser hat bis zu dem heutigen Zeitpunkt durch kritische Prüfung und Überholung kontinuierlich an Präzision gewonnen. Hier werden zunächst der Auftraggeber der Untersuchung, der genaue Zeitpunkt der Untersuchung, die Daten zu der geschädigten Person (nicht- namentliches Aufführen des Geschlechtes, der Nationalität, des Alters und der Sprachkompetenzen) und eine kurze Zusammenfassung der Vorgeschichte der Tat beschrieben. In der Analyse der jeweiligen Sachverhalte ergeben sich daraus Informationen zu dem Zeitpunkt der Tat, dem Tatort, dem Täter (nicht-namentliche Beschreibung des Bekanntschaftsgrades / der Beziehung zueinander, Geschlecht, Nationalität und Zahl der Beschuldigten), dem Tatvorgang und zu angegebenen Tatwerkzeugen. Die Aussagen des Untersuchten zum eigenen Konsumverhalten, sowie zu dem der beschuldigten Person, können neben dem eventuellen Vorhandensein einer polizeilichen Anzeige und einer Wegweisung des Beschuldigten, ebenfalls vermerkt werden.

Im Kernstück des Dokumentationsbogens erfolgt die Auflistung der Ergebnisse der rechtsmedizinischen Untersuchung. Sichtbare Verletzungen des Opfers werden protokolliert. Der Untersuchungsbefund beinhaltet die Art der Gewalteinwirkung und dessen Lokalisation am Körper. Das Vorhandensein von Strangulationsbefunden wird dabei gesondert benannt und beschrieben.

Neben der Auflistung von vorhandenen Verletzungen ist es insbesondere aus juristischer Sicht ebenso von Bedeutung, negative bzw. nicht objektivierbare Befunde festzuhalten und zu bewerten.

Der Abschluss des Dokumentationsbogens erlaubt die Beurteilung des vorangegangenen rechtsmedizinischen Untersuchungsbefundes im Hinblick auf eventuelle Mehrzeitigkeiten von Verletzungen, der Übereinstimmung zwischen Anamnese und Verletzungsmuster (insbesondere im Hinblick auf selbstbeigebrachte Verletzungen) und die Einschätzung über den Schweregrad der Verletzung. Zusätzlich kann der Untersucher etwaige Hinweise auf den Konsum von Alkohol oder von anderen Substanzen, sowie psychische Alterationen gesondert protokollieren. Dem Opfer steht es frei, eine fotografische Aufnahme seiner Verletzung(en) anfertigen zu lassen, um diese dem Gutachten beilegen zu können. Ist dies nicht gewünscht werden die Verletzungen auf eine Skizze des Körpers eingetragen. In einigen Fällen ist eine zusätzliche Spurensicherung von Körper und Kleidung vorgenommen worden. Eine Blutalkoholbestimmung und auch toxikologische Untersuchungen werden bei Erfordernis durchgeführt.

Im **Anhang** befindet sich ein Basisdokumentationsbogens der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des IfR[3] Hamburg.

Für die vorliegende Untersuchung wurden retrospektiv alle Fälle entsprechend der folgenden Variablen erfasst:

- (TEIL 1: Opferuntersuchung)
  Geschädigtenuntersuchungen aus dem Zeitintervall 01.01.2004 bis 31.12.2009
- (TEIL 2: Täteruntersuchung)
  Beschuldigtenuntersuchungen aus den Jahren 2004 bis 2010
- Männliches Geschlecht des Geschädigten bzw. des Beschuldigten
- Mindestalter von 14 Jahren

[3] Institut für Rechtsmedizin

Um eine leitfadengetreue, statistische Auswertung der Daten der Geschädigten in Zusammenarbeit mit Dr. med. Axel Heinemann (Leitender Oberarzt der IfR Hamburg) durchführen zu können, wurden sämtliche Informationen, die den archivierten Akten und Dokumentationsbögen hierzu entnommen werden konnten, in einer Excel-Datenbank zusammengetragen. Fehlende Informationen konnten nach einer Plausibilitätskontrolle verschiedener, logisch zu vereinbarender Variablen vielfach ergänzt werden. Die Auswertung dieses Teils erfolgte dann mithilfe des SPSS-Programmes (Version 20).

Für die Täteruntersuchungen werden keine Basisdokumentationsbögen ausgefüllt, weshalb alle notwendigen Informationen ausschließlich aus den archivierten Akten dazu stammen. Entsprechende Daten wurden separat ebenfalls in einer Excel-Datenbank erfasst. Die Auswertung dazu erfolgte manuell.

Insgesamt benötigt die Verwendung der Daten keine zusätzliche Genehmigung, da es sich um anonymisierte, routinemäßig erhobene Daten handelt. Das Datenschutzkonzept wurde hierbei mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

TEIL 1: Opferuntersuchung

4. Ergebnisse

4.1 Epidemiologische Analyse des Opferkollektivs

In dem Zeitraum zwischen dem 01.01.2003 und dem 31.12.2009 wurden 7607 Gewaltopfer untersucht, 2962 Männer (38,9 %) und 4642 (61,0 %) Frauen. In drei Fällen konnte nachträglich kein Geschlecht eruiert werden.

Die Analyse beschränkt sich ausschließlich auf Patienten mit einem Alter von mindestens 14 Jahren. Unter dieser Prämisse wurden die Fälle von 6434 (84,6 %; 6434/7607) Männern und Frauen analysiert. Es waren 1127 (14,8 %; 1127/7607) Patienten jünger und wurden entsprechend nicht berücksichtigt. Weitere 46 (0,6 %; 46/7607) Patienten konnten hinsichtlich ihres Alters nicht zugeordnet werden.

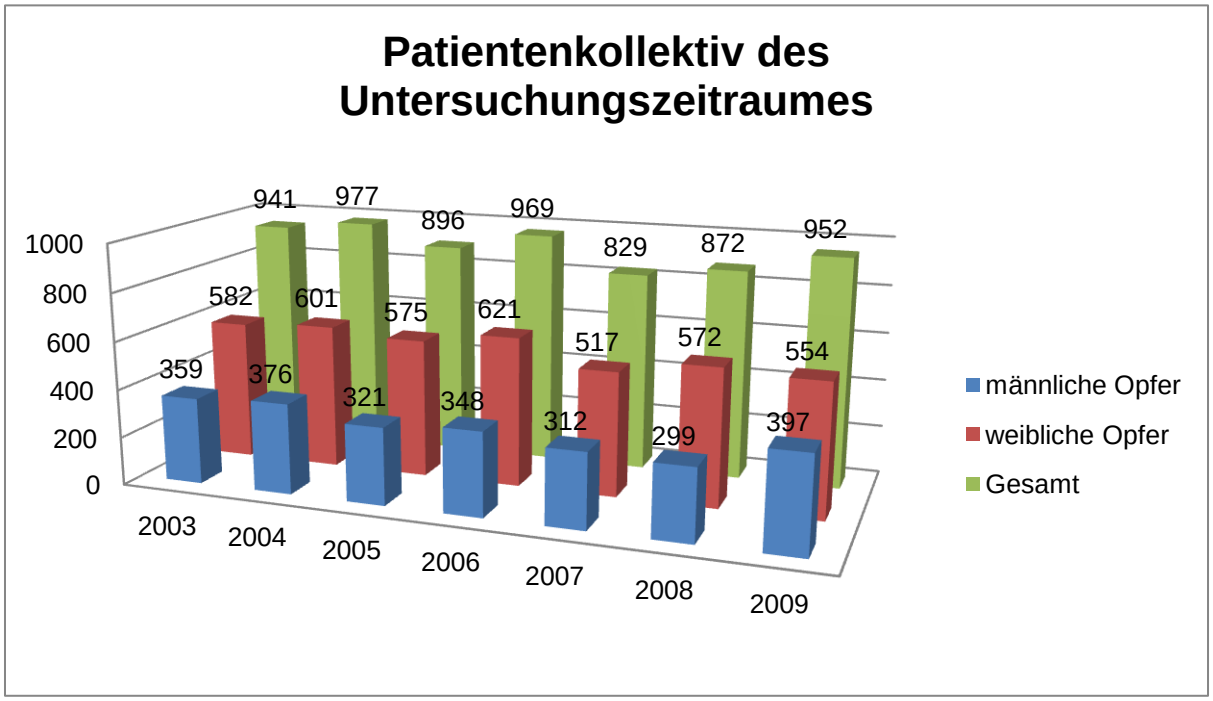

Abbildung 2.: Patientenkollektiv des Untersuchungszeitraumes

Die Gesamtzahl der ausgewerteten Opfer teilt sich in 4022 (62,5 %; 4022/6434) weibliche und 2412 (37,5 %, 2412/6434) männliche Patenten auf. Obige Abbildung stellt die Verteilung dieser Opfer für den Untersuchungszeitraum dar.

Großen Patientenzulauf erhielt die Opferambulanz in den Jahren 2004 (977) und 2006 (969). Die geringste Zahl der in der Ambulanz aufgezeigten Gewaltdelikte wurde im Jahre 2007 (829) verzeichnet.

Die Geschlechterverteilung der Patienten zeigt, dass Frauen die Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle Hamburg häufiger aufsuchen als Männer.

Im Folgenden wurde mit einer männlichen Fallgesamtheit von 2377 (98,5 %, 2377/2412) gearbeitet. Verbleibende 37 Fälle wiesen Datenmängel auf und wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

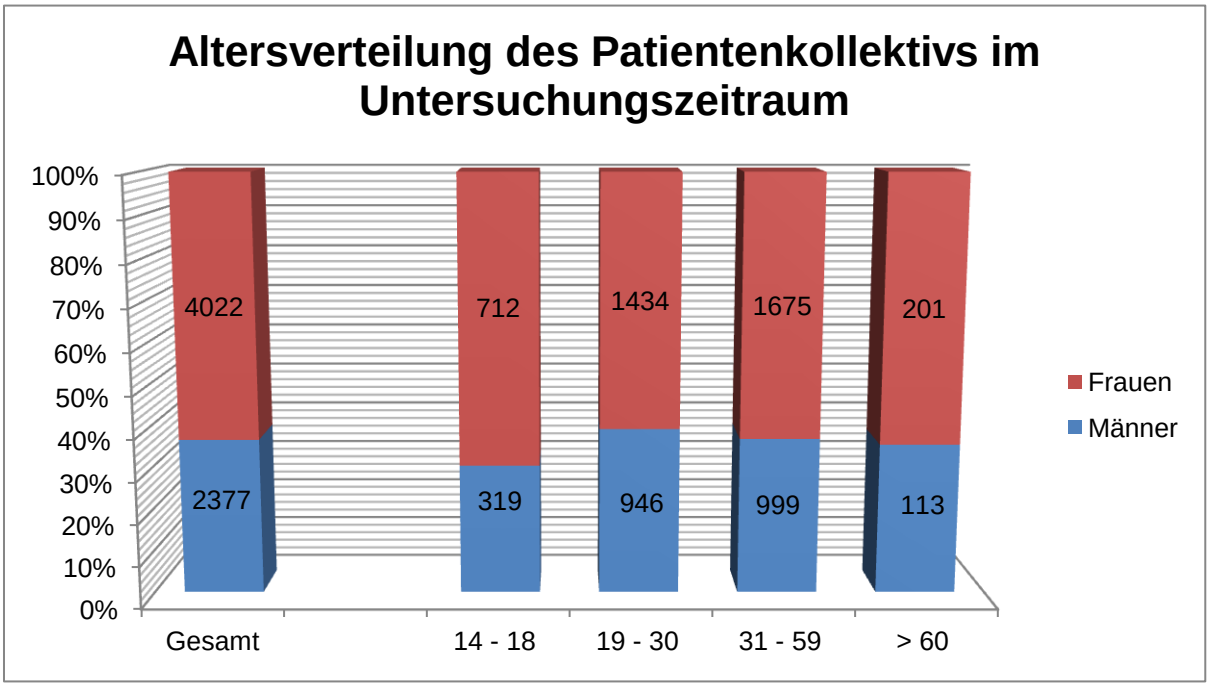

Abbildung 3.: Altersverteilung des Patientenkollektivs im Untersuchungszeitraum

Die obenstehende Abbildung zeigt, dass Frauen die <31 Jahre (53,4 %; [712+1434]/4022) alt sind, häufiger in die Opferambulanz kamen, als Frauen mit ≥31 Jahren (46,6 %; [1675/201]/4022). Ebenso wurden Männer mit ≥31 Jahren (46,8 %; [999/113]/2377) seltener dokumentiert, als Männer mit einem Alter von <31 Jahre (53,2 %; [319+946]/2377).

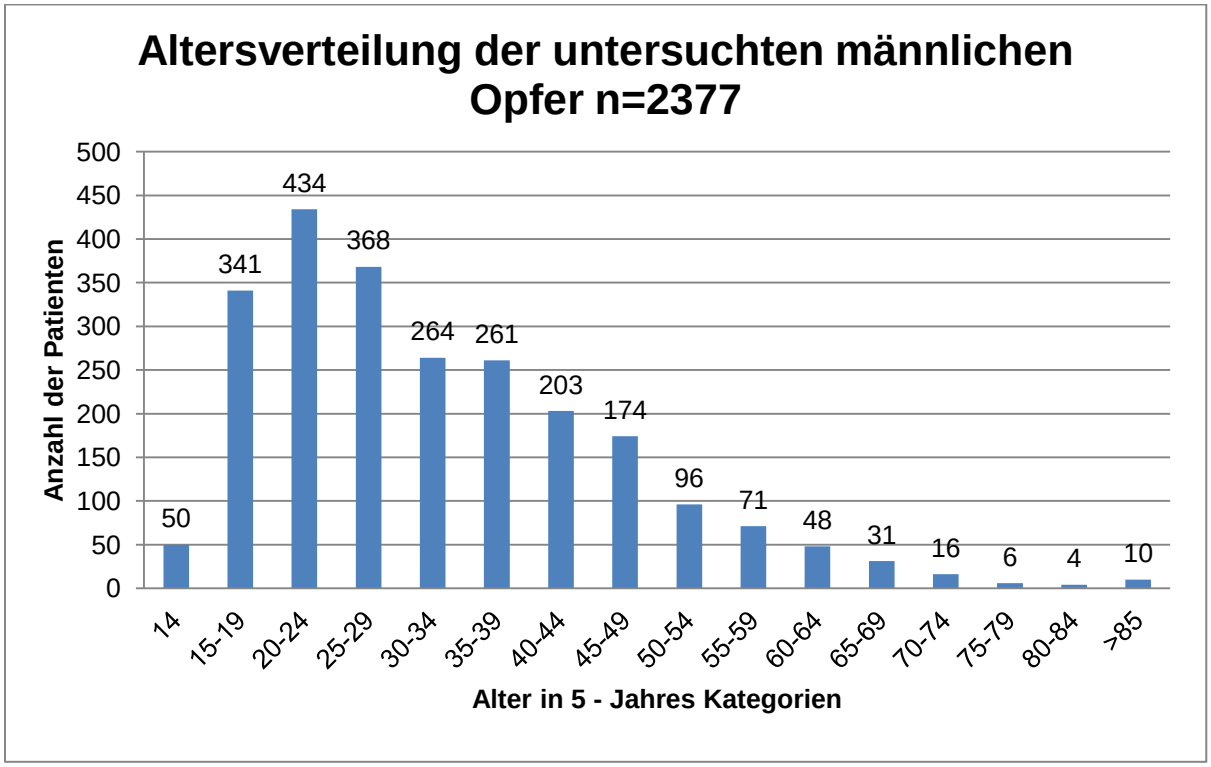

Abbildung 4.: Altersverteilung der untersuchten männlichen Opfer

Das Alter der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt befand sich zu 50,2 % (1193/2377) zwischen 14 und 29 Jahren. Hierbei bildeten Männer im Alter zwischen 20 – 24 Jahren (18,3 %; 434/2377) die größte Gruppe. Zu früheren Geburtsjahren hin wurde ein starker Abfall der Opferzahlen registriert. Die Opfer mit über 60 Jahren waren mit einem Anteil von 4,8 % (113/2377) vertreten (Vergleich Abbildung 4).

4.2 Sachverhalt/Anamnese: Rahmenbedingungen

4.2.1 Allgemeine Informationen zur Tat

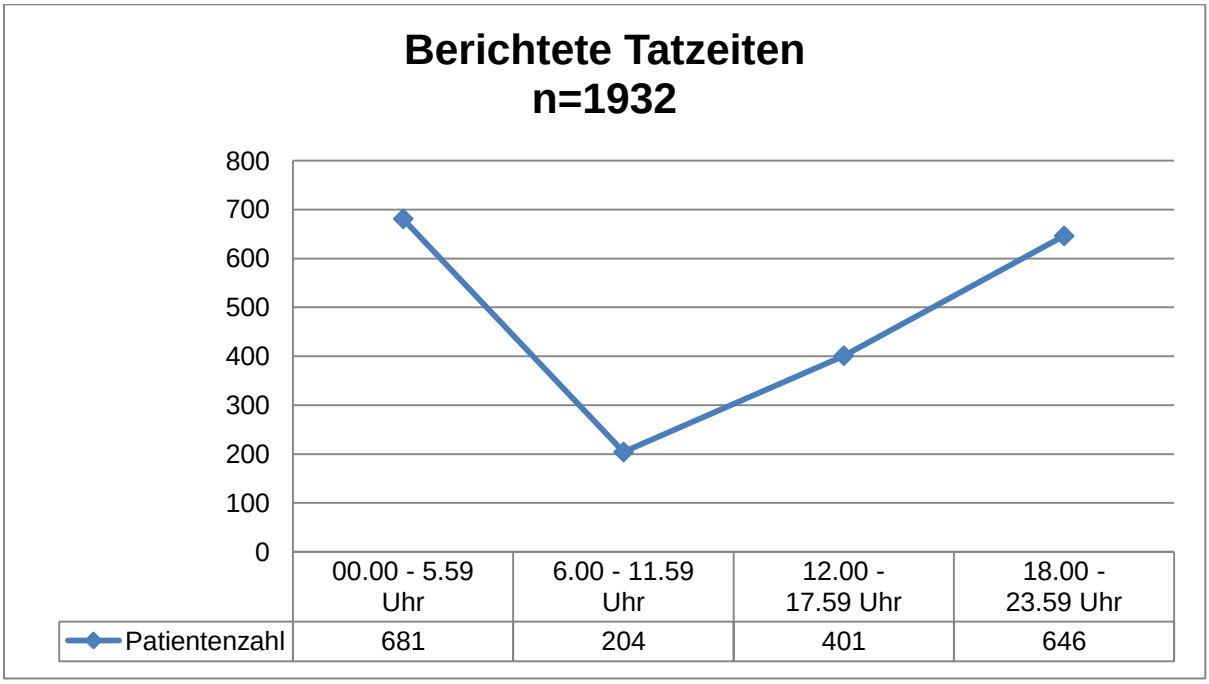

Abbildung 5.: Berichtete Tatzeiten

Von 2377 männlichen Gewaltopfern konnte der untersuchende Arzt bei 81 % (1932/2377) der Patientenkontakte eine Tatuhrzeit bzw. ein Tatintervall eruieren. In dem abendlich-nächtlichen Zeitraum (18.00 bis 23.59; 00.00 bis 5.59 Uhr) geschahen 68 % (1327/2377) aller untersuchten Gewalttaten. In den morgendlichen Stunden (6.00 bis 11.59 Uhr) ereigneten sich 11 % (204/2377) der Gewaltdelikte (Vergleich Abbildung 5).

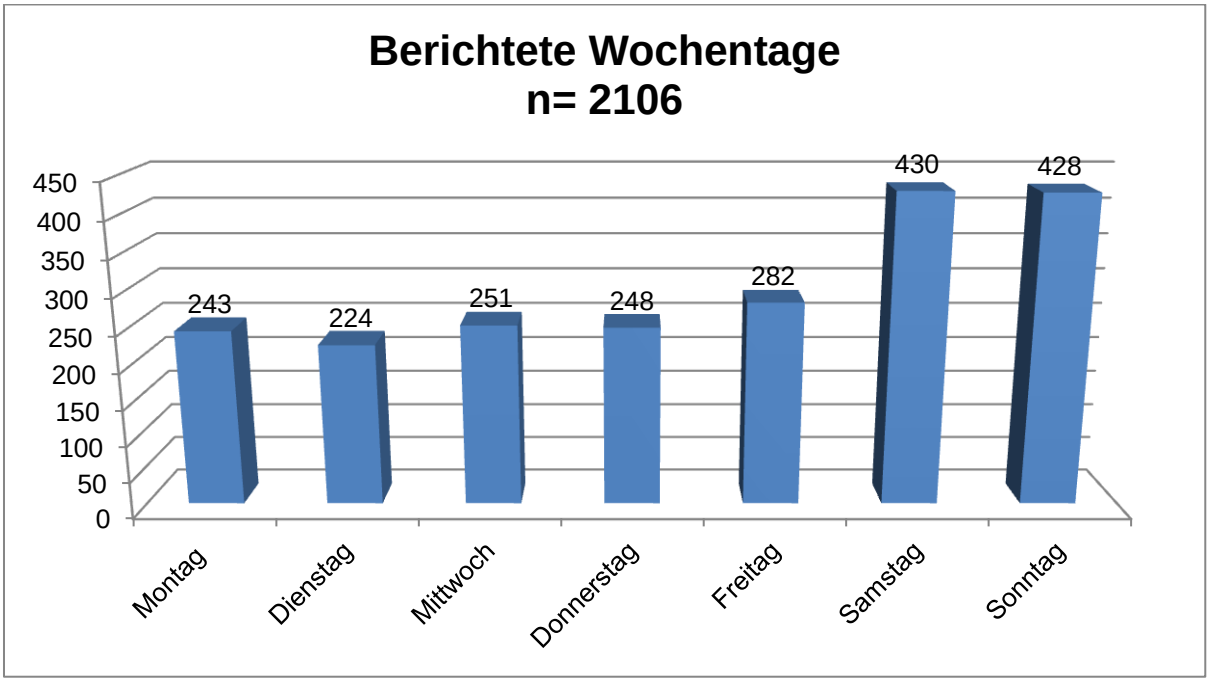

Abbildung 6.: Berichtete Wochentage

Es konnten 2106 Fällen (88,6 %; 2106/2377) Wochentage zugeordnet werden. Das obige Diagramm zeigt, dass die untersuchten Männer vor allem an Samstagen (20,4 %; 430/2106) und Sonntagen (20,3 %; 428/2106) Gewaltopfer wurden. Ausgenommen Freitag, der eine steigende Tendenz zum Wochenende anzeigte, verteilten sich die Vorkommnisse gleichmäßig über die Werktage (Vergleich Abbildung 6).

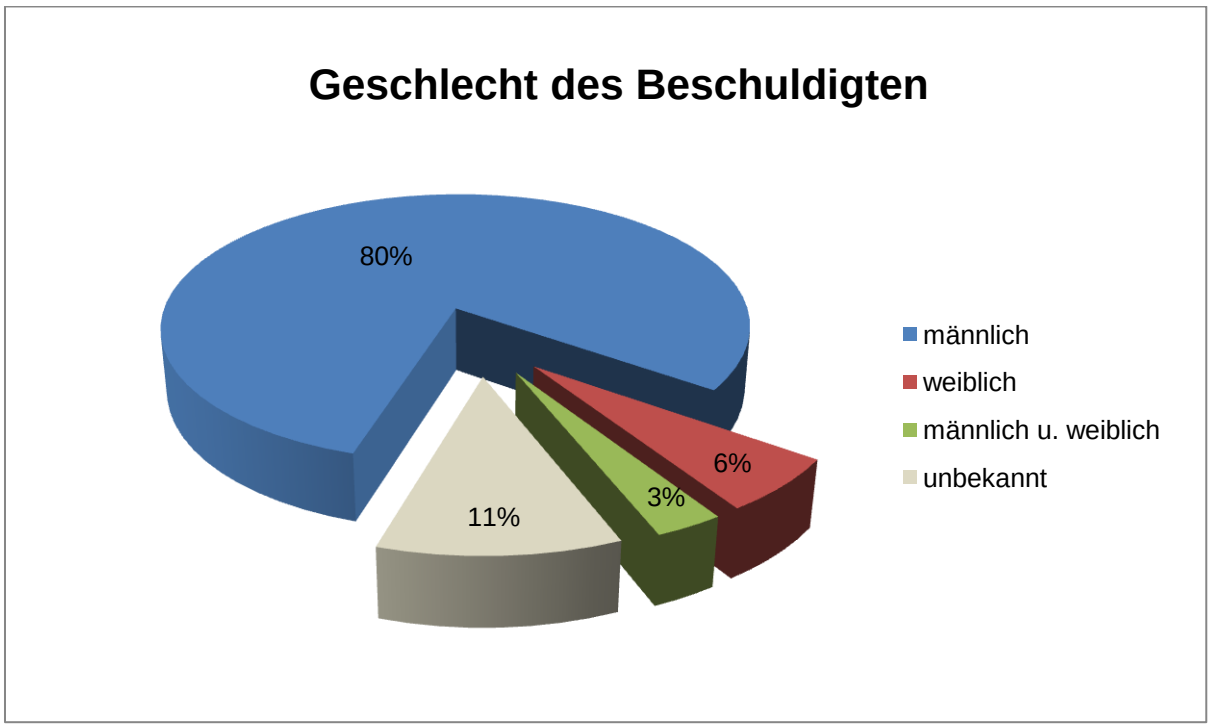

Abbildung 7.: Geschlecht des Beschuldigten

Die untersuchten Gewaltopfer wurden in 80 % (1902/2377) der Fälle von einem männlichen Täter angegriffen. Nur 6 % (143/2377) waren Täterinnen. Es wurde von 3 % (74/2377) der Patienten von gemischtgeschlechtlichen Tätergruppen berichtet. Das Tätergeschlecht konnten 11 % (258/2377) aller Befragten zum Befragungszeitpunkt nicht wiedergeben. Im Nachgang waren 161 Fälle keiner Konfliktkategorie zuzuordnen (Vergleich Abbildung 7).

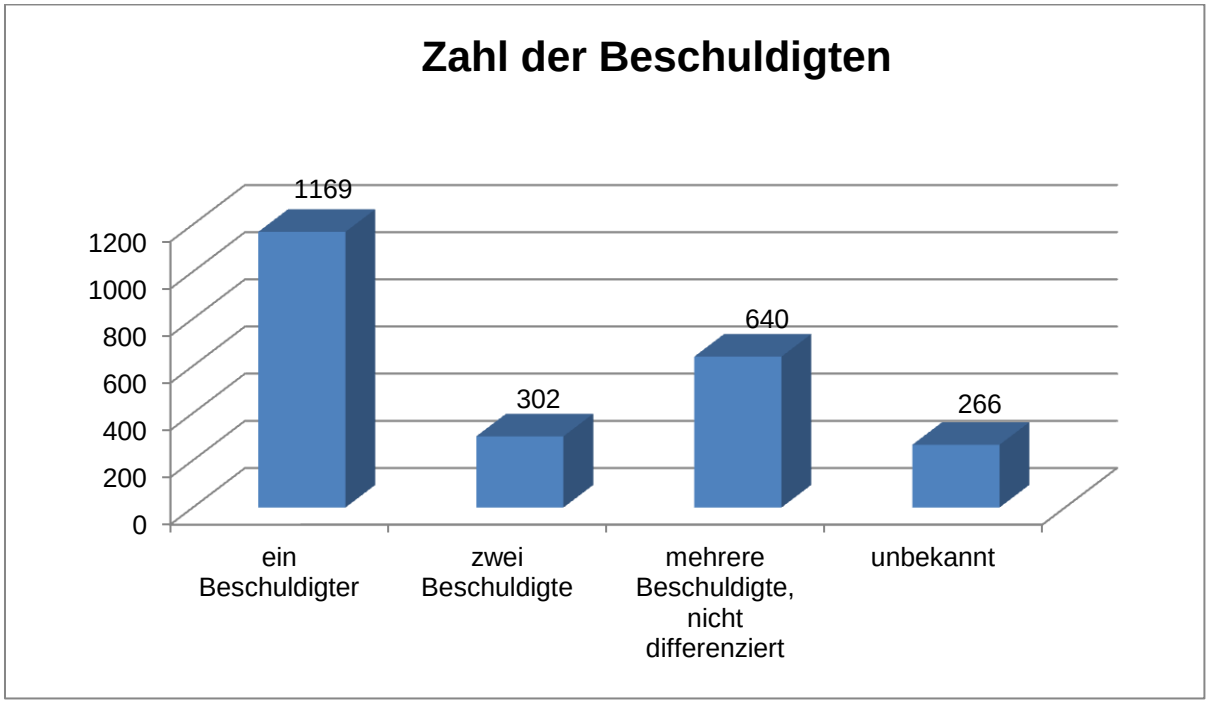

Abbildung 8.: Zahl der Beschuldigten

Laut der Berichte des Opferkollektivs wurden 49,2 % (1169/2377) der Gewalttaten von Einzeltätern ausgeführt. Von zwei Tätern angegriffen wurden 12,7 % (302/2377). Mit Tätergruppen (≥ 3) hatten es 27 % (640/2377) der Opfer zu tun (Vergleich Abbildung 8).

4.2.2 Aussagen zum Tatort

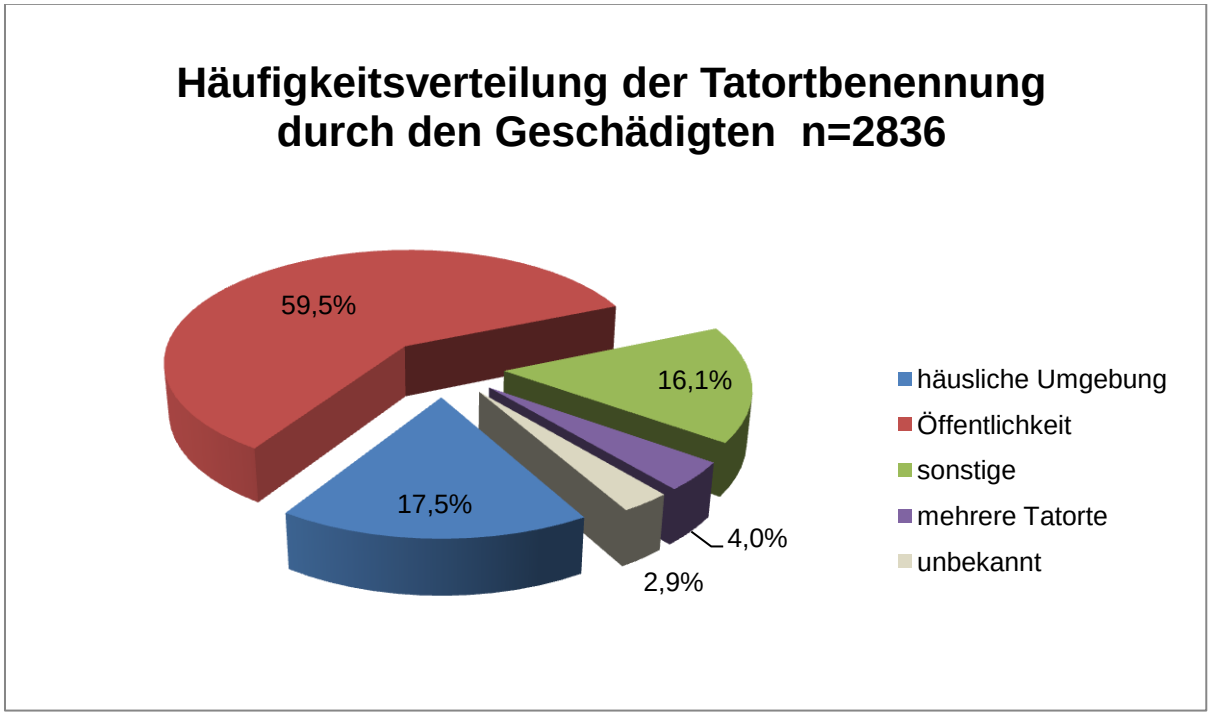

Abbildung 9.: Häufigkeitsverteilung der Tatortbenennung durch den Geschädigten

Die Tatortbenennungen wurden zur besseren Darstellung kategorisierend zusammengefasst.

Die höchste Prävalenz fand sich bei den öffentlichen Tatorten. Es konnten 59,5 % (1687/2836) der angegebenen Tatorte hierzu gezählt werden (Vergleich Abbildung 9). Darunter fielen Delikte in öffentlichen Wohnunterkünften, Schulen, kommerziellen Bereichen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Arbeitswegen und sonstige Öffentlichkeiten (Vergleich Abbildung 11).

Gewaltdelikte in der eigenen, gemeinsamen Wohnung oder der Wohnung des Beschuldigten wurden in der Gruppe „Häusliche Umgebung“ mit 17,5 % (497/2836) zusammengefasst (Vergleich Abbildung 10).

Die Kategorie „Sonstige“ mit einem Anteil von 16,1 % (458/2836) beinhaltet Tatortbenennungen wie „Arbeitsplatz“, „Polizeiliche Räumlichkeiten bzw. Justizgebäude“, „häusliche Umgebungen Anderer“, „in einem Fahrzeug“ und sonstige Orte.

Es wurden 4,0 % (113/2836) der Delikte zusätzlich mit der Angabe „mehrere Tatorte“ verknüpft. Durch die Möglichkeit einer parallelen Tatortdimension besteht– wie zum Beispiel der Tatort „Kiosk“ zum Einen, Arbeitsplatz, zum Anderen als allgemein kommerzieller Bereich beschrieben werden kann – beinhaltet diese Grafik Mehrfachnennungen .

In 2,9 % (81/2836) der Fälle konnten rückwirkend keine Aussagen zum Tatort in der Akte bzw. dem Dokumentationsbogen gefunden werden.

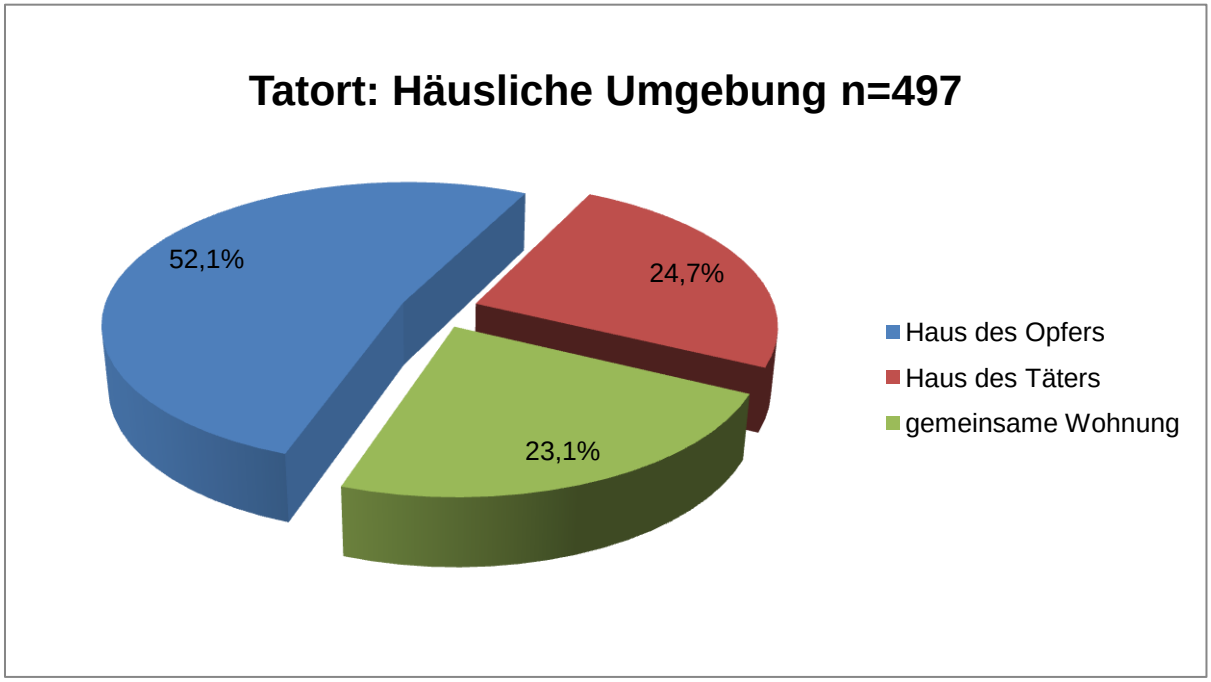

Abbildung 10.: Tatort: Häusliche Umgebung

Die Gewalttaten in der häuslichen Umgebung wurden mit einem Anteil von 52,1 % (259/497) am häufigsten in der Wohnung des Gewaltopfers beschrieben (Vergleich Abbildung 10)

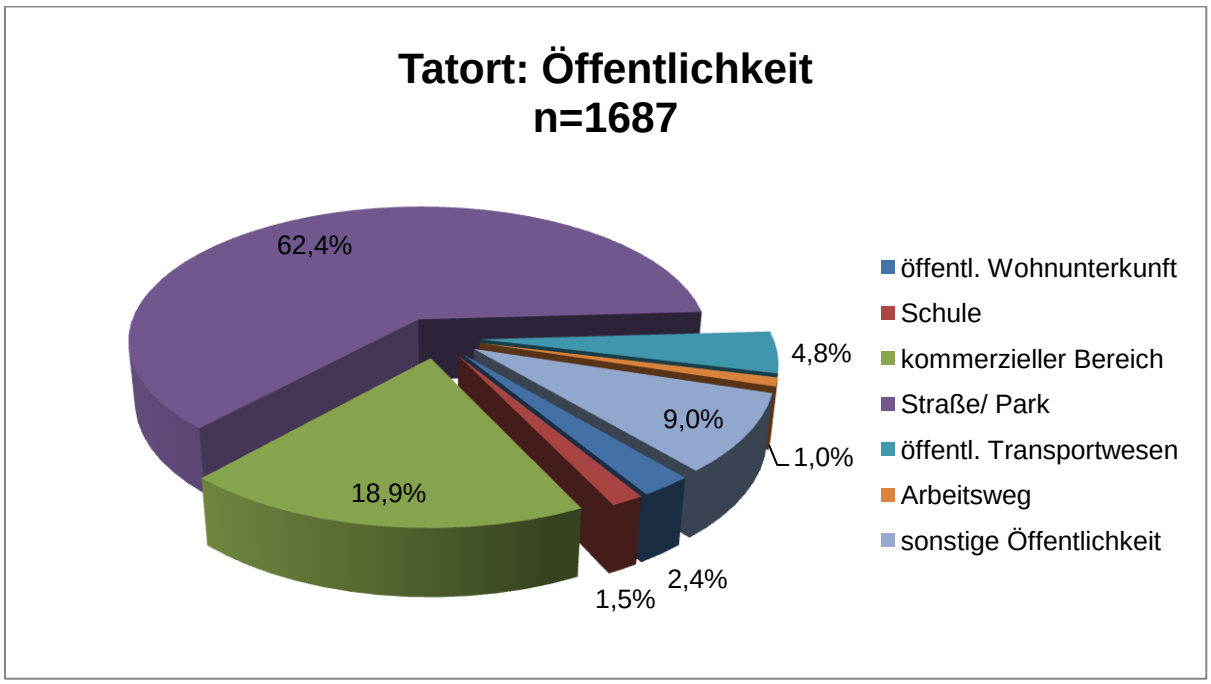

Abbildung 11.: Tatort: Öffentlichkeit

Die Gewaltdelikte in der Öffentlichkeit ereigneten sich zu 62,4 % (1052/1687) auf der öffentlichen Straße bzw. im Park. Kommerzielle Bereiche wie Discotheken, Einkaufszentren oder Restaurants wurden in 18,9 % (318/1687) als Tatort beschrieben. Öffentliche Transportmittel wurden von 4,8 % (81/1687) der Patienten benannt (Vergleich Abbildung 11).

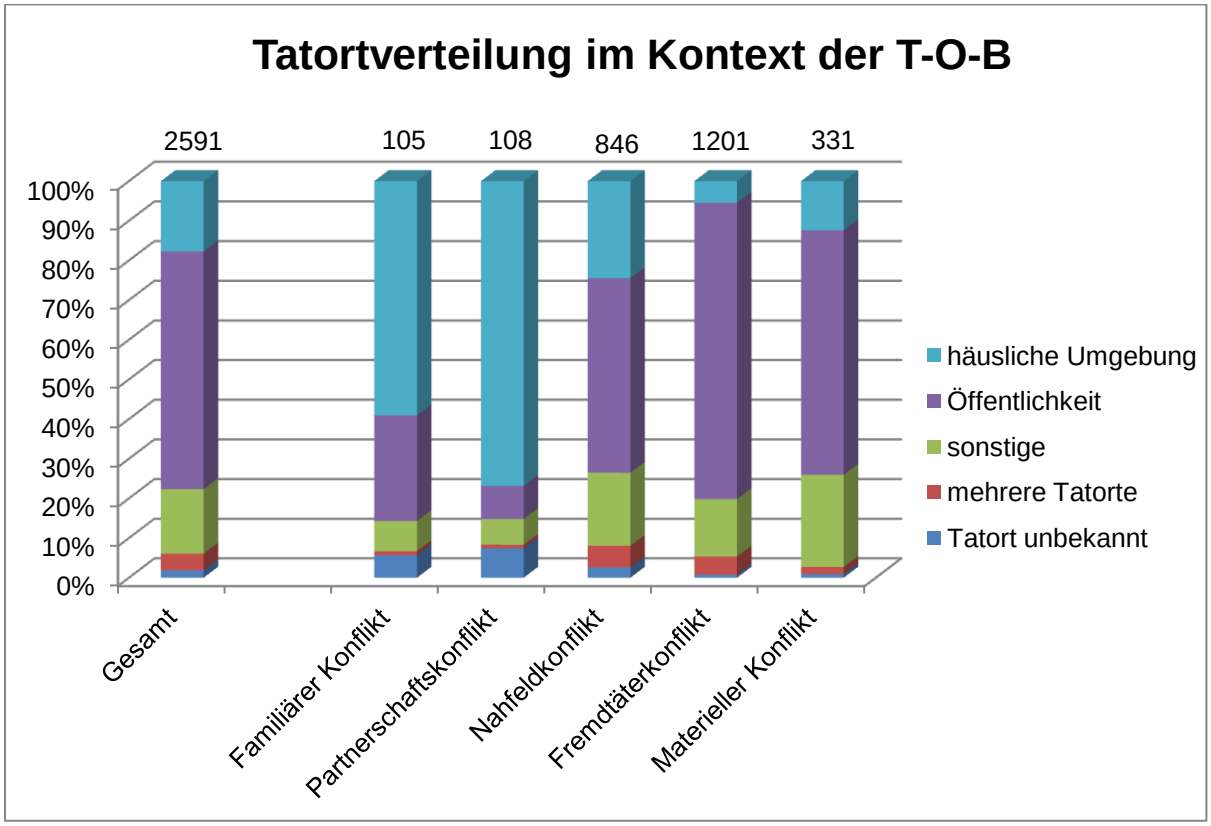

Abbildung 12.: Tatortverteilung im Kontext der T-O-B

Die 2146 einer Konfliktkategorie zugeordneten Fälle (Vergleich Tabelle 4) ergaben durch Mehrfachnennung 2591 Tatorte.

Betrachtet man die benannten Tatorte im Kontext der jeweiligen Täter – Opfer – Beziehung, erkennt man eine Neigung der Familien- und Partnerschaftskonflikte zu der häuslichen Umgebung und die der Fremdtäterkonflikte hin zu den öffentlichen Bereichen. So fanden die familiären Konflikte anteilig zu 52 % (62/105) und die Partnerschaftskonflikte zu 76,9 % (83/108) in der häuslichen Umgebung statt. Die gemeinsame Wohnung wurde in 65,1% zum Tatort eines Partnerschaftskonfliktes.

Materiell motivierte Konflikte in häuslicher Umgebung sind ausschließlich in der Wohnung des Opfers passiert. Sie machen 12,4 % (41/331) aller Tatorte der Konfliktkategorie aus.

Fremdtäterkonflikte (74,7 %; 897/1201), materielle Konflikte (61,6 %; 204/331) und Nahfeldkonflikte (49,1 %; 415/846) hatten die höchste Prävalenz in öffentlich zugänglichen Bereichen (Vergleich Abbildung 12).

4.2.3 Aussagen zur Täter – Opfer- Beziehung

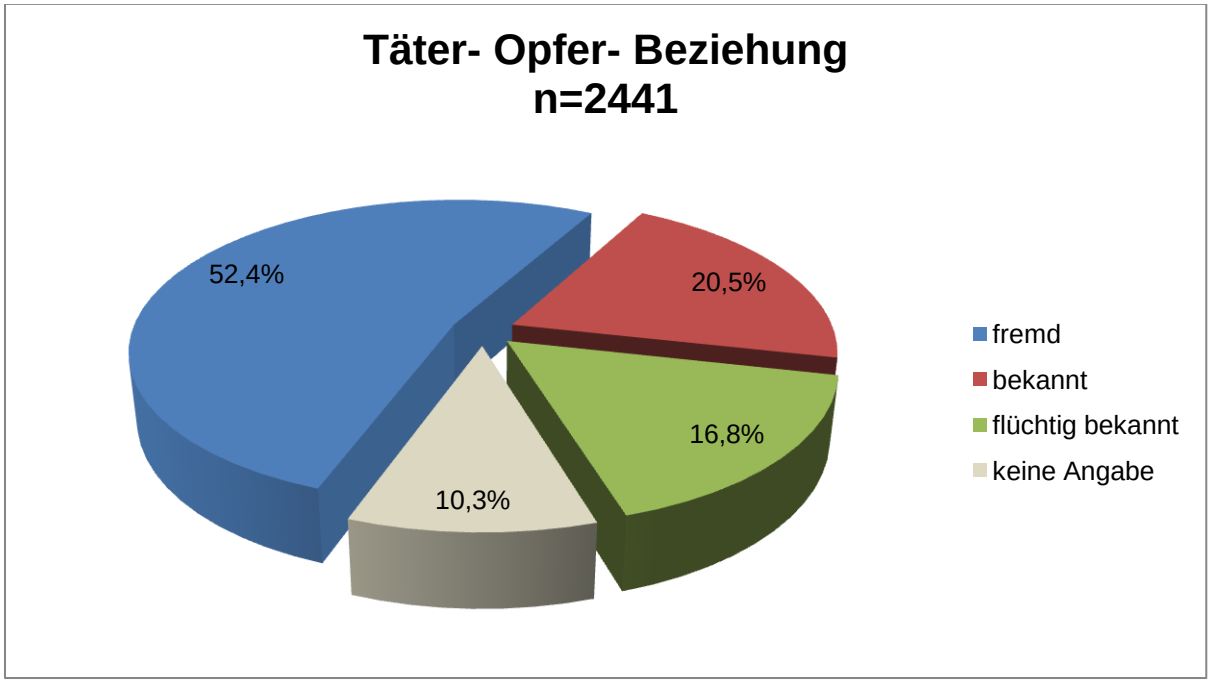

Abbildung 13.: Täter-Opfer- Beziehung

Dieses Diagramm zeigt auf, welcher Bekanntschaftsgrad zwischen Täter und Opfer zum Zeitpunkt des Gewaltdelikts vorlag.

Da es sich in manchen Fällen um Tätergemeinschaften mit unterschiedlichem Bekanntschaftsgrad handelte, ist es zu Mehrfachnennungen gekommen. Es gaben 52,4 % (1280/2441) der befragten Patienten an, von einer ihnen fremden Person angegriffen worden zu sein. In 37,3 % (910/2441) der Fälle war der Täter „gut“ und in 16,8 % (410/2441) „flüchtig“ bekannt.

4.2.3.1 *T-O-B*[4]*: Sozialer Nahraum*

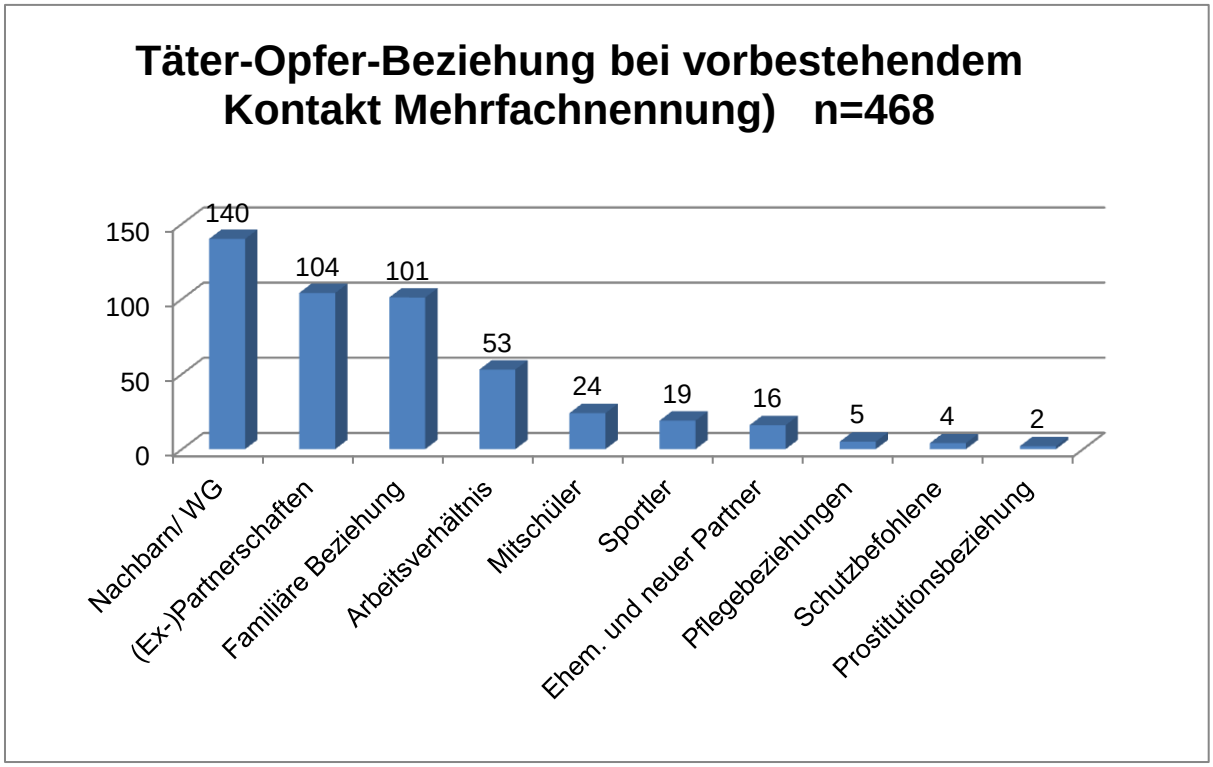

Abbildung 14.: Täter –Opfer-Beziehung bei vorbestehendem Kontakt

In 468 Fällen wurde die Beziehung zu dem Beschuldigten aus dem sozialen Nahraum näher beschrieben. Hierbei ist es zu Mehrfachnennungen gekommen, da die von Tätergruppen angegriffenen Patienten mehrere soziale Beziehungsebenen beschrieben.

Es wurden 29,9 % (140/468) der Fälle mit bestandener Vorbeziehung durch Nachbarn, Mitbewohner, Untermieter, Vermieter und/oder Mieter angegriffen (Variable “Nachbarn/ WG“). Die (Ex)- Partner-/innen wurden von 22,2 % (104/468) der Patienten beschuldigt. Ferner wurden in 101 Fällen (21,6 %; 101/468) die Beschuldigten dem familiären Umfeld zugeordnet (Eltern, leibliche Kindern, Geschwister und entferntere Verwandte auch Adoptiv- /Pflege und Stiefeltern). Eine detailliertere Differenzierung der familiären Konfliktsituationen ist in Abbildung 15 dargestellt.

[4] Täter – Opfer - Beziehung

Arbeitskollegen, Vorgesetzte und/oder deren unterstellte Mitarbeiter („Arbeitsverhältnis“) wurden von 53 männlichen Opfern (11,3 %; 53/468) beschuldigt. Gewalt durch bekannte Mitschüler erfuhren 24 Opfer (5,1 %; 24/468). Es spielten sich 42 % (10/24) dieser Fälle in der entsprechenden Schuleinrichtung bzw. auf dem Schulweg ab. Prostitutionsbeziehungen, Schutzbefohlenenverhältnisse und Pflegebeziehungen wurden sehr selten dokumentiert.

- T-O-B: Familiäre Beziehung

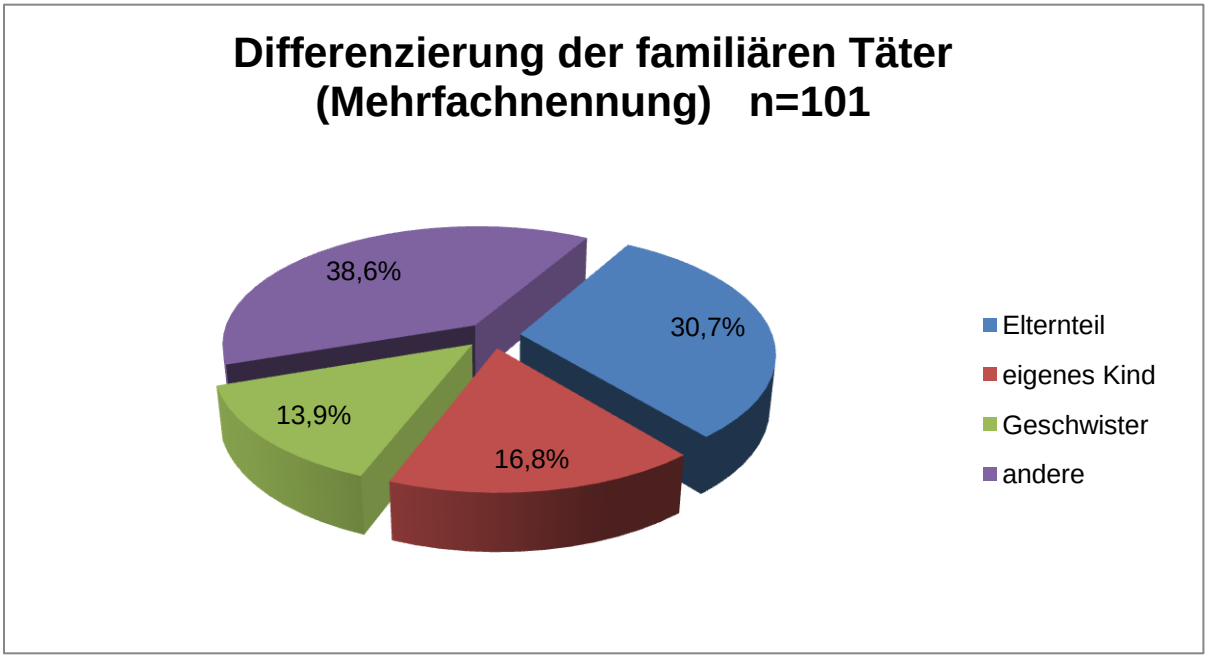

Abbildung 15.: Differenzierung der familiären Täter

Entsprechend der Tatsache, dass es sich bei einigen Fällen um familiär gemischte Tätergruppen gehandelt hat, ist es zu Mehrfachnennungen gekommen.

Es wurden 101 Menschen aus dem familiären Kreis gewalttätig angegriffen. Mindestens ein Elternteil wurde von 30,7 % (31/101) der Patienten beschuldigt. Von dem eigenen Kind wurden 17 (16,8 %; 17/101) Patienten angegriffen (hier 15 x Sohn, 2x Tochter). Gewaltdelikte zwischen Geschwistern wurden den untersuchenden Ärzten von 14 Patienten (13,9 %; 14/101) geschildert. Unter der Variable „andere“ (38,6 %; 39/101) wurden sonstige Verwandte, vor allem Onkels und Cousins zusammengefasst (Vergleich Abbildung 15).

T-O-B: Partnerschaftskonflikt

Unter der Variablen „(Ex-)Partnerschaftskonflikte“ sind Delikte mit tatverdächtigen Ex-Partner(innen) und Partner(innen) zusammengefasst worden.
Die Patienten wurden häufiger durch den Partner/ die Partnerin angegriffen, als durch den/die Ex-Partner/in (36 [34,6 %] zu 68 [65,4 %] Fällen).
In Fällen gleichgeschlechtlicher (Ex-) Partnerschaften ergab sich eine Prävalenz von 9,6 % (10/104).

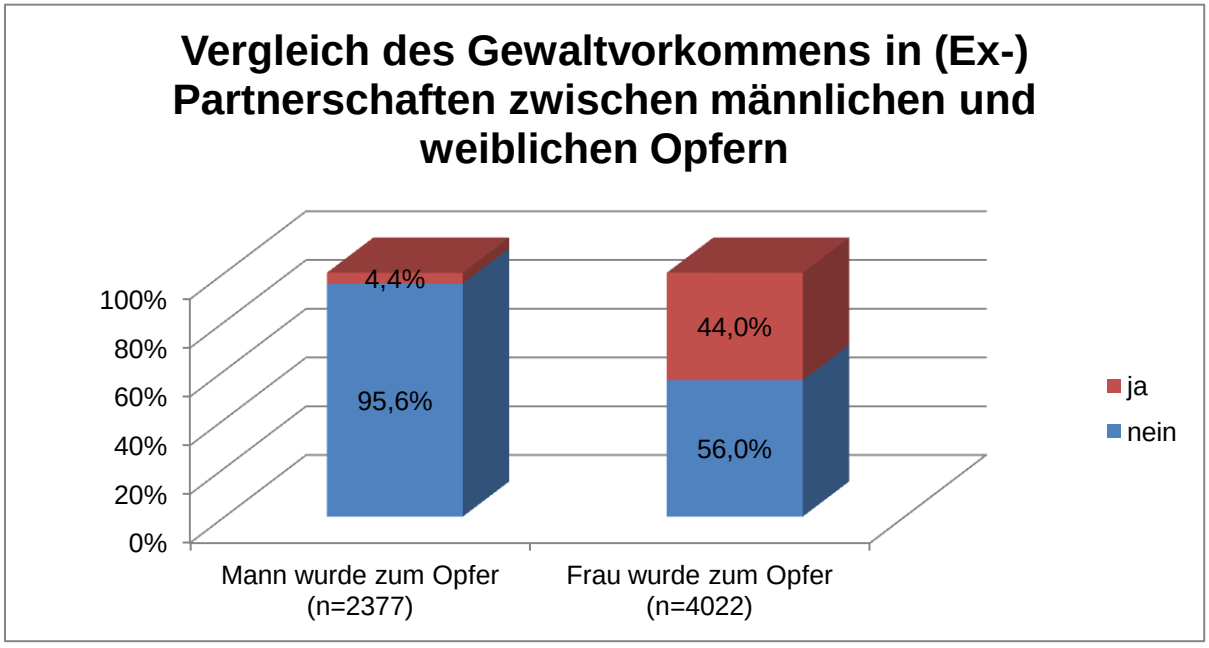

Abbildung 16.: Vergleich des Gewaltvorkommens in (Ex-) Partnerschaften zwischen männlichen und weiblichen Opfern

Der Anteil der männlichen Patienten der sicher durch einen (Ex-) Partnerschaftskonflikt verletzt worden ist lag bei 4,4 % (104/2377), wohingegen knapp die Hälfte der weiblichen Opfer (44,0 %; 1768/4022) jenes erlebten (Vergleich Abbildung 16).

- T-O-B: Arbeitsverhältnis

Es gaben (9,1 %; 217/2377) aller untersuchten Männer an, dass sie während ihrer beruflichen Beschäftigung angegriffen wurden. Bei 12,9 % (28/217) fand dies durch einen Arbeitskollegen statt. Von Arbeitskollegen wurden 41,5 % (22/53) der Patienten körperlich und 5,7 % (3/53) mit einem Tatwerkzeug angegriffen. In den verbleibenden Fällen handelte es sich um Taten mit kombinierter Gewalteinwirkung.

4.2.3.2 *T-O-B: Fremdtäter*

- Berufliche Ordnungsaufgabe

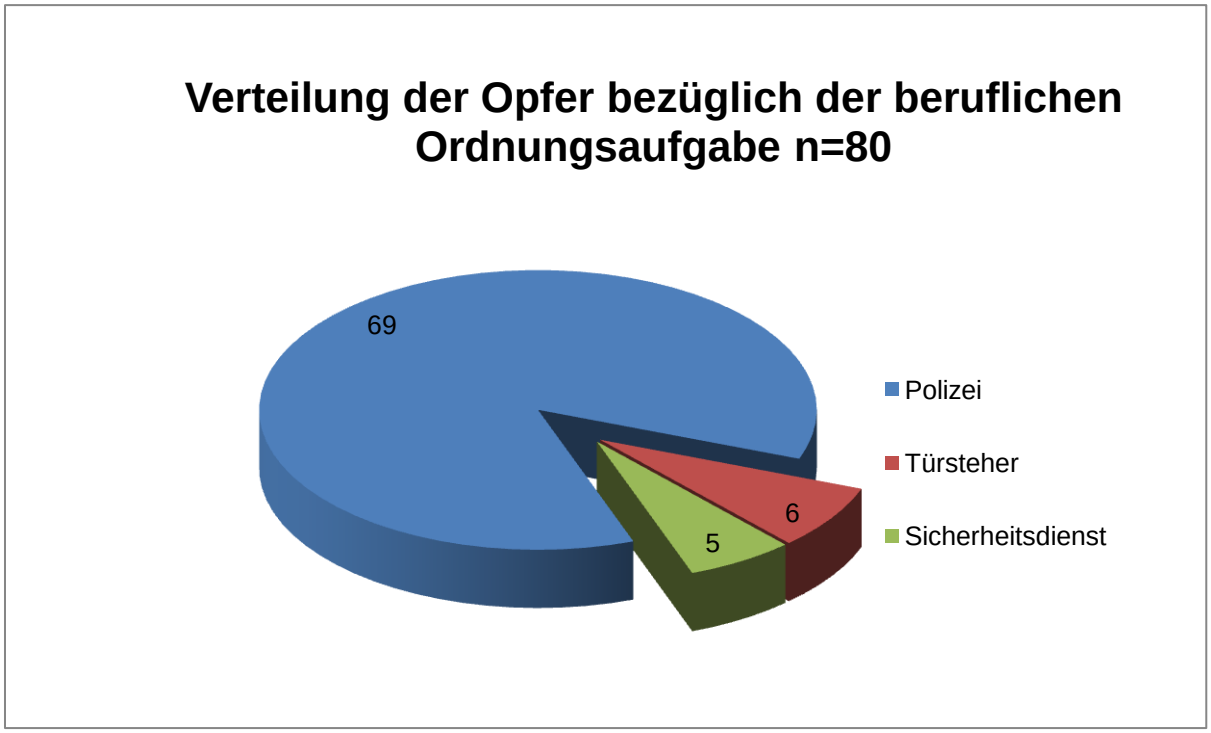

Abbildung 17.: Verteilung der Opfer bezüglich der beruflichen Ordnungsaufgabe

Unter der Variablen „Berufliche Ordnungsaufgabe“ wurden die Gewaltopfer der Berufsgruppen Polizist/in, Türsteher/in und der Sicherheitsdienst des öffentlichen Transportwesens zusammengefasst. Es wurden 3,4 % (80/2377) solcher Fälle in dem Opferkollektiv erfasst. Während der Berufausübung als Polizist wurden 86,3 % (69/80) Opfer eines Gewaltdeliktes.

Im Rahmen dieser Untersuchung sind in 128 Fällen (5,4 %) Polizisten des gewalttätigen Übergriffs bezichtigt worden (Vergleich Abbildung 17).

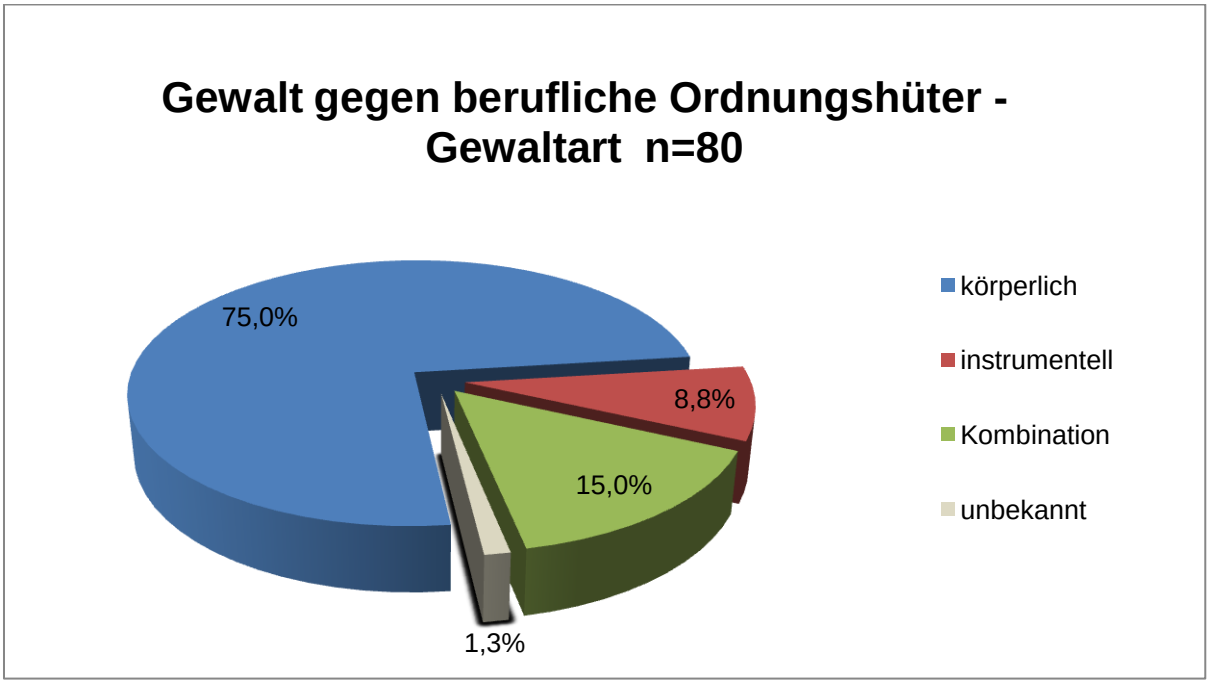

Abbildung 18.: Gewalt gegen berufliche Ordnungshüter - Gewaltart

Berufliche Ordnungshüter erfuhren überwiegend körperliche Gewalt (75%; 60/80). Mehr als ein Drittel der Opfer erlitten kombinierte Gewalt (15%; 12/80) (Vergleich Abbildung 18).

Bezüglich der Tatzeit existiert eine Tendenz zu den Abend- und Nachtstunden des Wochenendes (Vergleich Tabelle 2 und Tabelle 3).

Wochentag	Fallzahl	%
Montag	11	13,8
Dienstag	7	8,8
Mittwoch	8	10,0
Donnerstag	12	15,0
Freitag	17	21,3
Samstag	11	13,8
Sonntag	14	17,5

Tabelle 2.: Berufl. Ordnungsaufgabe – Wochentage

Uhrzeit	Fallzahl	%
0.00 – 5.59 Uhr	104	39,0
6.00 -11.59 Uhr	29	10,9
12.00 -17.59 Uhr	40	15,0
18.00 – 23.59 Uhr	61	22,8
unbekannt	33	12,4

Tabelle 3.: Berufl. Ordnungsaufgabe – Uhrzeit

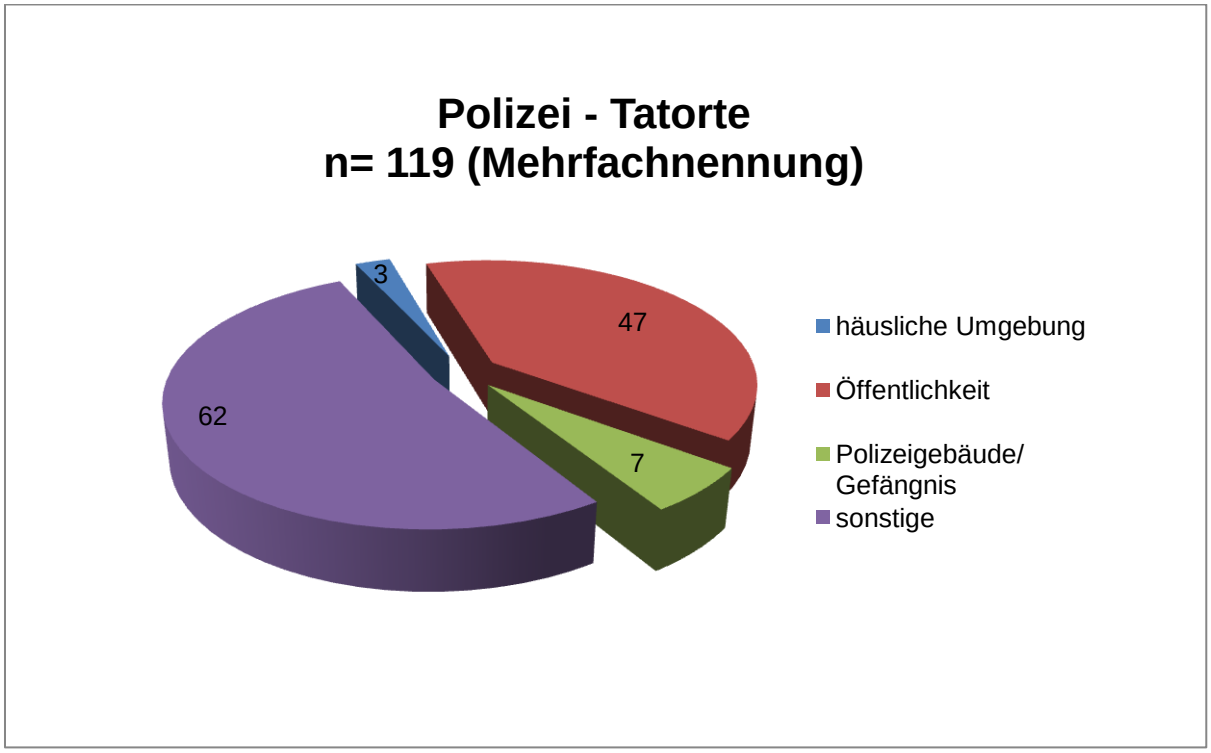

Abbildung 19.: Polizei – Tatorte

Betrachtet man nur die Berufsgruppe der Polizisten und wertet die Tatorte aus, wird deutlich, dass sich die Gewaltvorkommnisse vor allem in der Öffentlichkeit abspielen (39,5 %). In polizeilichen Gebäuden wurden 5,9 % (7/119) der Polizisten angegriffen. Lediglich 2,5 % (3/119) der Angriffe fanden in einer häuslichen Umgebung statt (Vergleich Abbildung 19)

(Zur Einsicht der Variablendefinierung: 4.2.2).

➢ T-O-B: (Straßen-) Verkehr als gemeinsame Komponente

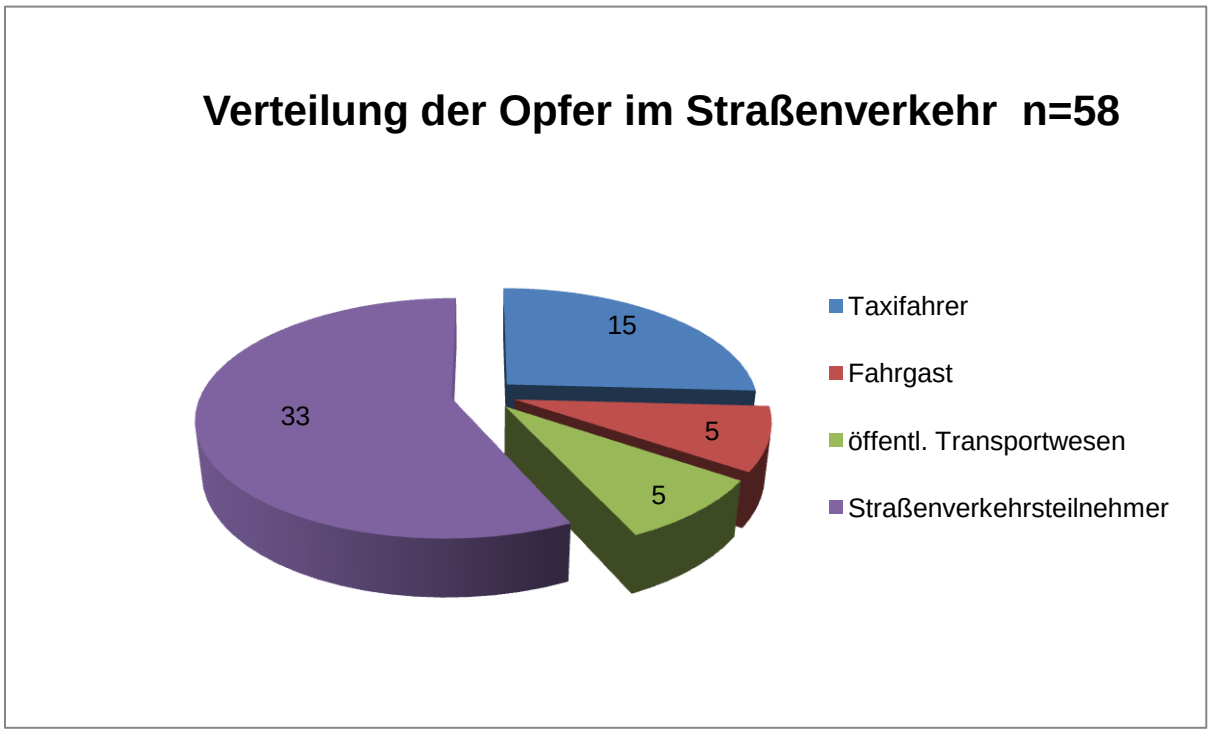

Abbildung 20.: Verteilung der Opfer und Täter im Straßenverkehr

Aus der Gesamtstichprobe wurden 2,4 % (58/2377) der Opfer bei einer Gewalttat im Straßenverkehr verletzt. Dazu gehörten Taxifahrer, Fahrgäste öffentlicher Verkehrsmittel, Personen im Dienst des öffentlichen Verkehrsverbundes und sonstige Teilnehmer des Straßenverkehrs.

Von dieser Stichprobe waren 25,9 % (15/58) Taxifahrer. Anteilig waren 10 Delikte (66,7 %; 10/15) Raubüberfälle. Daraus resultierende Verletzungen beurteilte man in 40 % (4/10) als potenziell lebensgefährlich (Vergleich Abbildung 20).

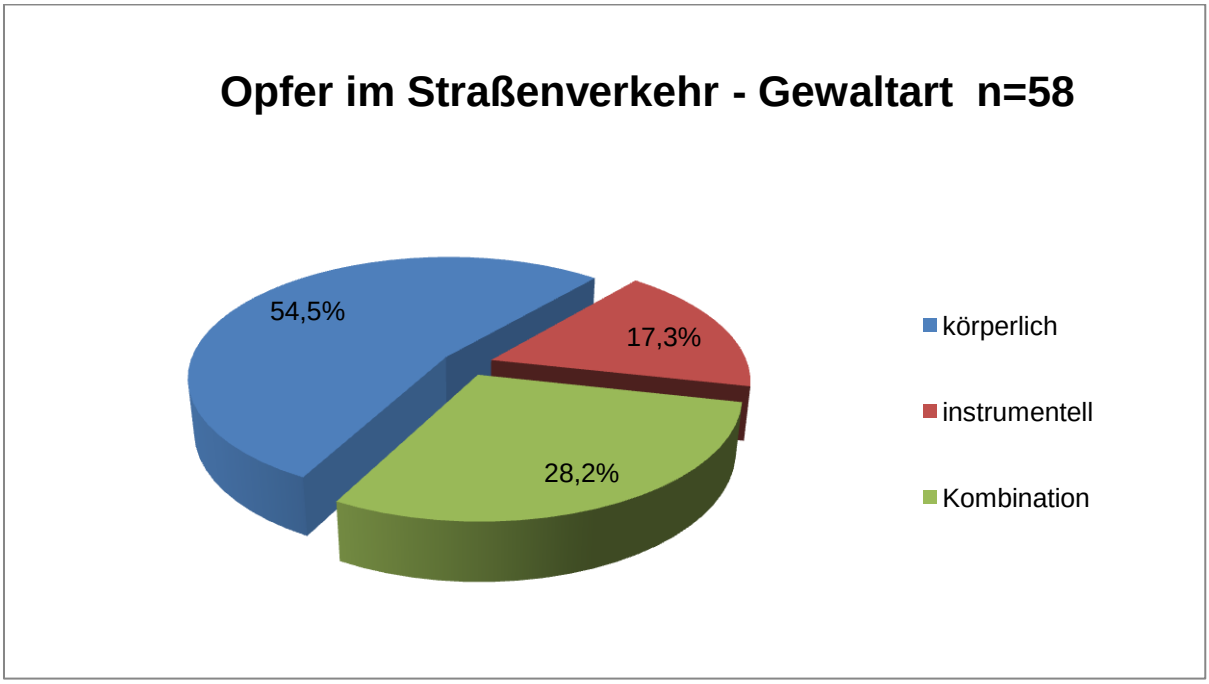

Abbildung 21.: Opfer im Straßenverkehr - Gewaltart

Es berichteten 31 (54,5 %; 31/58) Patienten von körperlicher Gewalt und 10 Patienten (17,3 %; 10/58) von instrumenteller Gewalt. Kombinierte Gewaltausübungen an den Opfern von Gewalt im Straßenverkehr wurden von 17 Opfern (28,2 %; 17/58) beschrieben (Vergleich Abbildung 21).

Bezüglich der Verletzungsschwere wiesen 82,8% (48/58) der Opfer nicht lebensgefährliche Verletzungen und zwei Opfer (3,4%; 2/58) keine Gewaltspuren auf. Potenziell lebensgefährliche Verletzungen wurden bei 8,6 % (5/58) der Opfer dokumentiert. Zwei Opfer wurden lebensgefährlich verletzt (3,4%; 2/58). Bei einem (1,7 %, 1/58) Gewaltopfer konnte im Nachhinein keine Verletzungsschwere eruiert werden.

4.2.4 Aussagen zur Anlass gebenden Situation

Um den Anlass der Straftaten besser mit anderen Variablen vergleichbar zu machen, wurde jeder Fall einer Konfliktkategorie zugeordnet. Bei 231 Fällen war dies rückwirkend nicht möglich. Diese wurden bei entsprechenden Korrelationen nicht berücksichtigt (Vergleich Tabelle 4).

Name der Konfliktkategorie	Zahl der Fälle	Prozentanteil am Gesamtkollektiv
Fremdtäterkonflikt	991* *[983]*	≙ 41,7 %* [41,4 %]
Nahfeldkonflikt	676* *[662]*	≙ 28,4 %* [27,9 %]
Materieller Konflikt	274	≙ 11,5 %
Häuslicher Konflikt (Partnerschaftskonflikt + familiärer Konflikt)	205* (104* + 101*) *[201]* *[103 + 98]*	≙ 8,6 %* (4,4 %* + 4,2 %*) [8,5 %] [4,3 % + 4,1 %]
Nicht zuzuordnen	231	≙ 9,8 %
**[Alle Konflikte mit sexueller Komponente]*	*[26]*	*[≙ 1,1 %]*

Tabelle 4.: Zuordnung des Gesamtkollektivs zu Konfliktkategorien

Da nur 1,1 % der Patienten eine sexuelle Komponente beschrieben, wurden diese Fälle in der obenstehenden Tabelle 4 den täterbezogenen Konfliktkategorien zugeordnet und nicht als eigenständige Kategorie weitergeführt. Eine Ausnahme bildete die Auswertung der Altersverteilung.

Alter der Opfer korreliert mit der Konfliktkategorie (n=2146)

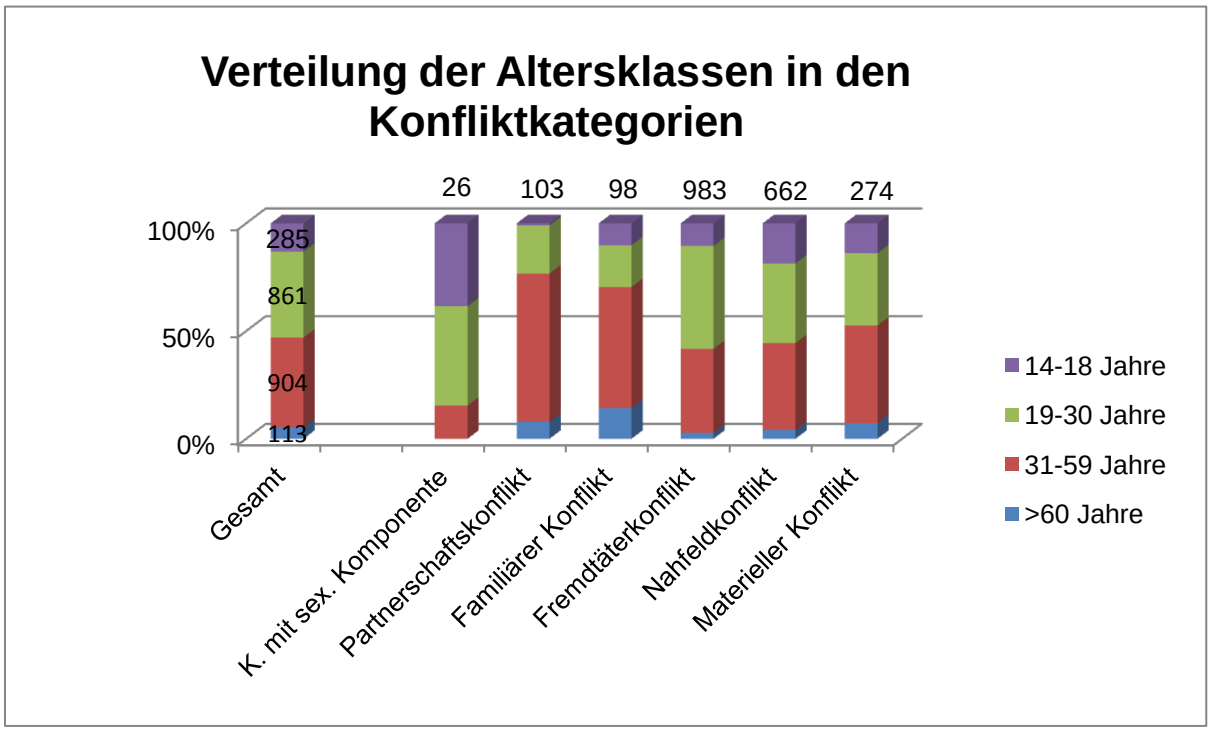

Abbildung 22.: Altersverteilung in den Konfliktkategorien

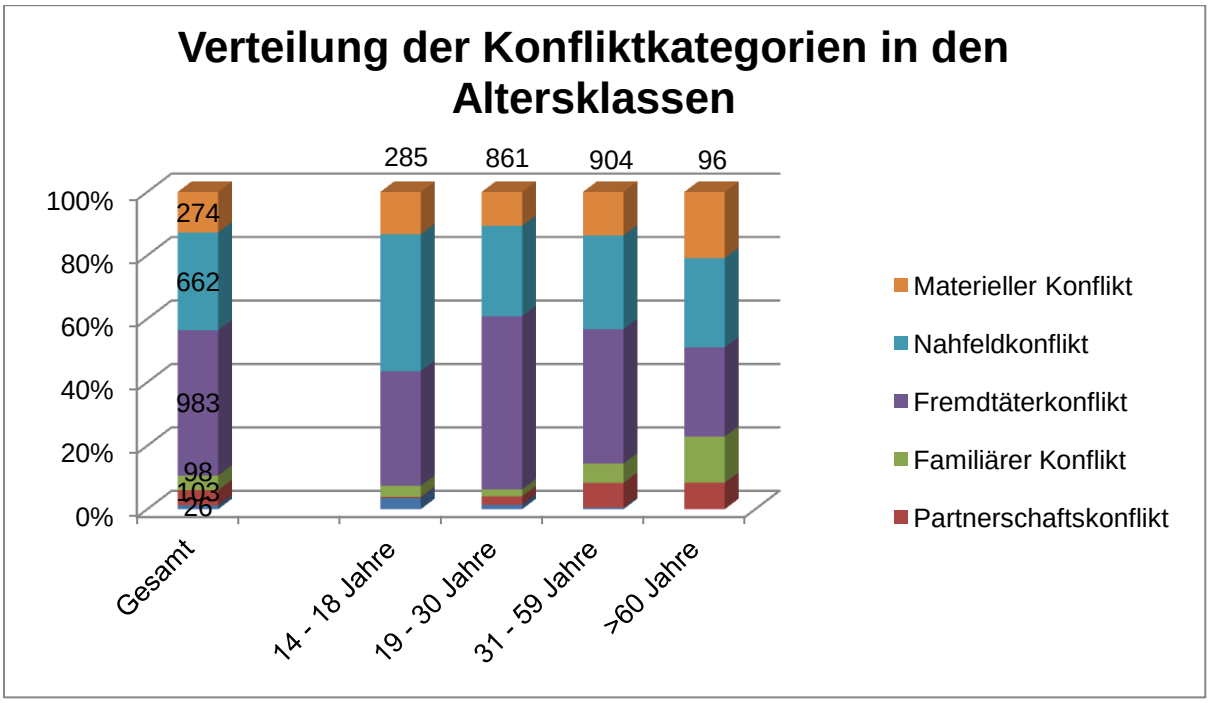

Abbildung 23.: Verteilung der Konfliktkategorien in den Altersklassen

Bei Fremdtäterkonflikten waren 58,3 % (573/983) der Opfer jünger als 31 Jahre. Innerhalb der Gleichaltrigen- Gruppe (jünger 31 Jahre) machen Fremdtäterkonflikte mit 50 % die Hauptkonfliktkategorie aus.

Es fielen 39 % (383/983) der Männer in die Alterskategorie 31-59 Jahre. Ein auffällig geringer Anteil an Fremdtäterkonflikten richtete sich gegen Männer der Alterskategorie 60plus (27/983; 2,7 %). Innerhalb dieser Altersklasse wurden 28,1 % (27/96) angegriffen.

Von den 103 Patienten, welche Gewalt in der Partnerschaft erlebt hatten, waren anteilig 69 % (71/103) zwischen 31 und 59 Jahren. Innerhalb dieser Altersgruppe hatte die Partnerschaftsgewalt nur einen Anteil von 7,9 % (71/904) der insgesamt gegen sie gerichteten Gewaltdelikte. Dagegen berichteten 2,7 % (23/861) der Opfer zwischen 19 und 30 Jahren von einem Gewaltdelikt in dem partnerschaftlichen Umfeld. In der Kategorie „Partnerschaftskonflikt ohne sexuelle Komponente“ sind Opfer dieser Altersgruppe mit 22,3 % (23/103) häufig vertreten. Männer mit einem Alter über 60 Jahre wurden in 7,8 % (8/103) der Fälle in einen Partnerschaftskonflikt verstrickt. Innerhalb der Gruppe der über 60 Jährigen machten nicht- sexualisierte Partnerschaftskonflikte 8,3 % (8/96) der Gewaltdelikte gegen sie aus.

Die familiären Konflikte traten gehäuft in der Altersklasse der 31- 59 Jährigen (56,1 %; 55/98) auf. Innerhalb dieser Altersgruppe hatte der familiäre Konflikt einen Anteil von 6,1 % (55/904) an allen erlebten Gewalttaten. In der jüngsten Altersklasse (14 - 18 Jahre) war der familiäre Konflikt selten (3,5 %; 10/285) anlassgebend für eine rechtsmedizinische Untersuchung. Die Gewalttaten gegenüber Opfern ≥ 60 Jahre waren mit 14,5 % (14/98) von deren familiären Umfeld ausgegangen.

Von den 662 erfassten, nicht- sexualisierten Nahfeldkonflikten fielen 40,3 % (267/662) auf die Alterskategorie der 31-59 Jährigen. Innerhalb dieser Altersgruppe waren 29,5 % (267/904) der vorgefallenen Gewaltdelikte nicht- sexualisierte Nahfeldkonflikte.

Bei den 14 – 18 Jährigen machten nicht- sexualisierte Nahfeldkonflikte 43,2 % (123/285) der Gewalttaten aus, obwohl diese Altersgruppe lediglich 18,6 % (123/655) aller Nahfeldkonflikte beisteuerte.

Vergleichbar waren 37 % (245/662) der Opfer von Nahfeldkonflikten im Alter zwischen 19 bis 30 Jahren, wohingegen – innerhalb dieser Altersklasse 28,5 % (245/861) einen Nahfeldkonflikt erlebten. Nur 4,1 % (27/662) der Männer, die Opfer eines Nahfeldkonfliktes geworden sind, sind 60 Jahre oder älter.

Innerhalb ihrer Altersgruppe machen Konflikte im Nahraum aber 28,1 % (27/98) aller gewalttätigen Konflikte aus. Die jüngeren Geschädigten der Konfliktkategorie „Materieller Konflikt“ mit einem Alter ≤ 31 Jahren (Altersgruppen 14 -18 Jahre und 19-30 Jahre) erreichten die höchste Prävalenz mit 47,4 % (130/274; [14-18J mit 38/274; 19-30 mit 92/274]). Die Patienten im Alter zwischen 31 und 59 Jahren bedingten 45,3 % (124/274) der materiellen Konflikte. Innerhalb der Altersklassen machten Konflikte materieller Bereicherung bei den 14- 30 Jährigen lediglich 11,3 % (130/1146), bei den 31 bis 59 Jährigen immerhin 13,7 % (124/904) der Konflikte aus. Die Geschädigten mit einem Alter ≥ 60 Jahren hatten in 7,3 % (20/274) der Fälle von materieller Bereicherung berichtet. Binnen dieser Altersklasse entfielen 20,8 % aller Delikte auf materielle Konflikte.

Männer, die Konflikte mit sexueller Komponente erfuhren waren selten (1,1 %; 26/2377). Sie hatten mit 84,6 % (22/26) ein Alter zwischen 14 und 30 Jahren. In der Gruppe der 14 bis 18 Jährigen machten sexuelle Straftaten 3,5 % (10/285) und innerhalb der Altersklasse der 19 bis 30 Jährigen 1,4 % (12/861) aus. Männliche Opfer über 30 Jahren beschrieben anteilig 0,4 % (4/904) der Straftaten mit sexueller Komponente. Kein Opfer mit einem Alter von über 60 Jahren wurde vor dem Hintergrund eines Konfliktes mit sexueller Komponente in der Opferambulanz untersucht.

Tatzeit des Gewaltdeliktes korreliert mit der Konfliktkategorie (n=2146)

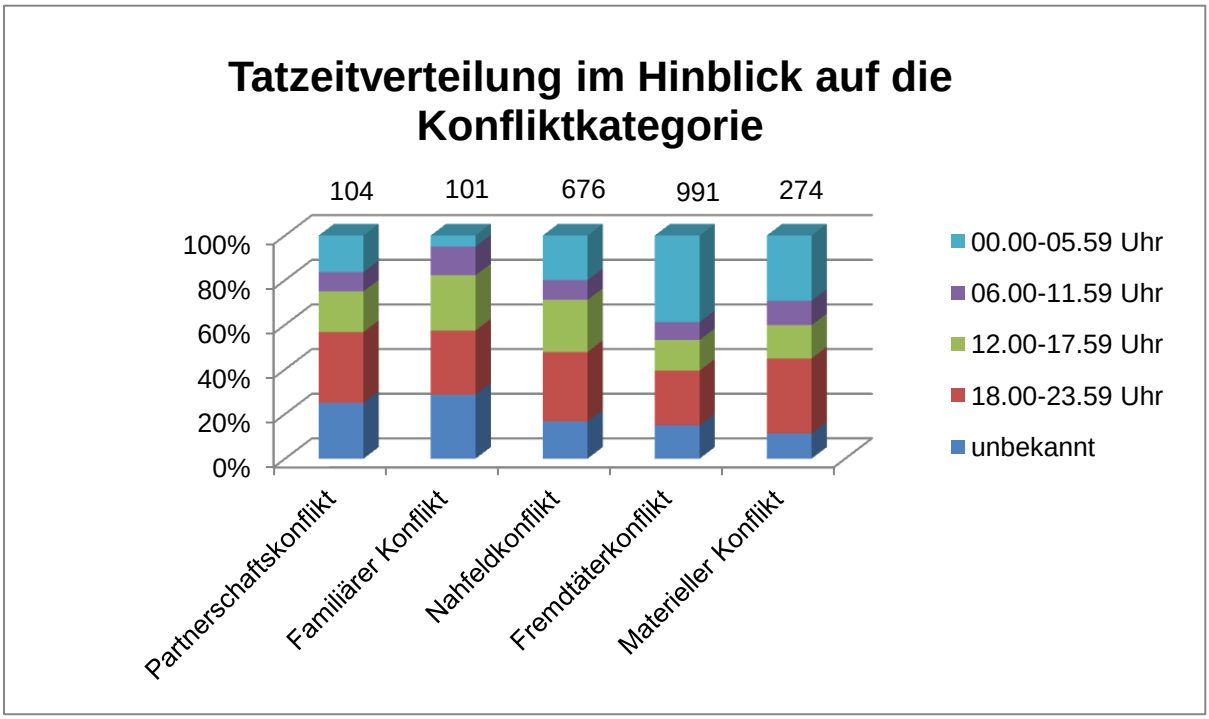

Abbildung 24.: Tatzeitverteilung im Hinblick auf die Konfliktkategorie

Die Abbildung 24 lässt erkennen, dass besonders die Fremdtäterkonflikte in den Zeitintervallen 18.00 -23.59 Uhr und 00.00 - 05.59 Uhr insgesamt mit 63,4 % (628/991) vorkamen.

Auffällig ist, dass tagsüber zwischen 06.00 Uhr und 11.59 Uhr besonders familiäre Konflikte stattfanden (12,9 %; 13/101). In den Vergleichskategorien passierten in dieser Zeitperiode viel weniger Delikte. Der nächtliche Zeitraum zwischen 00.00 Uhr und 05.59 Uhr war eine seltenere Tatzeit für familiäre Konflikte (5 %; 5/101).

Partnerschaftskonflikte (31,7 %, 33/104) sowie materielle Konflikte (33,2 %; 91/274) häuften sich in den Abendstunden (18.00 Uhr bis 23.59 Uhr).

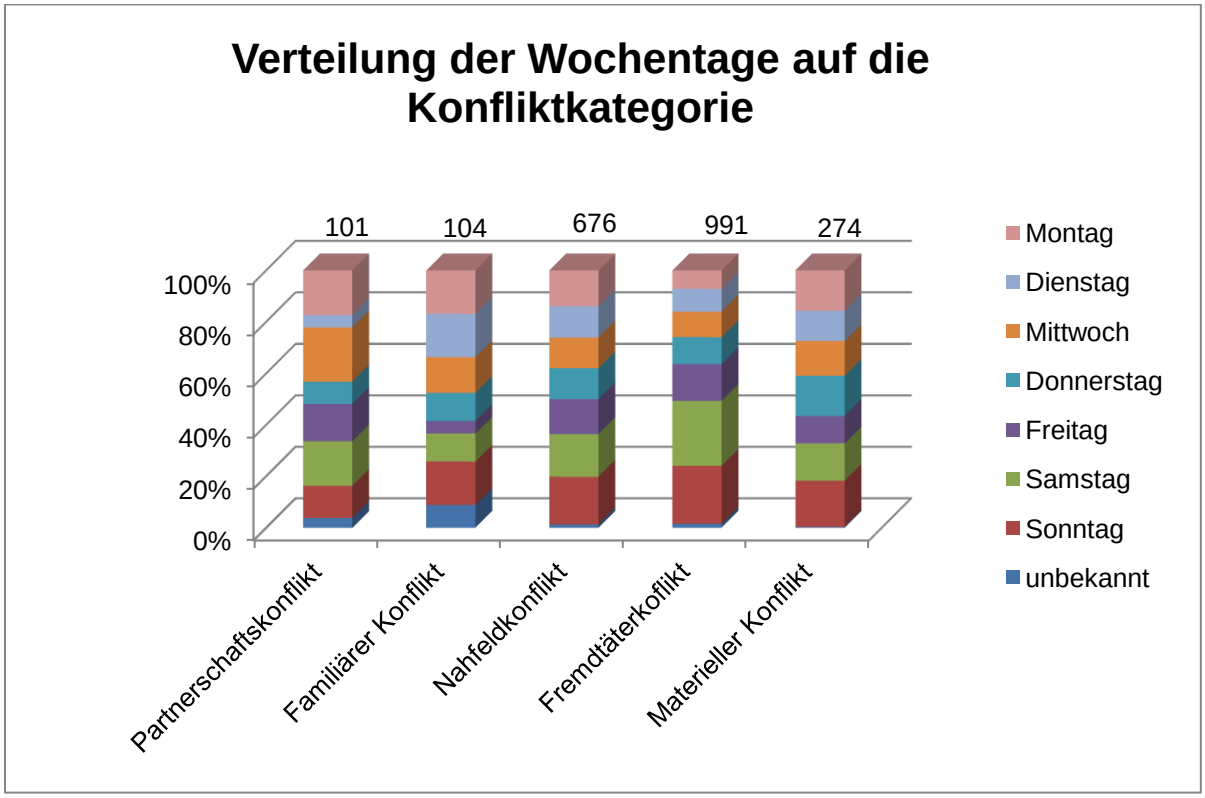

Abbildung 25.: Verteilung der Wochentage auf die Konfliktkategorie

Aus der Abbildung 25 lässt sich erkennen, dass Fremdtäterdelikte besonders an Samstagen (25,2 % [250/991]) und Sonntagen (22,5 % [223/991]) vorkamen. An Montagen wurden mit anteilig 7,2 % (71/991) die wenigsten Fremdtäterschaften dokumentiert.

Partnerschaftskonflikte zeigten eine Häufung am Mittwoch (21,2 %; 22/104).

Die familiären Konflikte erreichten eine Spitze an den Sonntagen, Montagen und Dienstagen (alle 16,8 %; 17/101). An Donnerstagen waren dagegen in dieser Konfliktkategorie nur 5 % (5/101) der Fälle passiert.

Nahfeldkonflikte geschahen vermehrt an Sonntagen (18,5 %; 125/676). Materielle Konflikte haben eine ausgewogene Verteilung auf alle Wochentage.

Tätergeschlecht und Täteranzahl korreliert mit der Konfliktkategorie (n=2146)

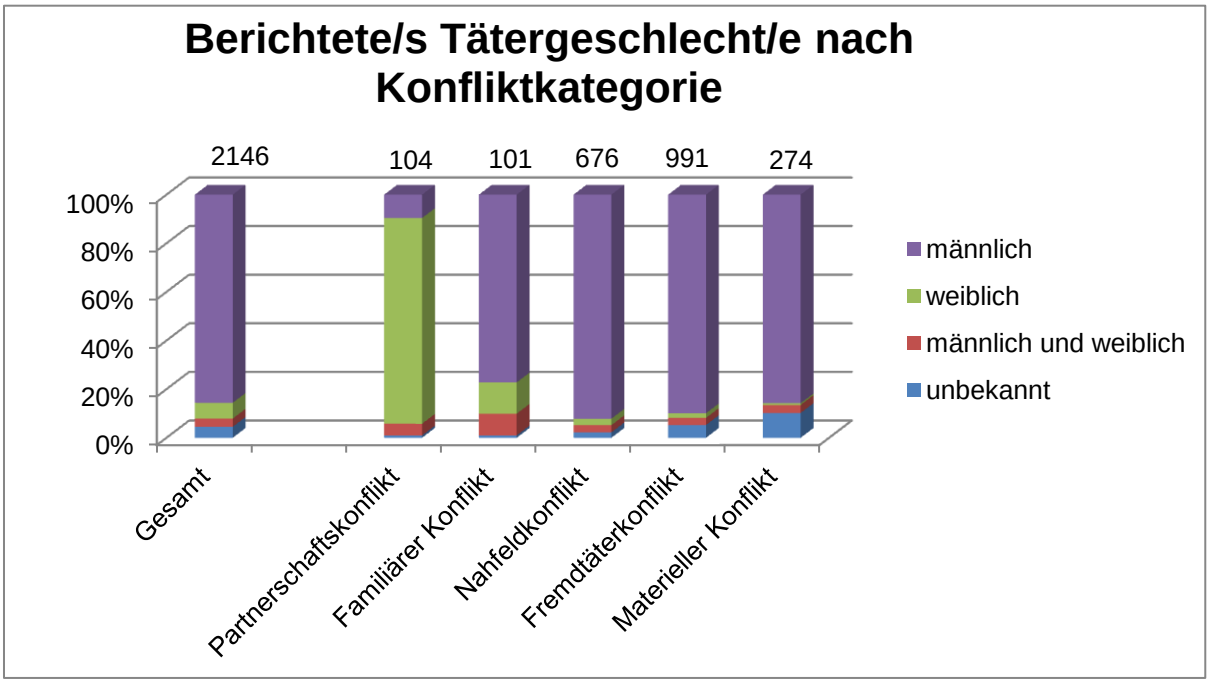

Abbildung 26.: Berichtete/s Tätergeschlecht/e nach Konfliktkategorie

Bei der Auswertung des Geschlechtes des Beschuldigten (Vergleich Abbildung 26) fiel auf, dass die höchste Prävalenz für das weibliche Geschlecht im Rahmen der Partnerschaftskonflikte auftrat (84,6 %; 88/104). Die höchste Prävalenz für gemischtgeschlechtliche Straftaten (8,9 %; 9/101) wurden in familiären Konflikten festgestellt. Abgesehen von den Tätern der Partnerschaftskonflikte waren die Beschuldigten vorrangig männlich.

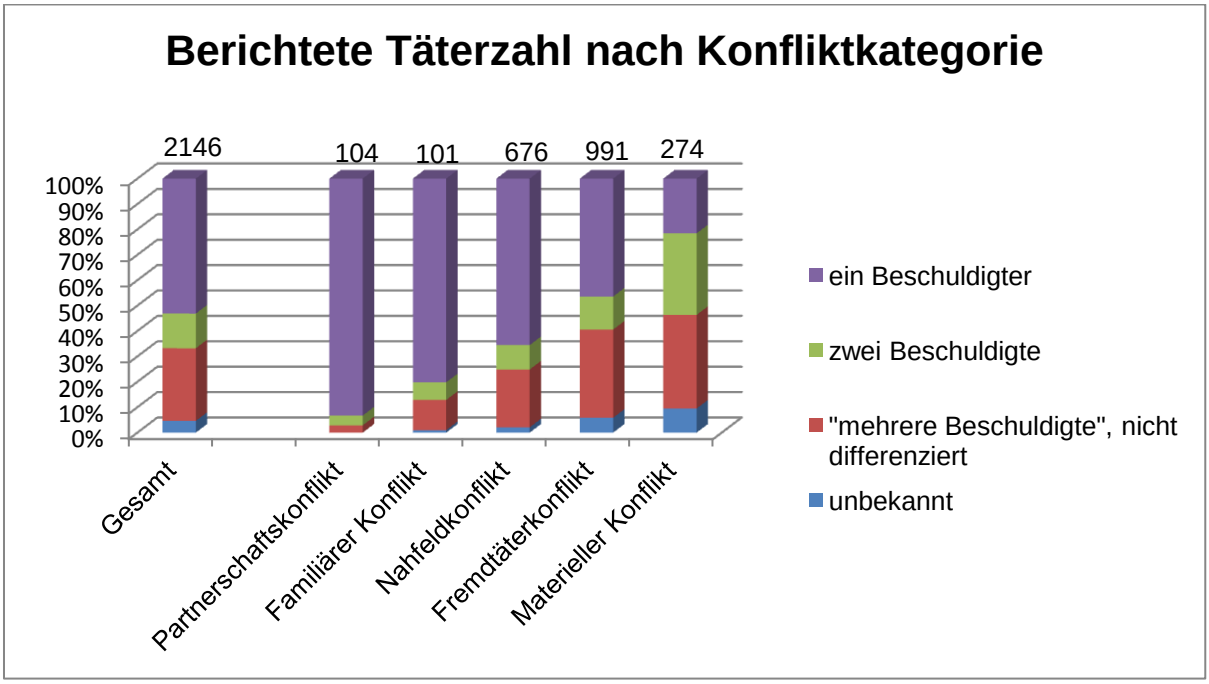

Abbildung 27.: Berichtete Täterzahl nach Konfliktkategorie

In Partnerschaftskonflikten (93,3 %; 97/104), familiären Konflikten (80,2 %; 88/101) sowie bei den allgemeinen Nahfeldkonflikten (65,5 %; 443/676) überwogen die Einzeltäter (Vergleich Abbildung 27).

Bei den Fremdtäterkonflikten bildete sich eine geteilte Spitze bezüglich der Zahl der Beschuldigten. Es ergab eine ähnlich hohe Zahlen an Einzeltätern (46,4 %; 460/991) und Tätergruppen (34,7 %; 334/991).

Es wurden 32,1 % (88/274) der Patienten materieller Straftaten durch Täterpaare verletzt. Ebenso waren die durch Mehrmanntätergruppen verursachten Straftaten (36,9 %; 101/274) häufiger als in den Vergleichsgruppen. Einzeltäterschaften spielen hingegen eine kleinere Rolle (21,5 %; 59/274) als in den anderen Gruppen.

4.2.4.1 *Bekanntheitsgrad bei materieller Bereicherung*

Es konnten 274 Fälle festgestellt werden, die eine materielle Bereicherung zum Anlass der Tat aufzeigten. Da es sich zum Teil auch um Tätergruppen mit gemischten Bekanntheitsgraden handelte, ist es zu Mehrfachnennungen gekommen (Vergleich Abbildung 28).

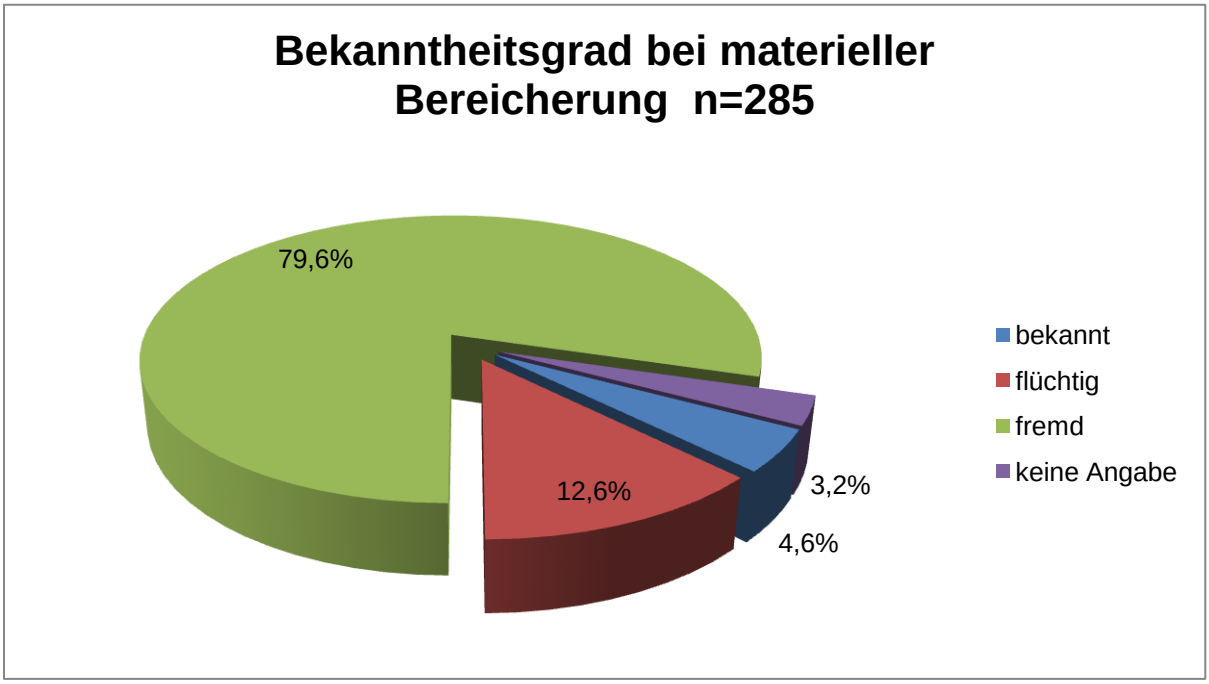

Abbildung 28.: Bekanntheitsgrad bei materieller Bereicherung

Es gingen 79,6 % (227/285) aller Delikte von dem Patienten fremden Menschen aus. Anteilig wurden 12,6 % (36/285) von „flüchtig bekannten“ Beschuldigten und 4,6 % (13/285) der Opfer von „gut bekannten“ Tätern angegriffen und verletzt.

Bezüglich der materiellen Bereicherung konnten 2 Gewaltdelikte identifiziert werden, bei denen eine familiäre Beziehung zwischen dem Opfer und dem Täter besteht. Das entspricht einem Prozentsatz von 0,7 % (2/274).

Dass materielle Bereicherung auch zwischen beruflich verbundenen Menschen ein Thema ist, wurde hauptsächlich durch zurückgehaltene Lohnzahlungen begründet.

4.3 Aussagen zur Form der Gewalt

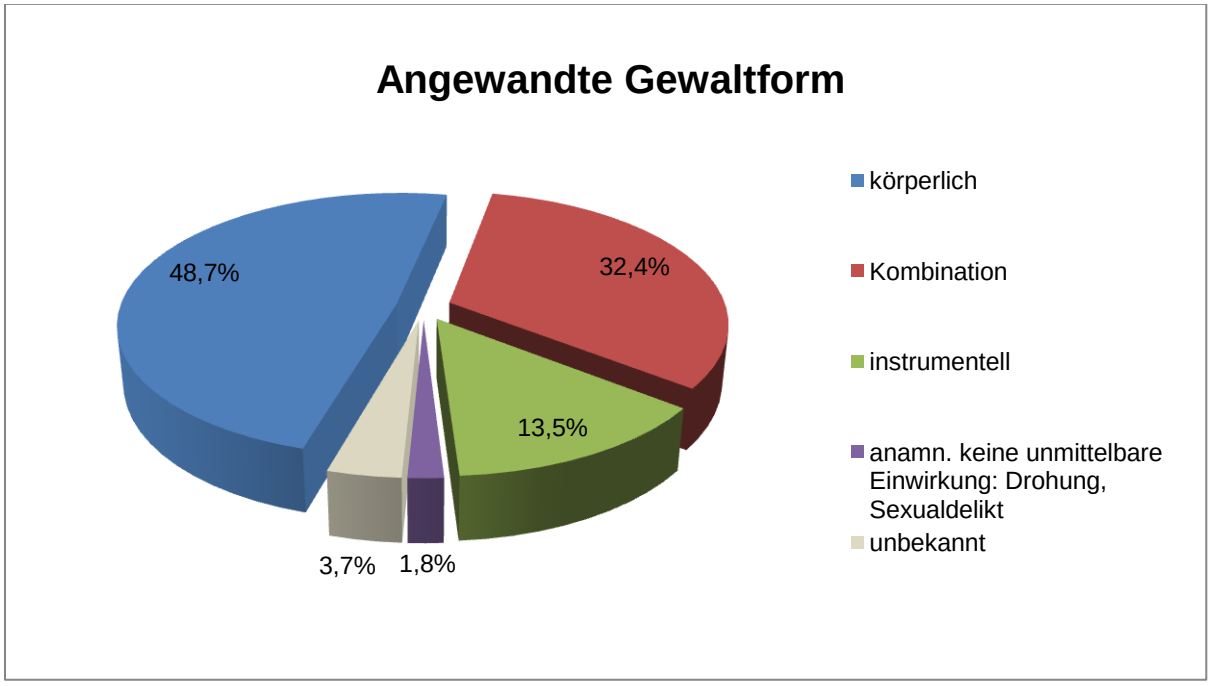

Abbildung 29.: Angewandte Gewaltform

In 48,7 % (1157/2377) der Fälle wurden dem Untersucher Gewaltdelikte geschildert, bei denen ausschließlich körperliche Gewalt auf das Opfer einwirkte. Rein instrumentelle Gewalttaten waren mit 13,5 % (322/2377) seltener vertreten. Gewaltdelikte, in welchen Gewaltarten kombiniert auftraten, wurden mit 32,4 % (769/2377) registriert (Vergleich Abbildung 29).

Anamnestisch keine unmittelbare Einwirkung: Drohung, Sexualdelikt“ wurde als eine Variable für Fälle gebildet, die in der Anamnese keine Anhalte für körperlich nachweisbare Verletzungen zuließen. Dies traf auf Männer zu, denen z.B. ausschließlich gedroht wurde und/ oder die sexuell belästigt wurden. Da die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle im Allgemeinen keine Opfer ausschließlicher psychischer Gewalt aufnimmt, handelt es sich hierbei um sehr geringe Fallzahlen.

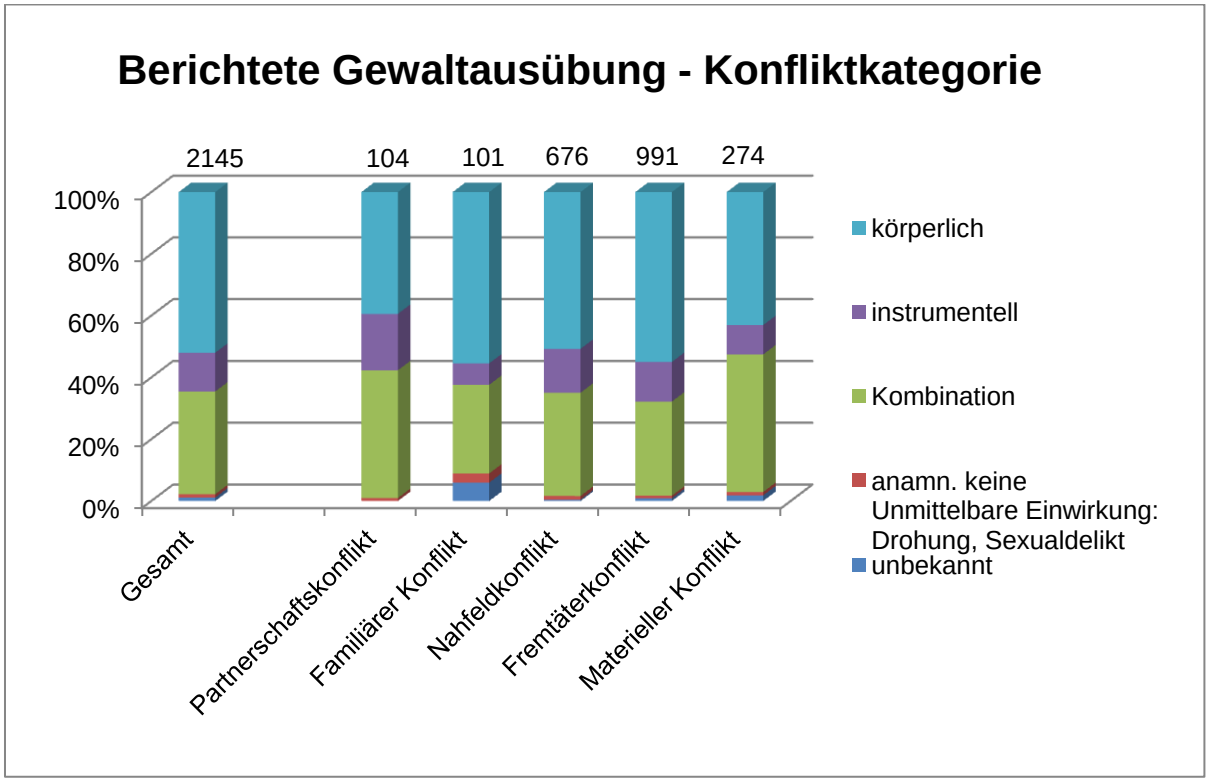

Abbildung 30.: Berichtete Gewaltausübung - Konfliktkategorie

Die Abbildung 30 zeigt, dass Taten mit körperlicher und solche mit kombinierter Gewalt den Hauptanteil bildeten – weitestgehend unabhängig von der Konfliktkategorie. In den Fremdtäterdelikten wurden 55 % (545/991), in den allgemeinen Nahfeldkonflikten 50,7 % (343/676) und bei den familiären Konflikten 55,4 % (56/101) der Opfer durch körperliche Gewalt angegriffen. Bei Partnerschaftskonflikten wurden 39,4 % (41/104) der Opfer körperlich angegriffen. Betrachtete man die Anwendung kombinierter Gewalt, war die höchste Prävalenz 44,5 % (122/274) im Rahmen von materiellen Konflikten, gefolgt von 41,3 % (43/104) im Kontext eines Partnerschaftskonfliktes zu finden. Instrumentelle Gewalt wurde am häufigsten im Zusammenhang mit Partnerschaftskonflikten (18,3 %; 19/104) verzeichnet.

4.3.1 Tatwerkzeuge

Um die Tatwerkzeuge gezielt auszuwerten, wurden sie ebenfalls kategorisiert, so dass jedem Fall eine Tatwaffen-Kategorie zugeordnet wurde. In 50,7 % (1204/2377) der Fälle wurde kein Werkzeug gegen das Opfer verwandt. Diese Fälle wurden entsprechend nicht berücksichtigt. Die Tatwerkzeugkategorien sind zur Veranschaulichung in Tabelle 5 mit Beispielen erläutert:

Stichwerkzeug	Messer, Spritze, Schere u.a.
Schlagwerkzeug	(Not-)Hammer, Schlagstock, Schlagring. Baseballschläger u.a.
Gelegenheitswerkzeug	Aschenbecher, Stuhl, Besen, TV-Bedienung, Schuh, Bocciakugel, Regenschirm, Schlüssel u.a.
Glaswerkzeug	Trinkglas, Glasflaschen, Scherben u.a.
Schusswaffe	(Schreckschuss-) Pistole, Revolver u.a.
Flexibles Werkzeug	Gürtel, Kabel, Schlüsselhalsband, Kabel, Schnürsenkel, Klebeband u.a.
Elektrowerkzeug	Elektroschocker u.a.
Anderer Werkzeugtyp	Handschellen, Hundegebiss, (Heiße) Flüssigkeiten, PKW, Spiritus/Feuer, Pfefferspray u.a.
Mehrfachnennung	Nennung mehrerer verschiedener Tatwaffen gegenüber dem Untersucher
Werkzeug/ Gewalt unbekannt	Opfer konnte dazu keine Aussage machen bzw. es konnten im Nachgang keine Informationen dazu erfasst werden

Tabelle 5.: Tatwerkzeugkategorien

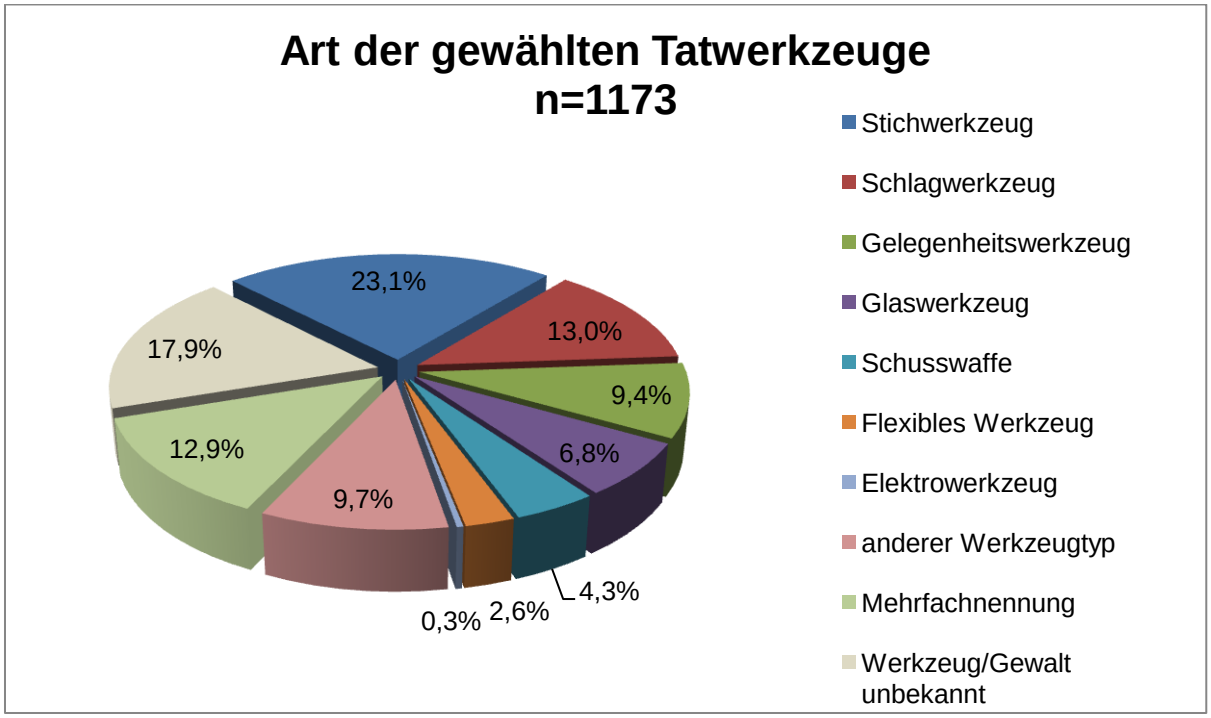

Abbildung 31.: Art der gewählten Tatwerkzeuge

Es wurde von 1173 männlichen Opfern (49,3 %; 1173/2377) von einem oder mehreren gegen sie gerichteten Tatwerkzeugen berichtet. Die höchste Prävalenz fand sich bei den Stichwerkzeugen (23,1 %; 271/1173). Es wurden 13,0 % (152/1173) der Patienten durch ein Schlagwerkzeug verletzt. Nur 6,8 % (80/1173) aller durch ein Tatwerkzeug geschädigten Opfer wurden durch ein Glaswerkzeug verletzt. Die Schusswaffen kamen in 4,3 % (51/1173) der Fälle zum Einsatz (Vergleich Abbildung 31).

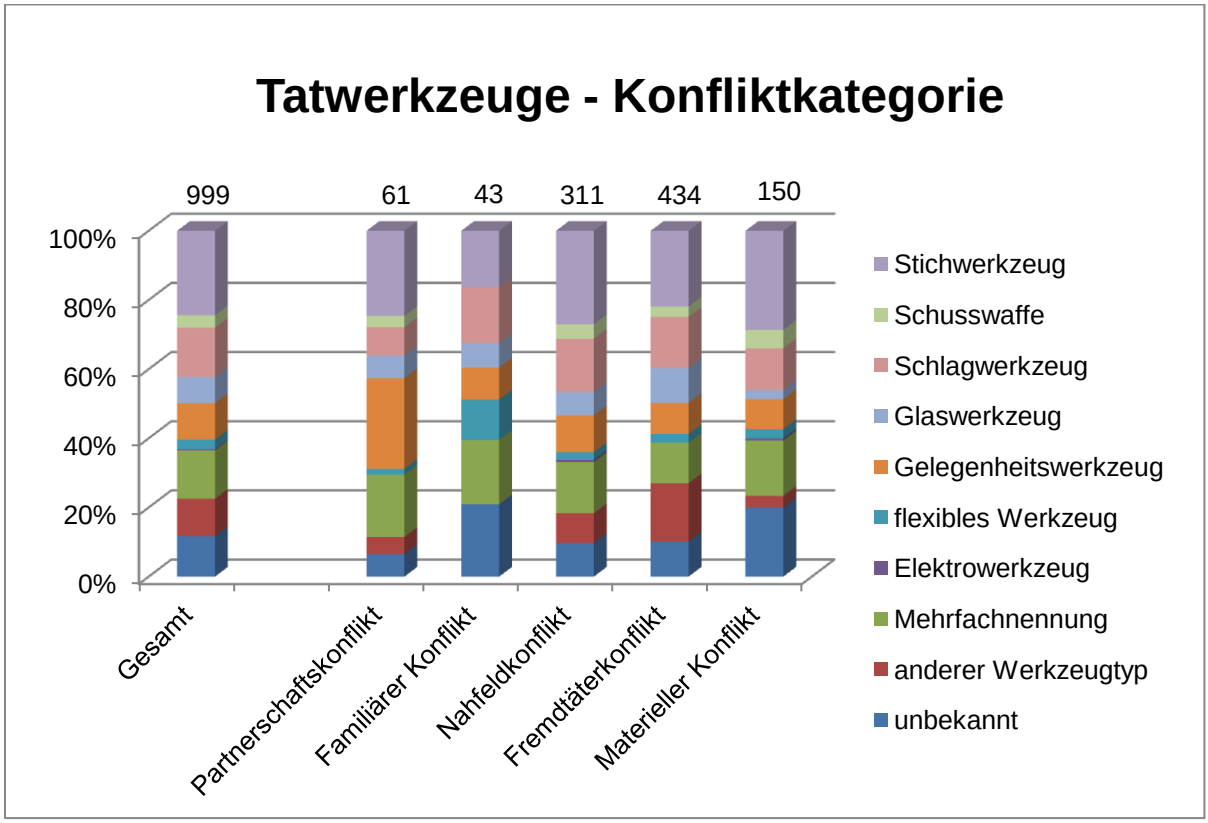

Abbildung 32.: Tatwerkzeuge - Konfliktkategorie

Gemäß den insgesamt 2146 analysierten Dokumentationsbögen, die sich einer Konfliktkategorie zuordnen ließen, sind 53,4 % der Opfer (1147/2145) ohne Werkzeug angegriffen worden. Daraus entsteht ein Fallkollektiv von 999 männlichen Opfern, die mit einem oder mehreren Werkzeugen angegriffen worden sind.

In allen Konfliktkategorien haben vor allem Stichwerkzeuge eine sehr hohe Prävalenz. Ebenso wurde der Gebrauch mehrerer Tatwerkzeuge über alle Konfliktarten verteilt häufig dokumentiert. In 11,7 % (117/999) war es nicht möglich, ein genaues Tatwerkzeug zu eruieren.

Die Gelegenheitswerkzeuge (26,2 %; 16/61) und die Stichwerkzeuge (24,6 %; 15/61) wurden von Opfern aus Partnerschaftskonflikten häufig genannt. In der Konfliktkategorie „Familiärer Konflikt“ wurde zum Einen der Gebrauch mehrerer Tatwerkzeuge gegen das Opfer (18,6 %; 8/43) und zum Anderen der Einsatz von Stich- und Schlagwerkzeugen (beide 16,3 %; 7/43) häufig dokumentiert. Außerdem zeigten familiären Konflikte, bezogen auf die Vergleichsgruppen, die meisten Verletzungen durch flexible Werkzeuge (11,6 %; 5/43) auf. Innerhalb dieser Konfliktkategorie sind 17,9 % (5/28) aller Tatwerkzeuge flexible Werkzeuge.

Die Verletzungen der Opfer allgemeiner Nahfeldkonflikte wurden in 27 % (84/311) der Fälle durch Stichwaffen und in 15,4 % (48/311) durch Schlagwerkzeuge verursacht.

Bei den Verletzungen durch einen Fremdtäter sind 21,9 % (95/434) durch eine Stichwaffe und 14,7 % (64/434) durch ein Schlagwerkzeug verursacht worden. Fremdtäterkonflikte zeigen mit 10,1 % (44/434) die meisten Verletzungen durch Glaswerkzeuge auf. Desweiteren werden unter dieser Konfliktkategorie die meisten „Anderen Werkzeuge“ registriert (16,8 %; 73/434). Der häufigste Stichwaffengebrauch fand im Rahmen von materiellen Konflikten statt. So wurden hier allein 28,6 % (43/150) der Opfer mit Stichwaffen bedroht bzw. verletzt. Durch ein Schlagwerkzeug verletzt wurden 12 % (18/150) der Männer. Mehrere Tatwerkzeuge hatten 16 % (24/150) der Beschuldigten gegen ihr Opfer angewandt.

Von den insgesamt 36, einer Konfliktkategorie zuordnenbaren Schusswaffenverletzungen sind jeweils 13 (36,1 %; 13/36) im Rahmen eines allgemeinen Nahfeldkonfliktes (4,2 %; 13/311) und eines Fremdtäterkonfliktes (3 %; 13/434) passiert. Mit acht Schusswaffenverletzungen bei materiell motivierten Konflikten ist innerhalb der Gruppe jedoch mit (5,3 %; 8/150) das größte Vorkommen festzustellen.

4.4 Aussagen zur Art der Gewalt

Die Untersuchungsbefunde wurden in 8 Hauptgewaltarten unterteilt.

A Stumpfe Gewalt: ungeformte oder geformte Einwirkung

- *Stumpfe ungeformte Gewalt*= stumpfe Gewalt im engeren Sinne, die keine charakteristisch geformten Verletzungen erwarten lässt.
- *Stumpfe geformte Gewalt*= durch kantige und profilierte Werkzeuge; Verletzungsbild erlaubt Rückschlüsse auf das Tatwerkzeug

B Halbscharfe Gewalt: Hieb mit stumpfkantigem bzw. halbscharfen Werkzeug

Einwirkung mittels Äxten, Beilen, Hacken
Verletzungen entstehen mehr durch die angewandte Kraft als durch die Schärfe der Gewalt. Deshalb existieren Elemente scharfer Gewalt (Hautdurchtrennung) parallel zu Gewebequetschung oder Knochendefekten. Es entstehen Hiebverletzungen und Pfählungsverletzungen (Blank, 2004).

C Scharfe Gewalt: mechanische Einwirkung scharfer oder spitzer Gegenstände

- *Stichverletzung*= entsteht durch Eindringen schmaler, spitzer Utensilien, z. B. Messer in ihrer Längsachse oder Nadeln. Die Läsionen sind tiefer als lang, spindelförmig sowie glattrandig und ohne Gewebebrücken. Die Wundwinkel variieren je nach Werkzeug.

- *Schnittverletzung*= entsteht durch schneidende Werkzeuge wie Messer, Glasscherben. Die Verletzung erkennt man als Schnittverletzung, wenn sie länger als tief ist, die Begrenzungen scharf und glattwandig sind und keine Gewebebrücken existieren. Die Wundwinkel sind spitz und ausgezogen.

Parallele, sehr oberflächliche Schnittverletzungen (Ritzer) sind häufig Selbstverletzungen, z. B. im Rahmen einer vorgetäuschten Straftat. Charakteristischerweise sind die betroffenen Zonen leicht zugängig. Schmerzhafte Regionen wie Lippen oder Brustwarzen sind zumeist ausgespart (Klintschar, 2011).

D Schussverletzungen: Einwirkung eines schnellen Projektils auf den Körper

Sonderform des stumpfen Traumas.
Die verletzende Wirkung besteht in der direkten Zerstörung von anatomischen Strukturen entlang des Schusskanals. Daneben können Läsionen durch Druckschwankungen und Gewebsdislokalisationen entstehen (Pollak, 2007).

E Thermische Einwirkung: Einwirkung durch Hitze- oder Kälteeinwirkung

Diese äußern sich als Verbrennung, Verbrühung oder Erfrierung.
Verletzungen durch elektrischen Strom gehören ebenfalls dazu. Neben den Haut- und Gewebsverletzungen können diese zusätzlich zu lebensbedrohlichen Funktionsstörungen von Muskulatur und Herz führen.

F Chemische Einwirkung: Einwirkung von Lauge oder Säure

Solche werden als Verätzungen bezeichnet. Treffen aggressive Säuren und Laugen auf die ungeschützte Haut, so kann es zu tiefen Nekrosen kommen (Jauch et al., 2007).

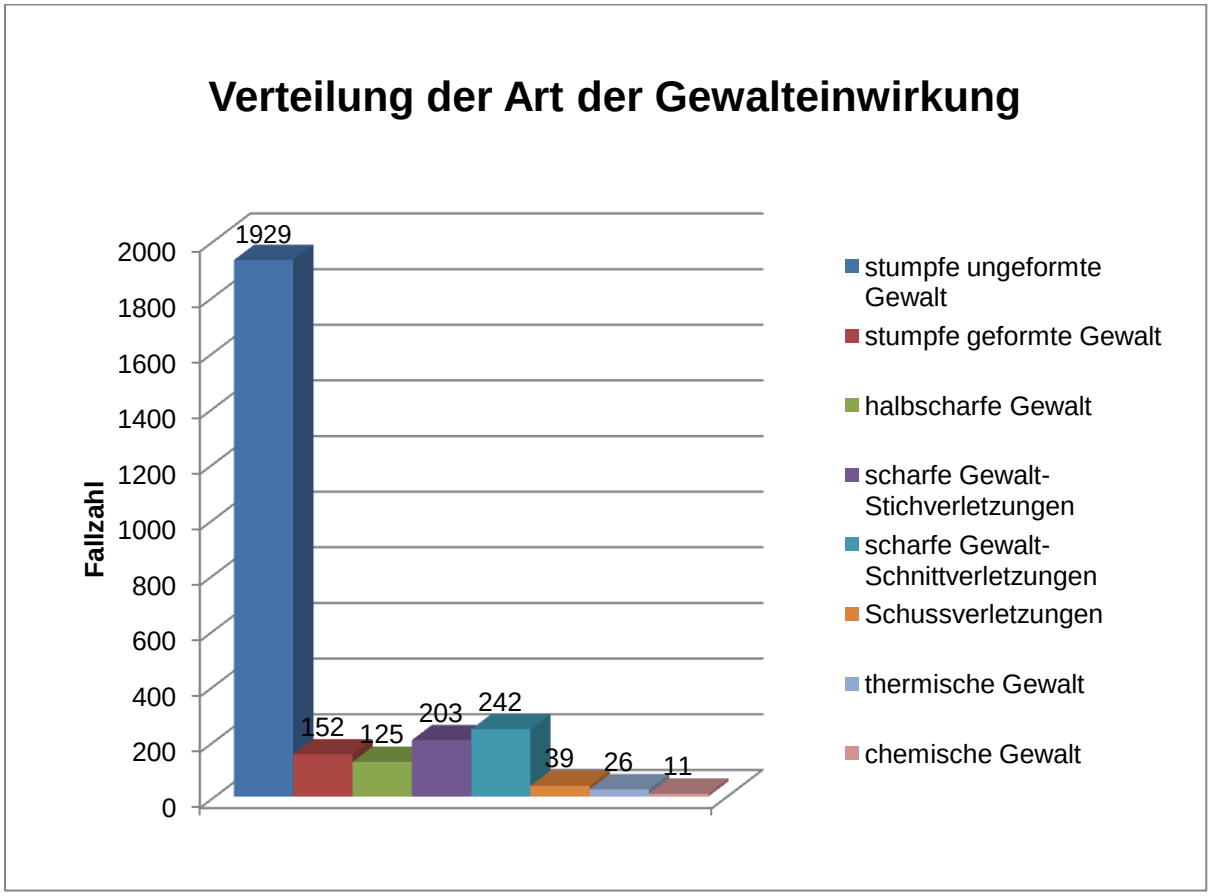

Abbildung 33.: Verteilung der Art der Gewalteinwirkung

Bei einigen Opfern konnten mehrere, bei einigen wenigen auch gar keine Verletzungen festgestellt werden, die auf Gewalteinwirkung schließen ließ. So wurden insgesamt 2727 verschiedenen Verletzungen dokumentiert und in Gruppen gleicher Gewaltarten zusammengetragen. Von 2377 untersuchten Gewaltopfern kam es bei 70,7 % (1929/2727) der Männer zur Anwendung stumpfer ungeformter Gewalt. Scharfe Schnitt- (8,9 %; 242/2727) und Stichverletzungen (7,4 %; 203/2727) kamen im Vergleich seltener vor. Sowohl Schussverletzungen als auch thermische und chemische Verletzungen wurden sehr selten dokumentiert (Vergleich Abbildung 33).

Neben diesen Basiskategorien der Gewalteinwirkungen konnten weitere 10 besondere Verletzungen dokumentiert werden:

- Frakturen
- Narben
- Bissverletzungen
- Fesselungsspuren
- Widerlagerverletzungen
- Griffspuren
- Abwehrverletzungen
- Ritzverletzungen
- Kratzspuren
- Trittspuren

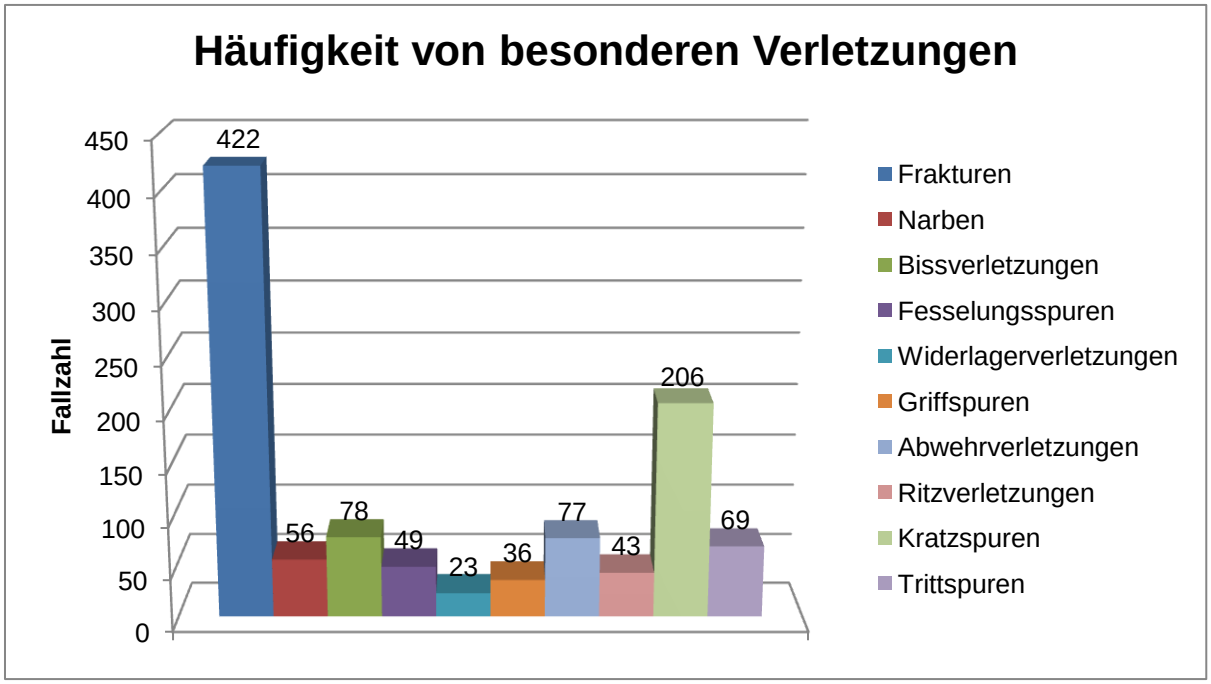

Abbildung 34.: Häufigkeit von besonderen Verletzungen

Es wurden 1059 spezielle Verletzungen dokumentiert. Signifikant hoch liegt die Prävalenz mit 39,8 % (422/1059) bei den Frakturen. Kratzspuren machen mit einer Häufigkeit von 19,5 % (206/1059) die zweithäufigste besondere Verletzung aus. In 7,4 % (78/1059) der dokumentierten, besonderen Verletzungen handelte es sich um eine Bissverletzung (Vergleich Abbildung 34).

4.4.1 Objektivierbarkeit der Verletzungen

In Abbildung 37 ist die Häufigkeit der stumpfen Gewalt im Allgemeinen (geformte und ungeformte stumpfe Gewalt) zusammengefasst dargestellt.

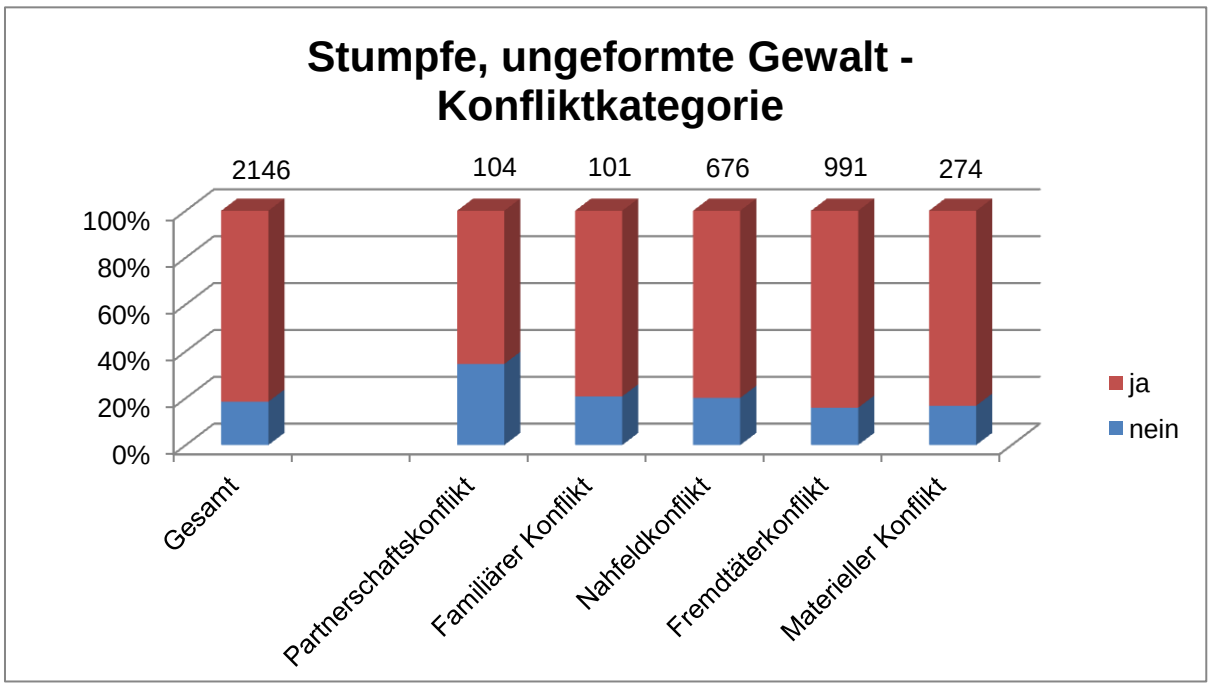

Abbildung 35.: Stumpfe ungeformte Gewalt – Konfliktkategorie

Es haben 1749 (81,5 %; 1749/2146) Männer Folgen stumpfer, ungeformter Gewalt davon getragen (Vergleich Abbildung 35). Im Rahmen von Fremdtäterkonflikten (84,1 %; 833/991) sowie im Kontext von materiellen Konflikten (83,2 %; 228/274) wurden prozentual die meisten Betroffenen dieser Gewaltart verzeichnet. Bei den Partnerschaftskonflikten wurden Verletzungen durch stumpfe, ungeformte Gewalt im Vergleich am seltensten dokumentiert (65,4 %; 68/104).

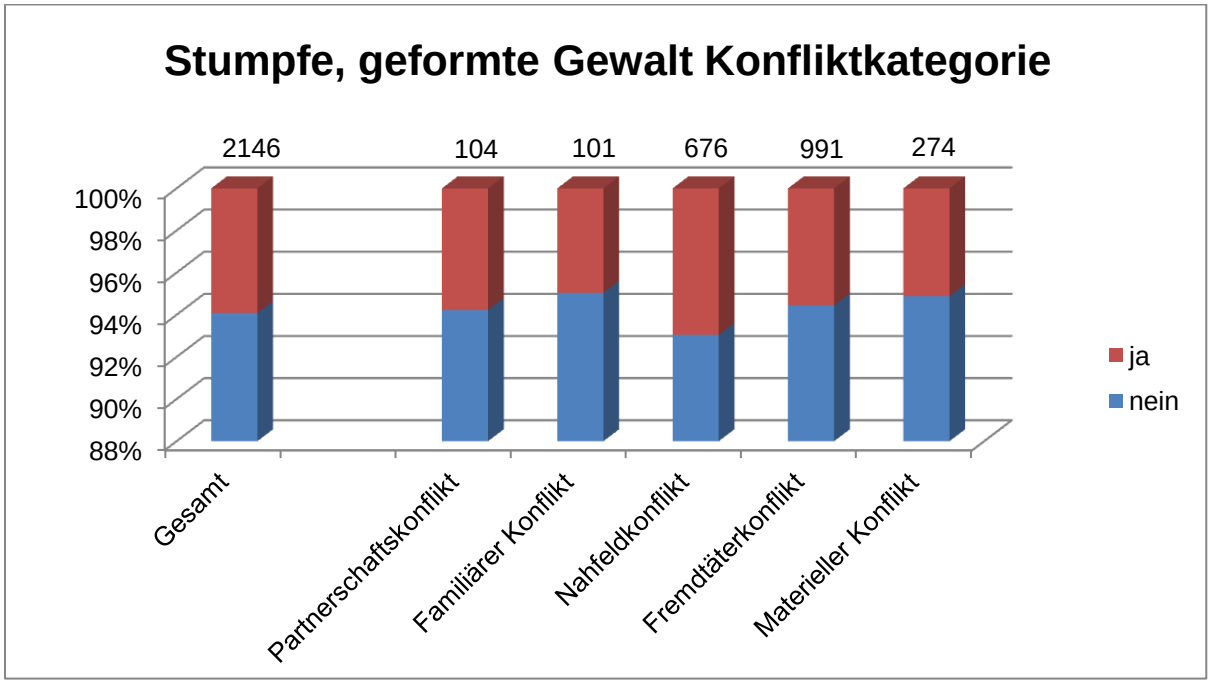

Abbildung 36.: Stumpfe geformte Gewalt – Konfliktkategorie

Bei stumpfer, geformter Gewalteinwirkung entstehen am Körper des Opfers umschriebene Gewaltspuren. Zumeist wird hierfür ein Werkzeug verwandt. Im weiteren Sinne können jedoch auch Tritte und Griffe des Täters entsprechende Spuren am Körper des Opfers hinterlassen. Sie kommen zu sehr viel geringeren Häufigkeiten vor als ungeformte stumpfe Verletzungen (Vergleich 5,9 %; [127/2146] mit 81,5 % [1749/2149]). Die höchste Prävalenz (7,0 %; 47/676) ist bei den allgemeinen Nahfeldkonflikten festzustellen (Vergleich Abbildung 36).

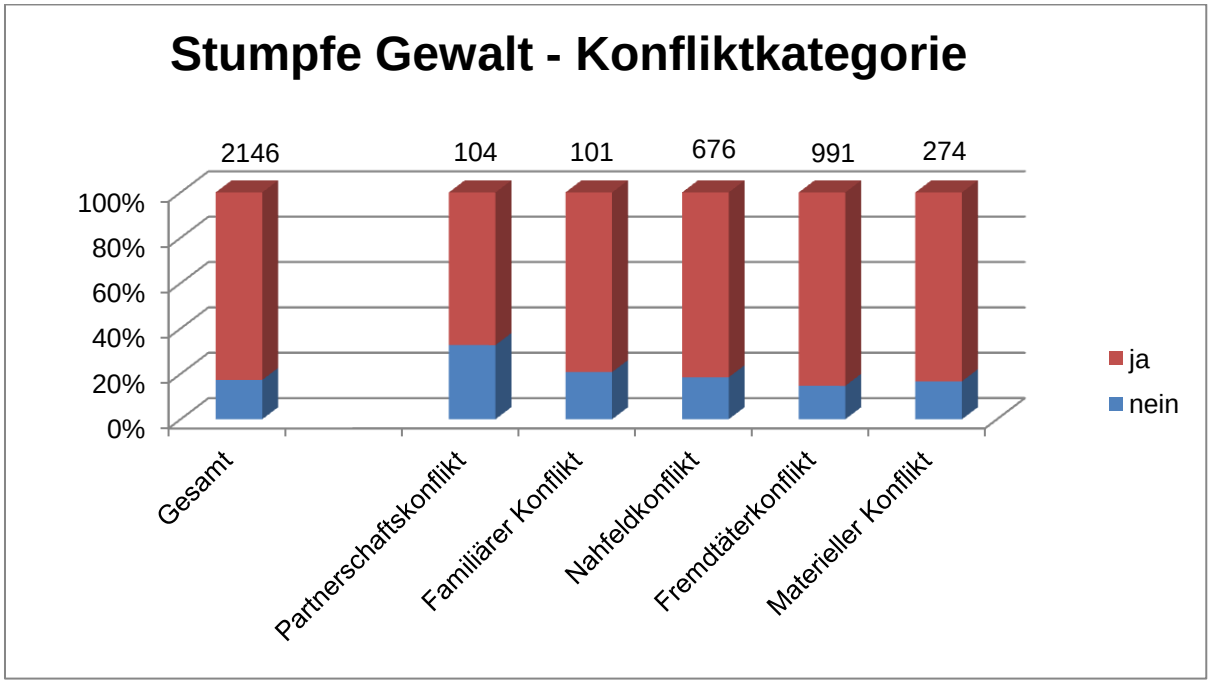

Abbildung 37.: Stumpfe Gewalt – Konfliktkategorie

Bei 85,3 % (845/991) der durch Fremdtäter Geschädigten konnten Spuren stumpfer Gewalt festgestellt werden (Vergleich Abbildung 37). Ähnlich häufig protokolliert wurde dies bei den Opfern der Nahfeldkonflikte (82,4 %; 551/676) sowie bei denen der materiell- motivierten Gewaltdelikte (83,2 %; 228/274).

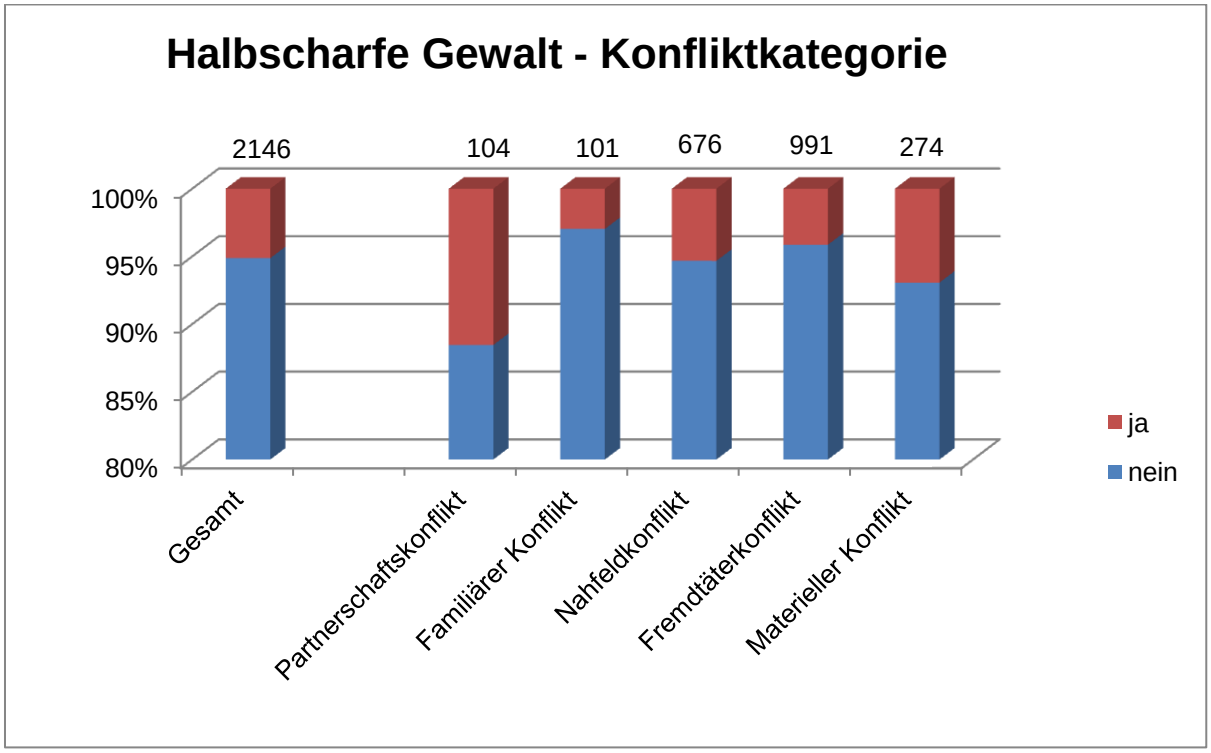

Abbildung 38.: Halbscharfe Gewalt – Konfliktkategorie

Es wurden 5,2 %; (111/2146) der Opfer durch halbscharfe Gewalt verletzt (Vergleich Abbildung 38). Davon wurden diese Verletzungen im Kontext eines Fremdtäterkonfliktes 36,9 %(41/111) aufgenommen. Nahezu gleich viele Verletzungen (32,4 %; 36/111) wurden bei den allgemeinen Nahfeldkonflikten dokumentiert. Innerhalb der Konfliktkategorien deckten die halbscharfen Verletzungen jedoch nur einen unerheblichen Anteil (Fremdtäterkonflikte 4,1 % [41/991], Nahfeldkonflikte 5,3 % [36/676]) ab.

Weitaus häufiger (11,5 %; 12/104) wurde diese Gewaltart von dem untersuchenden Arzt im Rahmen von Partnerschaftskonflikten dokumentiert.

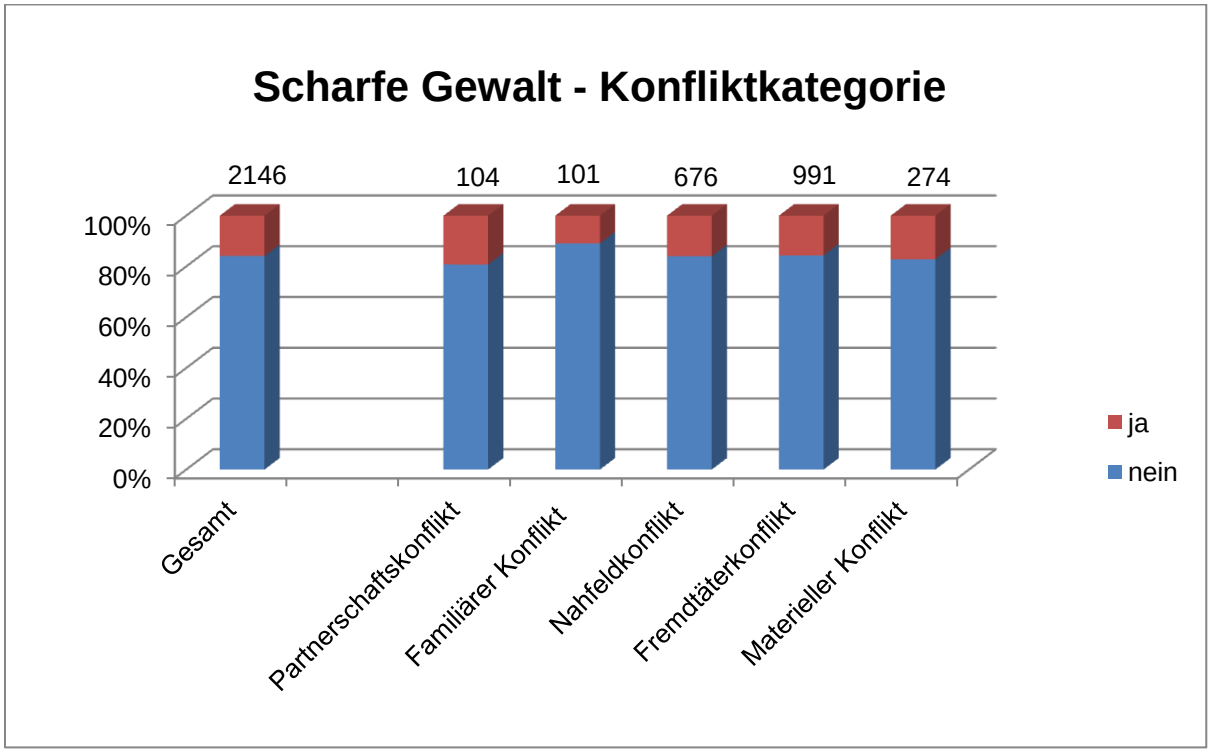

Abbildung 39.: Scharfe Gewalt – Konfliktkategorie

Scharfe Gewalt setzte sich aus Schnitt- und Stichverletzungen zusammen. Es wurden 341 Opfern (15,9 %; 341/2146) mit entsprechenden scharfen bzw. spitzen Werkzeugen derartige Verletzungen zugefügt (Vergleich Abbildung 39). Die höchste Prävalenz hatten Stich- und Schnittverletzungen in Partnerschaftsbeziehungen (19,2 % (20/104). Bei Männern, die einem materiellen Konflikt zum Opfer gefallen waren, wurde in 17,2 % (47/274) ein scharfes Werkzeug beim Angriff benutzt. Die Opfer von Fremdtäterkonflikten erlitten in 15,4 % (155/991) der Fälle scharfe Gewalteinwirkungen. Im Rahmen familiärer Konflikte wurde scharfe Gewalteinwirkung mit 10,9 % (11/101) festgestellt.

Kratz und Bissverletzungen

Kratz- und Bissverletzungen wiesen die höchsten Prävalenzen im häuslichen Bereich (Partnerschaftskonflikte, familiäre Konflikte) auf. Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse ergab die in Tabelle 6 dargestellten Konstellationen.

	Kratzverletzung			**Bissverletzung**		
	ja		nein	ja		nein
Partnerschaftskonflikt n= 104	25	**24,0 %**	79	20	**19,2 %**	84
Familiärer Konflikt n= 101	16	**15,8 %**	85	2	**2,0 %**	99
Nahfeldkonflikt n= 676	56	**8,3 %**	620	18	**2,7 %**	658
Fremdtäterkonflikt n= 991	64	**6,5 %**	927	32	**3,2 %**	959
Materieller Konflikt n= 274	26	**9,5 %**	248	4	**1,5 %**	270

Tabelle 6.: Übersicht über das Vorkommen von Kratz und Bissverletzungen

Es ist zu differenzieren, dass Bissverletzungen fast ausschließlich durch Konflikte in der Partnerschaft hervorgerufen wurden, Kratzverletzungen dagegen in beiden häuslichen Konfliktkategorien vermehrt festzustellen waren.

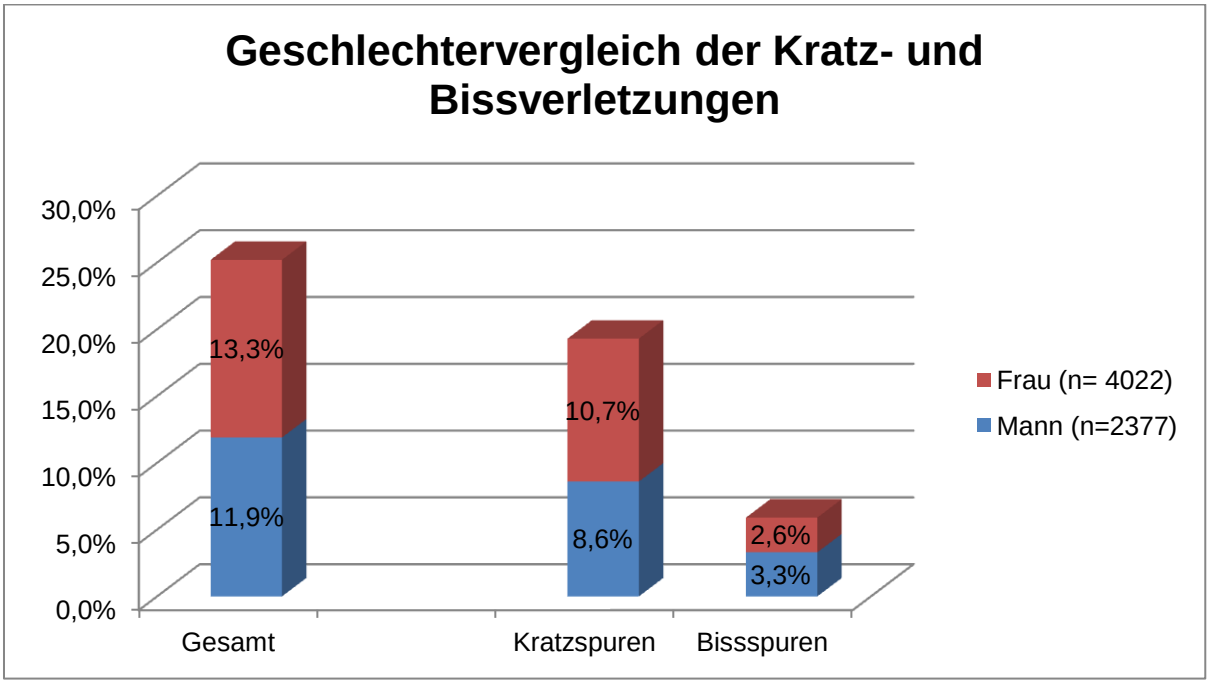

Abbildung 40.: Geschlechtervergleich der Kratz- und Bissverletzungen

Um die unterschiedlich hohen Zahlen miteinander vergleichbar zu machen, wurden die Ergebnisse ins Verhältnis gesetzt und in Prozent umgewandelt.

Es ergab sich eine höhere Prävalenz von Kratzverletzungen bei den weiblichen Geschädigten (10,7 %; 432/4022). Bissspuren (3,3 %; 78/2377) wurden häufiger an den männlichen Patienten festgestellt (Vergleich Abbildung 40).

4.4.1.1 *Lokalisationen der Verletzungen*

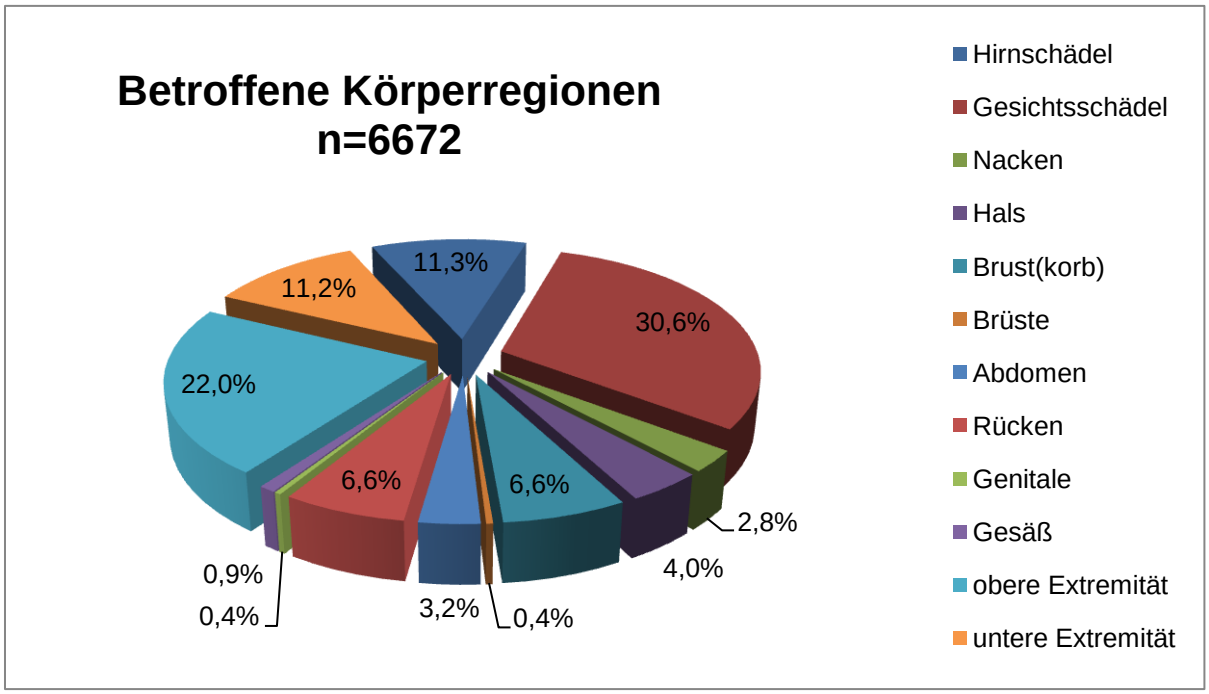

Abbildung 41.: Betroffene Körperregionen

Die durch das Gewaltdelikt entstandenen Verletzungen (6672) wurden, gemäß ihrer Lokalisation am Körper des Opfers, vordefinierten Körperzonen zugeordnet. Betrachtet und vergleicht man nun die Körperregionen, so fällt auf, dass vor allem der Gesichtsschädel (30,6 %; 2040/6672) und die obere Extremität (22,0 %; 1470/6672) häufig verletzt wurden (Vergleich Abbildung 41).

Ferner waren die untere Extremitäten (11,2 %; 746/6672) und die empfindliche Zone des Hirnschädels (11,3 %; 756/6672) verhältnismäßig oft dokumentiert worden.

Bei männlichen Opfern sexueller Gewalttaten, die in der Untersuchungsstelle vorstellig wurden, war die Zahl von Verletzungen im Bereich intimer Körperregionen wie Gesäß (0,9 %; 60/6672) bzw. Genitale (0,4 %; 24/6672) wie erwartet gering.

In den folgenden Korrelationsdarstellungen wurde mit der reduzierten Fallgesamtheit von 2146 (anstatt 2377 Männer) gearbeitet. Entsprechend sind die aufgezeigten Verletzungslokalisationen auch geringer.

4.4.1.1.1 Verletzungen an Kopf/Hals

Von allen protokollierten Verletzungen fielen 48,8 % (3254/6672) allein auf die Kopf – Hals -Zone (Hirnschädel, Gesichtsschädel, Hals und Nacken). Auf die Lokalisation Hirn- und Gesichtsschädel fielen dabei 41,9 % (2796/6672).

Es ließen sich 2444 (75,1 %; 2444/3254) Verletzungen des Hirn- bzw. Gesichtsschädel bei den einer Konfliktkategorie zugeordneten Fällen (n=2146) feststellen.

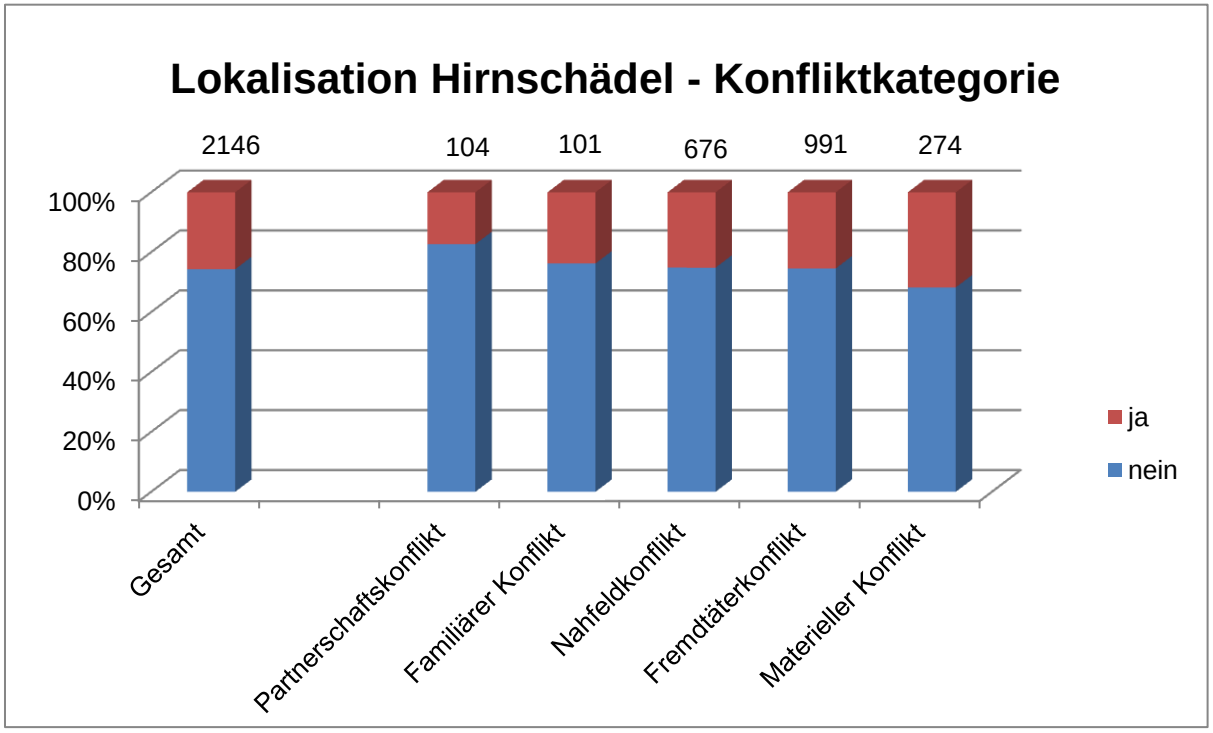

Abbildung 42.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Hirnschädel - Konfliktkategorie

Es wurde bei 551 (25,7 %; 551/2146) Patienten mindestens eine Hirnschädelverletzung festgestellt. Am häufigsten fand diese Verletzung bei den materiellen Konflikten (31,8 %; 87/274) statt. Fremdtäterkonflikte hatten in 25,4 % (252/991), Nahfeldkonflikte in 25,1 % (170/676) der Fälle Hirnschädelverletzungen zur Folge. Hingegen kam diese Verletzungslokalisation bei Partnerschafts- und Familienkonflikten seltener vor (Vergleich Abbildung 42).

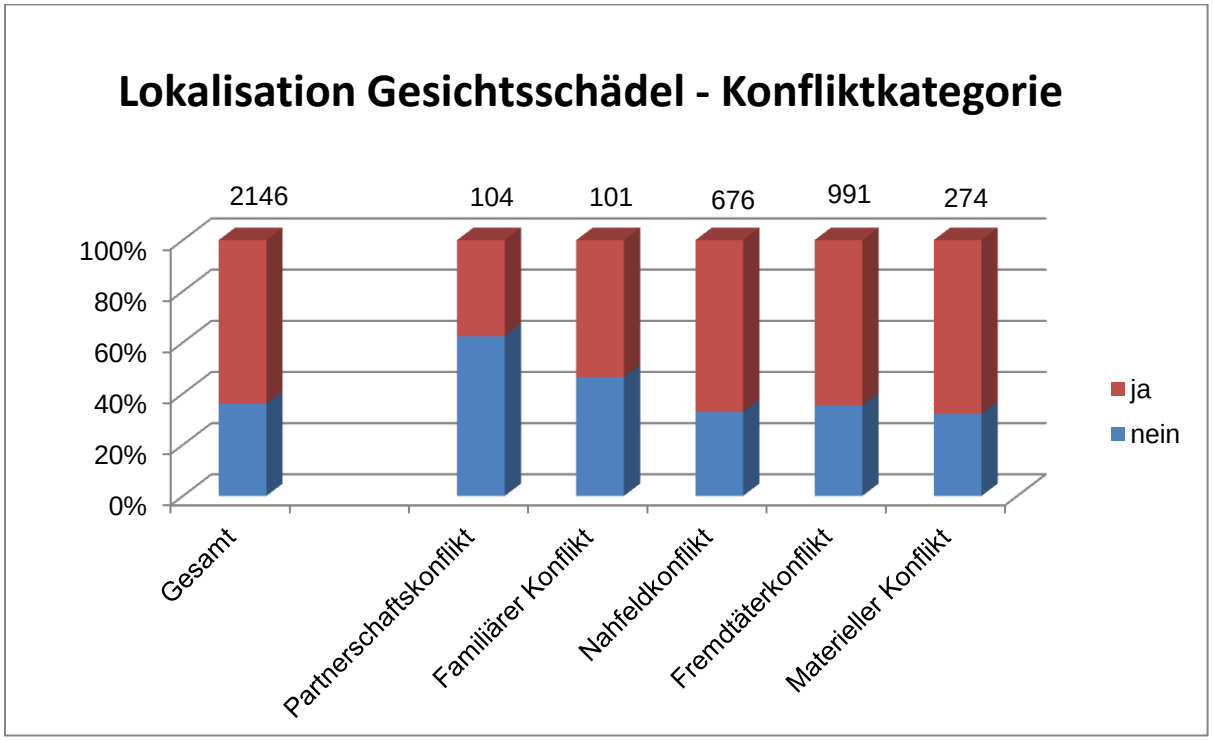

Abbildung 43.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Gesichtsschädel - Konfliktkategorie

Es wurden 1373 Patienten (64,0 %; 1373/2146) mit mindestens einer Verletzung des Gesichtsschädels erfasst (Vergleich Abbildung 43). Ähnlich hohe Prävalenzen wurde im Rahmen des materiellen Konfliktes (67,9 %; 186/274), der Fremd- (64,6 %; 640/991) sowie Nahfeldkonflikte (67,2 %; 454/676]) verzeichnet.

In den Partnerschaftskonflikten waren Verletzungen in dem Gesichtsbereich bedeutend seltener (37,5 %; 39/104).

4.4.1.1.2 Verletzungen am Rumpf

Es wurden 1202 (18,0 %; 1202/6672) Verletzungen des Rumpfes dokumentiert (Brustkorb, Brüste, Abdomen, Rücken). Insgesamt ließen sich 580 (48,3 %; 580/1202) Verletzungen des Rückens und des Abdomens, mit einer Konfliktkategorie zugeordneten Fällen (n=2146) korrelieren (Vergleich Abbildung 44 und 45).

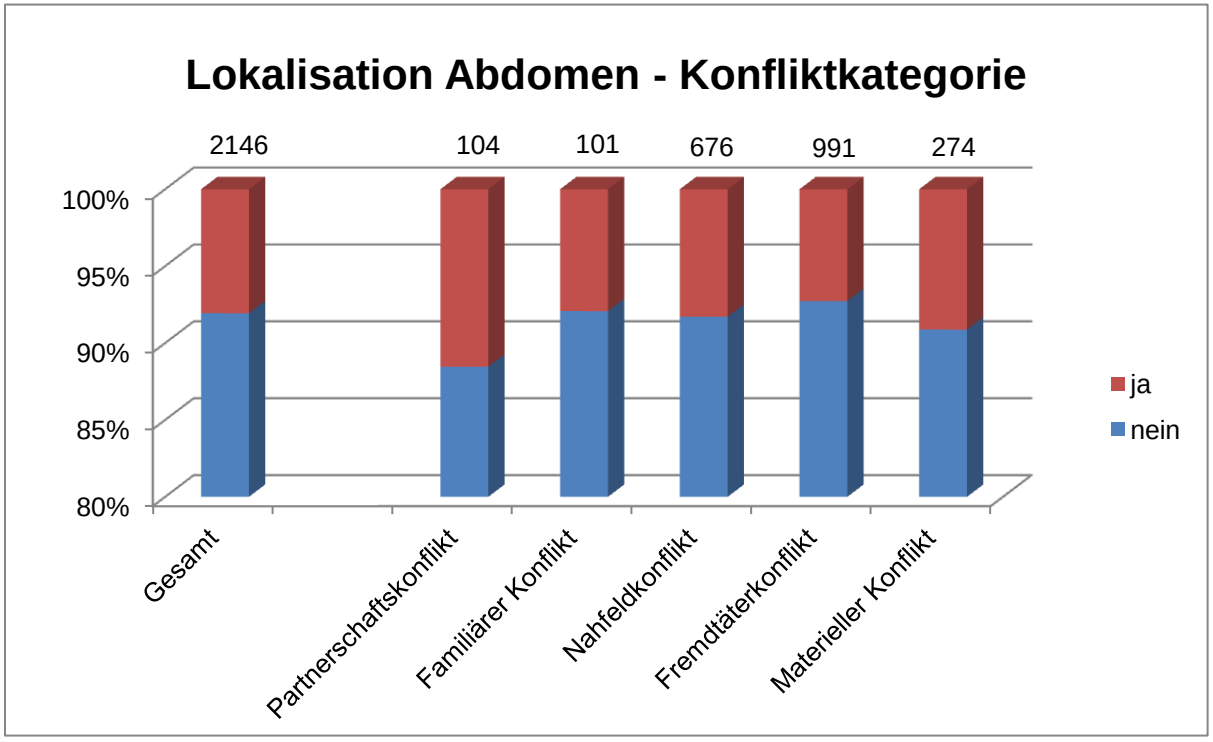

Abbildung 44.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Abdomen - Konfliktkategorie

Die Lokalisation „Abdomen“ wurde bei 173 untersuchten Patienten (8,1 %; 173/2146) mindestens einmal verletzt (Vergleich Abbildung 44).

In Partnerschaftskonflikten wurde die höchste Prävalenz (11,5 %; 12/104) an abdominalen Verletzungen festgestellt. Materiell motivierte Gewaltdelikte führten in 9,1 % (25/274) zu einer Verletzung des Abdomens.

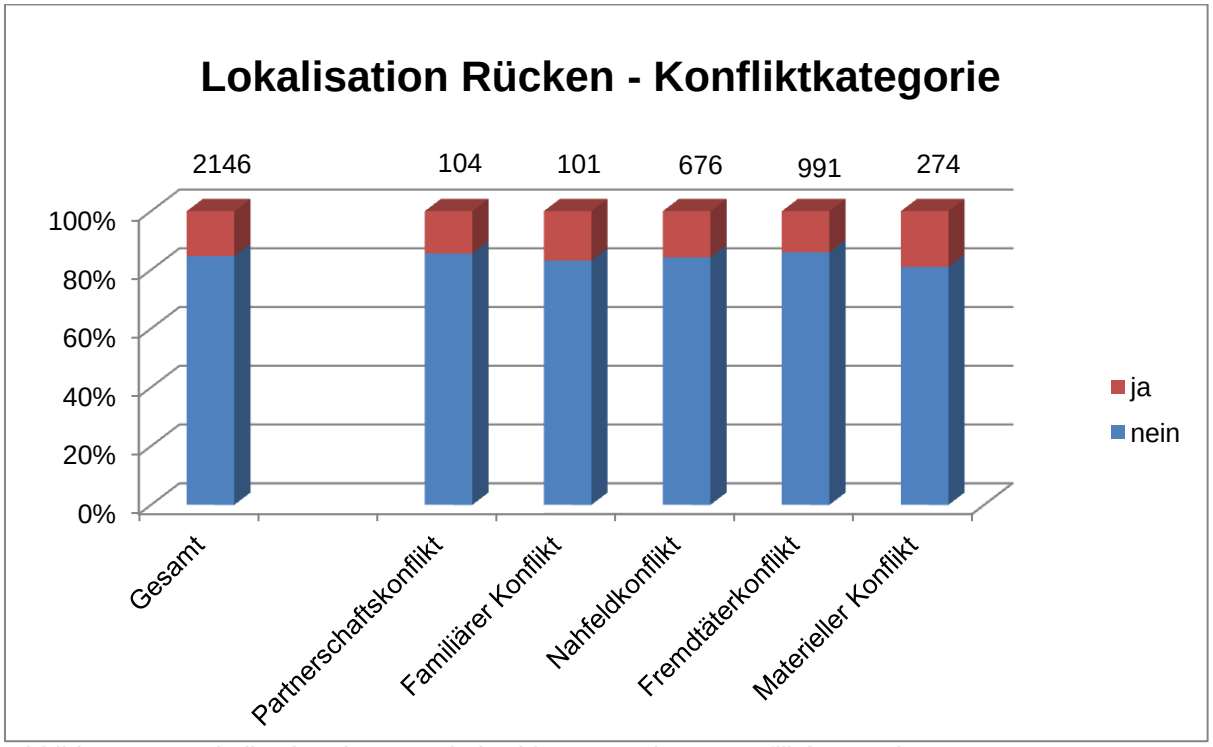

Abbildung 45.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Rücken - Konfliktkategorie

Die mindestens einmalige Verletzung des Rückens wurde von 15,3 % (329/2146) der Geschädigten beschrieben. Deren Prävalenz war bei materiellen Konflikten (19,0 %; 52/274) am höchsten. Zusammengefasst hatten Partnerschaftskonflikte und familiäre Konflikte (häusliche Konflikte) 15,6 % (32/205) Rückenverletzungen zur Folge (Vergleich Abbildung 45).

4.4.1.1.3 Verletzung der Extremitäten

Es wurden 2216 (33,2 %; 2216/6672) Verletzungen der oberen und/ oder unteren Extremitäten vom Untersucher protokolliert (Vergleich Abbildung 46 und 47).

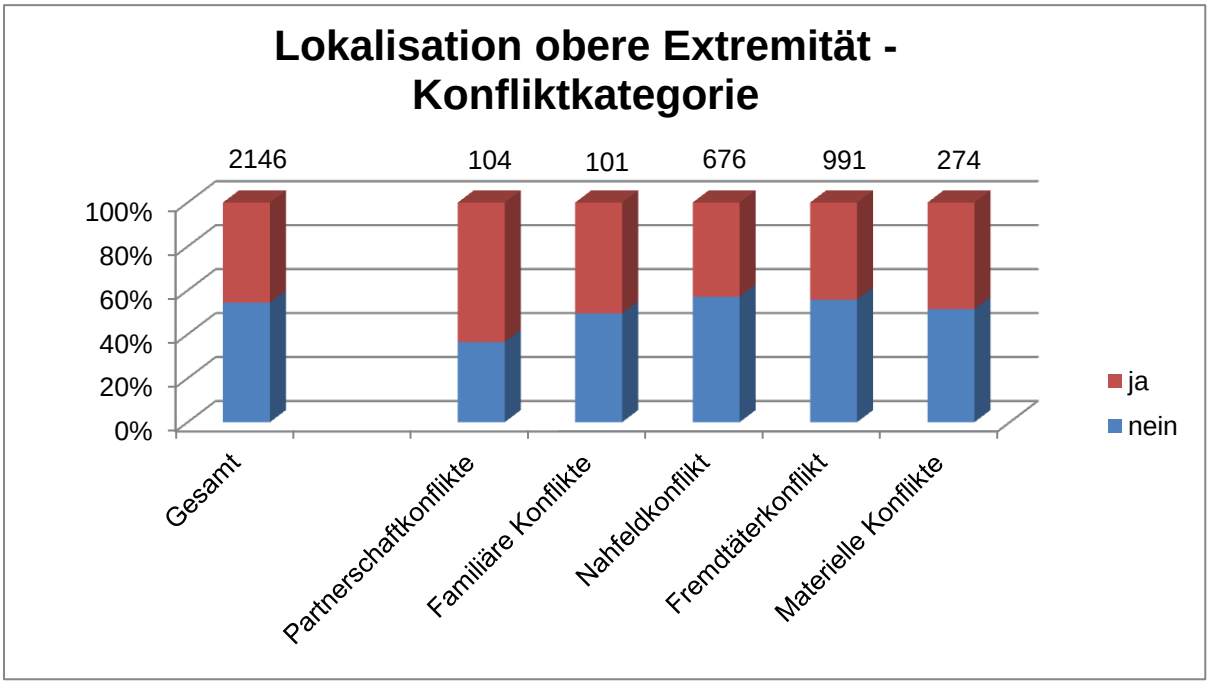

Abbildung 46.: Lokalisation obere Extremität - Konfliktkategorie

Bei 978 Patienten wurde mindestens eine Verletzung an der oberen Extremität von den untersuchenden Ärzten dokumentiert (Vergleich Abbildung 46). Die höchste Prävalenz fand sich innerhalb der Konfliktkategorie „Partnerschaftskonflikt“ mit 63,5 % (66/104). Die Opfer aus Fremdtäterkonflikten wurden an den oberen Extremitäten seltener verletzt (44,2 %; 438/991).

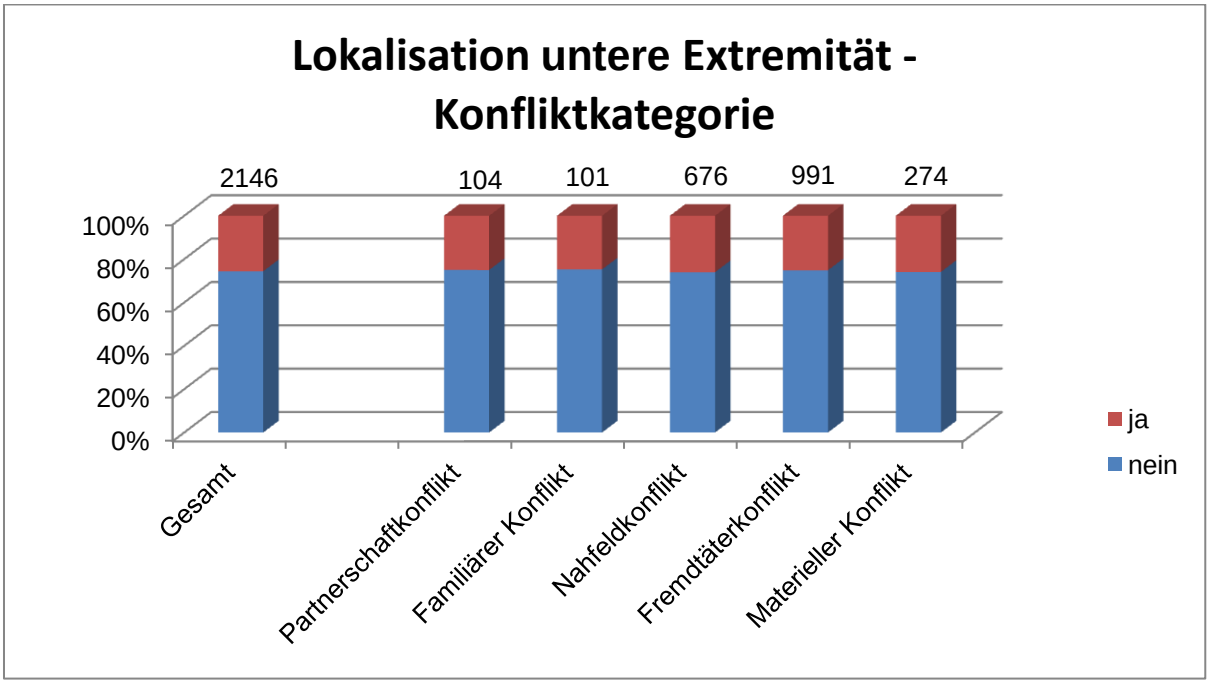

Abbildung 47.: Lokalisation untere Extremität - Konfliktkategorie

Bei 549 (25,5 %) Patienten wurde mindestens einmal die untere Extremität verletzt (Vergleich Abbildung 47). Die Verletzungen der Beine während der Gewaltdelikte waren gleichmäßig (~25 % Anteile) auf alle 5 Konfliktkategorien verteilt.

4.4.2 Zahl betroffener Körperregionen/ Schweregrad der Verletzungen

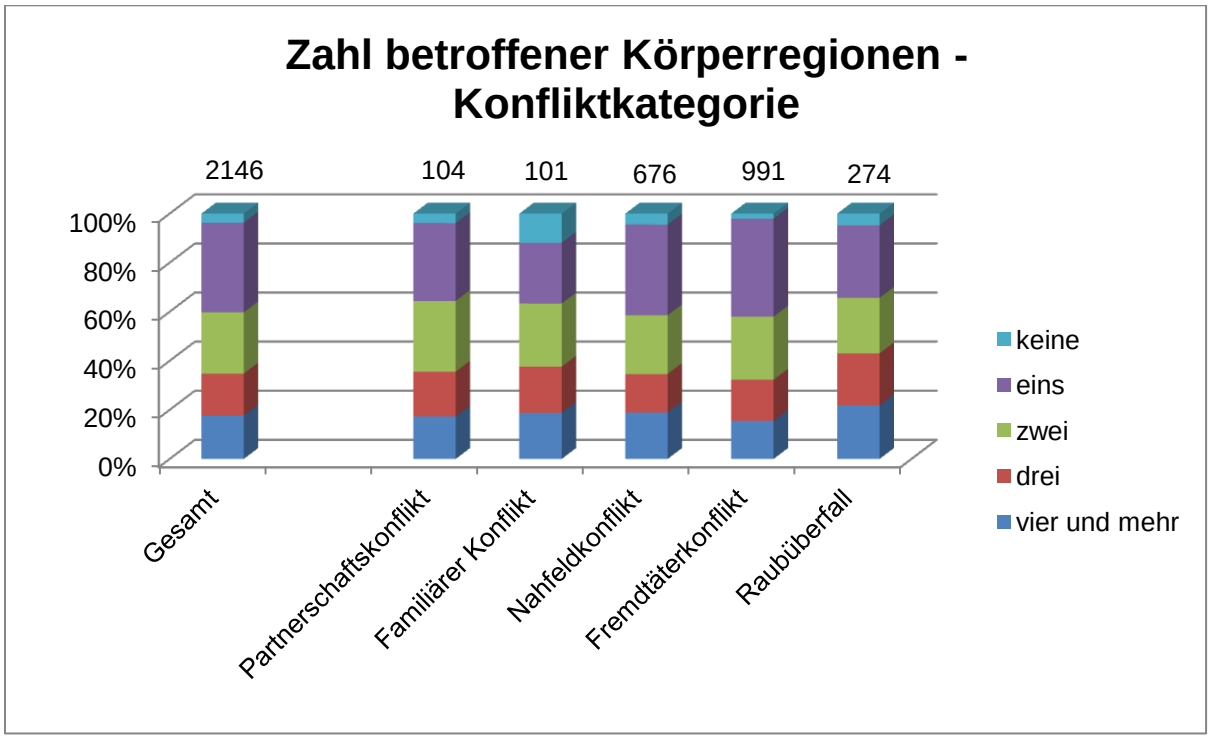

Abbildung 48.: Zahl betroffener Körperregionen - Konfliktkategorie

Die höchste Prävalenz hatten Angriffe mit der Verletzung von nur einer Körperregion des Opfers (36,5%; 785/2146). Vier oder mehr Verletzungslokalisationen an einem Opfer wurden bei 17,7 % der Patienten festgestellt.

In Bezug auf die Konfliktkategorie ergibt sich eine gleichmäßige Verteilung der Betroffenheitshäufigkeit (Vergleich 48).

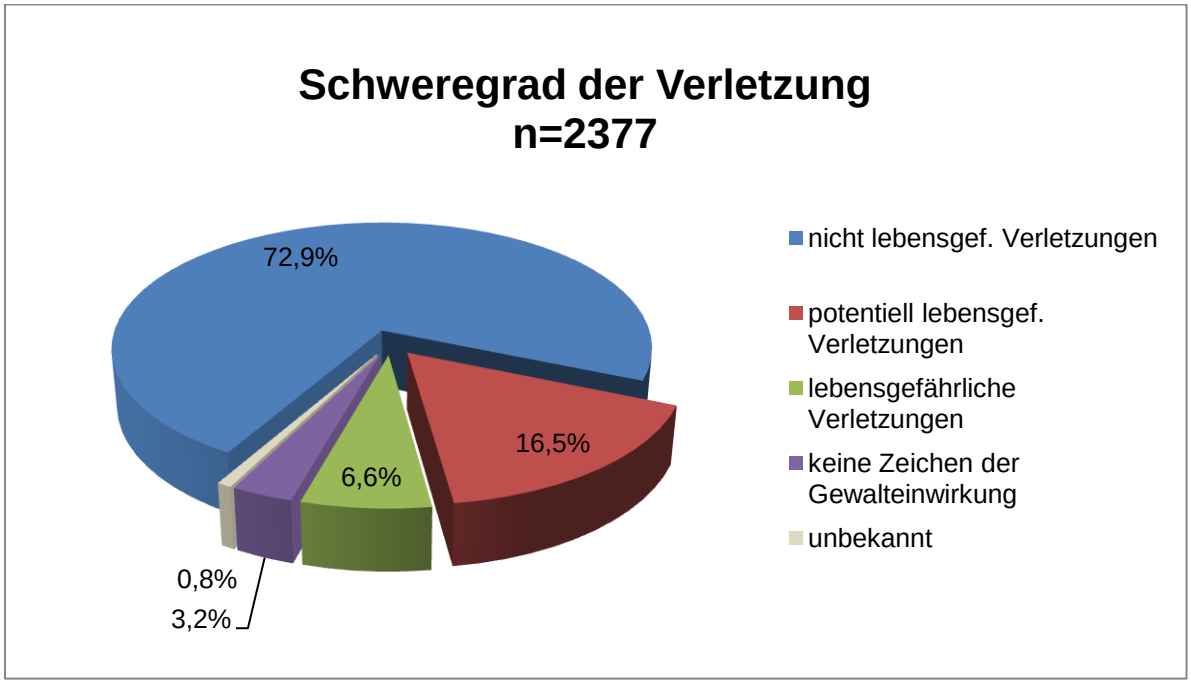

Abbildung 49.: Schweregrad der Verletzung

Abweichend von den vorrangegangenen Korrelationen, in welchen ausschließlich die Gewaltopfer die sich einer Konfliktkategorie zuordnen ließen betrachtetet wurden, wird in der Abbildung 49 das gesamte Patientenkollektiv berücksichtigt.

Die Verletzungen der Opfer wurden in vier verschiedene Schweregrade eingeteilt. Diese Auswertung wurde wieder auf das Die Angriffe hatten überwiegend nicht lebensgefährliche Verletzungen zur Folge (72,9 %; 1734/2377). Potenziell lebensgefährliche Verletzungen trugen 16,5 % (393/2377) der Opfer davon. In der rechtsmedizinischen Nomenklatur werden Verletzungen als potenziell lebensgefährlich bezeichnet, wenn es zur Öffnung einer Körperhöhle, zu mindestens einer Schädelfraktur oder einem Angriff gegen den Hals des Opfers gekommen ist. Als lebensgefährlich wurden seitens der Untersucher/innen 6,6 % (157/2377) der Verletzungen beurteilt. „Lebensgefährlich verletzt“ bedeutet hierbei, dass das Opfer ohne zeitnahe medizinische Hilfe in Folge dieser Verletzung sterben würde. Die Tatsache, dass nicht alle lebensbedrohlich verletzten Personen rechtsmedizinisch untersucht werden, weist darauf hin, dass diese ermittelte Zahl nicht dem tatsächlichen Vorkommen entspricht. In 18 Fällen (0,8 %) bleibt es im Nachhinein unbekannt, welcher Schweregrad der Verletzungen vorgelegen hatte.

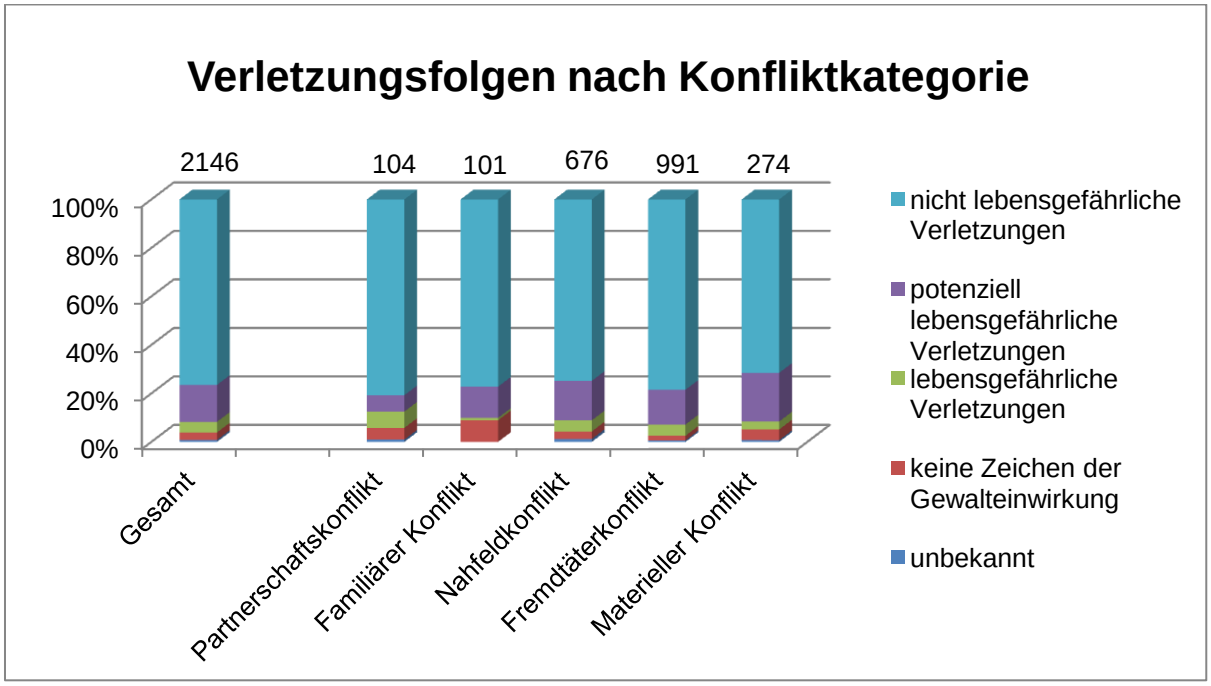

Abbildung 50.: Verletzungsfolgen nach Konfliktkategorie

Die höchste Prävalenz des Schweregrades „nicht lebensgefährlich“ (80,8 %; 84/104) wurde bei Opfern von Partnerschaftskonflikten festgestellt (Vergleich Abbildung 50). Im Rahmen von Partnerschaftskonflikten wurden 13,5 % der Geschädigten (14/104) potenziell lebensgefährlich und lebensgefährlich (jeweils 7/104) verletzt. Bei familiären Konflikten hingegen wurde nur eine lebensgefährlich verletzte Person dokumentiert (1,0 %; 1/101) und 13 (12,9 %; 13/101) potenziell lebensgefährlich Verletzte aufgenommen. Auffällig ist in dieser Konfliktkategorie, im Vergleich zu den anderen Konfliktkategorien, der höhere Anteil an Fällen ohne Zeichen von Gewalteinwirkung (8,9 %; 9/101). Einen für das Opfer potenziell lebensbedrohlichen Ausgang hatten 16,3 % (110/676) der Nahfeldkonflikte. Es wurden 4,6 % (31/676) der Opfer von Nahfeldkonflikten lebensgefährlich verletzt.

Die größte Verletzungsschwere wurde bei materiellen Konflikten festgestellt (potenziell lebensgefährlichen Verletzung [20,1 %; 55/274]; lebensbedrohliche Verletzung [3,3 %; 9/274]).

Bei den Fremdtäterkonflikten wurden 18,9 % (188/991) der Opfer lebensgefährlich oder potenziell lebensgefährlich verletzt.

4.4.2.1 *Gewalt gegen den Hals*

In 8,3 % (198/2377) aller Gutachten wurde angegeben, dass Gewalt gegen den Hals verübt worden ist (Vergleich Abbildung 51).

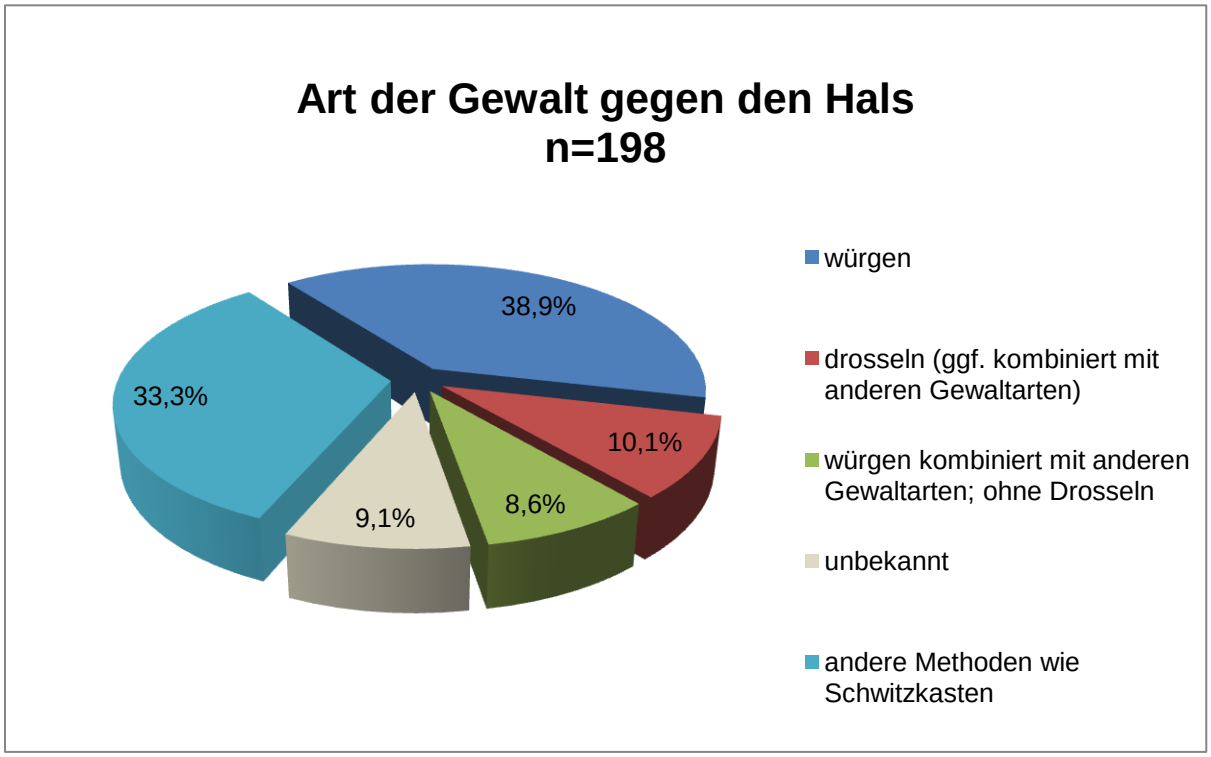

Abbildung 51.: Gewalt gegen den Hals

Aus diesem Kollektiv war das isolierte Würgen mit 38,4 % (77/198) der häufigste Tatbestand. Nicht näher klassifizierte Arten der Krafteinwirkung am Hals waren dem Würgen (33,3 %; 66/198) jedoch nur geringfügig nachrangig.

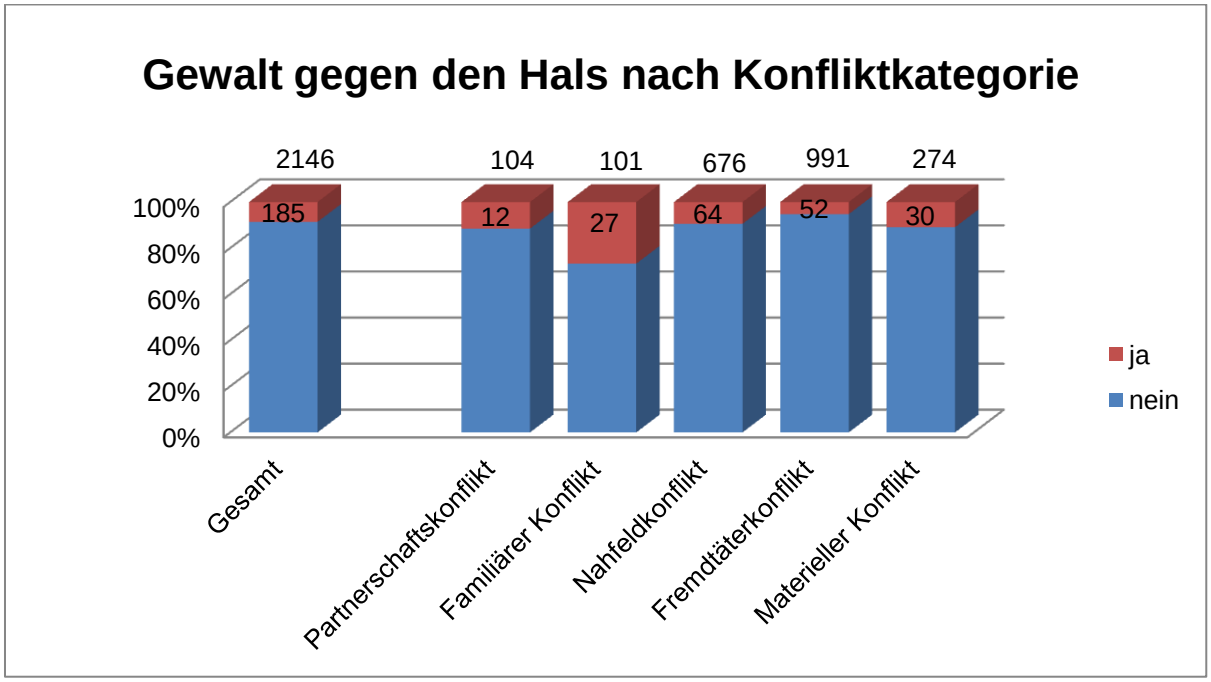

Abbildung 52.: Gewalt gegen den Hals nach Konfliktkategorie

Die höchste Prävalenz an Gewalteinwirkungen gegen den Hals des Opfers fand sich bei familiären Konflikten (26,7 %; 27/101). Fasst man die Partnerschaftskonflikte (11,5 %; 12/104) mit den familiären Konflikten zu „Häuslichen Konflikten“ zusammen, so erlitt mehr als jedes dritte Opfer (38,3 %; 39/205) Gewalt gegen den Hals. Durch einen materiellen Konflikt erlitten 10,9 % (30/274) der Geschädigten Gewaltanwendungen gegen den Hals. Nur 5,2 % (52/991) der durch einen Fremdtäter angegriffenen Opfer erlitten Gewalt gegen den Hals (Vergleich Abbildung 52).

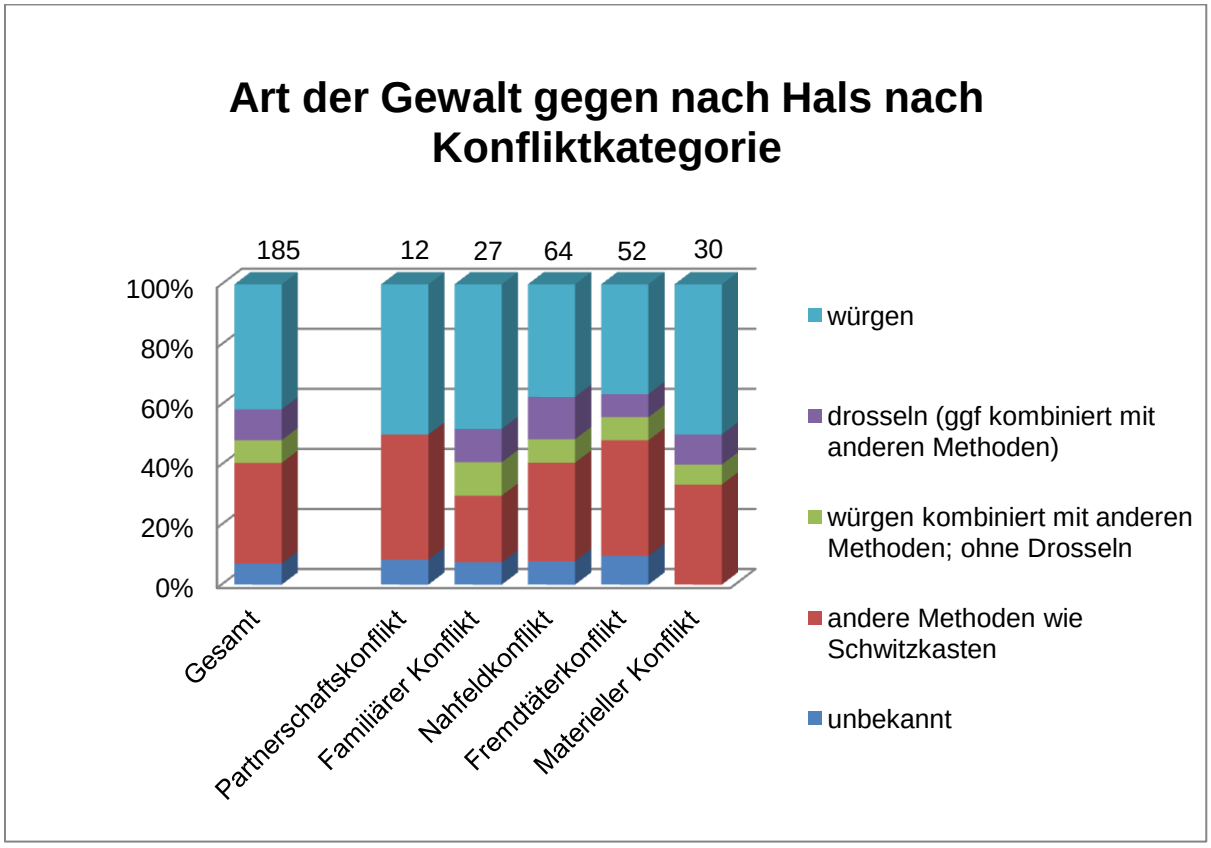

Abbildung 53.: Art der Gewalt gegen den Hals nach Konfliktkategorie

Von 198 männlichen Opfern, die angaben Gewalt gegen den Hals erlitten zu haben, konnten 93,4 % (185/198) einer Konfliktkategorie zugeordnet werden (Vergleich Abbildung 53).

Die meisten genannten Halseinwirkungen wurden im Kontext eines allgemeinen Nahfeldkonfliktes diagnostiziert (34,6 %; 64/185). Innerhalb der Konfliktgruppe machten sie im Vergleich zu anderen Konfliktkategorien nur einen geringen Anteil aus (9,5 %; 64/676). Die häufigste Methode war hier das Würgen (37,5 %; 24/64). Andere Praktiken, wie das „in den Schwitzkasten genommen zu werden“ geschahen in 32,8 % (21/64) der Fälle. Opfer der Nahfeldkonflikte wurden am häufigsten gedrosselt (14,1 %; 9/64).

In familiären Konflikten geschahen in 26,7 % (27/101) Strangulationen. Häufigste Methodik am Hals im familiären Umfeld war ebenfalls das Würgen (48,1 %; 13/27).

Bei den materiellen Konflikten wurde Gewalt gegen den Hals in 10,9 % (30/274) der Gutachten beschrieben. Das Opfer wurde in 50 % (15/30) der Fälle gewürgt.

4.4.2.1.1 Strangulationsfolgen

Knapp die Hälfte derer, die Gewalt gegen den Hals erfahren haben (49,5 %; 98/198), wiesen bei der Untersuchung hinweisende Würgemale auf. Bei 13,1 % (26/198) konnten Drosselmarken am Hals festgestellt werden.

Eine Bewusstlosigkeit trat bei 8 % (132/2377) aller Patienten ein. In Verbindung mit Gewalt gegen den Hals waren es 10,6 % (21/198). Die Patienten beklagten mit 15,7 % (31/198) Heiserkeit. Zudem beklagten 26,3 % der Geschädigten (52/198) Schluckbeschwerden. Desweiteren berichteten diese Patienten seltener von einer Aura (4,5 %; 9/198) und unwillkürlichem Urin- bzw. Kotabgang (4,0 %; 8/198).

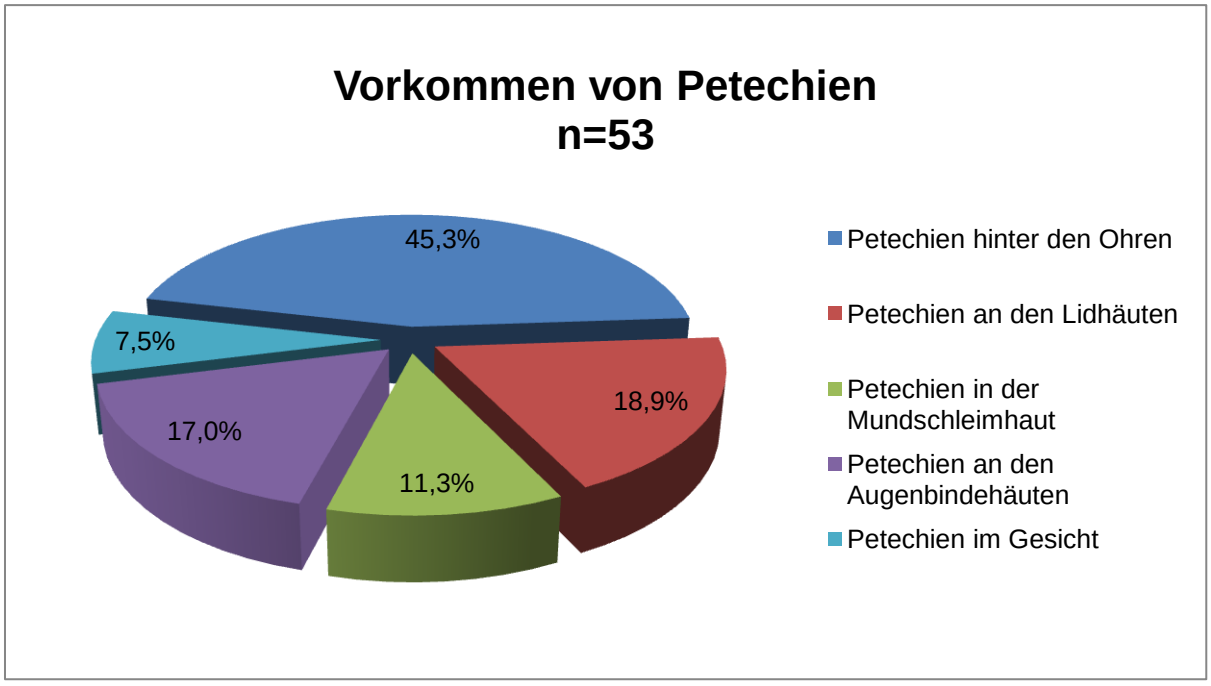

Abbildung 54.: Vorkommen von Petechien

Insgesamt wurden in der vorliegenden Untersuchung 53 petechiale Blutungen dokumentiert. Diese können z. T. verschieden lokalisiert mehrmals an einem Patienten beschrieben worden sein. Die Petechien waren in 45,5 % (24/53) hinter den Ohren, und 18,9 % (10/53) an den Lidhäuten der Opfer lokalisiert (Vergleich Abbildung 54).

4.4.2.2 *Fixierung und Fesselung*

Es gaben 4,2 % (99/2377) der Männer an, im Rahmen einer Gewalttat fixiert oder gefesselt worden zu sein, am häufigsten bei Fremdtäterkonflikten (51,5 %; 51/99), gefolgt von Nahfeldkonflikten (25,3 %; 25/99) und materiellen Konflikten (12,1 %; 12/99). Innerhalb der Konfliktgruppe der Fremdtäterschaften wurden 5,1 % (51/991) der Opfer fixiert.

4.4.3 Sexualisierte Gewaltformen

Es wurden 36 (1,5 %; 36/2377) männliche Opfer aufgenommen, welche angaben sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Davon konnten 26 Fälle auch einer Konfliktkategorie zugeteilt werden. Übrige konnten keiner Konfliktkategorie zugeordnet werden, da beispielsweise Angaben verweigert bzw. Unglaubwürdiges zu Protokoll gegeben worden war. Diese Fälle wurden der Kategorie „nicht zuzuordnen“ zugewiesen (Vergleich Abbildung 55).

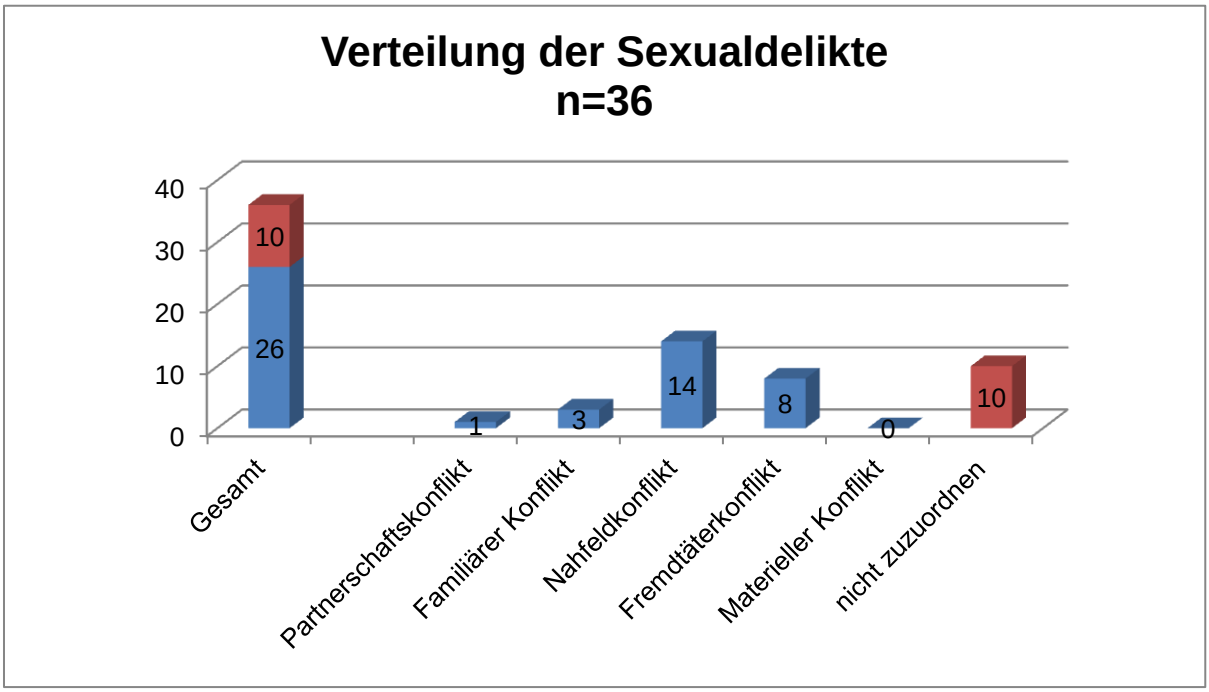

Abbildung 55.: Verteilung der Sexualdelikte

Die Sexualdelikte mit Vorbeziehung zum Täter dominierten (Vergleich Partnerschaftskonflikt, familiärer Konflikt und Nahfeldkonflikt mit 50 % (18/36) vs. 22,2 % anteilig bei Fremdtäterkonflikten).

Ein Drittel (33,3 %; 12/36) der Geschädigten war der Altersgruppe 19 – 30 Jahre zugehörig. Die Gruppe der 14-18 Jährigen beinhaltet mit 27,8 % (10/36) ähnlich viele Opfer. Opfer sexueller Gewalt im Alter zwischen 31 und 59 Jahren hatten dagegen einen Anteil von 11,1 % (4/36). Es stellten sich keine Sexualopfer mit einem Alter von 60 Jahren oder älter in der Opferambulanz vor.

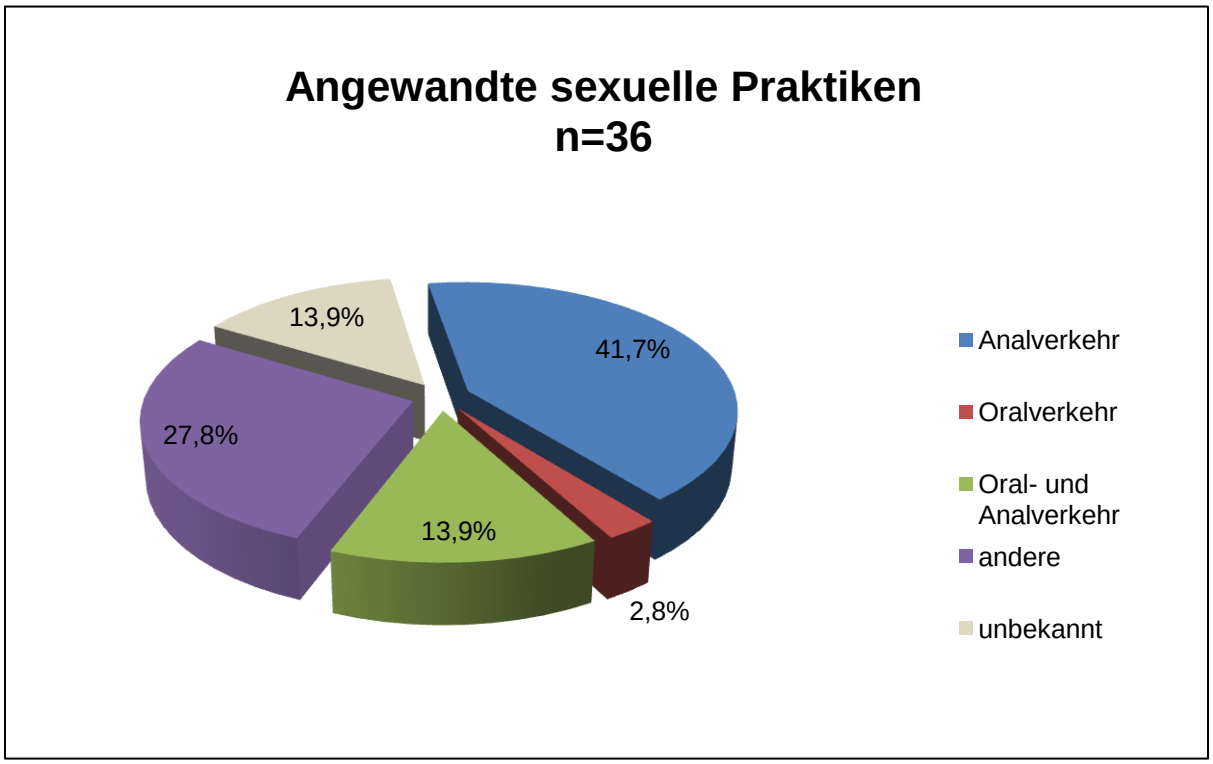

Abbildung 56.: Angewandte sexuelle Praktiken

Analverkehr ohne zusätzliche Praktiken war mit 15 Fallberichten (41,7 %; 15/36) die häufigste Praktik sexueller Gewalt. Die Variable „Andere“ (27,8 %; 10/36) fasste Fälle ohne Anal-/Oralverkehr zusammen. Differenziert fanden sich hier hauptsächlich manuelle Manipulationen, einige Fälle von sogenanntem Oberschenkelverkehr und 2 Fälle mit Einführen eines Gegenstandes (Löffel, Mohrrübe). In einem Fall wurden an einem geistig Behinderten Bemalungen am Anus vorgenommen. Fälle, bei denen bezüglich der Praktiken divergierende Aussagen gemacht worden sind, wurden unter der Variablen „unbekannt“ zusammengefasst.

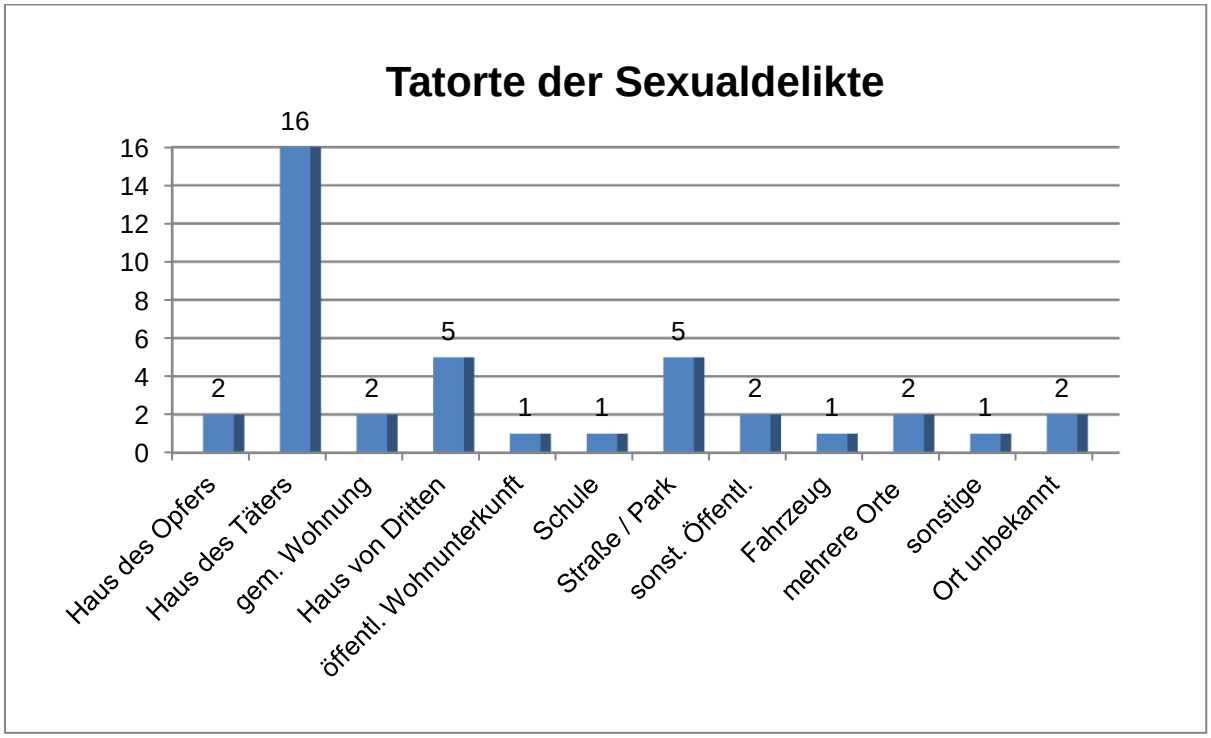

Abbildung 57.: Tatorte der Sexualdelikte

Da sich in zwei Fällen das Delikt an jeweils drei verschiedenen Tatorten ereignete sind 40 Tatortangaben aus 36 Opferanamnesen dokumentiert worden (Vergleich Abbildung 57). Die höchste Prävalenz hatte die häusliche Umgebung des jeweils Beschuldigten (40 %; 16/36).

Ein Viertel (25 %; 9/36) der Fälle wurde in der Öffentlichkeit verübt (Straße/Park, sonstige Öffentlichkeit, Schule, öffentliche Wohnunterkunft).

4.4.4 Selbst zugefügte Gewalt

Im Rahmen der gerichtsmedizinischen Begutachtung wurden Selbstverletzungen als Akt einer gezielt eingesetzten Täuschung oder als Begleitbefund bei anderen Sachverhalten dokumentiert. Es wurden bei 59 (2,5 %; 59/2377) männlichen Patienten frische, selbst beigebrachte Verletzungen diagnostiziert. Davon wiesen 23,7 % (14/59) Zeichen früherer Selbstverletzungen auf. Ausschließlich alte Verletzungen fanden sich bei 0,6 % (15/2377).

Anlässlich der Untersuchung gaben 14 (23,7 %; 14/59) Patienten mit frischen, selbstbeigebrachten Verletzungen an, von einem Fremdtäter angegriffen worden zu sein. Aus 12 (20,3 %; 12/59) Gutachten konnte erlesen werden, dass es sich bei dem Verursacher um eine Person aus dem sozialen Nahfeld handeln sollte. In 9 (15 %; 9/59) Fällen entstanden die Verletzungen aus einem materiellem Konflikt heraus (Vergleich Abbildung 58).

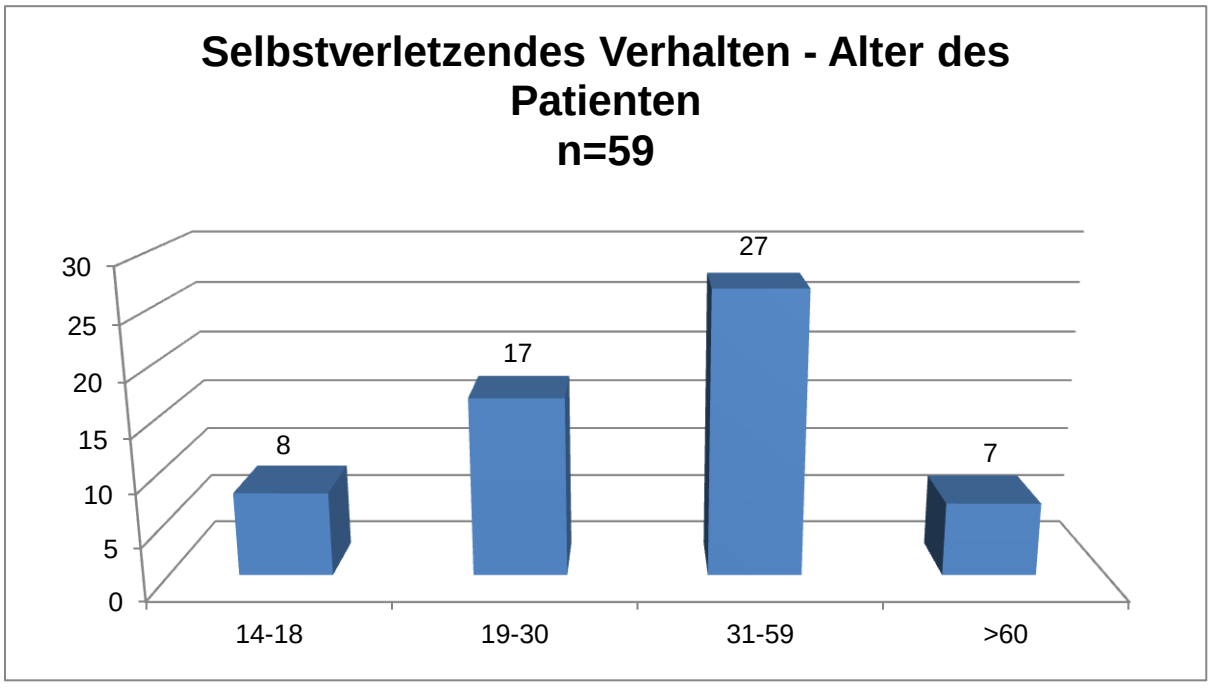

Abbildung 58.: Selbstverletzendes Verhalten – Alter des Patienten

In der Altersgruppe der 31-59 Jährigen befanden sich 46 % (27/59) der Männer, welchen selbstverletzendes Verhalten nachgewiesen werden konnte. Das entspricht 3 % (27/999) dieser Altersgruppe.

Mit einen Werkzeug verletzten sich 86,4 % (51/59) der Männer selbst. Glaswerkzeuge und Stichwerkzeuge wurden bei 45,8 % (27/59) der Verletzungen benutzt (Vergleich Abbildung 58).

4.5 Konsumverhalten von Täter und Opfer

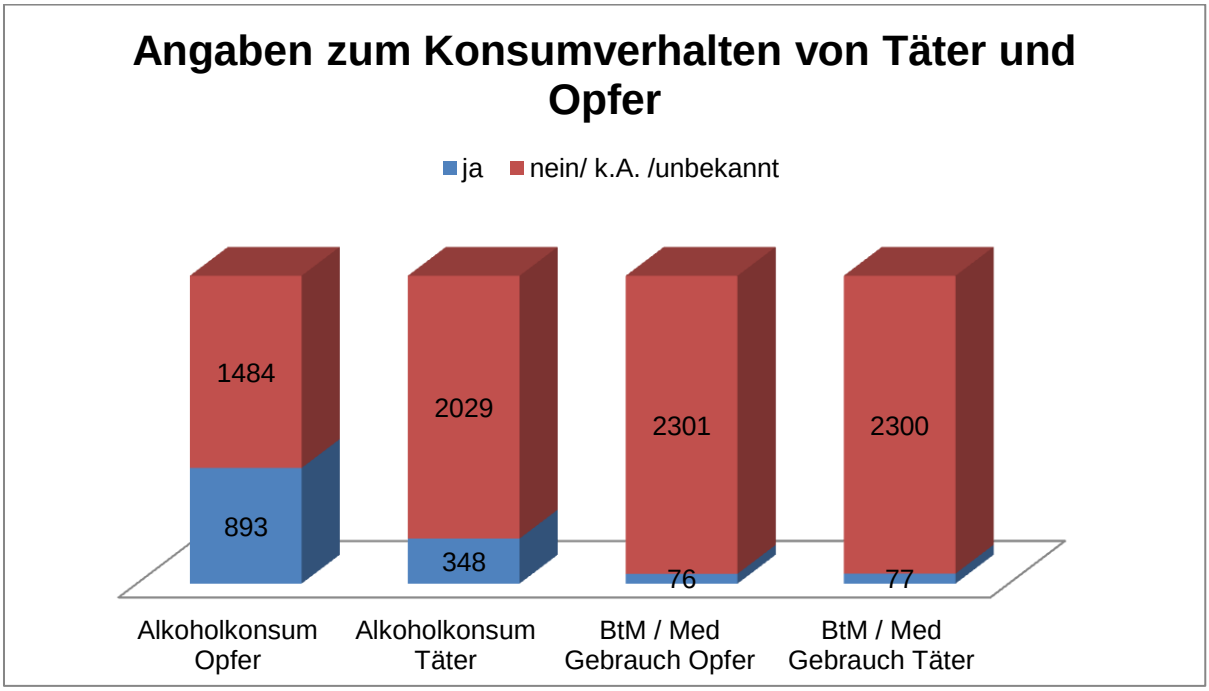

Abbildung 59.: Angaben zum Konsumverhalten von Täter und Opfer

Bei 893 (38 %; 893/2377) Opfern und 348 Tätern konnte der Einfluss von Alkohol meist durch anamnestische Angaben protokolliert werden. Es wurden außerdem anamnestische Aussagen zu BtM[5]- und / oder Medikamentenkonsum des Opfers bzw. des Täters dokumentiert (Vergleich Abbildung 59).

[5] Betäubungsmittel

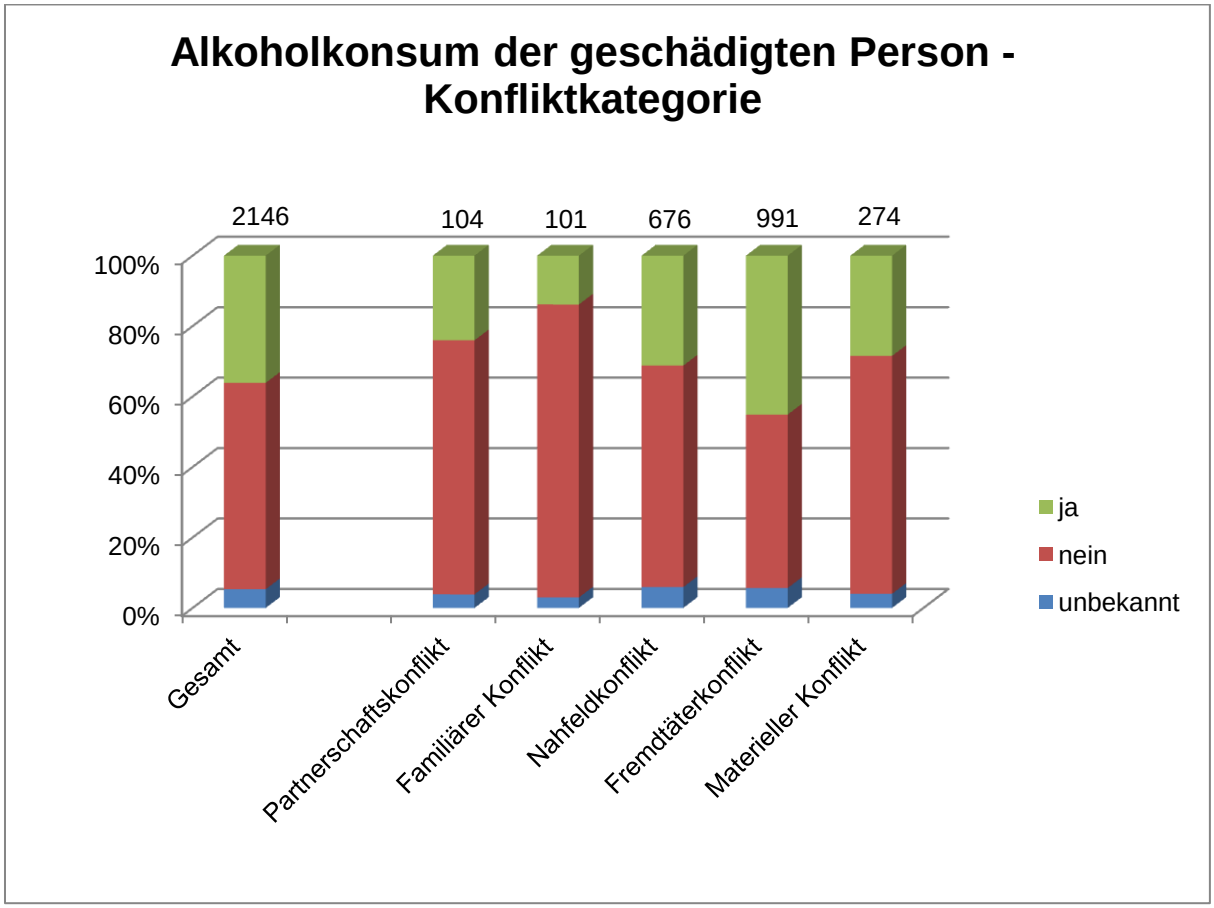

Abbildung 60.: Alkoholkonsum der geschädigten Person – Konfliktkategorie

Es gaben 36,2 % (775/2146) der Männer an, Alkohol zum Tatzeitpunkt konsumiert zu haben. Keine Angabe diesbezüglich wollten 5,3 % (114/2146) machen (Vergleich Abbildung 60).

Der höchste Alkoholkonsum wurde in Konflikten mit Fremdtätern (44,5 %; 447/991) eruiert. Seltener kam der Alkohol bei familiären Konflikten vor. Hier dokumentierte der Untersucher nur bei 13,9 % (14/101) die Einfluss von Alkohol.

Die Erfassung von BtM- und Medikamentenkonsum gestaltete sich schwieriger, da anamnestisch nur wenige Männer bereit waren, ehrliche Antworten zu geben. In nur 41 Fällen (2 %) wurde der Konsum von Btm, in 24 Fällen (1 %) der Konsum von Medikamenten beschrieben.

5. Diskussion

5.1 Das Problem der Gewaltdefinition

Die uneinheitliche Gewaltdefinition in den zum Thema vorhandenen Studien macht die Vergleichbarkeit der Ergebnisse schwierig. Dennoch war es wichtig, bestehende Entsprechungen soweit möglich zu analysieren, um das Phänomen „Gewalt“ verstehen zu können. Gewalt kann jeden Menschen treffen, unabhängig seines Alters, seines Geschlechts, seiner kultureller Herkunft, wirtschaftlicher und sozialer Umstände. Man begegnet der Gewalt in allen erdenklichen Alltagssituationen: Einmal war es die Rauferei in der Diskothek, dann der übermütige Junge, der von der gereizten Mutter auf der Straße eine Ohrfeige bekam oder die Mobbingattacke des Mitarbeiters am Arbeitsplatz.

Gewaltfreie Zonen und Verhältnisse ließen sich nicht mehr zweifelsfrei identifizieren (Wimmer et al., 1996). Übergänge waren nicht definiert. Die Bewertung aller Gewalterfahrungen war immer stark mit den individuellen Persönlichkeitsstrukturen des beurteilenden Menschen verknüpft. Dabei war vor allem die Ausprägungsform, welche von Fall zu Fall quantitativ als auch qualitativ verschieden ist, richtungsweisend. So konnte man auch in der vorliegenden Untersuchung aus den Akten ersehen, dass die Patienten keineswegs eine einheitliche Vorstellung von Gewalt hatten. Es wurden männliche Opfer vorstellig, die den starken, körperlichen Ausdruck von Wut und Ärger als Überschreiten der Grenze hin zu Gewalt ansahen, aber auch solche, die eine massive körperliche Auseinandersetzung als normales Mittel der Konfliktlösung verteidigten.

Die Patienten konnten während der Anamneseerhebung mit dem untersuchenden Arzt /der untersuchenden Ärztin ohne Vorgaben (wie bspw. durch vorgefertigte Katalogfragen oder geschlossene ja/nein- Fragen) frei von ihren Gewalterfahrungen berichten. Die unterschiedlichen Definitionen des Gewaltbegriffes eines jedes Patienten beeinflussten in der Folge die vorliegenden Ergebnisse der Studie.

Als möglicher Ausweg aus der Diskussion um den Gewaltbegriff schien es sinnvoll, einen statistischen Zusammenhang von erlebten Gewalterfahrungen (Angst, Verletzungsfolgen, Wiederholungen) zu errechnen und mittels kumulierter Zahlen die subjektiven Bewertungen einfließen zu lassen. Dadurch würde die reine Beschreibung der Gewalthandlung in ihrer Aussage übertroffen werden können (Hagemann- White, 2006).

5.2 Angewandte Methodik

Nach Darstellung der Ergebnisse im vorangegangenen Teil sollen in diesem Abschnitt kritische Anmerkungen hinsichtlich der Untersuchungsmethodik vorgenommen werden. Hiermit wird die Intention verfolgt, indirekte Einschränkungen, sowie denkbare Fehlerquellen dar zu legen und auf diesem Weg die Grundlage für eine sachgerechte Interpretation der Ergebnisse zu schaffen.

Neben den unterschiedlichen Gewaltdefinitionen spielt ebenso die angewandte genutzte Methodik eine maßgebende Rolle für die Beeinflussung der Ergebnisse. Der Erhebungskontext und dessen Form bestimmen das Ausmaß des festgestellten Gewaltvorkommens erheblich (Boyle et al., 2004).

Entsprechend ist es ein Unterschied, ob Informationen (prospektiv) aus einem persönlichem /telefonischem Interview/ Fragebogen erlangt werden, oder, wie in dem vorliegenden Fall, die Daten retrospektiv aus Akten erhoben werden.

Trotz Optimierung der Aufnahmemethodik und der Rahmenbedingungen während der Untersuchung (Gespräche) muss bei der Bewertung bedacht werden, dass in der Untersuchungssituation höchstwahrscheinlich nicht alle Patienten die (komplette) Wahrheit bezüglich ihrer Gewalterfahrungen preisgaben. Furcht, Schamgefühl, Verdrängung, aber auch Überforderung mit der zum Teil überraschenden Situation können mögliche Ursachen dafür gewesen sein. Desweiteren haben ungenügende Sprachkenntnisse sowie mangelnde Kooperation mancher Patienten dazu geführt, dass die Studie in ihrer Teilnehmerzahl verringert bzw. in ihrem Informationsgehalt geschmälert wurde.

Zudem muss auf die ärztliche Subjektivität in den verwendeten Aufzeichnungen hingewiesen werden. Es entstehen ungewollte Interpretationsspielräume hinsichtlich der Variablen des Basisdokumentationsbogens, was unweigerlich dazu führt, dass ein Vergleich der Daten nur begrenzt möglich war. Um eine möglichst einheitliche Interpretation zu erreichen, wurden die Ärzte des IfR Hamburg extra dafür geschult.

Desweiteren ist es bei dem Benutzen retrospektiver Daten, verbunden mit der Verarbeitung einer möglichst repräsentativen Stichprobe, nicht möglich die verschiedenen Kategorien (Altersgruppen, Konfliktkategorien u.a.) unter der Prämisse jeweils gleicher Patientenzahl hinsichtlich bestimmter Merkmale zu vergleichen. Aus diesem Grunde existiert eine nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zwischen den jeweils gebildeten Kategorien.

In der vorliegenden Studie konnten 2377 Männer in die Stichprobe mit einbezogen werden, was im Vergleich zu anderen Studien eine große Teilnehmerzahl bedeutet. Demgemäß ist es möglich repräsentative und signifikante Aussagen zu treffen. Die Durchführung der Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ des BMFSFJ[6] im Jahre 2004 erfolgte mit 266 Männern im quantitativen Teil der Befragung. Deren Ergebnisse sind aufgrund geringerer Repräsentativität nur schwer auswertbar. Vorrangiges Ziel war in dieser Studie die „Forschungszugänge zu diesem Thema zu eröffnen und erste Zahlen über die Gewalterfahrungen von Männern im häuslichen wie im außerhäuslichen Bereich durch die Befragung von in Deutschland lebenden Männern zu gewinnen“ (Jungnitz et al., 2004). Dies ist bedeutend, da Studien, die das Gewaltvorkommen bei Männern beschreiben, noch immer rar sind. Die Studie "Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland" (Volz & Zulehner, 2009) führte die Untersuchung für 1470 Männer und 970 Frauen durch.

Es kann angenommen werden, dass Männer mehr Gewalterfahrungen erleben, als die Ergebnisse der Studie es zeigen. Dies trifft insbesondere für die männlichen Opfer der häuslichen und sexualisierten Gewalt zu.

[6] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Überdies bilden die vorliegenden Fallzahlen der lebensgefährlich verletzten Männer nur einen geringen Anteil der Realität ab, da in solchen Fällen nicht immer (sofort) ein Rechtsmediziner von den behandelnden (Not-)Ärzten hinzugezogen wurde/wird. Die Ergebnisse sollten entsprechend eher als Minimalwerte gesehen und eingeordnet werden.

Um eine gute Vergleichbarkeit zu anderen Studien zu gewährleisten zu können, ist es wichtig unter Vorbehalt und Berücksichtigung der vorhandenen Rahmenbedingungen zu bewerten. Es ist unter diesem Gesichtspunkt z.B. anzunehmen, dass die vorliegende Untersuchung, aufgrund des Standortes des untersuchenden Institutes, hauptsächlich die Opfer aus dem Großraum Hamburg erfasst hat. Die genaue Patientenzahl aus umliegenden, eher dörflichen Regionen wurde nicht vermerkt. Folgernd könnte angenommen werden, dass es zu einer Überrepräsentation von männlichen Großstädtern gekommen ist. Zudem lassen sich aus den Basisdokumentationsbögen keine Aussagen über vielleicht überwiegende soziale Wohnmilieus der Opfer treffen. In Hinblick auf diesen Leitgedanken wird berichtet, dass bei Menschen aus „schlechteren Wohngegenden“ ein viermal so hohes Gewaltvorkommen besteht als bei besser situierten Menschen (Downing et al., 2003). Es ist aus der retrospektiven Analyse nicht möglich, bezüglich dieser Themen Tendenzen zu beurteilen.

Da für Deutschland bislang jedoch nur wenige Daten zur Gewalterfahrung von Männern und zur Rolle von Opferambulanzen vorliegen, ist die Studie für den Erkenntnisgewinn über männliche Gewaltopfer von Bedeutung.

5.3 Vergleich des Opferambulanzkollektivs in Hamburg mit anderen

Die Untersuchung und Begutachtung von Verletzungen am Lebenden sind schon lange Bestandteil der klinischen Rechtsmedizin (Seifert et al., 2009). Eben weil die Gewalt in ihrer Intensität und die Quantität der Opfer immer mehr zunimmt (Klopfstein et al., 2008), ist die genaue Dokumentation und Begutachtung von Verletzungen durch Gewaltdelikte ein gegenwärtiges und bedeutendes Thema in der ärztlichen Praxis. Meist sind es bekanntermaßen die Ärzte, an welche sich die Geschädigten zuerst wenden. Deshalb kommt ihnen eine Schlüsselrolle bei der Betreuung von Menschen mit Gewalterfahrungen zu (Müller et al., 2004). Sie müssen die die Befunde so genau wie möglich dokumentieren, damit keine Informationen verloren gehen (Klopfstein et al., 2008).

An dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg werden Opfer von Gewalt seit 1998 untersucht. Seit 2003 wurde dieses Angebot im Rahmen eines Modellprojektes (Seifert et al., 2007) erweitert und durch einen Senatsbeschluss gesichert.

In der Dissertationsschrift „Situationsbezogene Analyse klinisch-rechtsmedizinischer Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Follow-up Studie“ wurden rechtsmedizinische Untersuchungsangebote innerhalb Deutschland und Europa beschrieben. Von 92,6 % (87/94) der teilnehmenden Institute wurde angegeben, dass die Untersuchung und Begutachtung von Gewaltopfern angeboten wird. Opfer körperlicher und sexualisierter Gewalt machten den Hauptanteil der untersuchten Gewaltformen aus. Nur ein kleiner Anteil (dabei ist kein deutsches Institut) befasst sich auch mit Opfern, die ausschließlich psychische Gewalt wie z.B. Stalking erlebt haben (Siemer, 2010).

Die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt in Hamburg betreut nur Opfer die sichtbare Verletzungen in Form von Gewalt aufwiesen. Opfer, die ausschließlich psychische Gewalt erleiden, erhalten Kontaktinformationen zu spezialisierten Institutionen und Opferschutzorganisationen wie z.B. Weißer Ring (Seifert et al., 2007).

Entsprechend konnte das Vorkommen psychischer Gewalt in die vorliegende Arbeit nur einfließen, wenn diese im Zusammenhang mit Taten körperlicher bzw. instrumenteller Gewalt einhergingen.

Bezüglich des Untersuchungsortes gaben jeweils 90 % der befragten Institute an, sowohl im eigenen Institut, als auch in anderen Abteilungen des Krankenhauses und sogar in weiteren Krankenhäusern rechtsmedizinische Untersuchungen durchzuführen (Siemer, 2010). In den Ambulanzräumen des Institutes für Rechtsmedizin in Hamburg fanden 61,3 % aller Untersuchungen statt. Verbleibende Untersuchungslokalisationen verteilten sich auf Einsätze in Krankenhäusern (~30 %), Gefängnissen, Frauenhäusern, Pflegeheimen und polizeilichen Räumen. Untersuchungen in Privaträumen wurden und werden grundsätzlich abgelehnt (Seifert et al., 2007). Diese Flexibilität sicherte eine größere Akzeptanz für die Untersuchung bei den Opfern.

Das Erwachsenenkollektiv, Frauen eingeschlossen, des 7-jährigen Untersuchungszeitraumes umfasst 6434 Opfer. Opfer mit einem Alter unter 14 Jahren sind in der Zahl nicht enthalten, wodurch einzuschätzen ist, dass das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg mit mehr als 1000 „Geschädigtenuntersuchungen“ jährlich, das aktivste Institut in Deutschland ist (Siemer, 2010) .

Männliche Opfer suchten mit einem 37%-igen Anteil an dem absoluten Erwachsenenkollektiv die Opferbilanz viel seltener auf als weibliche Geschädigte. Das seltene Aufsuchen der Opferambulanz durch geschädigte Männer kann darin begründet sein, dass zum Einen das Angebot für Männer nicht ausreichend niedrigschwellig gestaltet ist, zum Anderen aber auch die Zahl hilfesuchender und –annehmender Männer geringer ist als die der Frauen. Für viele Männer ist es problematisch sich selbst als Opfer zu sehen (Hunter, 1990) und damit den Weg für Hilfe frei zu machen. So informiert der Tätigkeitsbericht des Gewaltschutzzentrums der Steiermark (Österreich) zum Beispiel, dass 2010 lediglich 9 % der in Betreuungskontakt getretenen, volljährigen Personen männlich waren.

5.4 Altersverteilung der untersuchten Männer

Alle männlichen Gewaltopfer ab einem Alter von 14 Jahren wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Die Patienten wurden in Alterskategorien mit je fünf Jahren eingeteilt.

Etwa die Hälfte (50,2%) des untersuchten Männerkollektivs hatte ein Alter zwischen 14 und 29 Jahre. Hierbei hatten Männer im Alter zwischen 20 – 24 Jahren mit einem Anteil von 18,3 % am Gesamtkollektiv die höchste Pravälenz. Dieses Ergebnis lässt folglich schließen, dass Jugendliche und junge Erwachsene stärker gefährdet sind als Ältere. Ebenso ergab die 2004 durchgeführte Pilotstudie vom BMFSFJ, dass das Risiko, Opfer von Gewalthandlungen zu werden, in der Kindheit und Jugendperiode sehr viel höher ist als im Erwachsenenleben. Nur jeder siebte berichtete von keinen Gewaltwiderfahrnisse in dieser Lebensphase (Jungnitz et al., 2004). Zwischen 1985 und 1999 wurde in Deutschland ein Anstieg der Opferzahlen bei den 14 bis 21 Jährigen verzeichnet. Das Bundeskriminalamt stellte im Jahresbericht 2010 ebenfalls fest, dass bei Körperverletzung und Raubdelikten überproportional viele Jugendliche und Heranwachsende Opfer geworden sind. Umgekehrt bilden sie in der Statistik des Bundeskriminalamtes auch die statistisch am stärksten kriminalitätsbelastete Altersgruppe von Tätern (Bundeskriminalamt, 2011). Dies kann jedoch auch als Zeichen einer gesunkenen Toleranzschwelle gegenüber der Gewalt und einer bedrängten Männlichkeit bewerten werden (Lenz, 2004). In den Vereinigten Staaten war 1995 die Zahl der verübten Gewalttaten gegen Kinder und Jugendliche (im Alter zwischen 12 bis 17 Jahre) fast dreimal so hoch wie die an den Erwachsenen (Snyder & Sickmund, 1995). Im Jahr 1997 wurde ermittelt, dass täglich durchschnittlich sechs Jugendliche (70 % männlichen Geschlechts) ermordet werden (Snyder & Sickmund, 1999). Der US-amerikanische Sozialwissenschaftler Finkelhor beschrieb, dass Kinder über 15 Jahre das höchste Risiko haben, Opfer von Gewalttaten zu werden (Finkelhor, 1995).

Die Männer der Altersgruppe ≥ 60 Jahren bilden mit 4,8 % eine weitaus kleinere Kohorte in der vorliegenden Studie aus. Passend dazu wird geschätzt, dass die Misshandlung älterer Menschen in gut entwickelten Ländern zwischen 5 – 10 % liegt (Püschel, 2008).

Die Aktualität dieses Themas spiegelt sich auch in den letzten Jahren durch einen Zuwachs an internationalen Studien diesbezüglich wider (Bonner HsM-Studie aus 1999, die spanische Studie „Elder abuse in the family in Spain“ von Iborra, M. aus dem Jahre 2008 oder die „UK study of abuse and neglect of older people“ aus Großbritannien aus dem Jahre 2007). Das „typische Opfer“ ist über 75 Jahre, meist sozial isoliert und steht in einer persönlichen Beziehung zu dem Opfer (z.B. Verwandte, Nachbarn, Pflegepersonen). Hierbei stellen insbesondere die kognitive und körperliche Behinderung, Demenz, Inkontinenz sowie provokantes Verhalten und Angst vor Abschiebung in eine Pflegeeinrichtung Risikofaktoren der Viktimisierung dar (Grassberger & Püschel 2013).

Unter den polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Gewaltkriminalität sind Menschen ab 60 Jahre jedoch seltener betroffen als Jüngere. Ein zentraler Aspekt bezüglich der dennoch selteneren Viktimisierung betagter Opfer im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen ist, dass diese dennoch im Vergleich mehr Vorsichtsmaßnahmen treffen und sich achtsamer im Hinblick auf mögliche Gefahren verhalten. Entsprechend reduziert sich automatisch ihr Risiko, Straftaten zum Opfer zu fallen (Görgen, 2011). Als Ausnahmen der geringeren Viktimisierung älterer Menschen gelten Handtaschenraub, Misshandlung durch Schutzbefohlene, Mord in Verbindung mit einem Raubdelikt sowie fahrlässige Tötung. Zudem wurde festgestellt, dass es bei Tötungsdelikten einen höheren Anteil vollendeter Delikte bei Opfern aus der Altersgruppe ab 60 Jahre gibt (Görgen et al., 2010). Die Verletzungsschwere ist im Falle eines älteren Opfers jedoch nicht größer als bei jüngeren Opfern (Püschel, 2008).

5.5 Angaben aus Anamnese und rechtsmedizinischer Untersuchung

Aus dem Gespräch mit den Geschädigten erhielt der untersuchende Arzt wichtige anamnestische Angaben zu dem Gewaltdelikt. Aus der subjektiven Fallbeschreibung wurde pro Fall, z. T. unter Zuhilfenahme von Zitaten, ein alle Informationen enthaltendes Gutachten angefertigt.

5.5.1 Zeitliche Einordnung

Die Kernöffnungszeit der rechtsmedizinischen Opferambulanz war an den Werktagen zwischen 08.00 und 16.00 Uhr. Diese machte jedoch nur etwa 55 % der Kontakte aus. Die restlichen Untersuchungen fielen in die Bereitschaftzeit (Seifert et al., 2007). Die 24 Stunden – Verfügbarkeit trug maßgeblich zur Kollektivgröße der Arbeit bei, da sich vor allem an den Wochenendtagen und nachts Fälle häuften. So zeigte die Analyse der Stichprobe, dass sich 68 % aller Gewalttaten im abendlichen – nächtlichen Zeitraum zwischen 18.00 Uhr und 5.59 Uhr abspielten. Auf das Wochenende fielen 40 % aller Gewaltstraftaten.

5.5.2 Angaben über die Beschuldigten

Nach Auswertung der erstellten Datenbanken konnte festgestellt werden, dass 80 % der durch die Opfer beschuldigten Personen männlichen Geschlechts waren. In 3 % aller Fälle wurden gemischt-geschlechtliche Gruppen beschuldigt.

Weibliche Täter (-gruppen) wurden in nur 6 % aller Fälle genannt. Bezogen auf eine rein weibliche Tätergruppe deckt sich dieses Ergebnis mit dem der Studie "Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland", worin nur 2,5 % der männlichen Opfer weibliche Tätergruppen beschuldigten (Döge, 2011).

Aufgrund der oft für das Opfer überraschenden Angriffssituation, ist es nicht verwunderlich, dass knapp 11 % aller Untersuchten zum Geschlecht des Täters keine Angaben machen konnten.

Ein Drittel der Geschädigten wurden in Fremdtäterkonflikten und materiellen Konflikten verletzt.

Knapp die Hälfte der Patienten wurde zudem von einem Einzeltäter in die Zwangssituation gebracht (49,2 %). Größere Zusammenschlüsse (≥3 Personen) sind mit 27 % aller Opferaussagen jedoch ebenfalls häufig beschrieben worden. Von (auch gemischtgeschlechtlichen) Täterpaaren wurden hingegen von 12,7 % der Opfer angegriffen.

Demnach konnte die Hypothese, welche beschrieb, dass männliche Opfer hauptsächlich von Einzeltätern angegriffen werden, nicht hinreichend belegt werden.

Im Rahmen anderer Untersuchungen finden sich diese Ergebnisse ebenfalls wieder. In dem (gemischt-geschlechtlichen) „Modellprojekt zur Implementierung eines Rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt“ wurde von 60 % der durch materiell – motivierten Gewaltdelikte Geschädigten ein Angriff durch mehrere Täter beschrieben (Seifert et al., 2007). Bei Körperverletzungen in der Öffentlichkeit Hamburgs wurde durch das Landeskriminalamt dargestellt, dass mehr als die Hälfte aller Fälle auf Gruppentaten zurückzuführen waren (Müller et al., 2009).

5.5.3 Angaben zum Tatort

Es konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte (59,5%) der Tatorte der Öffentlichkeit zuzuordnen sind. Hauptsächlich spielten Konflikte auf der Straße bzw. in öffentlich zugänglichen Parks eine Rolle (62,4%). Somit ist die aufgestellte Hypothese belegt. Erstaunlich ist es, dass Männer nicht besonders in kommerziellen Bereichen (18,9%) Opfer von Gewalttaten wurden. Knapp ein Fünftel aller Delikte (17,5%) geschah in der häuslichen Umgebung, wobei hier die Wohnung des Opfers deutlich dominierte (52,1% zu 24,7%).

Die Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ bestätigt ebenfalls, dass Männer ein erhöhtes Risiko haben, Gewalt in der Öffentlichkeit zu erleiden. Zwei Drittel der im Rahmen dieser Untersuchung befragten Männer gaben an, Gewalt in der Öffentlichkeit und Freizeit erlebt zu haben (Jungnitz et al., 2004).

Der „National Report“ (Snyder & Sickmund, 1995) beschrieb im Jahre 1991 33 % aller Gewaltakte gegen Jugendliche auf offener Straße, 25 % im Elternhaus und 23 % an Schulen.

Das Phänomen, dass besonders männliche Opfer den schweren Körperverletzungen im öffentlichem Raum ausgesetzt waren und hier besonders in Straßen und Parks bestätigte auch das Landeskriminalamt Hamburg (Müller et al., 2009).

Vergleicht man die Daten mit denen der Frauen, so ergibt sich ein anderes Bild. Während 71 % der betroffenen Frauen die eigene Wohnung als Tatort angaben, gerieten nur 26 % in eine öffentliche Gewaltsituation (Müller et al., 2004).

Ursächlich für diesen Unterschied ist anzunehmen, dass Frauen (Ex-) Partnerschaftskonflikte aus der häuslichen Umgebung in den Opferambulanzen beschrieben.

Die durch häusliche Konflikte (familiäre Konflikte und Partnerschaftskonflikte) verletzten Männer der vorliegenden Studie wurden in 68,1 % der Fälle im häuslichen Bereich angegriffen. Bei den Partnerschaftskonflikten wurde die gemeinsame Wohnung in 65,1 % zum Tatort.

5.5.4 Täter-Opfer-Konstellationen

5.5.4.1 *Sozialer Nahraum*

Die Tatsache, dass sich Gewalt im Kontext einer Vorbeziehung ereignet, unterscheidet sie wesentlich von der Gewalt zwischen Fremden. Die dynamischen Grundlagen sind, insbesondere bei häuslicher Gewalt, Macht und Kontrolle (Büchler, 1998).

In der vorliegenden Studie wurden 676 nicht häusliche z. T. nur oberflächliche Bekanntschaften und 205 häusliche Vorbeziehungen untersucht.

Neue epidemiologische Forschungsergebnisse stellen häusliche Gewalt als die am häufigsten vorkommende Menschenrechtsverletzung dar (Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 2002).

Häusliche Gewalt umfasst schädigende interpersonale Verhaltensweisen, die, affektgesteuert oder geplant, bezüglich der beteiligten Individuen durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet sind (Godenzi, 1993). Sie umfasst sowohl personale (körperliche Zwangseinwirkung) als auch strukturelle Gewalt.

Psychische, physische und sexualisierte Gewalt stellen die eine Verletzung der Integrität des Menschen dar (Straus et al., 1996) (Appelt et al., 2001).

Insbesondere Opfer chronischer Gewalt suchen die medizinischen Einrichtungen häufiger auf als Menschen ohne Gewalterfahrung (Seifert et al., 2007). Durch sie werden so höhere Gesundheitskosten verursacht als durch Personen ohne Gewalterfahrung (Wisner et al., 1999).

Diese Kosten entstehen mehr durch notwendige psychiatrische und psychologische Behandlungen als durch chirurgische Notfallbehandlungen (Seifert et al., 2007).

Die Berliner PKS bescheinigte für das Jahr 2010, dass 23,4 % der Opfer häuslicher Gewalt ein männliches Geschlecht haben (Polizeipräsident, 2011). Da die Forschungslage zu Männern als Opfer von Gewalt, insbesondere Nahraumgewalt, in Deutschland bislang nicht ausreichend entwickelt ist, ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen.

Es ist zu vermuten, dass für Opfer der Familien- und Partnerschaftsgewalt eine höhere Hemmschwelle für die Nutzung eines spezifischen Hilfeangebotes existiert, als für solche aus Fremdtäterkonflikten. Dies ließen auch die Zahlen der vorliegenden Studie erahnen, die zeigen, dass jedem Opfer häuslicher Gewalt (n=205) fast 5 Opfer einer Fremdtäterkonfliktes (n=991) entgegenstehen.

5.5.4.1.1 Familiäre Vorbeziehung

Das Phänomen der Gewalt in der Familie „ist die Gewaltanwendung zwischen Personen [..], die [in einer] auf gegenseitiger Sorge und Unterstützung angelegten intimen Gemeinschaft zusammenleben“ (Schwind et al., 1990). So ist in der Vorstellung der meisten Menschen die Familie der „Ort der Liebe, Sicherheit und Geborgenheit“, in welchem man harmonisch und friedlich zusammenlebt (Habermehl, 1994). Für Opfer familiärer Gewalt existiert jedoch eine andere Realität. Aus dem „traute[n] Heim“ wird für sie eine „private Kampfzone“ (Gajevic, 2004).

Im letzten Viertel des zwanzigsten Jahrhunderts wandelte sich dieses tabuisierte Thema zu einem öffentlich diskutierten, sozialen Problem. Insbesondere angetrieben von feministischen Bewegungen wurde das Thema verstärkt in den Blickpunkt der Fachwelt, der Öffentlichkeit und der Politik getragen (Gelles, 2002).

Zuvor wurde familiäre Gewalt oft verharmlost oder als Rarität beschrieben. „Gewisse“ Gewaltanwendungen wurden damals im Rahmen allgemeiner Erziehungsmethoden akzeptiert.

Die Gewaltanwendung von Männern gegenüber Frauen wurde teilweise durch geschlechtsspezifische Triebe erklärt und der sexuelle innerfamiliäre Missbrauch einer Hand voll „Psychopathen“ zugeschrieben.

Volksweisheiten wie das doch „jedem einmal die Hand ausrutscht“ oder das eine Ohrfeige „noch keinem geschadet hat“ entstammen aus dieser Zeit (Matrai, 2004). Das auch Männer Opfer familiärer Gewalt wurden, wurde zu der Zeit nicht thematisiert.

In der vorliegenden Studie berichteten 31 % der Patienten von ihren Eltern angegriffen worden zu sein. Umgekehrt beschrieben 17 %, durch das leibliche Kind verletzt worden zu sein. Die meisten innerfamiliären Gewaltdelikte (38,6 %) waren jedoch auf Täter der entfernten Verwandtschaft (Tante, Onkel, Cousin/e, Neffen/Nichte, Großeltern u. a.) zurückzuführen.

Die Anzahl der Nennungen in der Untersuchungsbeschreibung zu „Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland", beschrieb ebenfalls ein höheres Gewaltaufkommen durch Elternteile als durch leibliche Kinder (34,8 % zu 12,3 %).

Zudem ergab diese Analyse, dass männliche Opfer öfter Gewalt durch ihre Elternteile erfuhren, als weibliche Opfer (von der Mutter 12,3 % zu 8,7 %; von dem Vater 7,4 zu 6,3 %). Erinnert man, dass körperliche Züchtigung vor einigen Jahren zuvor noch nicht gesetzlich verboten war (Gesetz § 1631 Abs. 2 BGB seit dem Jahr 2000), ist davon ausgehen, dass noch mehr Patienten dieser Generationen Gewalt in ihrem familiäre Umfeld gesehen und als normal erlebt haben müssten.

Männer sowie Frauen erfuhren von entfernten Verwandten in gleichen Teilen Gewalthandlungen (Frauen = 8,7 %, Männer = 8,5 %) (Döge, 2011).

Hingegen ist der Bereich der Gewalt zwischen Geschwistern bisher kaum untersucht worden. Insbesondere sind die Grenzen zwischen entwicklungsbedingten Streitereien und systematischer Machtausübung unklar.

Die vorliegende Stichprobe hierfür ergab einen kleinen Anteil von 13,9 % an allen familiären Konflikten. In Godenzi´s Untersuchung findet man hingegen einen Wert von nur 5 % (Godenzi, 1993).

In der Auswertung zur Untersuchung von Opfern von Gewalt wurden 10,3 % der Patienten von einem Täter aus dem familiären Kreis angegriffen (Seifert et al., 2007).

Bei den familiären Konflikten wurden 55,4 % der Opfer durch körperliche Gewalt verletzt. Dem stehen die Beobachtungen einiger Arbeiten entgegen, in welchen die höchste Prävalenz für körperliche Gewalt bei Partnerschaftskonflikten festgestellt worden ist (Walby & Allen, 2004). Diese lag in der vorliegenden Untersuchung im Vergleich nur bei 39,4 %.

5.5.4.1.2 Gewalt in (Ex-)Partnerschaftsbeziehungen

Die Gewalt zwischen Intimpartnern entwickelte sich in den letzten 25 Jahren ebenfalls zu einem ernsten Thema für Öffentlichkeit, Medien, politische Entscheidungsträger und für die akademische Forschung (Dobash & Dobash, 2002). Auslöser sind u. a. Konflikte um die Hausarbeit, Kindererziehung, Geld, Eifersucht, das Gefühl des Mannes, die Kontrolle über die Frau zu verlieren, Schwangerschaft, die Geburt des ersten Kindes sowie Trennung und Scheidung (Müller et al., 2004).

Es wurden Gewaltopfer von Expartnern und von bestehenden Partnern untersucht. Die Auswertung ergab, dass etwa zwei Drittel der Opfer Gewalt durch den aktuellen Partner erlitten hatten (34,6 % gewalttätige Expartner(innen) zu 65,4 % gewalttätige Partner(innen)). Diesem Ergebnis stehen die Resultate anderer Autoren entgegen, welche aussagen, dass von Ex-Partnern ein höheres Gewaltrisiko ausgeht (Walby & Allen, 2004). Die Ursache könnte in der repräsentativeren Stichprobengröße liegen (20.000 Personen). Die Ergebnisse der Untersuchung ergaben weiterhin, dass wiederum knapp jedes zehnte Opfer (9,6 %) von (Ex-)Partnerschaftsgewalt einen männlichen Tatverdächtigen (=homosexuelle Partnerschaft) benannte. Häusliche Gewalt kommt also nicht nur bei heterosexuellen, verheirateten oder sich in der Trennungsphase befindlichen Paaren vor, sondern auch bei gleichgeschlechtlichen Paaren (Cizmic, 2010/ Schwander, 2003).

Ersten Beobachtungen und Studien zufolge sind homosexuelle Männer genauso häufig von Beziehungsgewalt betroffen wie heterosexuelle Frauen (Cizmic, 2010).

Die Untersuchung zu „Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland" zeigt einen Vergleich der Gewaltbetroffenheit zwischen weiblichen und männlichen (Ex-) Partner auf. Im Rahmen dieser Untersuchung ist kein nennenswerter Unterschied innerhalb der Geschlechter festgestellt worden (19.8 % männliche Opfer zu 29,9 % weibliche Opfer/ Döge, 2011).

Amerikanische Untersuchungen betonten, dass die Gewalt gegen Frauen keineswegs dem Muster eines einseitigen Angriffs des Mannes gegen eine wehrlos bleibende Frau folgt, sondern auch sie aktiv an der Auseinandersetzung beteiligt sei (Schwind et al., 1990). Andere Studien beschreiben dagegen, dass Frauen häufiger und in einer stärkeren Art und Weise von häuslicher Gewalt betroffen sind (Klopfstein et al., 2010). Die Pilotstudie zum Thema Männer als Opfer von Gewalt fand im Rahmen des qualitativen Interviews heraus, dass die Hälfte aller angegriffenen Männer sich nicht gegen die/den angreifende/n Partner/in gewehrt haben. Außerdem wurde beschrieben, dass vor allem Männern, denen soziale Kontrolle widerfahren ist, Opfer körperlicher Gewalt geworden sind. Insgesamt gab jeder vierte Patient an, bereits mindestens einmal körperliche Gewalt durch (Ex-) Partnerin erlebt zu haben. Diese Aussage basierte u. a. auch auf leichten Taten (Jungnitz et al., 2004).

Partnerschaftliche Gewalt wurde in 18,4% mithilfe eines Instrumentes ausgeführt. Das stellt die größte Prävalenz dar. In der Auswertung zur Implementierung von Opfern von Gewalt wurde diese bei familiären Konflikten gefunden (Seifert et al., 2007).

In dem siebenjährigen Untersuchungszeitraum der vorliegenden Studie wurden beide Geschlechter untersucht. Der Geschlechtervergleich bezüglich der häuslichen Gewalt (Partnerschafts- und familiäre Konflikte) ergab, dass dies bei Frauen in 50,1 %, und bei Männern in 8,6 % der Fälle der Anlass der rechtsmedizinischen Untersuchung war.

Der Vergleich der Gewaltdelikte, die ausschließlich durch Partnerschaftskonflikte ausgelöst wurden (genauer Gegenvergleich zu Döges Ergebnissen) ergab ebenfalls ein aussagekräftiges Ergebnis (weibliche Opfer 44 % zu 4,4 % männliche Opfer). Bei der Bewertung dieser Zahlen ist anzumerken, dass Frauen heutzutage anerkannte Opfer sind, hingegen Männern oft illegitime Opfer darstellen (Gloor & Meier, 2003).

Dies erschwert insbesondere den männlichen Opfern häuslicher Gewalt die Nutzung dieses Hilfeangebotes und erhöht die Dunkelziffer jener Fälle.

Es werden Vermutungen angestellt, dass die Hellfeldzahlen maximal 20 % der gesamten Fälle repräsentieren (Kury, 2001). Diesbezüglich gehen die Angaben in der Literatur auseinander. So ermittelten Autoren einer US Studie eine Lebenszeitprävalenz für Viktimsierungserlebnisse durch Intimpartnerschaften bei Männern von 8 %, bei Frauen von 25 % (Tjaden & Thoennes, 2000). Andere beschreiben Werte für homosexuelle Männer zwischen (25 %-35 %), und einen allgemeinen Prozentsatz von partnerschaftlicher Gewalt der bei 74 % liegt (Donovan et al., 2006).

5.5.4.1.3 Altersverteilung

Weder der Partnerschaftskonflikt noch der familiäre Konflikt waren in einer der Altersgruppen sehr häufig vertreten. Nur 8,4 % (201/2377) derartige Fälle wurden aus dem Gesamtkollektiv überhaupt herausgefiltert. Innerhalb der beiden Konfliktgruppen lassen sich dennoch Tendenzen bezüglich der Altersgruppen erkennen.

Die Partnerschaftsdelikte wurden in 68,9 % gegen Opfer mit einem Alter zwischen 31 und 59 Jahren und in 22,3 % gegen Männer zwischen 19-30 Jahren verübt. Nur 7,8 % waren dagegen in der Altersgruppe ≥60 Jahre.

Bei der allgemeinen, nicht weiter differenzierten Nahraumgewalt (662) wurden 4,1% mit einem Alter > 60 Jahre festgestellt. Diese Ergebnisse stimmen mit Befunden nationaler sowie internationaler Studien überein, die für die Annahme sprechen, dass Gewalt im sozialen Nahraum im höheren Alter deutlich zurückgeht.

Gleichwohl existieren gewaltbelastete Partnerschaften auch im Alter. Sie betreffen vor allem solche Opfer, die über lange Zeit massiv unterdrückt, gedemütigt und körperlich angegriffen wurden. Diese chronischen Gewaltbeziehungen nehmen nur schwer Hilfe in Anspruch. (Görgen et al., 2010).

Neben ihren Ehepartnern werden Ältere von ihren eigenen Kindern und pflegenden Personen misshandelt (Görgen et al., 2010). So hatten Ältere (≥ 60 Jährige), einen Anteil von 14,3 % an allen dokumentierten familiären Konflikten.

Durch einen familiären Tatverdächtigen wurden 10,2 % der Opfer zwischen 14-18 Jahren verletzt. In 56,1 % der familiären Konflikte waren die Patienten zwischen 31 bis 59 Jahre alt.

Zusammenfassend konnte die Hypothese, dass die jungen und mittelalten Männer hauptsächliche Opfer der Partnerschafts- und Familienkonflikte sind, belegt werden.

5.5.4.1.4 Verletzungsschwere

Partnerschaftskonflikte hatten in 13, 5% der Fälle schwere Verletzungsfolgen nach sich gezogen. Die Hypothese, dass Konflikte in Partnerschaften für das männliche Opfer mit den geringsten physischen Folgen einhergehen, konnte belegt werden. Der hauptsächliche Grund der Partnerschaftskonflikte könnte das Kräftemissverhältnis zwischen der (in den meisten Fällen) angreifenden, schwächeren Frau und dem naturgemäß stärkeren Mann sein. In der Gegenüberlegung wiederum stellt sich die Frage, ob nicht eine Vielzahl der aufgenommenen leichten Verletzungen durch selbstverteidigende Abwehr der Frauen gegen die untersuchten Männer entstanden sind. Dieser Ansatz wird auch in anderen Studien diskutiert (Straus et al., 1980) (Straus & Gelles, 1986).

Ebenso wird davor gewarnt, Notwehr als zentrale Ursache von Verletzungen des männlichen Opfers durch die Frau zu betrachten (Straus, 2009).

Im familiären Umfeld wurden potentiell lebensgefährlich und lebensgefährliche Verletzungen bei 13,9 % etwas häufiger festgestellt. Die Untersuchung der allgemeinen Nahfeldkonflikte ergab die höchste Prävalenz schwerer Gewalteinwirkung. Es wurden 20,1% (141/676) der Untersuchten lebensgefährlich bzw. potenziell lebensgefährlich verletzt.

5.5.4.2 *Fremdtäterschaft*

Aus den Ergebnissen der Untersuchung geht hervor, dass die untersuchten Patienten in 52,4 % der Fälle von mindestens einem Fremdtäter verletzt worden sind. Dieser Prozentsatz liegt aufgrund hierbei möglicher Mehrfachnennungen über dem der bei „Fremdtäterkonflikt“ eingeordneten Fälle (41,7 %) (siehe dazu 4.2.4). Dies entspricht der meist beschriebenen Täter-Opfer-Konstellation.

Die Hypothese, welche aussagte, dass die Mehrzahl der männlichen Opfer durch Fremdtäter angegriffen wurden, konnte belegt werden. In der Untersuchung von Gewaltopfern der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle Hamburg wurden 30,4 % der Opfer von einer fremden Person misshandelt. Allerdings handelte es sich hier um eine gemischt geschlechtliche Stichprobengruppe mit einem größeren Frauenanteil, was einen Vergleich einschränkt. Die Untersuchungsbeschreibung zu „Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland" beschreibt so, dass Frauen in höherem Ausmaß Gewalt von Fremden erleiden als Männer (42,1 % zu 35,6 %). Ergänzend fügt der Autor betonend hinzu, dass es falsch wäre, zu glauben nur Männer wären solche Fremdtäter (Döge, 2011).

5.5.4.2.1 Altersverteilung

In der Untersuchung wurde festgestellt, dass junge Männer (bis zu 30 Jahren) 58,3 % aller Opfer eines Fremdtäterkonfliktes darstellten. Dieses Ergebnis ist hoch signifikant ($p < 0,001$).

Innerhalb der Altersgruppe <31 Jahre waren mehr als die Hälfte der Gewaltdelikte durch Fremdtäterkonflikte herbeigeführt worden. Den Anteil von Fremdtäterschaften innerhalb der über 60 Jährigen lag bei 28,1 %.

5.5.4.2.2 Verletzungsschwere

Die Opfer der Fremdtäterkonflikte waren mit 18,9 % seltener lebensgefährlich bzw. potenziell lebensgefährlich verletzt, als die Opfer der allgemeinen Nahfeldkonflikte (20,9 %) und der materiellen Konflikte (23,4 %). Somit ist die Hypothese, dass die Opfer von Fremdtätern die größte Verletzungsschwere erleiden würden, nicht bestätigt (siehe Abbildung 50).

5.5.4.3 *Arbeitsverhältnis*

Die Gewalt am Arbeitsplatz - ein verschwiegenes Thema. Dazu tragen einerseits die Angst des Arbeitgebers um einen schlechten Ruf der Firma und andererseits Scham bei. Die wachsende Wichtigkeit dieses Problems lässt sich auch aus der Statistik der Unfallversicherungen erkennen. Im Jahre 2005 berichteten 4 % aller Beschäftigten im letzten Jahr Opfer körperlicher Aggressionen am Arbeitsplatz (hier insbesondere Beschäftigte in Sozial-, Ausländer- und Justizbehörden sowie Kollegen im Handel, Beschäftigte in den öffentlichen Verkehrsbetrieben, Pflegekräfte, Bank- und Sparkassenangestellte) durch Öffentlichkeit (z.B. Kunden, Patienten) geworden zu sein.

Es wird davon ausgegangen, dass jeder 10. Bürger der EU aktuell von körperlicher und/oder psychischer Gewalt betroffen ist (Jagusch, 2010).

Diverse Themen wurden jedoch in letzter Zeit mehr und mehr in die öffentliche Diskussion getragen. Hier seien beispielhaft die Bemühungen der „ver.di Frauen“ aus Berlin-Brandenburg genannt (ver.di, 2009). Von der OSHA[7] wurde Gewalt am Arbeitsplatz als eines der wachsenden Risiken in der Arbeitswelt klassifiziert.

Die ILO[8] beschreibt die Gewalt am Arbeitsplatz aktuell genauer als „Vorkommnisse, bei denen Beschäftigte im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit beleidigt, bedroht oder tätlich angegriffen werden.“ Diese Definition beinhaltet zum Einen die Gewalt durch Dritte und durch nicht betriebszugehörige Personen, als auch zum Anderen Gewalt unter Arbeitskollegen (Gewalt „von innen“).

Letztere ist das deutlich seltenere Phänomen und sollte in gesonderter Weise, unter dem Begriff „Mobbing“ bzw. „Bullying“, betrachtet werden.

Die Gewalt durch Dritte ist gekennzeichnet durch Übergriffe von Außenstehenden (Kunden, Klienten, Pflegebefohlene). Sie ist immer gegen einen Beschäftigten im Zusammenhang mit seiner Arbeit gerichtet.

---

[7] Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
[8] Internationale Arbeitsorganisation

Die Gefährdung der Sicherheit und Gesundheit des Beschäftigten kann sowohl durch schwere Beleidigung, Bedrohung, Entführung/ Geiselnahme, als auch durch körperliche Verletzung erfolgen. Die Schädigung des Opfers wird vom Täter bewusst angestrebt oder bei Verfolgung anderer Ziele (z.B. im Rahmen eines Überfalls) in Kauf genommen.

Die Folgen erlittener Gewalttätigkeiten sind wie auch in anderen Zusammenhängen vielfältig. Während körperliche Verletzungen vorrangig zur Arbeitsunfähigkeit, im Extremfall auch zum Tod des Beschäftigten führen können, äußern sich die psychischen Verletzungen in posttraumatischen Belastungsstörungen, die sich jedoch ebenso im ungünstigsten Fall soweit verfestigen können, dass eine Arbeitsunfähigkeit daraus resultieren kann.

In beiden Fällen ergeben sich sodann gegebenenfalls die Berufsunfähigkeit und Frühverrentung, Suchtprobleme und gestörte soziale Beziehungen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gaben 9,1 % aller Gewaltbetroffenen an, im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Beschäftigung angegriffen worden zu sein. Nur 12,8 % dieser Gruppe hatte Gewalt durch einen Arbeitskollegen am Arbeitsplatz erlebt. Der Großteil der Angriffe die sich gegen Beschäftigte richtete geschah durch Dritte. Die Berufsgruppen des öffentlichen und privaten Sicherheitsdienstes und die Taxifahrer waren besonders häufig betroffen.

Die Ergebnisse der Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ zeigten auf, dass psychische Gewalt in der Arbeitswelt dominiert. Ein Fünftel der körperlichen und ca. die Hälfte der psychischen Widerfahrnisse sind demnach der Arbeitswelt zuzuordnen. Am ehesten wurde körperliche Gewalt von männlichen Kollegen ausgeübt, selten von Kunden, Klienten oder zu betreuenden Personen. Von sexualisierter Gewalt am Arbeitsplatz wurde nur in Einzelfällen berichtet (Jungnitz et al., 2004).

Eine weitere interessante Untersuchung ist die ICVS[9]. Sie stellt eine umfassende, multinationale Vergleichsstudie auf dem Gebiet der Kriminologie dar.

[9] International Crime Victim Survey

In diesem Rahmen wurden in Zufallsstichproben Personen über 16 Jahren zu ihren Viktimisierungserlebnissen befragt. Die Analyse des Gewaltkontextes bei männlichen Opfern ergab, dass 13 % aller Gewalthandlungen am Arbeitsplatz stattfanden. Die Aufschlüsselung nach dem Ort des Geschehens zeigte, dass der Arbeitsplatz noch vor der Wohnung der Befragten rangierte. Betroffen waren vor allem die Altersgruppen zwischen 25 und 49 Jahren, wobei die weiblichen im Schnitt jünger waren als die männlichen Opfer (Di Martino, 2002).

Demnach sollten, nicht zuletzt auch wegen der hohen Kosten, die Gewalt am Arbeitsplatz zur Folge hat, die Bemühungen das Thema weiterhin zu zentralisieren, unterstützt werden.

5.5.4.4 *Berufliche Ordnungsaufgabe*

Die berufliche Ordnungsaufgabe stellt ein risikobehaftetes Tätigkeitsfeld dar.

In der vorliegenden Untersuchung bildeten Polizisten, Türsteher und Ordnungsbeauftragte des öffentlichen Verkehrs anteilig 3,4 % des gesamten Opferkollektiv ab. Dabei waren 86,3 % dieser Gruppe gewaltbetroffene Polizisten. Sie waren, wie auch Personen ohne beruflichen Ordnungsauftrag, ebenfalls an den Wochenendtagen, besonders zu den Abend- und Nachtstunden häufiger verletzt worden. Bezüglich des Tatortes wurden 39,5 % der polizeilichen Opfer in der Öffentlichkeit angegriffen. Vorherrschend war in 75 % der Fälle die körperliche Gewalt.

Es existierten jedoch auch in dieser Untersuchung 128 Fälle (5,4 %) in denen Opfer Übergriffe durch die Polizei beschrieben (sogenannte Polizeigewalt). Im Rahmen einer dahingehenden Hamburger Studie des Jahres 2008 wurden in einigen Fällen Verletzungsmuster wie Spuren von Fesselungsmarken von Handschellen oder von dem Einwirken von Schlagstöcken an den Opfern festgestellt. Meist handelte es sich jedoch um unspezifische stumpfe Gewalteinwirkungen wie zum Beispiel Hautunterblutungen, Schwellungen und Abschürfungen oder um Patienten mit subjektiven Beschwerden ohne Verletzungen. Insbesondere wurden keine Fälle von systematischer Misshandlung festgestellt (Püschel, 2008).

Zudem sollte man bezüglich dieser Thematik bedenken, dass kein anderer Berufsstand so scharf beobachtet wird wie dieser. Denn da sowohl Überreaktionen als auch Unterreaktionen der Polizei in Abhängigkeit von der gegebenen Lage eskalativ wirken können, ist es schwierig einen Mittelweg zu finden (Schwind et al., 1990). Informationen über Polizeigewalt stehen im Widerspruch zu den Medienberichten, welche in der öffentlichen Meinung für zutreffend gehalten werden. Es existiert die Neigung, das Ausmaß der polizeilichen Gewaltanwendung vor allem im Bereich der tödlichen Gewalt zu überschätzen (Brodeur, 2002). Die Aussagen sollten also kritisch auf dessen Wahrheitsgehalt geprüft und beurteilt werden.

Das größte Hindernis bei der Beschäftigung mit dem Thema der Gewaltanwendung ist, dass kein allgemein anerkanntes Kriterium existiert, welches bewertet, ob ein Fall von Gewaltanwendung seitens der Polizei zu verurteilen ist oder nicht (Brodeur, 2002). So ist die Ausübung von Gewalt unterhalb der Schwelle des Einsatzes von Schusswaffen kaum geregelt. Die objektive Prüfung diverser Opferaussagen wird dadurch erschwert bzw. unmöglich gemacht (Bittner, 1990). Würde man jedoch eine Kodierung schaffen, würde eine allumfassende Ermächtigung zu Gewaltanwendung der Polizei erfolgen. Dies wiederum könnte einem autoritärem System Auftrieb geben (Brodeur, 2002).

5.5.4.5 *Andere*

Während der Erfassung der Daten wurden ebenfalls die Themen der Gewalt im Straßenverkehr, Verkehrsgewalt, Schulgewalt, Gewalt in der Schule und Gewalt in der Nachbarschaft berücksichtigt.

<u>Gewalt im Straßenverkehr</u>

Es gibt wenig wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Gewalt im Straßenverkehr. Ähnlich vielen anderen Konfliktkategorien existieren keine einheitlichen Definitionen. In Deutschland kann bereits aggressives Fahren als (Nötigungs-)Gewalt geahndet werden (Kaiser, 1995). Desweiteren ist der Parkplatz ein zentraler Konfliktort.

Interpersonelle und instrumentelle Gewalt bei Konflikten im Straßenverkehr sind vielfach zu beobachten. Bis zu einem Drittel der Bevölkerung sind, sowohl als Opfer als auch als Täter, an derartigen Konflikten mit milden Folgen beteilig. Konflikte mit größerem Verletzungsausmaß sind dagegen eher selten (Pfeiffer et al., 2013). In der vorliegenden Untersuchung wurden 2,4 % der Patienten durch einen Konflikt im Straßenverkehr verletzt. Hiervon ließen sich 25,9 % auf betroffene Taxifahrer zurückführen. Die Relevanz des männlichen Geschlechts bei Konflikten im Straßenverkehr zeigte die Untersuchung „Interpersonelle und Instrumentelle Gewalt bei Konflikten im Straßenverkehr“, in welcher eine signifikant höhere Anzahl der geschädigten (75,9%) und beschuldigten (82,7%) Personen männlich war (Pfeiffer et al., 2013).

Desweiteren wurden in der vorliegenden Untersuchung bei 82,8 % der Gewaltopfer nicht lebensgefährliche Verletzungsfolgen festgestellt. Potenziell lebensgefährlich (8,6 %) bzw. lebensgefährlich (3,4 %) verletzt wurden wenige Männer. Bei 54,4 % handelte es sich hierbei um die Folgen körperlicher Gewalt, bei 17,3 % um die instrumenteller Gewalt. Vergleichend wurden in der gemischt- geschlechtlichen Untersuchung „Interpersonelle und instrumentelle Gewalt bei Konflikten im Straßenverkehr“ 7,8 % der Gewaltopfer potenziell lebensgefährlich verletzt. Hier wurde in 81,8 % körperliche – und in 31,0 % instrumentelle Gewalt angewandt (Mehrfachnennung) (Pfeiffer et al., 2013).

Gewalt unter Nachbarn und Mitbewohnern

Konflikte unter Nachbarn bzw. Mitbewohnern wurden verhältnismäßig häufig protokolliert. Es wurde festgestellt, dass 29,9% der Patienten, die ihren Täter kannten, auf diese zurückzuführen sind.

Gewalt in der Schule

Das Feld der Schulgewalt lässt sich wie folgt differenzieren.

- Gewalt von Schülern gegen Schüler
- Gewalt von Schülern gegen fremde Sachen
- Gewalt von Schülern gegen Lehrer
- Gewalt von Lehrern gegen Schüler

In der Untersuchung wurden ausschließlich Fälle der Gewalt von Schülern gegen Schüler ausgewertet.

Die hohe Kontaktdichte und die wechselseitigen Ansprüche der Beteiligten bieten hinreichend Reibungsfläche für Konflikte (Klewin et al., 2002). Überdies ist die Schule aber auch ein sozial eng kontrollierter Raum, in dem etwaige Regelverstöße leicht auffallen und folgenreich geahndet werden können (Tillmann, 2000). Aus dieser Sicht ist es nicht verwunderlich, dass Gewalt- und Kriminalitätsraten außerhalb der Schule deutlich höher sind als innerhalb (Kaufman et al., 1999).

Nach einer (Bach et al.,1984), in Rheinland-Pfalz durchgeführten Untersuchung berichteten vor allem Sonder-, Grund und Hauptschulen über körperliche Aggressionen. Dies wird durch mehrere Studien bestätigt.

Außerdem häufen sich Gewalttätigkeiten offenbar in großen Schulen und engen Klassenräumen. Besonders Kinder über 14 Jahren waren gewalttätig (Schwind et al., 1990). Verbale Attacken im Schulalltag sind weit verbreitet. Mehr als 50 % der Schüler in Hessen und Sachsen beobachten dies mehrmals wöchentlich oder sogar täglich (Schubarth et al., 1997). Nicht bestätigt wurde die Einschätzung, in städtischen Schulen gebe es mehr Gewalt als in ländlichen, in großen Schulen mehr als in kleinen Einrichtungen (Tillmann et al., 1999/ Fuchs et al., 1996).

Bezüglich des Themas „Gewalt in der Schule“ wurden in der vorliegenden Untersuchung nur wenige Fälle erfasst. Lediglich 26 Patienten berichteten davon. Von den Opfern wurden 24 Täter als Mitschüler klassifiziert. Da nur 42 % der Opfer in der Schule selbst angegriffen worden sind, ist davon auszugehen, dass in der Schule entstandene Konflikte auch an nicht schulischen Orten ausgetragen wurden.

5.5.5 Aussagen zur Anlass-gebenden Situation

5.5.5.1 *Sexualdelikte*

Es wurde erst verhältnismäßig spät entdeckt, dass auch Männer Opfer sexuellen Missbrauchs sind. Eine Ursache ist, dass Männer zögerten entsprechende Straftaten anzuzeigen. Insbesondere existieren Hemmungen, sich mit dem homosexuellen Charakter des Missbrauchs identifizieren zu müssen, da es sich überwiegend um männliche Täter handelt. Jungen werden häufiger als Mädchen außerfamiliär missbraucht (Engfer, 1997).

Während des 7 jährigen Untersuchungszeitraumes berichteten 36 Männer (1,5 %) vom sexuellen Missbrauch. Es wurden 72,2 % dieser Aussagen durch den Untersucher verifiziert. Die häufigste Praktik gegen das Opfer war isolierter Analverkehr (41,7%). Manuelle Manipulationen, sogenannter Oberschenkelverkehr und das Einführen von Gegenständen wurde von mehr als jedem vierten sexuell Belästigten (27,8 %) berichtet. Die häusliche Umgebung des Beschuldigten war der meistgenannte Tatort (40 %). Öffentliche Tatorte wurden von jedem Vierten genannt (25%).

In der Pilotstudie des BMFSFJ sind ebenfalls wenige Fallzahlen bezüglich sexualisierter Gewalt bei Männern beschrieben worden. Am ehesten berichteten die Männer hier über ungewollte, unangenehme Berührungen, die in der Kindheit und Jugend gewiss sexualisierte Gesinnung annehmen ließen. Über schwerste Ereignisse, bis hin zu jahrelangem Missbrauch wurde indes auch berichtet (Jungnitz et al., 2004).

Im Rahmen einer WHO Multi Country Studie wurden Männer ebenfalls zu ihren sexuellen Gewalterlebnissen befragt. Von 664 Teilnehmern gaben 3 % an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben (Garcia-Moreno et al., 2005). In einer Studie mit ausschließlich homosexuellen /bisexuellen Männern und Frauen gaben 59 % sexuelle Gewalt durch den Intimpartner im Lebensverlauf an (Donovan et al., 2006). Autoren einer US Studie ermittelten für Männer eine Lebenszeitprävalenz für sexuelle Viktimsierungserlebnisse durch Intimpartnerschaften von lediglich 0,3 % (Tjaden & Thoennes, 2000).

Es ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer an männlichen Betroffenen deutlich höher liegt. Leider ist es im Rahmen dieser Untersuchung nicht gelungen eine repräsentative Anzahl an männlichen Opfern sexueller Gewalt zu erfassen. Es sollte weiterhin daran gearbeitet werden, niedrigschwellige Angebote für Betroffene zu gestalten, um der Tabuisierung in diesem Feld entgegenzuwirken.

5.5.5.1.1 Altersverteilung

In der vorliegenden Untersuchung waren 27,8 % aller Sexualopfer der jüngsten Altersgruppe (14-18 Jahre) zugeordnet. Ein Drittel aller Opfer befanden sich in der Gruppe der 19 bis 30 Jährigen. Keines der in der Rechtsmedizin untersuchten Opfer war 60 Jahre und älter.

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) 2010 waren Jugendliche (14 bis unter 18 Jahre) bei Sexualdelikten überdurchschnittlich häufig betroffen. Aus allen dokumentierten sexuellen Gewaltdelikten wurden 7,8 % an männlichen Opfern begangen. Es waren hierbei 25,2 % Jugendliche (14-18 Jährige), 15,1 % Heranwachsende (18 – unter 21 Jahre), 48,2 % zwischen 21 und 60 Jahren und 1,2 % 60 Jahre und älter (Bundeskriminalamt, 2011).

5.5.5.1.2 Vorbeziehungen

Opfer von Tätern des Nahraumes haben in der vorliegenden Untersuchung die höchste Prävalenz aufgewiesen (50 %). Dabei sind vor allem die allgemeinen, nicht weiter differenzierten Nahfeldtäter führend (53,8 %), nicht etwa Täter aus Partnerschafts- (3,8%) oder Familienkonflikten (11,5 %). Fast jeder Dritte wurde durch einen Fremdtäter sexuell angegriffen (30,1 %).

Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung wurde mehr als jede vierte vom Bundeskriminalamt erfasste Tat von Verwandten oder näheren Bekannten verübt. Als Bekannte klassifizierte Tatverdächtige griffen laut PKS in 40,6 % der Fälle die Opfer sexuell an. Etwa ein Viertel (26,9 %) der Opfer hatten eine hier ungeklärte Vorbeziehung oder kein Verhältnis zum Tatverdächtigen (Bundeskriminalamt, 2011).

5.5.5.2 *Materielle Bereicherung*

5.5.5.2.1 Altersverteilung

Es war die Hypothese zu prüfen, ob Männer über 60 Jahre eher von materiellen Konflikten betroffen sind als Jüngere. Der Anstoß für diese Hypothese war die Annahme, dass Ältere aus Sicht des Täters die „leichteste Beute“ darstellen müssten.

In der gegenwärtigen Studie waren 7,3 % der Männer ≥ 60 einem materiellen Konflikt zum Opfer gefallen.

Fast die Hälfte (47,4%) der Opfer materieller Konflikte dieser Studie war jünger als 30 Jahre. Entsprechend konnte die Hypothese, dass ältere Menschen (>60Jahre) die häufigsten Opfer sind, nicht belegt werden.

Bezogen auf das Alter zeigte sich folgende Verteilung: 13,4 % Jugendliche (14 bis unter 18 Jahre), 12,3 % Heranwachsende (18 bis unter 21 Jahre), 58,6 % zwischen 21 und 60 Jahre und 10,3 % mit einem Alter über 60 Jahre. Damit sind die jungen Männer bei Raubdelikten und Körperverletzung überdurchschnittlich häufig betroffen (Bundeskriminalamt, 2011). Zusätzlich zeigte sich aus den Statistiken der Polizei, dass das Opferrisiko der männlichen Bevölkerung das der weiblichen bei Raub erheblich übertrifft. (Bundeskriminalamt, 2011)

5.5.5.2.2 Vorbeziehungen

In der Stichprobe gingen 79,6% aller materiellen Delikte von Fremden aus. Gut bekannte Personen wurden zu 4,6 % von dem Opfer beschuldigt. In der Stichprobe wurden 0,7 % (2/274) der Fälle mit familiärem Hintergrund und materiellem Konflikt vereint. Jedes achte Opfer (12,4%) wurde in der eigenen Wohnung bestohlen und verletzt. Dem Opfer war in 39 % der Fälle der Täter bekannt.

Diese Ergebnisse werden durch die aktuelle PKS unterstützt. Deren Ergebnisse belegen ebenfalls, dass der Anteil fehlender Vorbeziehungen bei Raub insgesamt am höchsten (61,2 %) ist. Desweiteren wird durch die aktuelle PKS beschrieben, dass 0,7 % der männlichen Opfer durch ihre Verwandten ausgeraubt worden waren (Bundeskriminalamt, 2011).

5.5.5.3 Selbst-gerichtete Gewalt

Selbstverletzendes Verhalten an Männern wurde sehr selten dokumentiert. Lediglich 2,5 % aller männlichen Opfer wiesen frische Verletzungen auf. Aus dieser Gruppe konnten bei nahezu einem Viertel (23,7 %) auch Spuren früherer Verletzungen gefunden werden. Zusätzlich existieren in den Untersuchungsprotokollen auch einige Fälle (0,6 %) in denen ausschließlich alte selbst gerichtete Gewaltspuren protokolliert wurden. Selbst zugefügte Verletzungen imponierten oft als Ritz-/Schnittverletzungen. Mit einem Werkzeug verletzten sich 86,7 % selbst. Ein Glas- oder Stichwerkzeug nutzten 48,8 %.

Diese Ergebnisse konnten die Hypothese, dass Männer eine geringere Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten als Frauen hätten, belegen. So wurde in 3,5 % aller Fälle frische, selbstgerichtete Gewalt vermerkt. Etwa die Hälfte hatten zusätzlich Spuren alter selbstbeigebrachter Verletzungen. Nur alte Spuren wurden bei 4,6 % des Gesamtkollektivs gefunden.

Die Rate an Selbstverletzungen unterliegt noch immer einer hohen Dunkelziffer, da abgesehen von denen mit Todesfolge, keine offiziellen Statistiken existieren (Grassberger & Püschel, 2013). Das Sterblichkeitsniveau bei Suiziden ist zwar laut Todesursachenstatistik in den letzten Jahrzehnten rückläufig, dennoch scheidet heutzutage immer noch jeder 100. Mensch in Deutschland freiwillig aus dem Leben. Im Jahr 2006 traten Suizide in Deutschland bei 1,9 % der männlichen und 0,6 % der weiblichen Sterbefälle als Todesursache auf. Nahezu zwei Drittel (60%) der aus eigenem Antrieb aus dem Leben Geschiedenen sind 50 Jahre und älter (Rübenach, 2007).

Es ist anzumerken, dass entgegen der bei Männern höheren Suizidrate, der Anteil von selbstverletzendem Verhalten bei Frauen höher ist. (Andover et al., 2010).

5.5.6 Konsumverhalten von Täter und Opfer

Geschuldet der Tatsache, dass sich auch die Erhebung der Daten zum Alkohol und Drogenkonsum meist nur auf die Aussage des Opfers stützen ließ, war die objektive Aussage zur Prävalenz des Konsums entsprechend nicht möglich.

Nach den Angaben der Opfer ergab die Auswertung, dass 38% während des Gewaltdeliktes alkoholisiert waren. Der höchste Alkoholkonsum wurde bei Fremdtäterdelikten verzeichnet. Dieses Ergebnis bestätigt die aufgestellte Hypothese, welche von einem hohen Alkoholkonsum bei Fremdtäterkonflikten ausging.

Bei den familiären Konflikten hingegen wurde nur in 13,9% der Fälle Alkoholkonsum bestätigt.

5.5.7 Form der Gewalt

Es lassen sich auf Grundlage dieser Untersuchung einige aufschlussreiche Aussagen zur Form der Gewaltausübung treffen. Die häufigste Gewaltform, die den Opfern entgegengebracht worden ist, ist mit 48,7 % die körperliche Gewalt. Dieses Ergebnis bestätigt die dahingehende Hypothese. Im Vergleich zu der vorliegenden Studie wurde in der klinisch – rechtsmedizinischen Analyse von Verletzungsmustern hier sogar eine Prävalenz von 76,5 % dokumentiert (Seifert et al., 2007). Knapp jedes 7. Opfer (13,5 %) erlebte ausschließlich instrumentelle Gewalt. Zudem wurden 32,4% der Patienten durch kombinierte Gewalt verletzt. In der Untersuchung zu Gewaltopfern zeigten sich 3,8 % instrumentell angegriffene und 7,9 % kombiniert angegriffene Patienten und Patientinnen (Seifert et al., 2007).

Nahezu jedes zweite untersuchte Opfer (49,3 %) wurde mindestens mit einem Werkzeug angegriffen. Die höchste Prävalenz lag bei der Benutzung von Stichwaffen (23,1 %). Die höchste Anwenderquote lag bei den materiellen Konflikten (28,6%). Weiterhin wurde jeder achte Mann (13 %) mit einem Schlagwerkzeug angegriffen. Glaswerkzeuge wurden entgegen der vermuteten Hypothese vergleichsweise selten verwendet. Nur etwa jeder 14. Mann (6,8 %) wurde damit bedroht bzw. verletzt.

Die besonders gefährlichen Schusswaffen wurden noch seltener verwendet (4,3 %), wodurch sich eine weitere Hypothese bestätigen lässt. Die seltene Dokumentation von Schusswaffenverletzungen könnte auch darin begründet gewesen sein, dass Betroffene durch den Angriff getötet wurden und deshalb durch die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle nicht dokumentiert worden sind.

In Partnerschaftskonflikten hatten die Gelegenheitsverletzungen die höchste Prävalenz (26,2%).

Körperliche Erziehungsgewalt (Züchtigung) gegenüber Männern ist laut den Ergebnissen der Pilotstudie des BMFSFJ gesunken. Sie wird selten von jüngeren Männern, öfter von der vorangegangenen Generation berichtet. Wenn, dann wurde sie von vielen Männern als normale Erziehungsmethode angesehen. Erst der Eindruck von Willkür und ungerechtfertigter Härte rechtfertigte für sie, diese als Misshandlung oder Gewalt zu bezeichnen (Jungnitz et al., 2004).

5.5.8 Art der Gewalt

Es wurde eruiert, dass stumpfe, ungeformte Gewalt die mit Abstand am häufigsten erlebte Gewaltart war. Mit 70,7 % konfrontierten Betroffenen war dies ein eindeutiges Ergebnis. Stumpfe, ungeformte Gewalt wurde hoch signifikant ($p < 0,001$) häufiger im Rahmen von Fremdtäterkonflikten (84,1 %) dokumentiert als im Rahmen von Partnerschaftskonflikten (65,4 %) (siehe Abbildung 35).

In selteneren Fällen wurden Spuren stumpfer, geformter Gewalt protokolliert. Hierbei handelte es sich meist um Trittverletzungen (Seifert et al., 2007). Vergleichend wurde die höchste Prävalenz (7%) bei allgemeinen Nahfeldkonflikten festgestellt. Die Ergebnisse des Modellprojektes zur Untersuchung von Opfern von Gewalt des UKE´s zeigen, dass sich diese Gewaltart vorrangig in den Konflikten mit Vorbeziehung abspielt. So kamen sie in deren Rahmen am häufigsten bei sexualisierter Partnerschaftgewalt (8,7 %), nicht sexualisierten Partnerschaftskonflikten (7,9 %) und familiären Konflikten (6,9 %) vor (Seifert et al., 2007).

Knapp ein Sechstel (15,9 %) des Patientenkollektivs wies bei der ärztlichen Untersuchung (z. T. zusätzlich) Spuren scharfer Gewalteinwirkung (Schnitt- und Stichverletzungen) am Körper auf.

Damit ist es die zweithäufigste protokollierte Gewaltart dieser Studie. Die höchsten Prävalenzen (19,2 %) wurden bei Partnerschaftsbeziehungen und im Rahmen von Delikten materieller Bereicherung (17,2 %) festgestellt. Im Vergleich dazu wurde nur jedes zehnte Opfer (10,9 %) eines Familienkonfliktes Opfer scharfer Gewalt. Die hohen Prävalenzen scharfer Gewaltanwendungen der beiden erstgenannten Konfliktbereiche lassen darauf schließen, dass der Täter es hier für besonders notwendig hält das Opfer schnell gefügig zu können. Davon ist auszugehen, weil eine scharfe Waffe ein höheres Bedrohungspotenzial für das Opfer darstellte als stumpfe Werkzeuge.

Eine differenzierte Bilanz lieferten die Ergebnisse des Modellprojektes zur Untersuchung von Opfern von Gewalt des UKE´s. Es handelte sich hierbei jedoch um eine gemischtgeschlechtliche Patientengruppe, wodurch nur begrenzte

Vergleiche gezogen werden können. In jenem Opferkollektiv waren Stichverletzungen häufig bei nicht näher definierten Täter-Opfer-Beziehungen (7,4 %) vertreten. Bei familiären Konflikten (5,7 %) wurden geringere Fallzahlen bezüglich der Stichverletzungen festgestellt. Die Schnittverletzungen wurden häufig bei Partnerschaftskonflikten mit sexualisierter Gewalt, familiären Konflikten sowie bei sexualisierter Gewalt gegen erwachsende Fremde festgestellt (8,0 % - 8,7 %).

Es ist anzumerken, dass in Einzelfällen nicht immer sicher ein selbstverletzendes Verhalten abgrenzbar ist, was bei sämtlichen Ergebnissen zu einer verzerrten Darstellung führen kann (Seifert et al., 2007).

In der Rechtsmedizin bezeichnet der Begriff „halbscharfe Gewalt“ die Traumatisierung durch Gegenstände mit vorspringenden Spitzen und Kanten (Seifert et al., 2007). Sie wurde bei 5,2 % der männlichen Patienten angewendet. Die Verteilung der Fälle in den verschiedenen Konfliktkategorien ließ keine relevante Tendenz erkennen, ob eine solche Gewaltart durch eine vorherige Bekanntschaft getriggert oder gemildert wurde (Fremdtäterkonflikte [36,9 %]; allgemeine Nahfeldkonflikte [32,4 %]).

Die durch einen Partnerschaftskonflikt verletzten Opfer wurden in 11,5 % der Fälle durch halbscharfe Gewalt verletzt (Vergleich Fremdtäterkonflikt [4,1 %]), Nahfeldkonflikt [5,3 %]).

Die gemischt – geschlechtliche Studie zur Untersuchung von Opfern von Gewalt des UKE´s zeigte diesen Verletzungstyp besonders häufig bei Raubdelikten und anderen, nicht näher klassifizierten Fremdtäteraggressionskonflikten (10,8 %) (Seifert et al., 2007).

Kratzverletzungen wurden signifikant häufiger bei den Opfern der Partnerschaftgewalt gefunden als bei denen der Fremdtätergewalt ($p < 0,001$).

Bissverletzungen stellen eine Kombination von halbscharfer und stumpfer Gewaltanwendung dar. Typisch hierfür sind Quetschung, Rötung sowie die Abschürfung.

Die Kratz- und Bissverletzungen traten in der vorliegenden Untersuchung besonders häufig bei häuslichen Konflikten (Partnerschaftskonflikte [24 %] und familiäre Konflikte [15,8 %)] auf. Bissverletzungen wurden sehr häufig infolge eines Partnerschaftkonfliktes festgestellt (19,2%).

Im Geschlechtsvergleich zeigte sich, dass der Anteil jener Verletzungen an weiblichen Betroffenen überwog (weiblich [13,3 %] vs. männlich [11,9 %]).

Scheithauer versuchte das Beißen im Erwachsenenalter damit zu erklären, dass die „natürliche Beißhemmung“ durch „starken Zorn oder extreme Verzweiflung“ durchbrochen würde (Schmitt, 2003). Außerdem ist ein Zusammenhang mit Eifersuchtsgefühlen festgestellt worden, was den höheren Prozentsatz an Bisswunden im Bereich der partnerschaftlichen Konflikte erklären könnte. Der Einfluss von Drogen und Alkohol wurde auch in diesem Zusammenhang als aggressionsverstärkend beurteilt (Krohn et al., 2010).

Die Frakturen machten knapp 40 % aller im Basisdokumentationsbogen als „besondere Verletzungen“ beschriebenen Verletzungen aus (siehe dazu auch Kopie des Bogens im Anhang).

5.5.8.1 *Betroffene Körperregionen*

Kopf

Es wurden 41,9 % aller dokumentierten Verletzungen an Gesichts- und/oder Hirnschädel gesichtet. Die Gesichtsschädelverletzungen sind jedoch innerhalb dieser Gruppe fast dreimal häufiger vertreten als die Hirnschädelverletzungen (30,6 % vs. 11,3 %). In der retrospektiven Studie "On the way to light the dark" zeigt sich ein analoges Bild bei stumpfen Verletzungen (49 % der stumpfen Verletzungen am Kopf, meist in der Augenregion (15,5 %), am Mund (8,8 %) und Kiefer (7,4 %) (Klopfstein, et al., 2010)).

Ein Drittel (31,8 %) der Hirnschädelverletzungen wurde bei Opfern materieller Delikte diagnostiziert. Es konnte, im Vergleich zu der inhomogenen Vergleichsgruppe, wobei die Partnerschaftskonflikte die Signifikanz mit größtem Gewicht angeben, eine signifikant höhere Zahl dieser Verletzungslokalisation festgestellt werden ($p < 0,014$). Im Vergleich aller Gruppen wurde jedoch nur ein signifikantes Ungleichgewicht festgestellt ($p < 0,051$).

In dem Modellprojekt zur Untersuchung von Opfern von Gewalt wurden 18,5% (84/445) der gemischt-geschlechtlichen Untersuchungsgruppe durch stumpfe Gewalt gegen den Hirnschädel in der Kategorie „Aggressionskonflikte anderer und unbekannter Art“ verletzt. Die stumpfen Verletzungen am Hirnschädel infolge materieller Bereicherungsdelikte zeigen mit 18,4 % analog eine hohe Prävalenz.

Die Gesichtsschädelverletzung hatte bei Delikten materieller Bereicherung ebenfalls die höchste Prävalenz (67,9 %). Dieses Ergebnis legt nahe, dass insbesondere bei materiell motivierten Delikten ein rasches und hartes Vorgehen gegen die empfindlichsten Stellen eines Menschen, dem Täter am zweckmäßigsten erschienen. Eine Verletzung des Gesichtsschädels infolge eines Partnerschaftskonfliktes erlitten nur 37,5 %

In der Literatur werden Gesichtsverletzungen hingegen als eine der häufigsten Verletzungen von Partnerschaftsgewalt beschrieben (Campbell et al., 2002), (Kyriacou et al., 1999/ Stark et al., 2007/ Eisenstadt & Bancroft, 1999). Jedoch beschrieb das Berliner Projekt S.I.G.N.A.L die Gewalt gegen den Kopf bei Partnerschaftskonflikten wiederum deutlich seltener als bei anderen Konfliktkategorien (34 % zu 48,1 %).

Rumpf

Der Rumpf der Opfer war am seltensten verletzt worden, wobei das Abdomen dem Rücken wiederum nachsteht (8,1 % zu 15,3 %). In Partnerschaftskonflikten wurde vergleichend zu den anderen Konfliktkategorien das Abdomen am häufigsten verletzt (11,5 %). Eine Verletzung in der Folge eines materiell motivierten Deliktes erlebte knapp jedes zehnte dieser Opfer (9,1 %).

In der Auswertung zur Untersuchung (gemischt geschlechtlicher Patientenpool) von Gewaltopfern wurde bei der stumpfen Gewaltanwendung gegen das Abdomen des Opfers ein deutlich höherer Prozentsatz bei sexualisierter Partnerschaft als bei nicht sexualisierter Partnerschaft festgestellt (Seifert et al., 2007). Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung keine repräsentative Menge an Sexualdelikten existiert, ist ein paralleles Untersuchen dieses Verhältnisses unterlassen worden. In der Literatur werden Verletzungen des Abdomens ebenfalls im Zuge häuslicher Gewaltvorkommen angegeben, jedoch nicht als die Häufigste (Kyriacou et al., 1999). Es wurden in der zuerst genannten Untersuchung überdies bei 20 % der materiellen Konflikte Verletzungen im abdominalen Bereich beschrieben (Seifert et al., 2007).

Verletzungen des Rückens wurden bei nahezu jedem fünften (19 %) in einen materiellen Konflikt verwickelten Opfer festgestellt.

Es ist zu vermuten, dass hier häufig Angriffe von hinten auf das ahnungslose Opfer durchgeführt worden sind. Überdies wies mehr als jeder siebente Betroffene häuslicher Gewalt (15,6 %) Verletzungen am Rücken auf. In der Literatur wird diese Art von Verletzungen bei Opfern häuslicher Gewalt als dritthäufigste nach Kopf und Gesicht erwähnt (Kyriacou et al., 1999).

Extremitäten

Obere- und untere Extremität wurden insgesamt bei einem Drittel (33,2 %) aller Berichte protokolliert. So wurden in der Studie "On the way to light the dark" die obere Extremität in 19,6 % der Fälle, die unteren Extremitäten in 11,1 % der Fälle verletzt (Klopfstein et al., 2010). Häufiger wurden die oberen Extremitäten der Opfer verletzt (46,6 % zu 25,5 %). Diese Ergebnisse sind durch die natürlichen Reflexe der Abwehrhaltung eines jeden Menschen leicht nachzuvollziehen.

Verletzungen der oberen Extremitäten waren bei den Partnerschaftskonflikten mit 63,5 % am meisten vertreten. Es konnte für diese Konfliktkategorie eine signifikant höhere Zahl dieser Verletzungslokalisation festgestellt werden ($p < 0,001$).

Es ist auf den ersten Blick verwunderlich, dass bei den Fremdtäterkonflikten lediglich 44,2 % der Verletzungen an der oberen Extremität protokolliert wurden. Dieses Ergebnis könnte sich jedoch darin begründet sehen, dass die Opfer häuslicher Gewalt eine höhere Verteidigungsbereitschaft und –möglichkeit (kein Überraschungseffekt) haben. Bei der unteren Extremität wurden keine relevanten Tendenzen bezüglich der Konfliktkategorie festgestellt. In dem gemischt – geschlechtlichen „Modellprojekt zur Untersuchung von Opfern von Gewalt des Universitätsklinikums Eppendorf“ war die stumpfe Gewaltanwendung gegen die oberen Extremitäten der Opfer von Partnerschaftskonflikten mit 46,2 % ebenfalls am häufigsten dokumentiert worden. Bei materiell motivierter Gewalt lag die Prävalenz bei nur 26,2 %.

Das wäre typisch für Überraschungsangriffe mit geringer Abwehrchance des Opfers. Die Häufigkeit von stumpfen Verletzungen der unteren Extremitäten lag bei nicht sexualisierten Partnerschaftskonflikten bei nur 28,2 % (Seifert et al., 2007).

5.5.9 Schweregrad/ Intensität der Gewalteinwirkung

Es konnte herausgefunden werden, dass die meisten untersuchten Opfer (72,9%) nicht lebensgefährliche Verletzungen erlitten haben. Als potenziell lebensgefährlich bzw. lebensgefährlich verletzt eingestuft wurden 23,1 % der Opfer. Dieser Prozentsatz ist als Mindestwert einzustufen, da nicht bei allen „potenziell lebensgefährlichen“ und „lebensgefährlichen“ verletzten Gewaltopfern, ein Rechtsmediziner durch einen Arzt der Zentralen Notaufnahme (rechtzeitig) kontaktiert wurde. Ein Blick auf die Polizeiliche Kriminalstatistik verdeutlicht, dass Männer die Hauptopfer vor allem von schwerer körperlicher Gewalt darstellen. Im Jahr 2010 waren 75,1 % der Opfer schwerer Körperverletzung männlich (Bundeskriminalamt, 2011).
Die Intensität der Gewaltanwendung ließ sich auch über die Zahl der betroffenen Körperregionen ableiten. Mehr als ein Drittel der Opfer (36,5%) wurden isoliert an nur einer Körperstelle verletzt. Vier und mehr Verletzungsspuren wurden hingegen in 17,7% der Basisdokumentationsbögen durch die untersuchenden Ärzte vermerkt.

Es konnte keine Signifikanz für die Annahme, dass materielle Delikte häufiger (potenziell) lebensgefährliche Verletzungen des Opfers nach sich ziehen als in den Vergleichsgruppen, festgestellt werden ($p < 0,095$).

5.5.9.1 *Strangulation/ Gewalt gegen den Hals*

Der Begriff "Strangulation" umfasst alle Gewaltanwendungen gegen den Hals des Opfers, sofern dadurch der Halsquerschnitt reduziert wird. Hierbei kann es abhängig von der wirkenden Kraft zur Kompression der Halsgefäße (2 Halsarterien, vorne / 2 Wirbelsäulenarterien, hinten / Halsvenen) kommen (Siegrist et al., 2010).
In der Untersuchung konnten keine repräsentativen Fallzahlen erreicht werden. Es erfuhr jeder 12. Mann Gewalt (8,5 %) gegen den Hals. Dabei berichtete wiederum jeder dritte Betroffene (38,4 %) von isoliertem, gewaltsamem Würgen. Strangulation und andere Gewalteinwirkungen gegen den Hals des Opfers wurden aus dem Kontext des familiären Konfliktes am häufigsten (26,7 %) berichtet. Die Opfer materieller Konflikte wurden hingegen nur in jedem 10. Fall (10,9 %) gewürgt oder gedrosselt.

Die geringste Prävalenz findet sich mit etwa 5 % bei den Opfern der Fremdtäterkonflikte. So konnte man entsprechend ableiten, dass möglicherweise Gewalttaten mit enger Vorbeziehung zwischen Opfer und Täter häufiger besonders gefährlich bzw. lebensgefährlich sind.
Es konnte jedoch, bezüglich dem Auftreten von Gewalt gegen den Hals des Opfers, kein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen Partnerschaftskonflikt (11,5 %) und Fremdtäterkonflikt festgestellt werden ($p < 0,393$).

In dem Modellprojekt zur Untersuchung von Opfern von Gewalt der Universitätsklinik Eppendorf waren Angriffe gegen den Hals mit einer Prävalenz von 22,9 % der Partnerschaftskonflikte ohne und 21,7 % mit sexualisierter Gewalt vertreten. Signifikant niedriger lag in der Untersuchung die Prävalenz der familiären Konflikte mit 9,2 % (Seifert et al., 2007).

Die Folgen von Gewalteinwirkungen gegen den Hals waren vielfältig. Vordergründig standen die Schmerzen am Hals. Diese wurden jedoch nicht in der Datenbank erfasst, da es sich um eine nicht zu objektivierende Angabe handelt.
Eine Bewusstlosigkeit trat in 8 % aller Fälle des gesamten Opferkollektivs (2377) als Folge der Gewalteinwirkung ein. Jeder 10. (10,6 %) dieser Gruppe wurde sichtbar am Hals verletzt. Kehlkopfverletzungen wie Brüche, Stimmbandläsionen und Weichteilverletzungen sind ebenso typische Befunde bei strangulierten Opfern (Siegrist et al., 2010).
Schluckbeschwerden kamen bei jedem Vierten (26,3 %) am Hals angegriffenen Mann vor. Mehr als jeder 6. Mann (15,7 %), der Gewalt gegen den Hals erlitten hatte, war in der Folge heiser. Andere Merkmale wie der unwillkürliche Kot- bzw. Urinabgang sowie die Aura wurden von 5 % aller strangulierten Opfer berichtet.
Eine besondere Wichtigkeit bei der Diagnose und Bewertung von Strangulationsbefunden kommt in der Rechtsmedizin den petechialen Einblutungen zu. Es handelt sich hierbei um punktförmige Einblutungen, welche am häufigsten im Bereich der Bindehäute und der Lidhäute, seltener am Augapfel sowie Gesicht und Halsbereich und hinter den Ohren gesehen werden.
In der vorliegenden Studie wurden petechiale Einblutungen in knapp 50 % der Fälle hinter den Ohren der strangulierten Männer gefunden.

TEIL 2: Täteruntersuchung

6.1 Epidemiologische Analyse des Täterkollektivs

In dem Untersuchungsintervall vom 01.01. 2004 bis zum 31.12.2010 wurden 172 männliche Täter durch die rechtsmedizinische Untersuchung erfasst und in Akten vermerkt. In demselben Zeitraum wurden nur 19 weibliche Beschuldigte untersucht.

Es ist nicht gelungen für das Jahr 2003 Fälle einzusehen und auszuwerten, da keine (elektronischen) Tagebücher aus diesem Zeitraum existieren. Es wurden ausschließlich Männer mit einem Alter von mindestens 14 Jahren berücksichtigt.

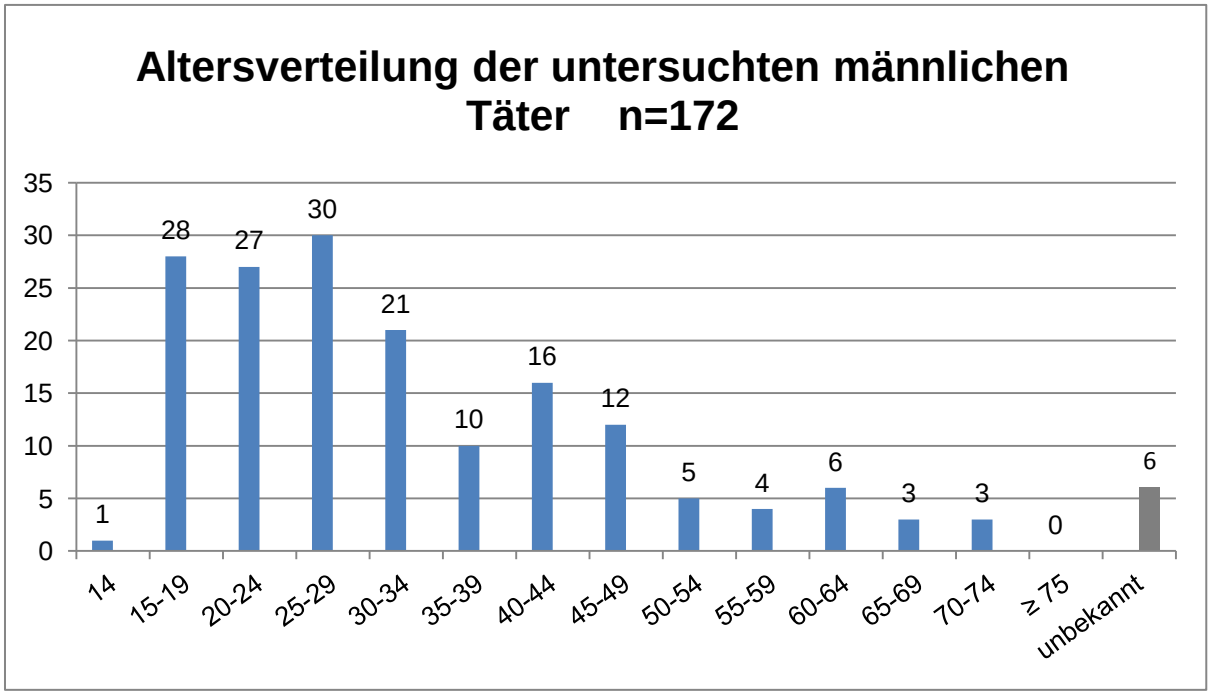

Abbildung 61.: Altersverteilung der untersuchten männlichen Täter

Es hatten 70,9 % (122/172) aller Täter ein Alter zwischen 14 und 29 Jahren, wobei die Altersgruppe der 25 – 29 Jährigen knapp die meisten Männer (17,4 %; 30/172) zusammenfasst. Beschuldigte mit einem Alter über 60 Jahre machen 7,0 % (12/172) aller erfassten Täter aus. Es wurden keine Täter > 75 Jahre erfasst (Vergleich Abbildung 61).

6.2 Sachverhalt/Anamnese: Rahmenbedingungen

6.2.1 Allgemeine Informationen zur Tat

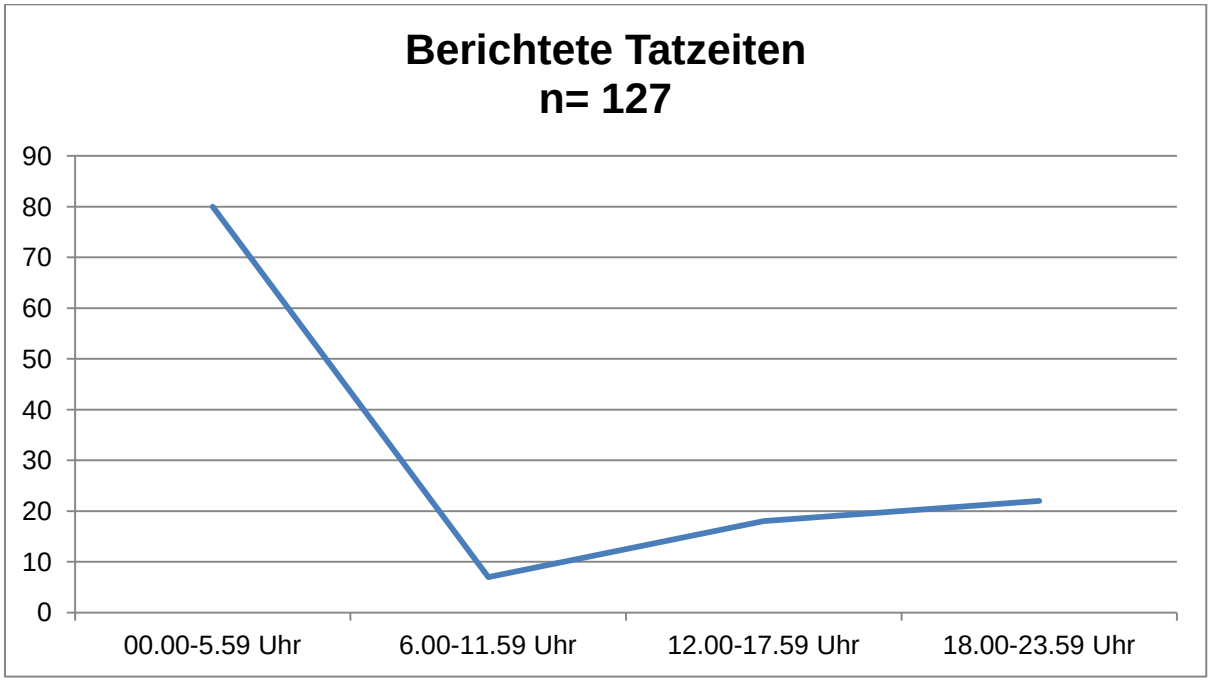

Abbildung 62.: Berichtete Tatzeiten

Ausgehend von 172 Beschuldigten ist es bei 127 (73,5 %) von ihnen gelungen nachträglich die Tatzeiten zu eruieren. Der nächtliche Zeitintervall zeigte die höchste Prävalenz (63 %; 80/127) auf (Vergleich Abbildung 62).

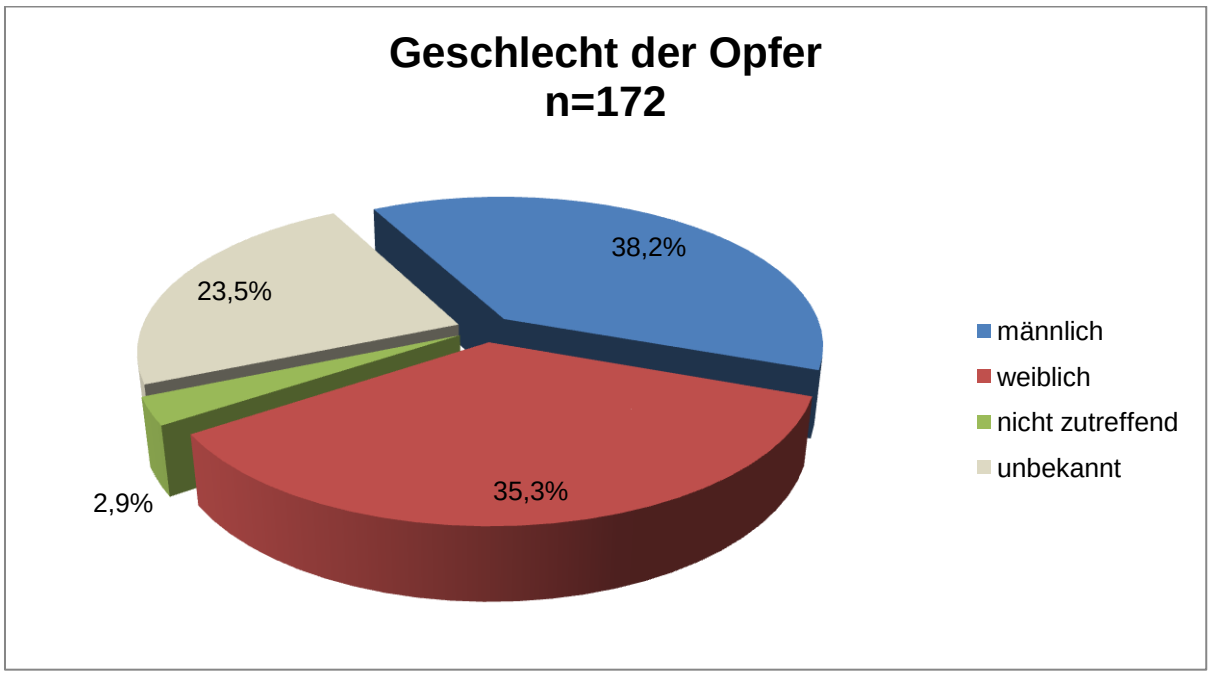

Abbildung 63.: Geschlecht der Opfer

Bei der Abbildung des Opfergeschlechts erschien eine ausgewogene Geschlechterverteilung. So waren 38,2% (65/172) der Opfer männlich, 35,3 % (60/172) weiblich. Die Variable „nicht zutreffend“ bilden u. a. verdächtigte Brandstifter, die zum Tatnachweis in die rechtsmedizinische Untersuchung geschickt worden sind, ab. Auf sie entfallen 2,9 % (5/172). Fast jeder vierte Fall (23,4 %; 40/172) ermöglichte keine Geschlechtszuordnung des Opfers (Vergleich Abbildung 63).

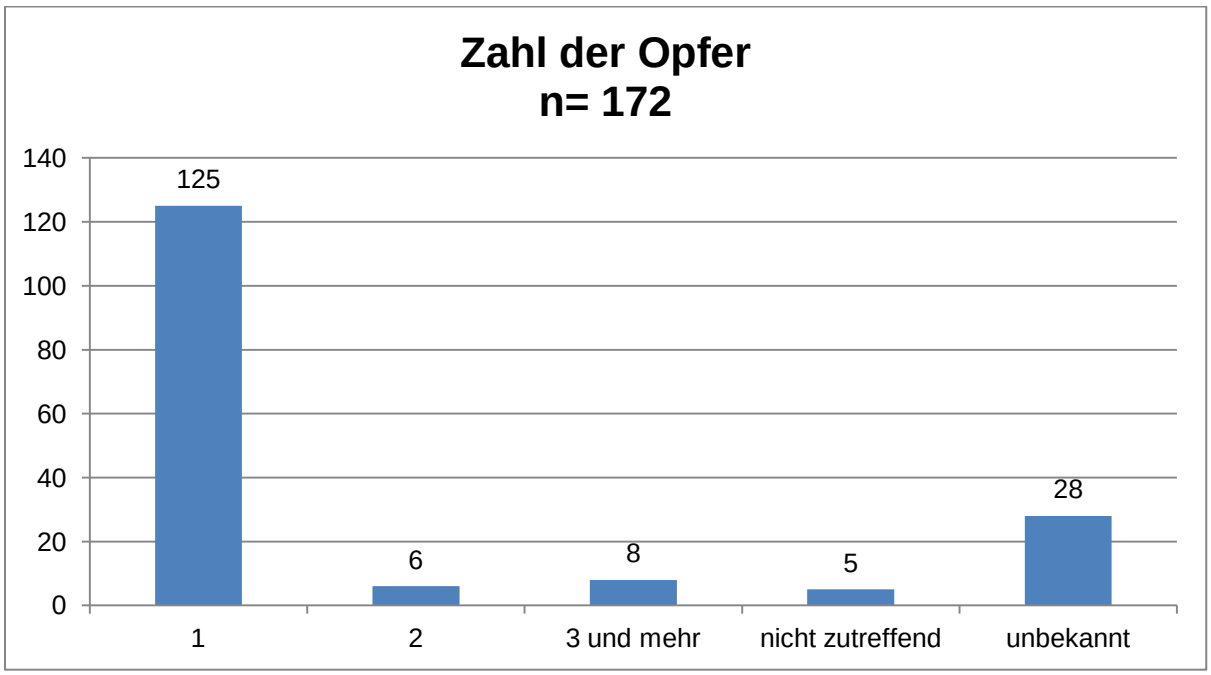

Abbildung 64.: Zahl der Opfer

Die Gruppengröße derer, die dem Täter (verletzende) Gegenwehr boten, lag mit 72,7 % (125/172) bei Einzelopfern (Vergleich Abbildung 64).

6.2.2 Aussagen zum Tatort

Zur genaueren Erläuterung der Variablen siehe unter Absatznummer 4.2.2.

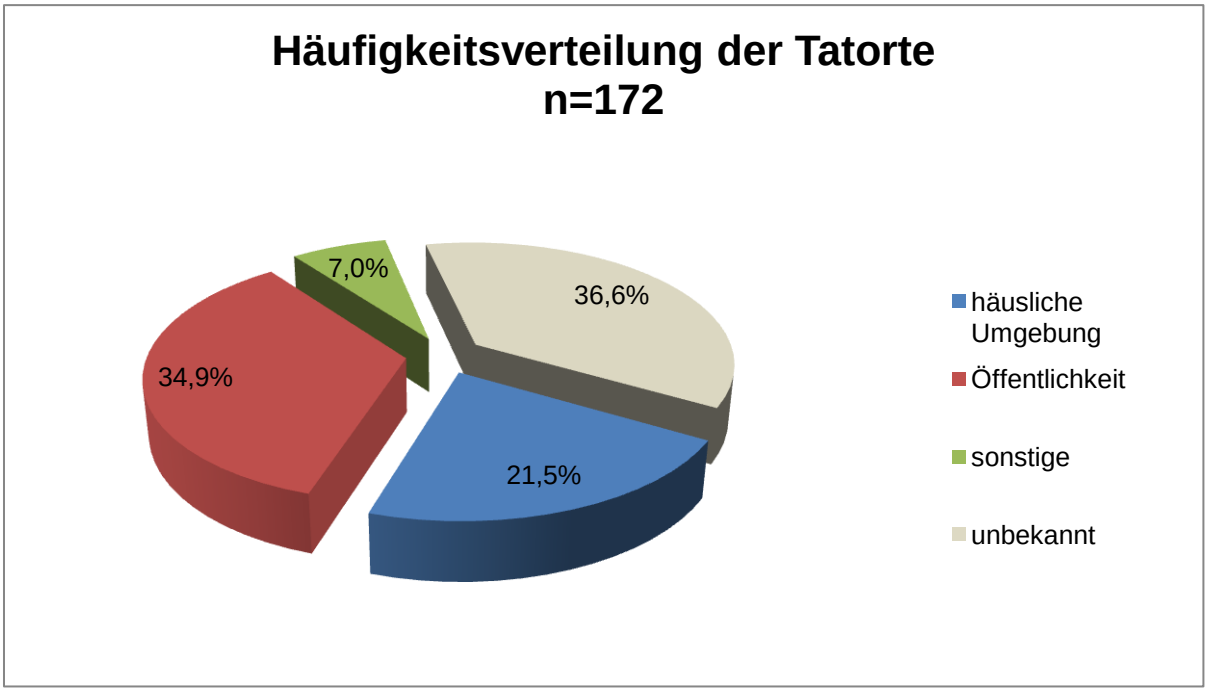

Abbildung 65.: Häufigkeitsverteilung der Tatorte

In 4 Fällen existierten Tatorte mit mehrfacher Beschreibung. So war der Tatort gleichzeitig Arbeitsweg und öffentliche Straße bzw. parallel Arbeitsplatz und öffentlich kommerzieller Bereich. Entsprechende Fälle wurden unter der Variable „Öffentlichkeit“ erfasst.

Die höchste Prävalenz an Tatorten liegt, wie auch schon durch die Ergebnisse der Opferuntersuchung repräsentiert, mit 34,9 % (60/172) in der Öffentlichkeit (Vergleich Abbildung 65). Gewaltdelikte in der häuslichen Umgebung wurden in 21,9 % (37/172) der Fälle dokumentiert. Aufgrund der großen Gruppe an unbekannten Tatorten ließ sich keine Aussage bezüglich der Signifikanz dieses Ergebnisses stellen.

6.2.3 Aussagen zur Täter – Opfer- Beziehungen

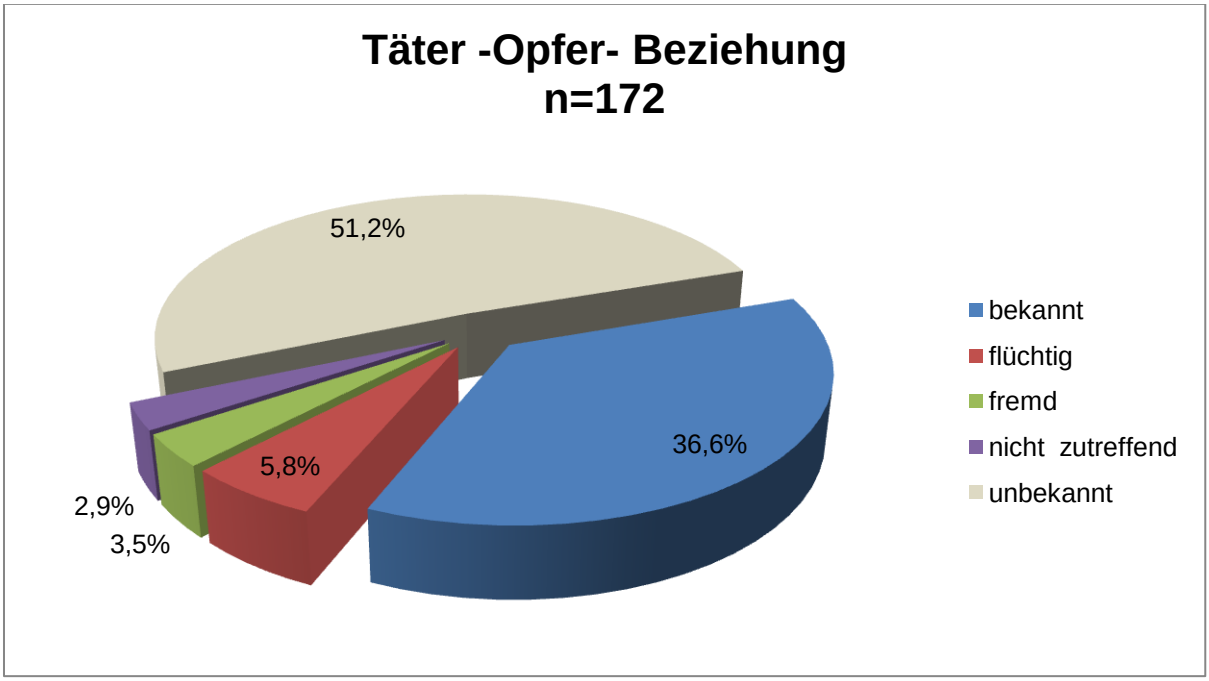

Abbildung 66.: Täter- Opfer- Beziehung

Das Täter-Opfer Verhältnis ist in 51,2 % (88/172) unbekannt (keine Angabe hierzu gefunden). Bei 36,6 % (63/172) konnte eine Täter- Opfer- Beziehung mit vorherigem Kontakt festgestellt werden. Differenzierter könnte bei der Auswertung der engeren Vorbeziehungen festgestellt werden, dass insbesondere (Ex-) Partner Gegengewalt ausüben (14 %; 24/172). Nachbarschaftsbeziehungen (4,6 %; 8/172), familiäre Verhältnisse (1,7 %; 3/172) und Arbeitsbeziehungen (1,2 %; 2/172) wurden seltener explizit genannt (Vergleich Abbildung 66).

6.2.4 Aussagen zur Anlass gebenden Situation

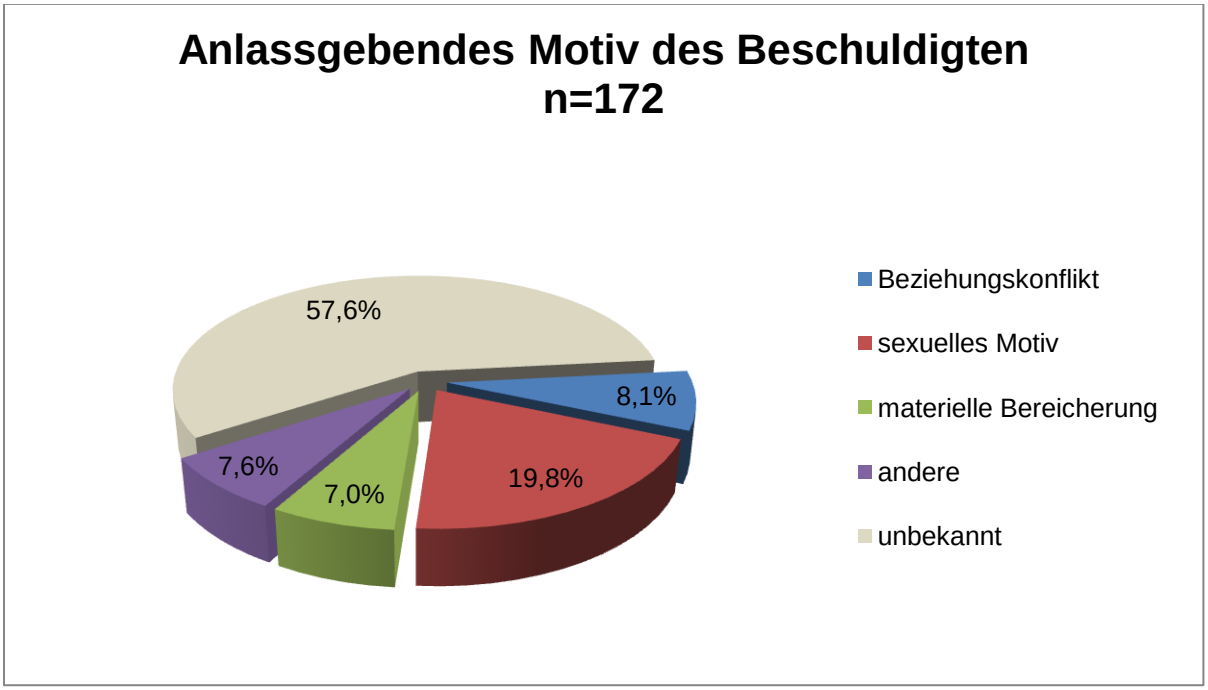

Abbildung 67.: Anlassgebendes Motiv des Beschuldigten

Es konnten weniger als die Hälfte der Intentionen der Beschuldigten zur Gewaltausübung ausfindig gemacht werden (Vergleich Abbildung 67).

Ein sexuelles Motiv hatten 19,8 % (34/172).

Unter der Variable „andere“ sind Fälle von z.B. Brandstiftung, Gewalt im Straßenverkehr, psychisch kranken Tätern und anderen zusammengefasst.

6.3 Aussagen zur Form der Gewalt

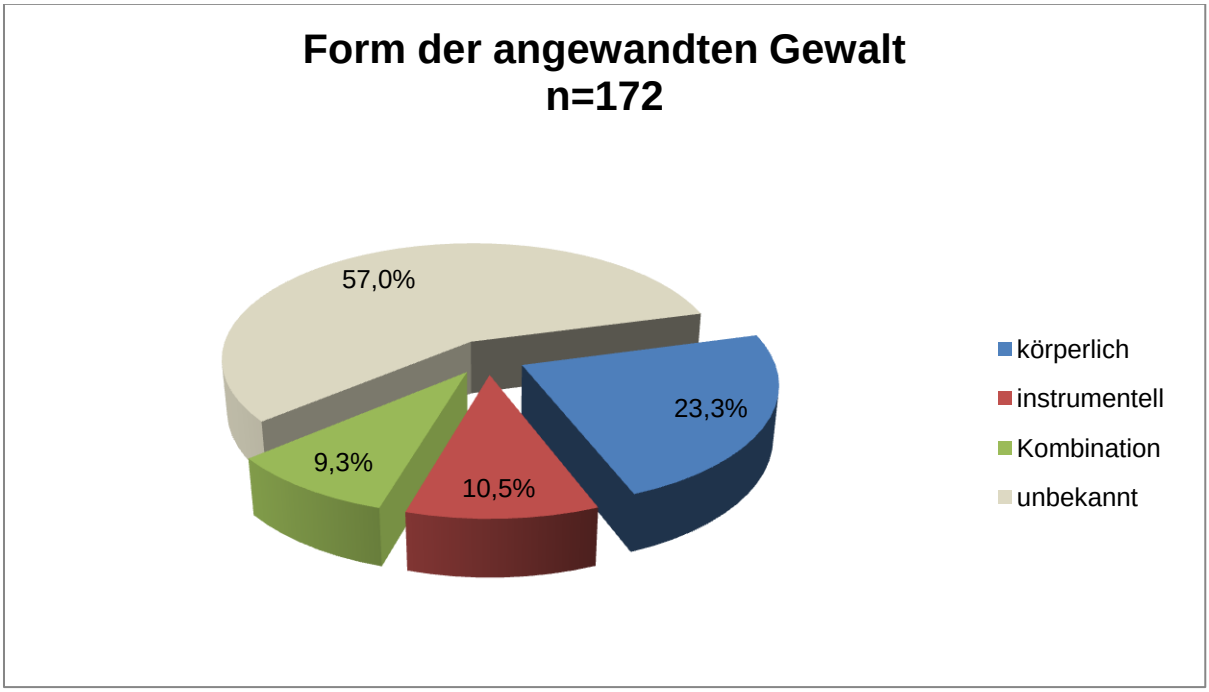

Abbildung 68.: Form der angewandten Gewalt

Bei einem Gewaltdelikt kann der Täter sich bei der Tat selbst verletzen bzw. durch das Opfer Gegengewalt erfahren. Die Auswertung der Verletzungsspuren an dem Beschuldigten zeigte erneut eine große Zahl an Unbekannten (57,0 %; 98/172). Die Spuren körperlicher Gegengewalt konnten jedoch auch hier als die dominantere Form festgestellt werden (23,3 %; 40/172). Die Variable „Kombination“ beinhaltet 16 Fälle (9,3 %; 16/172) in welchen sowohl körperliche als auch instrumentelle Gewaltspuren diagnostiziert wurden (Vergleich Abbildung 68).

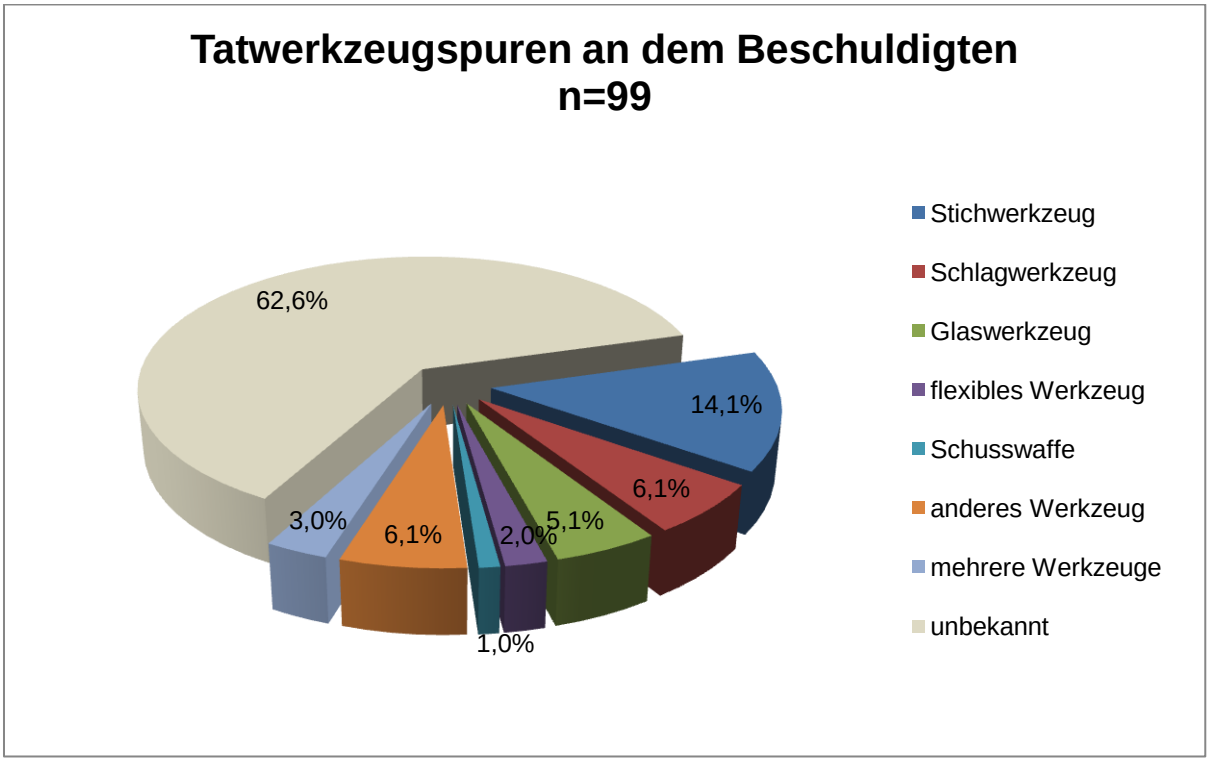

Abbildung 69.: Tatwerkzeugspuren an dem Beschuldigten

Spuren der Gewalt am Körper des Täters können auch durch einen abwehrenden Werkzeuggebrauch des Opfers entstehen. Es konnten 37 Fälle (37,4 %; 37/99) sicher mit einem bestimmten Tatwaffengebrauch „zum Nachteil des Beschuldigten“ assoziiert werden. Die häufigsten Tatwaffen gehören zu der Gruppe der Stichwerkzeuge (14,1%; 14/99) (Vergleich Abbildung 69). Zur Erläuterung der einzelnen Werkzeuggruppen siehe Kapitel 4.3.1.

Bei 42,4 %; (73/172) der Gesamtstichprobe wurde ein abwehrender Werkzeuggebrauch gegen den Beschuldigten ausgeschlossen (Vergleich Abbildung 69).

6.4 Aussagen zur Art der Gewalt

Bei den Tatverdächtigen konnten Spuren verschiedener Gewaltarten gesichert werden. Zur Erläuterung der verschiedenen Arten siehe Kapitel 4.4.

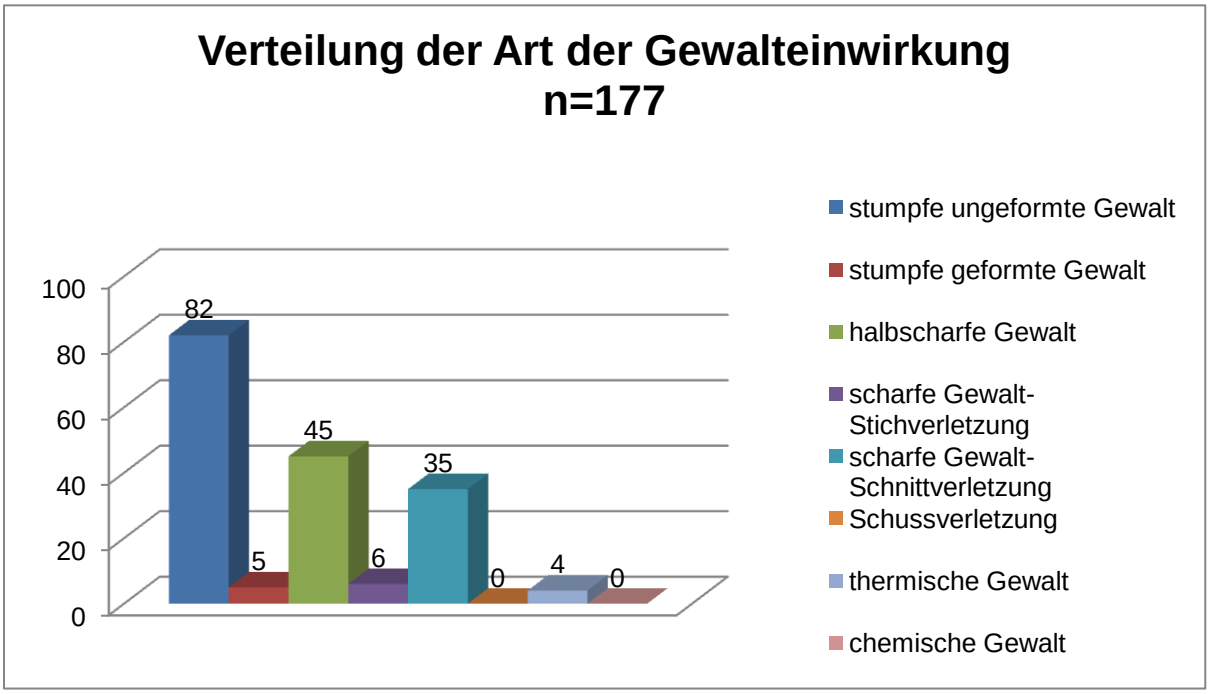

Abbildung 70.: Verteilung der Art der Gewalteinwirkung

Die stumpfe, ungeformte Gewalt stellt die hauptsächlich gegen die Täter ausgerichtete Gewaltart dar (46.3 %; 82/177). Halbscharfe (45/177; 25,4 %) sowie scharfe Schnittverletzungen (35/177; 19,8 %) sind ebenfalls häufige Verletzungsfolgen an dem Beschuldigten (Vergleich Abbildung 70).

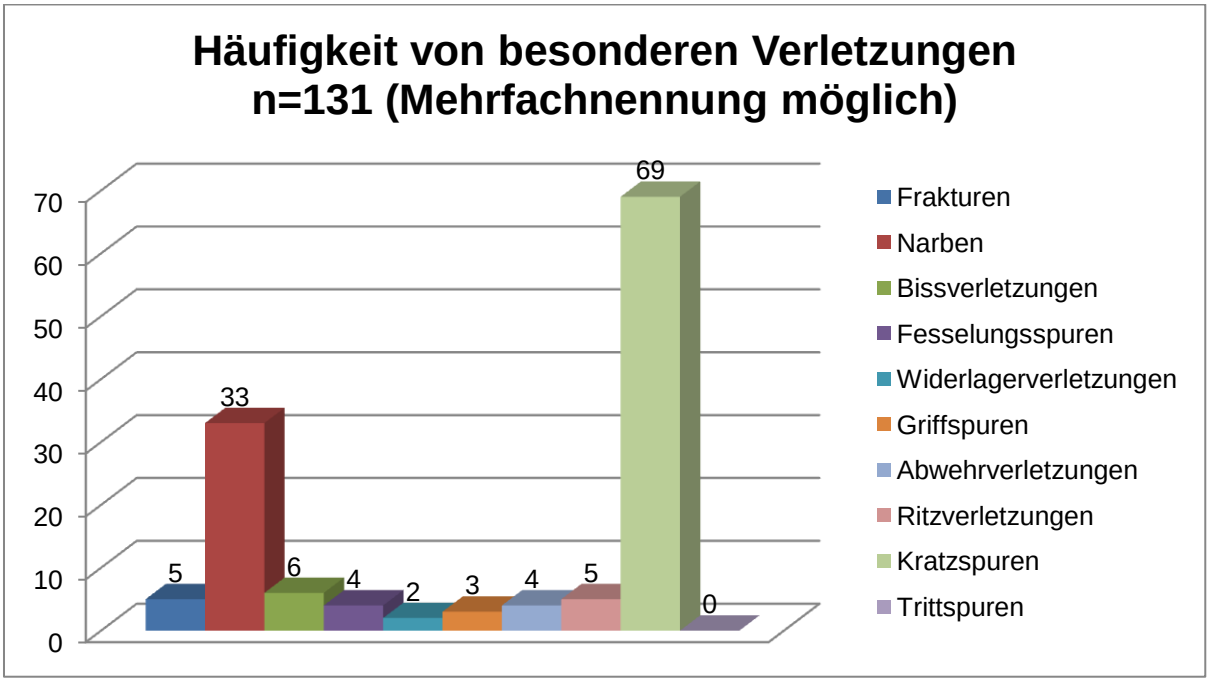

Abbildung 71.: Häufigkeit von besonderen Verletzungen

Die höchste Prävalenz hatten die Kratzverletzungen bei Tätern mit 52,7 % (69/131). Unabhängig davon wurden während der rechtsmedizinischen Untersuchung in 25,2 % (33/131) der Fälle Narben bei den Tätern dokumentiert (Vergleich Abbildung 71).

6.4.1 Lokalisationen der Verletzungen und Schweregrad der Verletzung

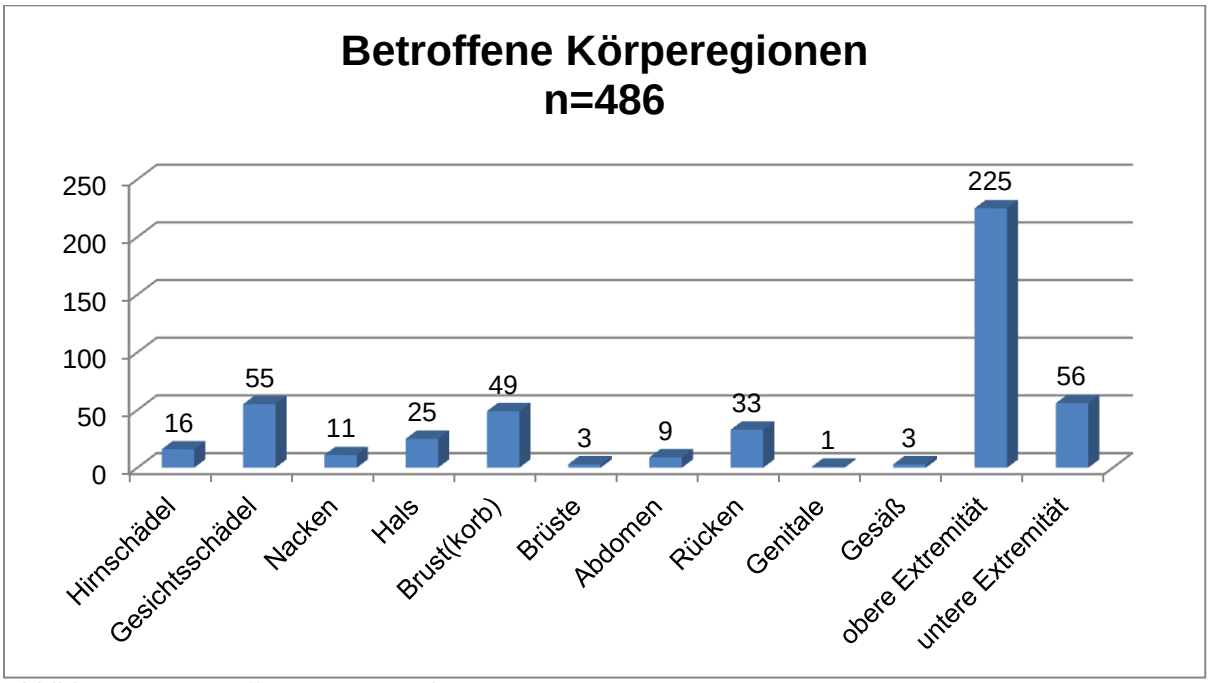

Abbildung 72.: Betroffene Körperregionen

Die durch die Ausführung des Gewaltdeliktes entstandenen Verletzungen wurden inklusive der Nennung der genauen Lokalisation am Körper in den Akten vermerkt (Vergleich Abbildung 72). Die oberen Extremitäten wiesen am häufigsten Verletzungen auf (46,3 %; 225/486). Etwa jeweils ein Zehntel aller beschreibbaren Lokalisationen machten die Bereiche „Gesichtsschädel“ (11,3 %; 55/486), „Brust (korb)“ (10,1 %; 49/486) und die „unteren Extremitäten“ (11,5 %; 56/486) aus.

Infolge der Gewaltdelikte sind die Tatverdächtigen meist als „nicht lebensgefährlich“ (82 %; 141/172) oder unverletzt (12,8 %; 22/172) beschrieben worden. „Potentiell lebensgefährlich“ und „lebensgefährlich“ verletzte Täter wurden in insgesamt 2,9 % (5/172) der Fälle beschrieben.

6.5 Konsumverhalten der Täter

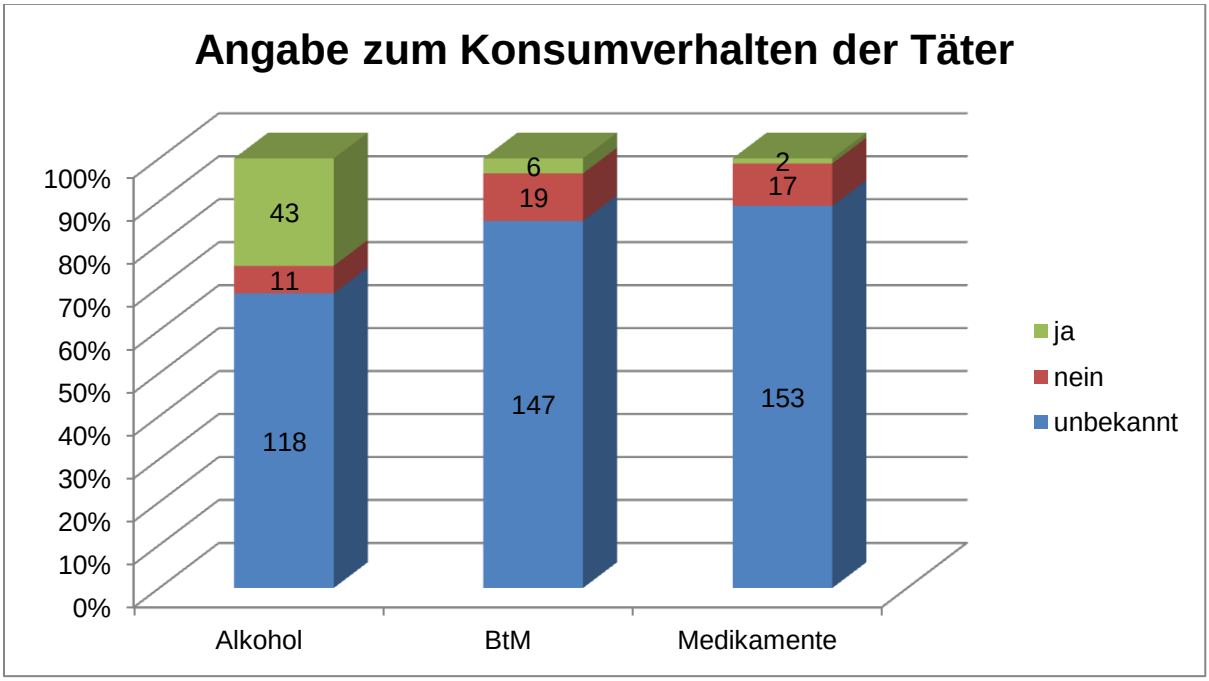

Abbildung 73.: Angabe zum Konsumverhalten der Täters

Das Konsumverhalten der Täter zum Zeitpunkt der Tat blieb mangels Möglichkeit einer sofortigen sachgerechten Überprüfung zum größten Teil unbekannt. Insofern ließ sich keine richtungsweisende Tendenz bezüglich der Auswirkung des Alkohol-, BtM- oder Medikamentengebrauchs zum Zeitpunkt der Tat eruieren (Vergleich Abbildung 73).

7. Diskussion

7.1 Altersverteilung der untersuchten Männer

In die vorliegende Untersuchung wurden männliche Täter mit einem Mindestalter von 14 Jahren eingeschlossen. Die Tatverdächtigen waren überwiegend jüngeren Alters (73,5 % zwischen 14 und 29 Jahren). Diese Tendenz findet sich auch in anderen Literatur wieder (Farrington, 1992).

7.2 Angaben aus Anamnesegespräch und rechtsmedizinischer Untersuchung

Das Gewalthandeln der Männer geschah in 63% der Fälle in dem nächtlichen Zeitraum, zwischen 0.00 Uhr und 05.59 Uhr.

Es wurden etwa gleich viele Gegengewalt-ausübende männliche und weibliche Opfer (38,2 % zu 35,3 %) erfasst. Allerdings ist eine Bewertung dessen schwierig, da nahezu jede vierte Fallakte keine Informationen zum Geschlecht des Opfers beinhaltete. Überdies handelte es sich um Einzelopfer (72,7 %).

7.2.1 Angaben zum Tatort

Etwa ein Drittel der Tatverdächtigen (34,9 %) erlitten Gegengewalt in der Öffentlichkeit. Weitere 21,4 % übten diese in der vertrauten häuslichen Umgebung aus. Die Ergebnisse der Pilotstudie des Jahres 2004 zeigten männliche Täter ebenfalls überwiegend in der Öffentlichkeit/Freizeit sowie Schule/Ausbildung aktiv (Jungnitz et al., 2004).

7.2.2 Täter-Opfer-Konstellationen

Die Erfassung der Vorbeziehung zwischen untersuchtem Tatverdächtigen und seinem Opfer gestaltete sich retrospektiv äußerst schwierig. Es ist nur bei knapp der Hälfte der Fälle gelungen, diese sicher zu bestimmen. Bei der Bewertung des Ergebnisses, welches die mit Abstand größte Prävalenz in der engeren, bekanntschaftlichen Vorbeziehung aufzeigt (36,6 % von 48,8 % ermittelten Vorbeziehungen), sollte dies beachtet sein. Es zeigte sich, dass speziell die Tatverdächtigen, die ein (ex)-partnerschaftliches Verhältnis zum/r Geschädigten aufwiesen, häufig in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle untersucht worden sind. Es handelte sich um jeden siebenten Mann (14 %) aller Tatverdächtigen. Täter innerfamiliärer Gewalttaten wurden indes nur in 3 Fällen (1,7 %), Nachbarschaftskonflikte in 8 Fällen (4,6 %) beschrieben.

In der Literatur ist das gehäufte Auftreten von Gewalttaten im sozialen Nahraum unstrittig erkannt und beschrieben worden. Es wird darauf hingewiesen, dass sich männliche und weibliche Täter innerfamiliär fast gleichgewichtig verteilen (Kirchhoff, 2002).

In einer retrospektiven Studie mit 160 weiblichen Opfern häuslicher Gewalt war der Täter in 73,4 % der Ehemann oder Partner der Frau, in 26,1 % handelte es sich um andere familiäre Mitglieder (Klopfstein et al., 2010).

Bezügliche der Täterschaftsverteilung beider Eltern traten die Mütter stärker als die Väter hervor (Schwind et al., 1990).

7.2.3 Gewaltform

Die Form der Gegengewalt gegen den Täter blieb in 57 % der Fälle unklar. Dennoch ist erkennbar, dass wiederum die körperliche Gewalt – mit 23,3 % der 43,1 % vertreten ist.

In 37,4 % konnte sicher eine gegen den Täter verwandte Tatwaffe benannt oder anhand der rechtsmedizinischen Untersuchung festgestellt werden.

Einige andere Täter verweigerten eine rechtsmedizinische Untersuchung, weshalb es dem Untersucher dann nicht möglich war diese durch ein rechtsmedizinisches Korrelat am Körper zu beweisen bzw. nachzuvollziehen.

Insbesondere Schnitt und Stichwunden (14,1 %) wurden durch den Untersuchenden häufig identifiziert und einem Werkzeug zugeordnet. Dieses Verletzungsbild an der Hand des Täters wird in der Mehrzahl der Fälle durch das Abrutschen auf die Klinge beim Zustechen mit einem Messer verursacht.

7.2.4 Gewaltart

Die Folgen stumpfer, ungeformter Gewalt wurden mit 46,3 % aller Verletzungen des Täters am häufigsten dokumentiert. Diese kamen beispielsweise durch Befreiungsschläge der Opfer, aber auch durch eigens getätigte Schläge vor. Geschwollene Zehen konnten den Verdacht, dass der Täter sein Opfer getreten hatte, erhärten. Flächenhafte Hautabschürfungen an den Knien des Tatverdächtigen konnten ebenfalls mit möglichen Entstehungsszenarien verknüpft werden. (z.B. durch Aufknien auf hartem Untergrund mit tangential einwirkenden Kräften bei einem Sexualdelikt).

Schnittverletzungen wurden häufig (19,8 %) durch den Untersucher dokumentiert. Sie entstanden bei den Tatverdächtigen durch das Abrutschen vom Messergriff während des Zustechens. War das Tatwerkzeug dem Rechtsmediziner zugänglich, wurde die Deckungsgleichheit der Messerkannten mit den Verletzungen der Hand verglichen.

Geformte Gewaltspuren waren nur selten (2,8 %) an den Tatverdächtigen bemerkt worden. Waren sie vorhanden, halfen sie zum Beispiel gut bei der Rekonstruktion eines möglichen Tatortes/ Tatherganges. Entsprechend wiesen in einem Fall kerbenartige, parallel zueinander verlaufende Hautdefekte im Bereich der linken Hand auf einen möglichen Sturz auf einer Rolltreppe (einzelne Rillen dort) hin.

Kratzverletzungen wurden bei 52,7 % der untersuchten Beschuldigten gesichert. Diese konnten durch starke Gegenwehr des Opfers im Rahmen eines Kampfgeschehens entstanden sein. Waren Kratzverletzungen nur in geringer Anzahl ausgebildet, ist dies auch ein möglicher Hinweis darauf gewesen, dass aufgrund einer früh einsetzenden Bewusstlosigkeit (z. B. durch einen Strangulationsvorgang) des Opfers, dessen Gegenwehr zwar vorhanden aber nur gering war. Die Aussichtslosigkeit der Situation für das Opfer konnte ebenfalls eine geringe Anzahl von Kratzverletzungen am Täter erklären.

Bissspuren sind nur selten (46 %) dokumentiert worden. In diesen wenigen Fällen sah man das Beißen des Opfers ebenfalls als Abwehrreaktion in einer Zwangslage (Krohn et al., 2010).

Auch Hautunterblutungen, die die Stoffbeschaffenheit eines durch den Täter getragenen Kleidungsstückes abbilden, zählen dazu. Striemenförmige Hautunterblutungen lassen sich so zum Beispiel auch mit Hieben mit einem stockartigen Werkzeug in Einklang bringen.

Oft half die rechtsmedizinische Untersuchung bereits mit der Aufklärung darüber, dass Verletzungen mit dem angegebenen Tatzeitpunkt nicht vereinbar waren und so die Aussagen des Tatverdächtigen entkräftet werden konnten. Andererseits waren einige Verletzungen an den Tatverdächtigen jedoch auch so unspezifisch, dass sie als Bagatelltrauma einem genauen Entstehungsmechanismus durch den untersuchenden Arzt nicht zuzuordnen gewesen sind.

7.2.4.1 *Betroffene Körperregion*

Die Untersuchung der Beschuldigten zeigte, dass sich insbesondere die obere Extremität (46,3 %) verletzt zeigte. Dieses Ergebnis bestätigt die vorangestellte Hypothese. Entsprechendes ließ sich durch die Schutzfunktion der Arme erklären, die auch der Angreifende benutzt um sich vor abwehrenden Handlungen des Opfers zu schützen. Die Lokalisationen Gesichtsschädel, Brust(korb) und untere Extremität wurden deutlich seltener (~10 %) verletzt.

7.2.5 Schweregrad/ Intensität der Gewalteinwirkung

Die Intensität der Verletzungen ist nicht mit denen der Opfer zu vergleichen. Neben den Fällen ohne feststellbare Gewalteinwirkung (12,8 %), sind 82,0 % der Verletzungen an ihnen als nicht lebensgefährlich eingeschätzt worden. Die bestätigt die aufgestellte Hypothese, dass Täter seltener lebensgefährlich verletzt werden. Es ist auch hier davon auszugehen, dass die meisten Verletzungen alleinige Abwehrversuche durch die Opfer darstellen.

7.2.6 Konsumverhalten von Täter und Opfer

Im Prozess der Auslösung gewalttätigen Verhaltens spielt vor allem der Alkoholkonsum eine nicht zu übersehende Rolle. Übermäßiger Alkoholkonsum stellt für die Täter einmal einen Fluchtversuch aus scheinbar nicht zu lösenden Konflikten, zum Anderen aber auch eine willkommene Rechtfertigung für den Verlust der Verhaltenskontrolle und für Gewalt dar. Desweiteren steigt durch den Konsum die Wahrscheinlichkeit der wiederholten Gewaltausübung (Schwind et al., 1990).

Weitere Substanzen die, nach Alkohol, häufig im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten stehen, sind in erster Linie Amphetamine und Kokain als Psychostimulanzien (Moss & Tarter, 1993). In deutschen und internationalen Kriminalarchiven und Polizeistatistiken lässt sich ein langfristiger, paralleler Verlauf zwischen der Deliktfrequenz und dem Pro-Kopf Alkoholkonsum der Bevölkerung ablesen. Dabei steigt der Grad der Alkoholintoxikation fast ausnahmslos mit der Gewaltschärfe der Delikte (Klein, 1995/ Klein, 2000). Mindestens 11,3 % der volkswirtschaftlichen Folgekosten durch Alkoholprobleme entfallen auf Gewalthandlungen unter Alkoholeinfluss (Rice, 1993).

Pernanens repräsentative Bevölkerungsstudie (Pernanen, 1991) beschreibt eine Alkoholisierungsquote von 51 % für Täter und 30 % für Opfer. Insbesondere trat das Gewaltverhalten von alkoholisierten Tätern gegenüber weiblichen Opfern (39 %) im Vergleich zu Gewaltverhalten gegenüber Männern (23 %) öfter auf.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung stützen sich die Ergebnisse zum Alkohol-, BtM- und Medikamentengebrauch hauptsächlich auf die Aussagen der Untersuchten und nicht auf objektive Bestimmungen des Blutalkoholspiegels. Außerdem existierte in diesem Bereich eine sehr hohe Zahl an Fallakten die über das Konsumverhalten des Tatverdächtigen keine Auskunft gaben. Daher ist eine sachliche Auseinandersetzung im Rahmen der aufgestellten Hypothese mit den ausgewerteten Befunden nicht möglich. Aus den Ergebnissen ist jedoch ersichtlich, dass der Alkoholeinfluss häufiger ist als der von Betäubungsmitteln und Medikamenten.

8. Zusammenfassung

Neben den Frauen sind ebenfalls Männer Opfer unterschiedlicher Gewalttaten. Das gegenwärtige Männerbild unserer Gesellschaft erschwert es den Betroffenen über eigene Gewalt- und Ohnmachtserfahrungen zu sprechen. Da die Ergebnisse von Untersuchungen der Gewalt gegen Frauen die Gewalterfahrungen von Männern und Jungen nicht widerspiegeln, war eine gesonderte Auswertung für ein besseres Verständnis notwendig. Die einen 5-Jahreszeitraum umfassende (2004-2009), retrospektive Analyse der rechtsmedizinischen Gutachten von Gewaltopfern aus dem Institut für Rechtsmedizin in Hamburg wurde unter den Aspekten des männlichen Geschlechtes und dem Alter ≥ 14 Jahren durchgeführt.

Es überwog die alleinige körperliche Gewalt (48,7 %) gegen das männliche Opfer. Dies unterstützt Ergebnisse anderer Analysen. Am häufigsten wurden Betroffene untersucht, die von Gewalt durch einen Fremdtäter (41,7 %) berichteten. Vielfach fanden diese Gewalttaten in der Öffentlichkeit (74,7 %) statt. Desweiteren wurde eruiert, dass die Opfer von Fremdtäterkonflikten signifikant häufiger < 31 Jahre waren ($p < 0,001$). Dies lässt unterschiedliche Erklärungsansätze zu. Zum Einen könnte angenommen werden, dass eine hohe Belastung öffentlicher Gewalttaten für Männer existiert, zum Anderen, dass dies eine weniger schambesetzte und damit leichter zu berichtende Gewaltsituation darstellt. In Partnerschaftskonflikten ist das signifikant häufigere Auftreten von stumpfer Gewalt mit schürfender Komponente (Kratzverletzungen) im Vergleich zu den Opfern aus Fremdtäterkonflikten ($p< 0,001$) typisch. Überdies traten in Partnerschaftskonflikten Verletzungen der oberen Extremität, welche sehr häufig durch die abwehrbereite Haltung des Opfers erklärt werden können, signifikant öfter als in den Vergleichsgruppen auf ($p < 0,001$).

Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass Gewaltopfer aus materiellen Konflikten eine signifikant höhere Verletzungsintensität haben als die Vergleichsgruppen. Allerdings wurde bei diesen Opfern die höchste Prävalenz an Hirnschädelverletzungen festgestellt ($p < 0,014$).

Zusammenfassend wurden folgende Hypothesen belegt:

1. Männliche Opfer aus Fremdtäterkonflikten sind hauptsächlich unter 31 Jahre alt.
2. Die meisten männlichen Gewaltopfer sind durch Fremdtäterdelikte verletzt worden.
3. Die Öffentlichkeit ist der häufigste Ort von Gewaltverbrechen gegen Männer/ durch Männer.
4. Partnerschaftskonflikte sowie familiäre Konflikte treten hauptsächlich im jungen und mittleren Lebensalter (Gruppen: 19- 30 Jährige und 31- 59 Jährige) auf.
5. Der Alkoholkonsum des Opfers spielt bei Fremdtäterkonflikten die größte Rolle.
6. Die körperliche Gewalt ist die häufigste.
7. Schusswaffen haben eine eher untergeordnete Bedeutung in Gewaltdelikten.
8. Stumpfe, ungeformte Gewalt wird häufiger im Kontext des Fremdtäterkonfliktes dokumentiert als im Rahmen von Partnerschaftskonflikten.
9. In Partnerschaftskonflikten erleiden die Opfer mehr Kratzverletzungen als in Fremdtäterkonflikten.
10. Die untersuchten Opfer materieller Konflikte erleiden häufiger Verletzungen am Hirnschädel als die Opfer der Vergleichsgruppen.
11. Die untersuchten Opfer aus Partnerschaftskonflikten erleiden am häufigsten Verletzungen an der oberen Extremität.
12. Konflikte in Partnerschaftsbeziehungen enden für das männliche Opfer im Vergleich zu anderen Tathintergründen mit den geringsten physischen Folgen.
13. Der Täter erleidet hauptsächlich Verletzungen an den Extremitäten durch seinen Angriff.
14. Der Täter wird seltener lebensgefährlich verletzt.
15. Männer haben eine weniger starke Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten als Frauen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.: Typologie von Gewalt nach WHO (Krug et al., 2002) _____ 7
Abbildung 2.: Patientenkollektiv des Untersuchungszeitraumes _____ 18
Abbildung 3.: Altersverteilung des Patientenkollektivs im Untersuchungszeitraum 19
Abbildung 4.: Altersverteilung der untersuchten männlichen Opfer _____ 20
Abbildung 5.: Berichtete Tatzeiten _____ 21
Abbildung 6.: Berichtete Wochentage _____ 22
Abbildung 7.: Geschlecht des Beschuldigten _____ 23
Abbildung 8.: Zahl der Beschuldigten _____ 24
Abbildung 9.: Häufigkeitsverteilung der Tatortbenennung durch den Geschädigten 25
Abbildung 10.: Tatort: Häusliche Umgebung _____ 26
Abbildung 11.: Tatort: Öffentlichkeit _____ 27
Abbildung 12.: Tatortverteilung im Kontext der T-O-B _____ 28
Abbildung 13.: Täter-Opfer- Beziehung _____ 29
Abbildung 14.: Täter- Opfer-Beziehung bei vorbestehendem Kontakt _____ 30
Abbildung 15.: Differenzierung der familiären Täter _____ 31
Abbildung 16.: Vergleich des Gewaltvorkommens in (Ex-) Partnerschaften zwischen männlichen und weiblichen Opfern _____ 32
Abbildung 17.: Verteilung der Opfer bezüglich der beruflichen Ordnungsaufgabe 33
Abbildung 18.: Gewalt gegen berufliche Ordnungshüter - Gewaltart _____ 34
Abbildung 19.: Polizei – Tatorte _____ 35
Abbildung 20.: Verteilung der Opfer und Täter im Straßenverkehr _____ 36
Abbildung 21.: Opfer im Straßenverkehrs - Gewaltart _____ 37
Abbildung 22.: Altersverteilung in den Konfliktkategorien _____ 39
Abbildung 23.: Verteilung der Konfliktkategorien in den Altersklassen _____ 39
Abbildung 24.: Tatzeitverteilung im Hinblick auf die Konfliktkategorie _____ 42
Abbildung 25.: Verteilung der Wochentage auf die Konfliktkategorie _____ 43
Abbildung 26.: Berichtete/s Tätergeschlecht/e nach Konfliktkategorie _____ 44
Abbildung 27.: Berichtete Täterzahl nach Konfliktkategorie _____ 45
Abbildung 28.: Bekanntheitsgrad bei materieller Bereicherung _____ 46
Abbildung 29.: Angewandte Gewaltform _____ 47
Abbildung 30.: Berichtete Gewaltausübung - Konfliktkategorie _____ 48
Abbildung 31.: Art der gewählten Tatwerkzeuge _____ 50

Abbildung 32.: Tatwerkzeuge - Konfliktkategorie _____ 51
Abbildung 33.: Verteilung der Art der Gewalteinwirkung_____ 55
Abbildung 34.: Häufigkeit von besonderen Verletzungen _____ 56
Abbildung 35.: Stumpfe ungeformte Gewalt – Konfliktkategorie _____ 57
Abbildung 36.: Stumpfe geformte Gewalt – Konfliktkategorie_____ 58
Abbildung 37.: Stumpfe Gewalt – Konfliktkategorie _____ 59
Abbildung 38.: Halbscharfe Gewalt – Konfliktkategorie _____ 60
Abbildung 39.: Scharfe Gewalt – Konfliktkategorie_____ 61
Abbildung 40.: Geschlechtervergleich der Kratz- und Bissverletzungen _____ 63
Abbildung 41.: Betroffene Körperregionen _____ 64
Abbildung 42.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Hirnschädel - Konfliktkategorie 65
Abbildung 43.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Gesichtsschädel - Konfliktkategorie _____ 66
Abbildung 44.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Abdomen - Konfliktkategorie__ 67
Abbildung 45.: Lokalisation der Gewalteinwirkung: Rücken - Konfliktkategorie ___ 68
Abbildung 46.: Lokalisation obere Extremität - Konfliktkategorie _____ 69
Abbildung 47.: Lokalisation untere Extremität - Konfliktkategorie_____ 70
Abbildung 48.: Zahl betroffener Körperregionen - Konfliktkategorie _____ 71
Abbildung 49.: Schweregrad der Verletzung _____ 72
Abbildung 50.: Verletzungsfolgen nach Konfliktkategorie_____ 73
Abbildung 51.: Gewalt gegen den Hals _____ 74
Abbildung 52.: Gewalt gegen den Hals nach Konfliktkategorie _____ 75
Abbildung 53.: Art der Gewalt gegen den Hals nach Konfliktkategorie_____ 76
Abbildung 54.: Vorkommen von Petechien_____ 77
Abbildung 55.: Verteilung der Sexualdelikte _____ 78
Abbildung 56.: Angewandte sexuelle Praktiken_____ 79
Abbildung 57.: Tatorte der Sexualdelikte _____ 80
Abbildung 58.: Selbstverletzendes Verhalten – Alter des Patienten_____ 81
Abbildung 59.: Angaben zum Konsumverhalten von Täter und Opfer _____ 82
Abbildung 60.: Alkoholkonsum der geschädigten Person - Konfliktkategorie_____ 83
Abbildung 61.: Altersverteilung der untersuchten männlichen Täter _____ 121
Abbildung 62.: Berichtete Tatzeiten _____ 122
Abbildung 63.: Geschlecht der Opfer _____ 123

Abbildung 64.: Zahl der Opfer 124
Abbildung 65.: Häufigkeitsverteilung der Tatorte 125
Abbildung 66.: Täter- Opfer- Beziehung 126
Abbildung 67.: Anlassgebendes Motiv des Beschuldigten 127
Abbildung 68.: Form der angewandten Gewalt 128
Abbildung 69.: Tatwerkzeugspuren an dem Beschuldigten 129
Abbildung 70.: Verteilung der Art der Gewalteinwirkung 130
Abbildung 71.: Häufigkeit von besonderen Verletzungen 131
Abbildung 72.: Betroffene Körperregionen 132
Abbildung 73.: Angabe zum Konsumverhalten der Täter 133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beispiele für die Formen der Gewalt (Kröger et al., 2007/ Winers, 2000) 11
Tabelle 2 Berufl. Ordnungsaufgabe – Wochentage 33
Tabelle 3 Berufl. Ordnungsaufgabe – Uhrzeit 34
Tabelle 4 Zuordnung des Gesamtkollektivs zu Konfliktkategorien 38
Tabelle 5 Tatwerkzeugkategorien 49
Tabelle 6 Übersicht über das Vorkommen von Kratz und Bissverletzungen 62

Literaturverzeichnis

Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E. & Pepper, C. M., 2010. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? 14(1): 79-88.

Appelt, B., Höllriegl, A. & Logar, R., 2001. Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Gewalt in der Familie, Gewaltbericht.

Archer, J., 2002. Sex difference in physically aggressive acts: A meta-analytic review. Aggression and violent behavior, 7:313-351.

Bittner, E., 1990. Aspects of police work. Boston: Northeastern University Press.

Blank, I., 2004. http://www.ingoblank.de. [Online]
Available at: http://www.ingoblank.de/PDF-Dateien/rechtsmedizin.pdf
[Zugriff am 23. 08. 2011].

Boyle, A., Robinson, S. & Atkinson, P., 2004. Domestic violence in emergency medicine departments. Emergency Medicine Journal, 21:9-13.

Brodeur, J.-P., 2002. Gewalt und Polizei. In: W. Heitmeyer & J.Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 259 - 281.

Bruhns, K. & Wittmann, S., 2006. Umstände und Hintergründe der Einstellung von Mädchen zur Gewalt: Fachwissenschaftliche Analyse. In: W. Heitmeyer & M. Schröttle, Hrsg. Gewalt, Beschreibungen - Analysen - Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 294-317.

Büchler, A., 1998. Gewalt in Ehe und Partnerschaft: polizei-, straf- und zivilrechtliche Interventionen am Beispiel des Kantons Basel- Stadt. Helbing & Lichtenhahn, Basel, Genf, München.

Bundeskriminalamt, 2011. Polizeiliche Kriminalstatistik 2010 (PKS). [Online] Available at: http://www.bka.de/nn_193360/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true [Zugriff am 07.11.2011].

Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'campo, P., Carlson- Gielen, A. & Wynne, C., 2002. Intimate partner violence and physical health consequences. Archives of Internal Medicine, 162:1157-1163.

Cizmic, L.-D., 2010. Gewalterfahrungen von Männern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften. Einblick in ein tabuisiertes Problemfeld. Eine Studie zu traumatischen Erfahrungen und Folgeschäden. Verlag Dr. Kovac , Hamburg.

Cooper, C., Eslinger, D., Nash, D., Al Zawahri, J., & Stolley, P., 2000. Repeat victims of violence. Report of a large concurrent casecontrol study. Archives of Surgery, 135:837-843.

Cunningham, R., Walton, M. A., Maio, R. F., Blow, F. C., Weber, J. E., & Mirel, L., 2003. Violence and substance use among an injured emergency department population. Academic Emergency Medicine, 10(7): 764-775.

Deegener, G., 2006. Erscheinungsformen und Ausmaße von Kindesmisshandlung. Fachwissenschaftliche Analyse. In: W. Heitmeyer & M. Schröttle, Hrsg. Gewalt, Beschreibungen - Analysen - Prävention. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn, 26-44.

Di Martino, V., 2002. Gewalt im Arbeitsleben. In: W. Heitmeyer & J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1106-1128.

Dobash, R. P. & Dobash, R. E., 2002. Gewalt in heterosexuellen Partnerschaften. In: W. Heitmeyer, J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 921-937.

Döge, P., 2011. Männer - die ewigen Gewalttäter? VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Donovan, C., Hester, M. J. & McCarry, M., 2006. Comparing domestic abuse in same sex and heterosexual relationships. Initial report from economic and social research council. [Online]
Available at: www.broken-rainbow.org.uk/cohsar_report.pdf
[Zugriff am 20.09. 2011].

Downing, A., Cotterill, S. & Wilson, R., 2003. The epidemiology of assault across the West Midlands. Emergency Medicine Journal, 20:434-437.

Eisenstadt, S. & Bancroft, L., 1999. Domestic violence. The New England Journal, 341:886-892.

Engfer, A., 1997. Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: S. Hoffmann & P. Joraschky, Hrsg. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, 21-37.

Farrington, D. P., 1992. Criminal rcarrer research in the United Kingdom. British Journal of Criminology, 32:521-536.

Finkelhor, D., 1995. The victimization of children: A developmental perspective. American Journal of Orthopsychiatry. Mental Health and Social Justice, 65(2):177-193.

Fuchs, M., Lamnek, S. & Luedtke, J., 1996. Schule und Gewalt. Realität und Wahrnehmung eines sozialen Problems. Leske und Budrich, Opladen.

Gajevic, M., 2004. Die private Kampfzone. [Online]
Available at: http://www.berliner-zeitung.de/archiv/gewalt---bisher-ahnte-man-nur--wie-viele-frauen-geschlagen-werden--jetzt-gibt-die-erste-repraesentative-studie-klarheit--deshalb-kritisieren-verbaende--dass-gerade-jetzt-die-mittel-fuer-frauenhaeuser-gestrichen-werden--die-private-kampfzone,10810590,10215298.html
[Zugriff am 23.09.2013].

Garbarino, J. & Bradshaw, C. P., 2002. Gewalt gegen Kinder. In: W. Heitmeyer, J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 899-918.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C., 2005. WHO Multi country study on women´s health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women´s responses. World Health Organisation ,Geneva.

Gelles, J. R., 2002. Gewalt in der Familie. In: W. Heitmeyer, J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1043-1072.

Gloor, D. & Meier, H., 2003. Gewaltbetroffene Männer - wissenschaftliche und gesellschaftlich-politische Einblicke in eine Debatte. Die Praxis des Familienrechts 3, Stämpfli Verlag, Bern, 526-547.

Godenzi, A., 1993. Gewalt im sozialen Nahraum. Main Helbing & Lichtenhahn, Basel, Frankfurt am Main.

Görgen, T., 2011. "Rate mal, wer dran ist?". Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Görgen, T. & Grewe, W., 2006. Alter ist kein Risikofaktor an sich für Opferwerdung. Fachwissenschaftliche Analyse. In: W. Heitmeyer & M. Schröttle, Hrsg. Gewalt, Beschreibungen-Analysen-Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 144-163.

Görgen, T., Herbst, S., Kotlenga, S., Nägele, B., & Rabold, S., 2010. Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdung älterer und pflegebedürftiger Menschen. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Grassberger, M. & Püschel, K., 2013. Forensische Gerontologie–Gewalt und alte Menschen. In: M. Grassberger, E. Türk, K. Yen, Hrsg. Klinisch-forensische Medizin. Springer, Berlin Heidelberg, 243-263.

Grassberger, M. & Püschel,K., 2013. Selbstverletzung und Selbstbeschädigung. In: M. Grassberger, E. Türk, K. Yen, Hrsg. Klinisch-forensische Medizin. Springer, Berlin Heidelberg, 403-423

Habermehl, A., 1994. Gewalt in der Familie: Ausmaß und Ursachen körperlicher Gewalt. Gewis Verlag, Hamburg.

Hagemann- White, C., 2006. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gewalt gegen Frauen und Männer. Kommentar zu den fachwissenschaftlichen Analysen. In: W. Heitmeyer & M. Schröttle, Hrsg. Gewalt, Beschreibungen - Analysen - Pravention. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 117-123.

Hagemann-White, C. & Bohne, S., 2003. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für Enquetekommision "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Osnabrück, Düsseldorf.

Heinemann, A., Lockemann, U., Matschke, J., Tsokos, M., Püschel, K., 2000. Die Krematoriumsleichenschau als epidemiologisches Messinstrument für die Dekubitusprävalenz im Umfeld der Sterbephase. In: K. Püschel, M. Tsokos, Hrsg. Krematoriums- Leichenschau. Research in legal medicine (22), Lübeck, Schmidt-Römhild, 167- 178.

Heitmeyer, W. & Schröttle, M., 2006. Gewalt, Beschreibungen - Analysen - Prävention. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

Hellbernd, H., 2003. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung: Das SIGNAL-Interventionsprogramm. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Hunter, J., 1990. Violence against lesbian and gay male youth. Journal of Interpersonal Violence, 5:295-300.

Jagusch, B., 2010. Infobrief Frau geht vor. [Online]
Available at: frauen.dgb.de/.../++co++16712410-47de-11e0-6216-00188b4dc422
[Zugriff am 29.12.2011].

Jänner, J., 2010. www2.sub.uni-hamburg.de/opus/.../pdf/Johanna_Jaenner_Dissertation.pdf. [Online]
[Zugriff am 21.07.2011].

Jauch, K. W., Mutschler, W. & Wichmann, M. W., 2007. Chirurgie Basisweiterbildung: In 99 Schritten durch den Common Trunk. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Johnston, L., 1992. The rebirth of private policing. Routledge, New York.

Jones, T. & Newburn, T., 1998. Private security and public policing. Oxford University Press, Oxford, New York.

Jungnitz, L., 2004. Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland; Ergebnisse einer Pilotstudie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Kaiser, G., 1995. Keine Gewalt im öffentlichen Straßenverkehr? Gruppendynamik. Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie, 26:125-145.

Kaufman, P., Chen, X., Choy, S. P., Ruddy, S. A., Miller, A. K., & Chandler, K. A., 1999. Indicators of school crime and safety (NCES 1999-057/NCJ-178906). Department of Education and Justice, Washington, DC.

Keen, S., 1992. Feuer im Bauch- Über das Mann sein. Kabel, Hamburg.

Kemmer, C., Klein, M. & Zemlin, U., 2004. Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. Suchttherapie, 5(3): 124-131.

Kimmel, M.-S., 2002. Male victims of domestic violence: a substantive an metholological research review, published as “Gender symmetry in domestic violence: a substantive and methodological research review. Violence Against Women, 8(11): 2-3.

Kirchhoff, G.-F., 2002. Hilflose Opfer? Männer aus viktmologischer Sicht. In: Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung der Heinrich Böll Stiftung mit dem "Forum in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse." Schriften zur Geschlechterdemokratie Nr.4. Berlin, 55.

Klein, M., 1995. Gewaltverhalten unter Alkoholeinfluss: Bestandsaufnahme, Zusammenhänge, Perspektiven. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg.: Jahrbuch Sucht 1996. Neuland, Geesthacht, 53–68.

Klein, M., 2000. Antisoziales Verhalten, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. Suchttherapie,1 (1): 21-26.

Klewin, G., Tillmann, K.-J. & Weingart, G., 2002. Gewalt in der Schule. In: W. Heitmeyer, J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden: 1078-1101.

Klintschar, M., 2011. http://www.mh-hannover.de. [Online]
Available at: http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/rechtsmedizin/downloads/Remed_Script_Mai2011.pdf [Zugriff am 23.08.2011].

Klopfstein, U., Kamber, J. & Zimmermann, H., 2010. "On the way to light the dark": a retrospective inquiry into the registered cases of domestic violence towards women over a six year period with a semi-quantitative analysis of the corresponding forensic documentation. Swiss Medical Weekly: The European Journal of Medical Sciences, 140: 1-7.

Klopfstein, U., Streit, S. & Schön, C., 2008. Körperliche und sexuelle Gewalt an Erwachsenen - vom forensischen Denken und ärztlichen Handeln. Therapeutische Umschau, 65: 371-379.

Kölbel, R., 2002. Gewalt im Straßenverkehr. In: W. Heitmeyer & J. Hagan, Hrsg. Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1155-1168.

Krahe, B. & Berger, A., 2005. Sex differences in relationship aggression among young adults in Germany. Sex roles , 52(11-12): 829-838.

Kröger, P.; Gerlach, J., Schmidt, A., Leisner, S., Löwer, B., Kücükbalaban, P., 2007. wulv.uni-greifswald.de/eg_GisB/userdata/Gewalt%20im%20Nahraum.ppt. [Online] [Zugriff am 26.07.2011].

Krohn, J., Seifert, D., Kurth, H., Püschel, K., & Schröder, A. S., 2010. Gewaltdelikte mit menschlichen Bissverletzungen. Rechtsmedizin, 20(1):19-24.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B., 2002. The world report on violence and health. The Lancet, 360(9339):1083-1088.

Kury, H., 2001. Das Dunkelfeld der Kriminalität. Oder: Selektionsmechanismen und andere Verfälschungsstrukturen. Kriminalistik. Unabhängige Zeitschrift für die kriminalistische Wissenschaft und Praxis, 55(2/01):74-84.

Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A., Muelleman, R., Barton, E. & Kraus, J. F. ,1999. Risk factors for injury to women from domestic violence. The New England Journal of Medicine, 341:1892-1898.

Lenz, H.-J., 2000. Männliche Opfererfahrungen, Problemlagen und Hilfsansätze in der Männerberatung. Juventa, Weinheim, München, 326.

Lenz, H. J., 2004. Männer als Opfer von Gewalt: In: Politik und Zeitgeschichte, 52-53: 10-18.

Lind, G., 1993. Zur Psychologie gewalttätigen Verhaltens und seiner Prävention. Psychology of Morality and Education. Konstanz.

Lösel, F., Bliesener, T. & Averbeck, M., 1997. Erlebens- und Verhaltensprobleme von Tätern und Opfern. In: H.G. Holtappels, W. Heitmeyer, W. Melzer, K.-J. Tillmann, Hrsg. Forschung zu Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention. Juventa, Weinheim, München, 137-154.

Matrai, D., 2004. Gewalt in der Familie. Empirische Untersuchungen und feministische Erklärungskonzepte. [Online]
Available at:
http://www.familienheute.de/attachments/096_Gewalt%20in%20der%20Familie.pdf [Zugriff am 23.09. 2011].

Megargee, E., 1969. Influence of sex roles on the manifestation of leadership. Journal of Applied Psychology, 53 (5): 377-382.

Moss, H. B. & Tarter, R. E., 1993. Substance abuse, aggression and violence. What are the connections? The American Journal on Addictions, 2: 149-160.

Müller O., S. M., Glammeier, S. & Oppenheimer, C., 2004. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse), Eigendruck Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Müller, R., Groeneveld, T. & Preuß, A., Diehl, J. D., Lieshoff, T., Meier, K. H., & Speck, C., 2009. Phänomenologie der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum. Landeskriminalamt Hamburg.

Negt, O., 2002. Gewalt und Gesellschaft: In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Das Parlament, B44: 3-5.

Nolting, H.-P., 1993. Aggression ist nicht gleich Aggression. Ein Überblick aus psychologischer Sicht. Der Bürger im Staat, 43: 91-95.

Parliamentary Assembly of the Council of Europe., 2002. Domestic violence against women, recommendations 1582. [Online]
Available at:
http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta02/erec1582.htm [Zugriff am 19.09. 2011].

Pernanen, K., 1991. Alcohol in human violence. Guilford Press, New York.

Pfeiffer, J.-L., Püschel, K., Seifert, D., 2013. Interpersonelle und instrumentelle Gewalt bei Konflikten im Straßenverkehr. Rechtsmedizin, 4: 317.

Pinthus, E., 1982. Peace education. In: Quaker Peace and Service. Friends House, London.

Polizeipräsident, 2011. Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2010. [Online]
Available at:
http://www.berlin.de/imperia/md/content/polizei/kriminalitaet/pks/polizeiliche_kriminalstatistik_berlin_2010.pdf?start&ts=1305693402&file=polizeiliche_kriminalstatistik_berlin_2010.pdf
[Zugriff am 11.01.2012].

Pollak, S., 2007. Schussverletzungen. In: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, 2: 134-149, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Püschel, K., 2008. Elder abuse and gerontocide. In: G. N. Rutty, Essential of autopsy praxis. Springer, London, 77-111.

Püschel, K., Miltner, E., 1998. Injury patterns inflicted by alleged police brutality. In: M. Oehmichen, Hrsg. Maltreatment and torture. Schmidt-Römhild, Lübeck, 167-182.

Rice, R. D., 1993. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence: 1990. Alcohol Health and Research World.

Rosowski, M., 2011. Gewalt überwinden. Ein Geleitwort wider die Instrumentalisierung der Opfer von Gewalt. In: P. Döge, Hrsg. Männer - die ewigen Gewalttäter? VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien, Wiesbaden, 5-8.

Rübenach, S.-P., 2007. Todesursache Suizid. Wirtschaft und Statistik, 10: 960-971, SFG Servicecenter Fachverlage, Part of the Elsevier Group, Wiesbaden.

Schmitt, C., 2003. Beißen oder gebissen werden - Vorsicht scharfe Zähne: Fast jede vierte Bisswunde verursacht ein Mensch. [Online]
Available at: http://www.zeit.de/2003/36/Bei_a7er_36
[Zugriff am 30.12.2011].

Schubarth, W., Darge, K., Mühl, M. & Ackermann, C., 1997. Im Gewaltausmaß vereint? Eine vergleichende Schülerbefragung in Sachsen und Hessen. In: H.G. Holtappels, W. Heitmeyer, W. Melzer, K.-J. Tillmann, Hrsg. Forschung über Gewalt an Schulen. Juventa, Weinheim, München, 101-118.

Schwander, M., 2003. Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse, neue Instrumente. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 2:195-215.

Schwind, H.-D., Baumann, J., Schneider, U. & Winter, M., 1990. Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommision). Duncker & Humblot GmbH, Berlin.

Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., Gehl, A., Schröer, J., & Püschel, K., 2006. Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Rechtsmedizin, 16(4): 205-212.

Seifert, D., Anders, S., Franke, B., Schröer, J., Gehl, A., Heinemann, A., & Püschel, K., 2004. Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. Rechtsmedizin, 14(3): 182-187.

Seifert, D., Heinemann, A., Koch, C. & Franke, B., 2007. Modellprojekt zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt. Ergebnis des ersten Projektjahres 01.02.2003 - 31.01.2004., Nomos, Hamburg.

Seifert, D., Lambe, A., Anders, S., Pueschel, K., Heinemann, K., 2009. Qualitative analysis of victim demographics and injury characteristics at a metropolitan Medico-Legal Center. Forensic Science International, 188: 46-51.

Seith, C., 2003. Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt. Zur Rolle von Polizei, Sozialdienst und Frauenhäusern. Campus Verlag, Frankfurt, New York.

Siegrist, T., Eisenhart, D. & Germann, U., 2010. Rechtsmedizin Skriptum 1 für Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen, Polizistinnen und Polizisten. [Online] Available at: http://www.irmsg.ch/downloads/20100714_Skript_ReMed_Teil1.pdf [Zugriff am 10.01.2012].

Siemer, J. M., 2010. Situationsbezogene Analyse klinisch-rechtsmedizinischer Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Follow-up Studie, Hamburg.

Snyder, H. N. & Sickmund, M., 1995. Juvenile offenders and victims: A national report. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Diane Publishing, Washington, D.C.

Snyder, H. N. & Sickmund, M., 1999. Juvenile offenders and victims: 1999 A national report. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Diane Publishing, Washington, D.C.

Stark, M. M., Rogers, D. & Howitt, J., 2007. Domestic violence: do forensic physicians have a role? Journal of Clinical Forensic Medicine, 4(2): 59-63.

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

Straus, M. A., 2009. Why the overwhelming evidence on partner physical violence by women has not been perceived and Is often denied. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 18: 552-571.

Straus, M. A. & Gelles, R. G., 1986. Societal change and change in familiy violence from 1975 to 1985 as revealed in two national surveys. Journal of Marriage and the Familiy, 48: 465-479.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-Mccoy, S. & Sugarman, D., 1996. The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. Journal of Family Issues, 17: 283-316.

Straus, M. A., J., G. R. & Steinmetz, S. K., 1980. Behind closed doors: Violence in the American family. Transaction Books, New York.

Tillmann, K.-J., 2000. Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, Reinbek.

Tillmann, K. -. J., 1999. Schülergewalt als Schulproblem. Verursachende Bedingungen, Erscheinungsformen und pädagogische Handlungsperspektiven. Beltz Juventa, Weinheim, München.

Tjaden, P. & Thoennes, N., 2000. Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. Violence against women, 6:118-141.

van As, S., 2004. The management of child maltreatment. Paed Rev, 1(4): 30- 37.

ver.di, 2009. verdi Frauen- und Gleichstellungspolitik Bezirk Berlin. [Online] Available at: http://frauen-berlin.verdi.de/themen_und_projekte/gewalt_an_beschaeftigten/gewalt_am_arbeitsplatz
[Zugriff am 28.12.2011].

Volz, R. & Zulehner, P. M., 2009. Männer in Bewegung - Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Ein Forschungsprojekt der Gemeinschaft der Katholischen Männer Deutschlands und der Männerarbeit der Evangelischen Kirche in Deutschland. Nomos Verlag, Baden Baden.

Walby, S. & Allen, J., 2004. Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the 2001 British Crime Survey. Home Office, London.

Wimmer, M., Christoph, W. & Dieckmann, B., 1996. Grundlose Gewalt - Anmerkungen zum gegenwärtigen Diskurs über Gewalt. In: M. Wimmer, C. Wulf, B. Dieckmann, Hrsg. Das "zivilisierte Tier" Zur Historischen Anthropologie der Gewalt. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 7-65.

Winers, K. u. H. H., 2000. Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: European Womens Health Network (eds.) Situation, Herangehensweise, Konzepte und Organisation der Frauengesundheit. Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen e.V., Hannover, 30-42.

Wisner, C., Gilmer, T., Saltsman, L. & Zink, T., 1999. Intimate partner violence against women, do victims cost health plans more? The Journal of Family Practice, 48: 439-443.

Wüstenberg, W., 1992. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen und die Aufgaben der Sozalarbeit und Sozialpädagogik. In: U. Straumann, Hrsg. Beratung und Krisenintervention. GwG Verlag, Köln,131-175.

Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. & Griffiths, A., 1997. Guidance on the prevention of violence at work. European Commission, Brussels.

Wyss, E., 2004. www.mann-als-opfer.com / Factsheet 6. [Online]
Available at: www.mann-als-opfer.com/downloads/factsheet6gewaltgegenmaenner.pdf
[Zugriff am 26. 07.2011].

Wyss, E., 2004. www.mann-als-opfer.com / Factsheet4. [Online]
Available at: www.mann-als-opfer.com/downloads/factsheet4buerofuergleichstellung.pdf
[Zugriff am 20.07.2011].

Young, C. & Douglass, I., 2003. Use of, and outputs from an assault patient questionaire within accident and emergency departments on Merseyside. Emergency Medicine Journal, 20: 232-237.

Anhang

U Tgb-Nr.

V3 v. 24.1.2006 Hei

(c) IfRHH 2006

Untersuchung am .....
um (ca.) .....
Untersucher: .....

Vorfallszeitpunkt am ..... um .....
ggf. Zeitraum von ..... bis .....
☐ unbekannt

GESCHÄDIGTE PERSON

Geschlecht: ☐ m ☐ w Nationalität: ☐ deutsch ☐ andere(_____) ☐ unbekannt
Sprachkompetenz ☐ fließend deutsch ☐ teilweise ☐ Übersetzung notwendig
Geb.-datum: .....

UNTERSUCHUNGSORT
☐ IfR ☐ Polizei ☐ Uniklinik (Abt.....) ☐ anderes Krankenhaus (KH, Abt. .....)
Sonstiges: .....

AUFTRAGGEBER (wer hat angerufen? Mehrfachnennungen möglich) **Dienststelle/Abteilung genau**:.....
☐ PK/KK ☐ LKA ☐ Uniklinik ☐ Konsil für and. Klinik ☐ Jugendamt ☐ Opfer ☐ Andere:.....
An wen geht Gutachten? ☐ Polizeidienststelle ☐ Justiz ☐ Opfer ☐ Andere: .....

SACHVERHALT / ANAMNESE

Wer schildert den Sachverhalt? ☐ Angaben d. geschädigten Person ☐ Angaben v. Dritten/Polizei

HINTERGRUND/ANLASS *(Mehrfachnennungen möglich)*
☐ Beziehungskonflikt ((Ex)Partner/soz.Nahfeld) ☐ sexuelles Motiv ☐ Raubüberfall ☐ Konflikt i.Straßenverkehr
☐ Umfelduntersuchung ☐ Opfer vermutet Gewalteinwirkung ☐ Unfall ☐ anderer Konflikt ☐ unbekannt

Besonderheiten / Bemerkungen: .....

Beschuldigte Person *(Mehrfachnennungen möglich)*

Besch. bekannt?	***Art der Beziehung?***	***Zahl der Beschuld.?***	***Geschlecht?***	***Nationalität?***
☐ bekannt ☐ nur flüchtig bekannt ☐ fremd ☐ keine Angabe	☐ Partnerbeziehung ☐ Ex-Partner ☐ familiäre Beziehung ☐ andere ☐ unbekannt	☐ 1 Beschuldigte(r) ☐ mehrere Beschuld. Anzahl, wenn bekannt:_____ ☐ unbekannt	☐ m ☐ w ☐ unbekannt	☐ deutsch ☐ andere (welche? _____) ☐unbekannt

Gemeinsame Wohnung von geschädigter und beschuldigter Person? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

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

Spezifizierung der Beziehung der 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
☐ sexuelle Nötigung ohne unmittelbare Gewalt ☐ Vernachlässigung
☐ keine konkrete Gewalt bekannt ☐ unbekannt (nicht anamnestizierbar etc.)
Andere: _____

ORT DER GEWALT *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Häusliche Umgebung der geschädigten Peson	☐ öffentlicher kommerzieller Bereich (Kaufhaus,Restaurant..)	☐ Arbeitsplatz der geschädigten Person
☐ Häusliche Umgebung des Beschuldigten	☐ öffentliche Straße/ Park	☐ auf dem Arbeitsweg bzw. Rückweg
☐ Gemeinsame Wohnung von gesch.+ beschuld.Person	☐ öffentliche Transportmittel	☐ im Fahrzeug
☐ Häusliche Umgebung einer dritten Person	☐ sonstige Öffentlichkeit	☐ mehrere Orte
☐ Öffentliche Wohnunterkunft	☐ in Räumlichkeiten von Polizei/Justiz,Gefängnissen	☐ sonstige Orte
☐ in Schule/ auf Schulweg	☐ Ort unbekannt	☐ ……..

KONSUMVERHALTEN **der geschädigten Person** *(anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Alkohol ☐ Medikamente ☐ BtM ☐ nichts ☐ (Vermut.) Verabreichung (KO etc) ☐ 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)*

☐ Vaginalverkehr ☐ Oralverkehr *(G-B)* ☐ Oralverkehr *(B-G)*
☐ Manuelle (genitale) Manipulation *(G-B)* ☐ Manuelle Manipulation *(B-G)* ☐ Analverkehr
☐ Einführen von Gegenständen ☐ (andere) sexuelle Nötigung ☐ unbek., welche sex. Handlg.
☐ sex. Handlg. wird nur vermutet

Andere (ungewöhnliche) Handlungen:_____

Kondom: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
(Hinweise auf) Samenerguss ☐ ja ☐ nein ☐ unklar ☐ unbekannt

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

☐ Würgen ☐ Drosseln ☐ (Auf)hängen ☐ Bedecken d. Atemwege
☐ Knebeln ☐ Brustkorbkompression ☐ Schwitzkasten ☐ unbekannt

☐ Bewusstlosigkeit ☐ Urin-/Kotabgang ☐ Aura
☐ Heiserkeit ☐ Schluckbeschwerden ☐ unbekannt benutzte Gegenstände:_____

WEGWEISUNG

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

POLIZEILICHE ANZEIGE

Liegt eine polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor?
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

STATUS (wenn Polizei eingeschaltet)

Hat die geschädigte Person in Bezug auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses nach dem Ermittlungsstand der Polizei gleichzeitig auch einen mutmaßlichen Täterstatus?
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

UNTERSUCHUNGSBEFUND

ART DER GEWALTEINWIRKUNG	LOKALISATION *(entsprechende Buchstaben ankreuzen)*											
	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
Stumpfe geformte Gewalt	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
halbscharfe Gewalt	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
scharfe Gewalt- Stichverletzungen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
scharfe Gewalt- Schnittverletzungen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Schussverletzungen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Thermische Einwirkung	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Chemische Einwirkung *(z.B. Tränengas)*	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
BESONDERE VERLETZUNGEN	LOKALISATION											
Narben	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Frakturen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Bissverletzungen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
Fesselungsspuren	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M
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

Lokalisations-Code	
A	Hirnschädel
B	Gesichtsschädel
C	Nacken
D	Hals
E	Brust(korb)
F	Brüste
G	Abdomen
H	Rücken
I	Genitale
K	Gesäß
L	obere Extremität
M	untere Extremität

ANDERE/BESONDERE LOKALISATION
(bitte beschreiben, z.B. Zahnfrakturen, Zahnverlust, Zahnersatz-Beschädigung, Augenverletzung...) _____
_____

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

BEURTEILUNG:passt zu Anamnese? ☐ ja, konkrete Übereinstimmung ☐ kann passen,nicht auszuschließen
☐ nur teilweise nachvollziehbar ☐ unglaubwürdig ☐ (noch)keine Beurt.

Anhaltspunkte für Selbstbeibringung: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bestimmbar
Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bestimmbar

SCHWEREGRAD DER VERLETZUNGEN (bei alten Verletzungen ggf. retrospektiv beurteilen)

☐ 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: z.B. UKE? Fachrichtung? Einrichtung?**	**Bereits eingeleitet**	**Selbst eingeleitet**	**empfohlen**
Medizinische Versorgung ambulant	*a).....* *b).....* *c).....*	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Medizinische Versorgung stationär	*a).....* *b).....* *c).....*	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Externe psychologische oder psychiatrische Versorgung		☐	☐	☐
Speziell: Kinderpsychosomatik UKE		☐	☐	☐
Speziell: Kinder- und Jugendpsychiatrie UKE		☐	☐	☐
Kinderschutzeinrichtungen		☐	☐	☐
Jugendamt		☐	☐	☐
Familiengericht		☐	☐	☐
Frauenhaus		☐	☐	☐
Opferhilfe- Institution		☐	☐	☐
Andere Psychosoziale Beratung		☐	☐	☐
Selbsthilfe		☐	☐	☐
Interventionsstelle		☐	☐	☐
Andere:		☐	☐	☐

ASSERVATE

Foto ☐ ja
BAK ☐ ja
Tox: ☐ Urin ☐ Blut

Spuren: Abstriche: ☐ oral ☐ vaginal ☐ anal ☐ andere: _____
☐ Nagelränder ☐ Schamhaare
☐ Spermien mikroskopisch nachgewiesen

Mikrobiologie:
☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ and.Virologie ☐ and.Bakteriologie

☐ **Kleidung**: _____

☐ **Anderes**:_____

Danksagung

Eine wissenschaftliche Arbeit ist nie das Werk einer einzelnen Person, deshalb ist es jetzt an der Zeit, mich bei allen Menschen zu bedanken, die mir die Erstellung meiner Dissertation ermöglicht haben.

Zu Beginn möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Klaus Püschel bedanken, dass er mir ermöglicht hat unter seiner Leitung diese Arbeit durchzuführen.

Frau PD Dr. med. Dragana Seifert stand mir zu jeder Zeit mit thematischen und wissenschaftlichen Hinweisen und konstruktiven Gesprächen zur Seite. Mit ihren Ratschlägen sorgte sie für das Gelingen der Arbeit. Dafür möchte ich mich recht herzlich bei Ihnen Bedanken.

Zudem bedanke ich mich bei beiden auch für die mühevolle Arbeit des Korrekturlesens.

Herrn Dr. med. Axel Heinemann danke ich dafür, dass er mich hinsichtlich statistischer Fragestellungen unterstützt und mit wertvollen Anregungen zur Seite gestanden hat.

Meinen beiden Kommilitoninnen Marie Wischmann und Kristin Spremberg möchte ich für die vielen zielführenden Diskussionen und die freundschaftliche Arbeitsatmosphäre danken.

Besonderer Dank geht an meine Eltern, welche dieses Werk in allen möglichen Phasen mit jeder möglichen Unterstützung bedacht haben.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN:

Name:	Lydia Weiland
Geboren:	16.11.1987 in Schlema
Anschrift:	Langenrehm 35 22081 Hamburg, Deutschland
Nationalität:	deutsch

AUSBILDUNGSDATEN

1994 - 2000	Grundschule “Traugott Hirschberger”
2000 - 2008	Gymnasium “Paul - Fahlisch”
2004 - 2005	Secondary School “St. Pauls”, Irland
Seit 10/2008	Studium Humanmedizin an der Uni Hamburg
09/2010	Übergang in den klinischen Teil der medizinischen Ausbildung
Seit 04/2011	Bearbeitung der vorliegenden Doktorarbeit unter der Leitung von Herr Prof. Dr. med. Püschel am Institut für Rechtsmedizin, Hamburg
10/2014	Studienabschluss im Fach Humanmedizin.

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir vorgegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und sie aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: ……..