

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Püschel

## **Regionale rechtsmedizinische Untersuchungsstellen nördlich von Hamburg - Eine Verbesserung der regionalen niedrigschwelligen Versorgungssituation von Gewaltopfern?**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von: Caroline Reimann  
aus Hamburg

Hamburg 2015

**(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)**

**Angenommen von der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 31.05.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:**

**Prof. Dr. K. Püschel**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:**

**Prof. Dr. W. Lehmann**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Definition von Gewalt .....	1
1.2 Verschiedene Formen von Gewalt .....	1
1.2.1 Körperliche Gewalt .....	2
1.2.2 Sexuelle Gewalt .....	3
1.3 Häusliche Gewalt.....	4
1.4 Gewalt gegen Frauen .....	5
1.5 Gewalt gegen Männer.....	6
1.6 Risikofaktoren für Gewalt in Paarbeziehungen .....	8
1.7 Gewalt gegen Alte und Pflegebedürftige.....	8
1.8 Gewalt gegen Kinder .....	11
1.8.1 Kinderschutz und Kinderrechte im Wandel der Zeit .....	11
1.8.2 Formen der Gewalt gegen Kinder .....	13
1.8.3 Risikofaktoren für Gewalt gegen Kinder .....	14
1.9 Folgen von Gewalt.....	15
1.9.1 Individuelle Folgen .....	15
1.9.2 Gesellschaftliche Folgen .....	15
1.10 Gewaltopferversorgung in Deutschland .....	16
1.10.1 Rolle des Staates und öffentlicher Träger .....	16
1.10.2 Rolle des Gesundheitswesens .....	17
1.10.3 Rolle der Rechtsmedizin .....	19
1.10.4 Kriterien einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation .....	20
1.10.5 Rechtsmedizinische Versorgungssituation in Deutschland .....	20
1.11 Der Kreis Pinneberg .....	22
1.11.1 Allgemeine Informationen .....	22
1.11.2 Rechtsmedizinische Versorgung im Kreis Pinneberg.....	23
1.11.3 Rettungsdienst im Kreis Pinneberg.....	24
<b>2 Fragestellung und Arbeitshypothesen</b> .....	<b>26</b>

<b>3 Material und Methoden .....</b>	<b>27</b>
3.1 Analyse der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg .....	27
3.1.1 Material .....	27
3.1.2 Methode .....	28
3.1.2.1 Datenerhebung .....	28
3.1.2.2 Auswertungskriterien .....	29
3.1.2.3 Rechtliche Grundlagen für die Zuordnung zu den verschiedenen Deliktformen .....	32
3.1.2.4 Datenauswertung .....	33
3.2. Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes im Kreis Pinneberg .....	33
3.2.1 Datenerhebung .....	33
3.2.2 Datenauswertung.....	35
<b>4 Ergebnisse .....</b>	<b>36</b>
4.1 Rechtsmedizinische Versorgungssituation im Kreis Pinneberg .....	36
4.1.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen .....	36
4.1.1.1 Überblick .....	36
4.1.1.2 Niedrigschwellige Aufträge .....	37
4.1.1.3 Ermittlungsbehördliche Aufträge .....	38
4.1.2 Auftraggeberstruktur .....	39
4.1.2.1 Niedrigschwellige Auftraggeber .....	39
4.1.2.2 Ermittlungsbehördliche Auftraggeber .....	42
4.1.3 Altersstruktur .....	43
4.1.3.1 Altersstruktur der niedrigschwelligen Untersuchungen .....	43
4.1.3.2 Altersstruktur der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen .....	44
4.1.3.3 Vergleich der Altersstrukturen bei niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen.....	45
4.1.4. Geschlechterverteilung .....	45
4.1.4.1 Geschlechterverteilung der niedrigschwelligen Untersuchungen und tel. Beratungen .....	45
4.1.4.2 Geschlechterverteilung der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen und tel. Beratungen .....	46
4.1.4.3 Vergleich der Geschlechterverteilungen .....	47
4.1.4.4 Geschlechterverteilung der Geschädigten bei Gewalt in Paarbeziehungen .....	48

4.1.5 Untersuchungsort .....	49
4.1.5.1 Niedrigschwellige Untersuchungen .....	49
4.1.5.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen .....	50
4.1.6 Deliktverteilung .....	51
4.1.6.1 Niedrigschwellige Untersuchungen .....	51
4.1.6.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen .....	52
4.1.6.3 Vergleich der Deliktverteilung bei niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen Untersuchungen.....	53
4.1.7 Täter-Opfer-Kontext .....	54
4.1.7.1 Niedrigschwellige Untersuchungen .....	54
4.1.7.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen .....	55
4.1.7.3 Vergleich des Täter-Opfer-Kontexts .....	56
4.1.7.4 Beschuldigtenprofil bei Gewalt gegen Frauen .....	56
4.1.7.5 Beschuldigtenprofil bei Gewalt gegen Männer.....	57
4.1.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge.....	58
4.1.8.1 Niedrigschwellig .....	58
4.1.8.2 Ermittlungsbehördlich .....	59
4.1.9 Untersuchungszeitpunkt.....	60
4.1.9.1 Niedrigschwellige Untersuchungen .....	60
4.1.9.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen .....	61
4.1.9.3 Vergleich des Untersuchungszeitpunktes bei niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen Untersuchungen.....	62
4.1.10. Voruntersuchungen .....	62
4.1.10.1 Niedrigschwellig .....	62
4.2.10.2 Ermittlungsbehördlich .....	63
4.1.11 Rechtsmedizinische Befunde .....	63
4.1.11.1 Niedrigschwellige Untersuchungen .....	63
4.1.11.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen .....	65
4.1.11.3 Vergleich der Befunde der Geschädigten-Untersuchungen .....	67
4.1.12 Weitere Informationen zu niedrigschwelligen Untersuchungen.....	68
4.1.12.1 Gewalt in Paarbeziehungen – Einzelnes Ereignis oder Wiederholungsfall? ..	68
4.1.12.2 Kinder und häusliche Gewalt .....	68
4.1.12.3 Vermittlung psychotraumatologischer Hilfe .....	68
4.1.12.4 Polizeiliche Anzeige.....	69

4.2 Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Pinneberg .....	70
4.2.1 Merkmale der Umfrageteilnehmer .....	70
4.2.1.1 Rettungswachenzugehörigkeit und Rücklauf des Fragebogens .....	70
4.2.1.2 Geschlecht der Umfrageteilnehmer .....	70
4.2.1.3 Tätigkeit der Umfrageteilnehmer .....	71
4.2.1.4 Altersverteilung der Umfrageteilnehmer .....	71
4.2.2 Ausbildung und Weiterbildung im Rettungsdienst .....	72
4.2.2.1 Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer .....	72
4.2.2.2 Thema Gewalt als Lerninhalt in der Berufsausbildung .....	73
4.2.2.3 Thema Gewalt als Lerninhalt in Fortbildungen .....	74
4.2.3 Erfahrungswerte im Erkennen von Gewalt und geschätzte Häufigkeiten von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes .....	75
4.2.3.1 Erfahrungswerte im Erkennen von häuslicher Gewalt .....	75
4.2.3.2 Erfahrungswerte im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung .....	76
4.2.3.3 Geschätzte Häufigkeiten verschiedener Gewaltformen bei Einsätzen des Rettungsdienstes .....	77
4.2.3.4 Einsatzbezogene Informationen bei häuslicher Gewalt .....	79
4.2.3.5 Zusammenhang zwischen individuellen Merkmalen der Umfrageteilnehmer und der Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	80
4.2.4 Verhaltensweisen bei häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung im Einsatz .....	85
4.2.4.1 Verhalten bei Verdacht auf häusliche Gewalt .....	85
4.2.4.2. Verhalten bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt .....	86
4.2.4.3 Verhalten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung .....	87
4.2.4.4 Verhalten bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	88
4.2.4.5 Vergleich des Verhaltens bei konkreten Hinweisen gegenüber Verdachtsmomenten von häuslicher Gewalt .....	90
4.2.4.6 Vergleich des Verhaltens bei konkreten Hinweisen gegenüber Verdachtsmomenten von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	91
4.2.5 Anhaltspunkte für Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes .....	93
4.2.5.1 Anhaltspunkte für häusliche Gewalt .....	93

4.2.5.2 Anhaltspunkte für Kindesmisshandlung/Vernachlässigung.....	93
4.2.5.3 Vergleich der Anhaltspunkte für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.....	94
4.2.6 RKiSH Pinneberg und die Klinische Rechtsmedizin.....	95
4.2.6.1 Bekanntheit der Klinischen Rechtsmedizin .....	95
4.2.6.2 Bisherige Kontaktaufnahme zu rechtsmedizinischen Instituten .....	96
4.2.6.3 Fortbildungswunsch der Umfrageteilnehmer .....	97
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>98</b>
5.1 Rechtsmedizinische Versorgungssituation im Kreis Pinneberg .....	98
5.1.1. Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen .....	98
5.1.2 Auftraggeberstruktur .....	101
5.1.3 Altersstruktur .....	105
5.1.4 Geschlechterstruktur .....	107
5.1.5 Untersuchungsort .....	110
5.1.6 Deliktverteilung .....	111
5.1.7 Täter-Opfer-Kontext .....	114
5.1.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge.....	116
5.1.9 Untersuchungszeitpunkt.....	117
5.1.10 Voruntersuchungen .....	119
5.1.11 Rechtsmedizinische Befunde .....	121
5.1.12 Weitere Informationen zu niedrigschwelligen Untersuchungen.....	123
5.2 Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Pinneberg .....	126
5.2.1 Merkmale der Befragungsteilnehmer.....	126
5.2.2 Ausbildung und Weiterbildung im Rettungsdienst.....	126
5.2.3 Erfahrungswerte im Erkennen von Gewalt und geschätzte Häufigkeiten von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes .....	127
5.2.4 Verhaltensweisen bei häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung/ Vernachlässigung im Einsatz .....	131
5.2.5 Anhaltspunkte für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	134
5.2.6 RKiSH Pinneberg und die Klinische Rechtsmedizin.....	135
5.3 Fazit .....	138
<b>6 Zusammenfassung .....</b>	<b>139</b>

<b>7 Anhang</b> .....	<b>140</b>
7.1 Abkürzungsverzeichnis .....	140
7.2 Abbildungsverzeichnis .....	141
7.3 Tabellenverzeichnis .....	142
7.4 Fragenbogen RKiSH.....	143
<b>8 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>157</b>
<b>9. Danksagung</b> .....	<b>165</b>
<b>10. Lebenslauf</b> .....	<b>166</b>
<b>11. Eidesstattliche Versicherung</b> .....	<b>167</b>

# 1. Einleitung

## *1.1 Definition von Gewalt*

Der Gewaltbegriff und das allgemeine Verständnis von Gewalt sind abhängig von gesellschaftlichen Einflüssen und unterliegen einem steten Wandel, beeinflusst durch sich verändernde soziale Normen und moralische Vorstellungen. Dabei existiert keine eindeutige, gemeinhin gültige Definition. Vielmehr heben verschiedene Definitionen ganz unterschiedliche Aspekte von Gewalt hervor. Nach aktueller Rechtsprechung wird Gewalt in Deutschland juristisch definiert als „körperlich wirkende[r] Zwang durch die Entfaltung von Kraft oder durch eine physische Einwirkung sonstiger Art, die nach ihrer Zielrichtung, Intensität und Wirkungsweise dazu bestimmt und geeignet ist, die Freiheit der Willensentschließung oder Willensbetätigung eines anderen aufzuheben oder zu beeinträchtigen“ (Wessels und Hettinger 2010). Es steht also die Beeinträchtigung des freien Willens durch physische Kräfte im Vordergrund. Die World Health Organization (WHO) dagegen hebt in ihrer Definition eher die möglichen Konsequenzen von Gewalt hervor und bezieht in die Definition zudem die bloße Androhung körperlichen Zwangs mit ein. Sie definiert Gewalt als den „absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO Europa 2003). Diese international gültige Definition der WHO wird in der gegenständlichen Dissertation verwendet, da sie sinnvollerweise die medizinischen Folgen von Gewalt berücksichtigt.

## *1.2 Verschiedene Formen von Gewalt*

Neben der körperlichen Gewalt im engeren Sinne bezieht der weiter gefasste Gewaltbegriff auch sexuelle Gewalt (Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung), psychische Gewalt (Beleidigungen, Demütigungen, etc.), Deprivation und Vernachlässigung, ökonomische Gewalt (Arbeitsverbote etc.) sowie soziale Gewalt (soziale Isolierung etc.) mit ein (Seifert et al. 2006b).

Die WHO unterscheidet in ihrem „World report on violence and health“ weiter zwischen verschiedenen Ebenen, auf denen Gewalt ausgeübt wird.

Neben der gegen sich selbst gerichteten Gewalt und der „kollektiven“ Gewalt, die durch die Gesellschaft und wirtschaftliche Umstände ausgeübt wird, steht im Zentrum des Berichtes und auch dieser Dissertation die interpersonelle (zwischenmenschliche) Gewalt. Diese richtet

sich zum einen gegen Familienmitglieder und Partner und findet dabei häufig zu Hause statt. Daher wird in der Literatur und im praktischen Sprachgebrauch der Begriff der „häuslichen Gewalt“ verwendet (vgl. 1.3). Zum anderen wird interpersonelle Gewalt zwischen nicht verwandten oder familiär verbundenen Mitgliedern der Gesellschaft ausgeübt. Diese Form der Gewalt findet typischerweise außerhalb des Zuhauses der Beteiligten statt (WHO 2002a). Im nächsten Abschnitt werden verschiedene Formen von Gewalt näher erläutert.

### 1.2.1 Körperliche Gewalt

Körperliche Gewalt beinhaltet physische Gewalthandlungen wie Schlagen, Treten, Stoßen, mit Gegenständen bewerfen, an den Haaren ziehen, Zufügen von Verbrennungen oder Verbrühungen, Würgen, Verletzen mit Einsatz einer Waffe, etc.. Im Strafgesetzbuch (StGB) finden sich hierzu verschiedene Straftatbestände.

Körperverletzung: Der Grundtatbestand der „Körperverletzung“ besteht, wenn eine körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung verübt wurde (vgl. StGB §223). Dabei versteht man unter einer körperlichen Misshandlung „jede üble, unangemessene Behandlung, die das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit nicht nur unerheblich beeinträchtigt“ (Schmidt und Priebe 2009). In dieser Dissertation wird in Abgrenzung zu den anderen Formen der Körperverletzung der Begriff der „leichten Körperverletzung“ verwendet.

Gefährliche Körperverletzung: Der Straftatbestand der „gefährlichen Körperverletzung“ ist erfüllt, wenn die „Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung“ begangen wird (§224 StGB).

Schwere Körperverletzung: „Hat die Körperverletzung zur Folge, daß die verletzte Person

1. das Sehvermögen auf einem Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,
2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder

3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt,“

so spricht man von „schwerer Körperverletzung“ (§226 StGB).

Ein weiterer Straftatbestand in Bezug auf körperliche Gewalt ist die „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ (siehe 1.7, 1.8). Im Rahmen dieser Dissertation nicht betrachtet werden der Straftatbestand der „Körperverletzung mit Todesfolge“ sowie weitere Tötungsdelikte, da der Fokus auf der Versorgung lebender Gewaltopfer liegt.

Im Jahr 2014 wurden durch das Bundeskriminalamt (BKA) 527 429 Körperverletzungsdelikte registriert. Dabei betrug der Anteil männlicher Opfer knapp zwei Drittel. Weibliche Personen machten gut ein Drittel der Opfer aus. Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung bei den Tatverdächtigen fällt auf, dass mit mehr als 80% die Mehrheit der Täter männlichen Geschlechts war (Bundeskriminalamt 2014). Körperliche Gewalt betrifft in Deutschland also in hohem Maße sowohl Männer als auch Frauen. Männer werden aber in Bezug auf Gewalt deutlich häufiger straffällig.

### **1.2.2 Sexuelle Gewalt**

Sexuelle Gewalt beinhaltet jegliche Art der erzwungenen, sexuellen Handlung bzw. den Versuch eben dieser, genauso wie unerwünschte sexuelle Kommentare oder Annäherungsversuche. Der ausgeübte Zwang (Nötigung) kann dabei viele verschiedene Formen haben, u.a. physische Krafteinwirkung, psychische Einschüchterung, Erpressung und Androhung von Gewalt (WHO 2002a).

Im Strafgesetzbuch, §177, wird zwischen den Straftatbeständen der „Nötigung“ und „Vergewaltigung“ unterschieden. Der „Nötigung“ schuldig macht sich derjenige, der eine Person „mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen“. Der Straftatbestand der „Vergewaltigung“ ist erfüllt, wenn die sexuellen Handlungen „mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind“. Durch das Bundeskriminalamt wurden im Jahr 2014 11 967 Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung erfasst. Dabei waren 94,0% der Opfer weiblichen Geschlechts und nur 6,0% männlichen Geschlechts. Auf Seiten der Täter waren dagegen 98,7% männlichen Geschlechts und nur 1,3% weiblichen Geschlechts (Bundeskriminalamt 2014). Diese Zahlen

legen nahe, dass sexuelle Gewalt in der überwältigenden Mehrheit der Fälle von Männern gegenüber Frauen ausgeübt wird.

### ***1.3 Häusliche Gewalt***

Der Begriff der „häuslichen Gewalt“ hat sich seit etwa Mitte der 1990er Jahre etabliert und bezieht sich auf Gewalt zwischen intim oder familiär verbundenen Personen. Die Form der Gewalt reicht dabei von körperlicher über sexuelle bis hin zu psychischer Gewalt. Anders als der Begriff möglicherweise suggeriert, ist die gemeinsame Wohnsituation zwar häufig, aber nicht obligatorisch, um von „häuslicher Gewalt“ zu sprechen. Daher hat sich u.a. auch der Begriff der „Gewalt im sozialen Nahraum“ etabliert (Seifert 2007). In Abgrenzung zu den Begriffen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung wurde folgende Definition für die gegenständliche Dissertation verwendet: „Häusliche Gewalt ist Gewalt unter erwachsenen Menschen, die in einer engen sozialen Beziehung stehen oder standen. Das bedeutet in den meisten Fällen eine Partnerschaft oder eine Verwandtschaftsbeziehung. Der Begriff Gewalt im sozialen Nahraum wird synonym verwendet.“ (Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al. 2010). Häusliche Gewalt stellt ein relevantes gesellschaftliches Problem dar. In einer Untersuchung der „Gewaltkommission“ der Bundesregierung von 1990 wurde konstatiert, dass häusliche Gewalt die mit Abstand häufigste Gewaltform in unserer Gesellschaft ist (Unabhängige Kommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt 1994). Häusliche Gewalt ist allerdings im Unterschied zu anderen Gewaltformen häufig nicht so sichtbar. Man geht von einer hohen Dunkelziffer aus (Müller und Schröttle 2004; WHO 2002a). In unserer Gesellschaft wurde die Problematik lange Zeit tabuisiert oder als „Privatangelegenheit“ abgetan. Erst in den letzten Jahrzehnten gelangte die Problematik der häuslichen Gewalt, angestoßen durch die Neue Frauenbewegung, ins öffentliche Bewusstsein. Zunächst ging es in der politischen Diskussion um Gewalt gegen Frauen. Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen waren die ersten, die sich der Problematik widmeten und Hilfsangebote bereitstellten. Nach Etablierung des Problembewusstseins bzgl. Gewalt gegen Frauen wurde in den 1990ern erstmalig auch die bisher besonders ausgeprägt tabuisierte Gewalt gegen Männer Gegenstand der öffentlichen Diskussion (Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al. 2010).

### *1.4 Gewalt gegen Frauen*

Zur Prävalenz und dem Charakter von Gewalt gegen Frauen existieren zahlreiche nationale und internationale Studien. Im Rahmen des „British Crime Survey“ wurde 2004 eine Studie veröffentlicht, für die 22 462 Männer und Frauen zwischen 16 und 59 Jahren zu eigenem Erfahren von Gewalt befragt wurden. Darin gaben 19% der Frauen (im Vergleich: 10% der Männer) an, mindestens einmal durch einen Partner häusliche Gewalt (hier nur: körperliche Gewalteinwirkung) erlebt zu haben. Dabei gaben Frauen häufiger als Männer an, schwere Formen von Gewalt erlitten und Verletzungen davon getragen zu haben (Walby und Allen 2004). In einer EU-weiten Studie der „Agency for Fundamental Rights“ gab ein Drittel der Frauen an, mind. einmal in ihrem Leben körperliche und oder sexuelle Gewalt erlebt zu haben, 22% hatten Gewalt durch einen (Ex-)Partner erfahren (Agency for Fundamental Rights 2014).

Im Jahr 2004 wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine erste repräsentative Untersuchung zum Thema Gewalt gegen Frauen in Deutschland veröffentlicht, in der versucht wurde, das Dunkelfeld der Gewalt gegen Frauen weiter auszuleuchten. Im Rahmen der Studie gaben 37% der Befragten an, mindestens einmal seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt erfahren zu haben, 13% der Befragten gaben an, sexuelle Gewalt erfahren zu haben. Körperliche Gewalt gegen Frauen werde vor allem durch Partner oder Ex-Partner im häuslichen Umfeld verübt. Etwa jede vierte Befragte habe körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch ihren Partner oder Ex-Partner erlebt. Am häufigsten würden Frauen Opfer von Gewalt durch Partner in Trennungs- und Scheidungssituationen. Etwa ein Drittel der Frauen, die körperliche und/oder sexuelle Gewalt innerhalb der Beziehung erfahren hatten, gaben an, mehr als 10 bis über 40 solcher Situationen erlebt zu haben, was auf eine Regelmäßigkeit der Gewaltereignisse hindeutet. Dabei nehme Gewalt in der Partnerschaft mit ihrer Dauer in Häufigkeit und Intensität zu.

Zwei Drittel der Frauen, die körperlicher Gewalt durch den (Ex-)Partner erlebt hatten, gaben an, durch die Übergriffe Verletzungen davongetragen zu haben. Die Angaben reichten von Blutergüssen und Schmerzen bis hin zu Knochenbrüchen (Müller und Schröttle 2004). Etwa ein Drittel der Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt inner- oder außerhalb des häuslichen Umfeldes erlitten hatte, wandte sich nach der Gewalthandlung an eine medizinische Einrichtung. Ärzte zeigten sich als erste Ansprechpartner nach dem Erleben von Gewalt, gefolgt von sozialen Hilfseinrichtungen und an dritter Stelle der Polizei. 13% der Frauen, die Gewalt durch ihren (Ex-)Partner erlitten hatten, wandten sich an die Polizei. Bei besonders

bedrohlicher Gewalteinwirkung oder dem Vorliegen von Verletzungen waren es 19-26% (Müller und Schröttle 2004). Selbst bei schwerwiegender Gewalteinwirkung wandte sich also maximal jede vierte Frau, die Gewalt durch den (Ex-)Partner erlitten hatte, an die Polizei. Auch die WHO konnte zeigen, dass weltweit, sowohl in Entwicklungsländern als auch in Industrienationen, Frauen, die körperliche Gewalt erfahren haben, eher dazu tendieren, Familie und Freunden von ihren Erlebnissen zu erzählen, als die Polizei zu kontaktieren (WHO 2002a, 2002b). Diese Erkenntnisse untermauern den Verdacht einer beträchtlich großen Dunkelziffer in Bezug auf häusliche Gewalt und Gewalt gegen Frauen sowohl in Deutschland als auch weltweit.

**Tabelle 1: Übersicht von Studien aus verschiedenen Ländern zum Verhalten von Frauen bei der Suche nach Hilfe nach Erleiden körperlicher Gewalt (Quelle: WHO 2002a)**

Proportion of physically abused women who sought help from different sources, selected population-based studies

Country or area	Sample (N)	Proportion of physically abused women who:			
		Never told anyone (%)	Contacted police (%)	Told friends (%)	Told family (%)
Australia <sup>a</sup>	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	—	—	30
Canada	12 300	22	26	45	44
Cambodia	1 374	34	1	33	22
Chile	1 000	30	16	14	32 <sup>b</sup> /21 <sup>c</sup>
Egypt	7 121	47	—	3	44
Ireland	679	—	20	50	37
Nicaragua	8 507	37	17	28	34
Republic of Moldova	4 790	—	6	30	31
United Kingdom	430	38	22	46	31

Source: reproduced from reference 25 with the permission of the publisher.

<sup>a</sup> Women who were physically assaulted in the past 12 months.

<sup>b</sup> Refers to the proportion of women who told their family.

<sup>c</sup> Refers to the proportion of women who told their partners' family.

### 1.5 Gewalt gegen Männer

Die Datenlage bzgl. Gewalt gegen Männer ist deutlich schlechter als in Bezug auf Gewalt gegen Frauen. In Deutschland wurde bisher keine repräsentative Studie zu diesem Thema durchgeführt. Das BMFSFJ veröffentlichte im Jahr 2004 lediglich eine nicht repräsentative Pilotstudie zu diesem Thema. Die Ergebnisse beziehen sich auf in heterosexuellen Partnerschaften lebende Männer. Nach den Ergebnissen der Pilotstudie finde bis zu zwei Drittel der

körperlichen Gewalt, über die die Befragten berichteten, nicht durch die Partnerin, sondern außerhalb des häuslichen Umfeldes in der Öffentlichkeit statt. Allerdings gab ein Viertel der befragten Männer an, mindestens einmal körperliche Gewalt durch die (Ex-) Partnerin erfahren zu haben (auch leichtere, nicht eindeutig als Gewalt zu bezeichnende Handlungen miteinbezogen). Das Erleben sexueller Gewalt wurde nur sehr selten (1 bis max. 5 von 200 Befragten) angegeben (BMFSFJ 2004).

In der Pilotstudie des BMFSFJ zum Thema Gewalt gegen Männer wurden folgende Formen der Gewalteinwirkung durch die (Ex-)Partnerin angegeben: Etwa 18% der Befragten wurden „wütend weggeschubst“, 5-10% der Befragten wurden „leicht geohrfeigt“, „gebissen oder gekratzt, sodass es weh tat“, schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst“ oder es wurde „etwas nach ihnen geworfen, das verletzen konnte“. Keiner der Befragten gab an, „verprügelt“ oder „zusammengeschlagen“ worden zu sein. Etwa 5% der Befragten hatte durch gewalttätige Handlungen der (Ex-)Partnerin schon mindestens einmal eine Verletzung erlitten, ebenfalls 5% gaben an, schon einmal Angst gehabt zu haben „ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden“. Von den befragten Männern, die Partnergewalt erlitten hatten, gab kein einziger an, nach einem Vorfall die Polizei alarmiert zu haben, obwohl „einige der Meinung waren, dass die Partnerin dafür bestraft werden sollte“. Etwa die Hälfte der Männer, die Partnergewalt erlitten hatten, habe sich nie körperlich gewehrt, und deutlich mehr als die Hälfte habe nie die gewalttätigen Handlungen begonnen (BMFSFJ 2004).

Laut einer ebenfalls nicht repräsentativen computer-assistierten telefonischen Befragung unter 1000 Männern in Bayern zeigte sich, dass Männer weniger Opfer physischer als vielmehr psychischer und verbaler Gewalt durch ihre Partnerin würden. Im Gegensatz zu psychischer und verbaler Gewalt beschränke sich die körperliche Gewalt häufig auf vereinzelte, also nicht mehrfache, Gewaltanwendungen (Lamnek et al. 2012).

Die existierenden Studien zum Thema Gewalt gegen Männer zeichnen ein sehr uneinheitliches Bild bzgl. der gesellschaftlichen Relevanz der Problematik. Die Ergebnisse variieren zwischen der Einschätzung als nicht bedeutsames gesellschaftliches Problem (Dobash et al. 1992) und der Einschätzung einer symmetrischen Verteilung der Gewalt in Paarbeziehungen und teilweise sogar eines Überwiegens der Gewalt gegen Männer gegenüber der Gewalt gegen Frauen (Straus 1999). Die Existenz von Gewalt gegen Männer innerhalb der Paarbeziehung wird gemeinhin nicht mehr bezweifelt, lediglich Form und Umfang sind weiterhin umstritten (Lamnek et al. 2012). Wenn sich die bisher vorliegenden Ergebnisse in repräsentativen Studien bestätigen, ist davon auszugehen, dass Männer ähnlich häufig wie Frauen Gewalt in Paarbeziehungen erleiden, die physischen Gewalteinwirkungen dabei aber weitaus geringer

sind und stattdessen durch Frauen gegenüber Männern eher psychische Druckmittel eingesetzt werden.

### ***1.6 Risikofaktoren für Gewalt in Paarbeziehungen***

In der bundesweiten Befragung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wurden verschiedene Risikofaktoren identifiziert, die statistisch mit erhöhten Häufigkeiten von Gewalt gegen Frauen durch den Partner einhergehen. Dazu gehörten Trennungs- und Scheidungssituationen, eine von Kontrolle und Dominanz geprägte Beziehung mit fehlender Gleichberechtigung der beiden Partner, das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern in Kindheit und Jugend, Misshandlungen durch die Familie in Kindheit und Jugend. Auch ein Migrationshintergrund als Risikofaktor wurde diskutiert. Gewalt in Paarbeziehungen scheint laut BMFSFJ kein "Schichtenphänomen" zu sein. Das Risiko für Gewalt in der Beziehung zeigte sich in der Befragung unabhängig von Variablen wie Schulabschluss/Berufsausbildung und Einkommen (Müller und Schröttle 2004).

In der EU-weiten Studie „Violence against Women: An EU-wide survey“ dagegen zeigte sich ein höheres Viktimisierungsrisiko in Bezug auf Gewalt durch den Partner bei niedrigem Bildungsstand des Mannes. Auffälligerweise ging ein erhöhter Gleichberechtigungsgrad der Frau in der jeweiligen Gesellschaft sowie eine leitende berufliche Position der Frau mit einem im Verhältnis erhöhten Viktimisierungsrisiko einher. Außerdem zeigte sich, dass Alkoholmissbrauch des Partners mit einer erhöhten Viktimisierung der Frau einherging (Agency for Fundamental Rights 2014). Es wird allerdings vermutet, dass Alkohol dabei eher eine „Auslöserwirkung“ habe, anstatt für die Partnergewalt ursächlich zu sein (Lamnek et al. 2012). Internationale Befragungen unter Studenten zeigten, dass Frauen in Beziehungen ebenfalls eher gewalttätig wurden, wenn sie den Partner dominierten und kontrollierten (Straus 2006). Kontrolle und Dominanz in der Beziehung scheinen, unabhängig davon, ob der Mann oder die Frau sie ausüben, häufiger zu gewalttätigen Handlungen zu führen.

### ***1.7 Gewalt gegen Alte und Pflegebedürftige***

Betrachtet man das Hellfeld der Gewalt gegen alte Menschen, die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), so zeigt sich in Bezug auf Körperverletzungsdelikte und Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sowie die persönliche Freiheit ein geringeres Viktimisierungsrisiko im höheren Lebensalter. Zusätzlich zeigt sich eine abnehmende Tendenz der Gewalttaten von

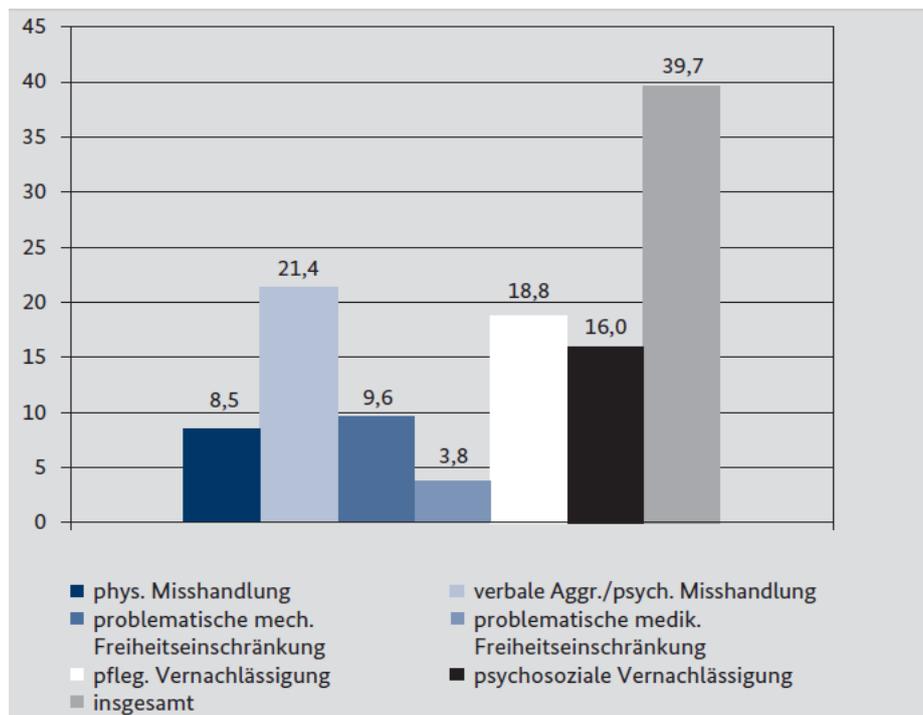
den 60 bis 69-Jährigen hin zu den über 80-Jährigen. In Bezug auf „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ (Unterkategorie der Körperverletzungsdelikte) zeigt sich die Gruppe der Personen, die 60 Jahre oder älter sind, allerdings häufiger betroffen als die 21 bis unter 60 Jahre alten Personen. In der Deliktkategorie der „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ waren im Jahr 2014 5,5% (n=296) der Opfer 60 Jahre oder älter, nur 2,3% (n=124) waren 21 bis 59 Jahre alt (Bundeskriminalamt 2014). Eine genauere Differenzierung innerhalb der Altersgruppe der Personen ab 60 Jahren bzgl. des altersabhängigen Viktimisierungsrisikos ist in Bezug auf die „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ auf Basis der PKS leider nicht möglich.

Aufgrund von zahlreichen Untersuchungen besteht Grund zu der Annahme, dass bzgl. Gewalt gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen ein beträchtliches Dunkelfeld von Straftaten existiert, die den Ermittlungsbehörden nicht bekannt werden (Gröning und Lietzau 2009). Einer erhöhten Verletzlichkeit der Menschen gerade im sogenannten vierten Lebensalter (ab 80 Jahren) steht eine verringerte Anzeigefähigkeit und verminderte Befragbarkeit durch geistige und körperliche Einschränkungen gegenüber (Görgen et al. 2009).

Die wenigen durchgeführten internationalen Studien zur Klärung des Ausmaßes von Gewalt gegen alte Menschen gehen davon aus, dass 4-6% der alten Menschen zuhause in irgendeiner Form misshandelt werden, und dass Misshandlungen in Pflegeeinrichtungen deutlich häufiger sein könnten als bisher angenommen (WHO 2002a). Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KNF) führte mit Unterstützung des BMFSFJ eine Studie zum Thema „Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen“ durch. Dafür wurde eine bundesweite Opferwerdungsbefragung von Personen zwischen 40 und 85 Jahren sowie eine Befragung zu Viktimisierungserfahrungen mit ambulanten Pflegekräften und pflegenden Angehörigen durchgeführt. 15% der Befragten, die älter als 60 Jahre waren und Bedarf an Pflege oder anderweitiger Hilfe hatten, gaben an, in den letzten fünf Jahren problematisches Verhalten von Pflege- oder Betreuungspersonen erlebt zu haben, u.a. eine „Missachtung von Autonomie und Würde“ (13% der Befragten) und „pflegerische Vernachlässigung“ (6%). Dabei wird darauf hingewiesen, dass auch diese Studie das Dunkelfeld nur unvollständig erfassen könne, da durch die Methodik der schriftlichen Befragung eine positive Selektion von Personen mit relativ guter körperlicher und geistiger Erfassung stattgefunden habe und die Ergebnisse somit nicht auf die Gesamtheit der pflegebedürftigen Menschen übertragen werden dürften (Görgen et al. 2009).

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der Befragung ambulanter Pflegekräfte zur 12-Monats-Prävalenz von eigenem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen in % der

Befragten (Görgen et al. 2009). Insgesamt knapp 40% äußerten irgendeine Form von problematischem Verhalten, wobei verbale Aggressionen / psych. Misshandlungen (21,4%) und pflegerische Vernachlässigung (18,8%) am häufigsten genannt wurden. 8,5% der Befragten gaben an, im letzten Jahr mindestens einmal einen Pflegebedürftigen physisch misshandelt zu haben (beinhaltet u.a. grobes Anfassen, Schubsen und Stoßen, Ohrfeigen).



**Abbildung 1: Angaben ambulanter Pflegekräfte zur 12-Monats-Prävalenz von eigenem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen in % der Befragten (Quelle: Görgen et al. 2009)**

Auf die Frage nach als Zeuge miterlebtem problematischem Verhalten waren die Angaben in allen Bereichen höher als in Bezug auf das eigene Verhalten. Knapp 55% der befragten Pflegedienstmitarbeiter gaben an, pflegerische Vernachlässigung miterlebt zu haben, etwa 48% hätten verbale Aggressionen und knapp 30% physische Misshandlungen miterlebt. Bei der Befragung pflegender Angehöriger zeigte sich für psychische Misshandlung durch pflegende Angehörige eine 12-Monats-Prävalenz von 47,6 % sowie 19,4% für physische Misshandlungen. Auf der anderen Seite gaben rund 33% der pflegenden Angehörigen an, Ziel von verbalen Aggressionen sowie rund 17% Ziel physischer Gewalt durch die pflegebedürftige Person geworden zu sein. In einem Pflegeverhältnis kann also Gewalt von beiden Seiten, von der pflegenden und auch von der pflegebedürftigen Person, ausgehen. Als Risikofaktoren für Gewalt gegen Pflegebedürftige gelten auf Seiten der Pflegenden einerseits fehlendes Wissen über vorliegende Erkrankungen und Pflege Tätigkeiten, physische und

psychische Einschränkungen, sowie finanzielle Mangelsituationen im familiären bzw. ökonomischer Druck im institutionellen Bereich. Ein besonderes Risiko auf Seiten der Pflegebedürftigen dafür, Gewalt zu erleiden, besteht bei dementiellen Erkrankungen, aggressivem Verhalten und Stuhlinkontinenz. Als größter Risikofaktor für Gewalt in der familiären Pflege gelten vormals bestehende Konflikte und Machtgefälle zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person, wobei sowohl eine Verstärkung als auch eine Umkehrung des Machtgefälles möglich ist (Görgen et al. 2009; Gröning und Lietzau 2009). Als Risikofaktoren für Gewalt gegen Alte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen benennt die WHO niedrige Pflegestandards, mangelhafte Ausbildung und starke Unterbesetzung des Personals. Dabei seien Ärzte und Pflegenden im Allgemeinen nicht gut darin ausgebildet, Zeichen von Misshandlung an alten Menschen zu erkennen und das Gesundheitssystem vernachlässige den Aspekt der Altenpflege häufig (WHO 2002a).

### ***1.8 Gewalt gegen Kinder***

#### **1.8.1 Kinderschutz und Kinderrechte im Wandel der Zeit**

“If one beats a child until it bleeds then it will remember - but if one beats it to death the law applies.” Dieses Gesetz aus dem 13. Jahrhundert (DeMause 1995) zeigt anschaulich, dass Gewalt gegen Kinder nicht immer als problematisch angesehen wurde, sondern vielmehr über Jahrhunderte hinweg gesellschaftlich akzeptiert war und abhängig vom Kulturkreis teilweise immer noch ist. Bis ins 20. Jahrhundert hinein nahmen Kinder „den untersten Platz in der gesellschaftlichen Hierarchie schutzwürdiger „Rechtsgüter““ ein (Lamnek et al. 2012). Auf das Alte Testament (Proverbien 13,24) geht der Spruch zurück „Wer seine Rute spart, hasst seinen Sohn, doch wer ihn liebt, sucht ihn (heim mit) Züchtigung.“ (Betz 2007). Gewalt gegen Kinder war also im christlichen Glauben fest verankert. Während schon im Jahr 1900 Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geächtet wurden, blieb Gewalt in Form von körperlicher Züchtigung der Kinder gesellschaftlich akzeptiert und gehörte als „Erziehungsmethode“ zum familiären Alltag.

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg organisierte sich die Kinderschutzarbeit in Deutschland mit der Gründung des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB). Während in der frühen Kinderschutzarbeit Kontrolle und Ahndung des Fehlverhaltens durch Entzug elterlicher Rechte im Vordergrund stand, begann man in den 1970er und 1980er Jahren, die Problematik der Gewalt gegen Kinder eher ganzheitlich, d.h. die bestehenden und evtl. ursächlichen familiären

Probleme und Konfliktsituationen mit einbeziehend, zu betrachten und familienorientierte Lösungskonzepte zu erstellen (Lamnek et al. 2012).

Auch die UN hat sich mit den Rechten von Kindern befasst. Nachdem 1924 und 1959 schon erste Erklärungen zum Thema Kinderrechte veröffentlicht worden waren, verabschiedeten die Vereinten Nationen im Jahr 1989 die UN-Kinderrechtskonvention, welche Rechte (z.B. Art.26-31: Recht auf soziale Sicherungsleistungen, angemessene Lebensbedingungen, Bildung, kindgerechtes Leben etc.), Verbote (z.B. Art. 2: Verbot der Diskriminierung von Kindern) sowie Schutzpflichten (z.B. Schutz vor sexuellem Missbrauch und sexueller Ausbeutung) benennt, und , abgesehen von Somalia und den USA, von allen Mitgliedsnationen unterschrieben wurde (Herrmann et al. 2010; Parzeller et al. 2010a; United Nations General Assembly 1989).

Obwohl eine gewaltfreie Erziehung in der Gesellschaft immer mehr Zustimmung findet, gibt es auch in der jüngsten Vergangenheit noch Stimmen der Akzeptanz für ein gewisses Ausmaß an körperlicher Züchtigung. So äußerte sich 1993 im Hessischen Ärzteblatt ein ranghoher Jurist folgendermaßen: "So sehr man dafür eintreten muss, dass eine Erziehung von Kindern möglichst ohne körperliche Züchtigung erfolgen möge, so lässt sich wohl in gewissen, besonders gelagerten Fällen nicht völlig ohne sie auskommen. Jedenfalls ist das Züchtigungsrecht der Eltern anerkannt und führt zu keiner strafrechtlichen Verfolgung, wenn die Züchtigung nicht die Grenzen überschreitet, welche die Züchtigung zur Misshandlung werden lässt." (Jacobi 2008). Die rechtliche Grundlage, auf dem dieses Zitat basierte, ist heutzutage in Deutschland nicht mehr gültig. Nachdem 1973 bereits das Züchtigungsrecht an deutschen Schulen abgeschafft worden war, wurde im Jahr 2000 das „Recht auf gewaltfreie Erziehung“ im Familienrecht des Bundesgesetzbuches verankert. Darin werden ausdrücklich „körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen“ für unzulässig erklärt (vergl. §1631, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2002). Andere EU-Länder, u.a. Frankreich und Großbritannien, haben diesen Schritt auch heute noch nicht vollzogen.

Laut Untersuchungen des BMFSFJ verzichten heute etwa 28% der Eltern nahezu vollständig auf körperliche Bestrafung. 54% der Eltern verzichten zwar auf schwere körperliche Strafen („Tracht Prügel“), setzen aber „leichtere Formen“ der körperlichen Bestrafung ein („Klaps“). Schließlich gaben 17% der Eltern an, auch „schwere“ körperliche Strafen einzusetzen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Erziehungsverhalten zwischen Eltern verschiedenen Bildungsstandes (BMFSFJ 2003).

In Deutschland formuliert das Grundgesetz grundlegende Rechte von Kindern, aber auch von Eltern, u.a. das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 (2), GG) einerseits und das Recht der Eltern auf „Pflege und Erziehung der Kinder“ (Art. 6 (2), GG) andererseits. Hier deutet sich an, dass der Staat in seiner Einflussnahme auf Familien (z.B. durch eine Inobhutnahme des Kindes) in einem Balanceakt Elternrechte wahren sowie auf der anderen Seite das Kindeswohl sichern muss, wobei das Kindeswohl im Zweifelsfall Vorrang besitzt (Parzeller et al. 2010a).

### **1.8.2 Formen der Gewalt gegen Kinder**

Gewalt gegen Kinder beinhaltet körperliche Misshandlungen, sexuellen Missbrauch, psychische Gewalt sowie Vernachlässigung.

#### Körperliche Misshandlung:

Körperliche Misshandlung bezeichnet den absichtlichen Gebrauch körperlicher Gewalt gegenüber einem Kind, durch welche Gesundheit, Entwicklung oder Würde des Kindes tatsächlich oder mit hoher Wahrscheinlichkeit Schaden nehmen. Gewalttätige Handlungen beinhalten u.a. Schlagen, Treten, Schütteln, Beißen, Würgen, Verbrühen oder Verbrennen, Vergiften und Ersticken (WHO 2014). Als „Mißhandlung von Schutzbefohlenen“ nach §225 des StGB steht jegliche Form körperlicher Misshandlung sowie Vernachlässigung unter Strafe. Das PKS erfasste im Jahr 2014 3649 Fälle von Kindesmisshandlung (Zahl der Opfer: 4233). Es gab geringfügig mehr männliche als weibliche Täter. Auch waren geringfügig mehr Jungen als Mädchen von Kindesmisshandlung betroffen (Bundeskriminalamt 2014) .

#### Sexueller Missbrauch:

Unter sexuellem Missbrauch versteht man „die Einbeziehung und Nötigung von Kindern oder Jugendlichen zu sexuellen Aktivitäten [...], die sie aufgrund entwicklungsbedingter Unreife nicht vollständig erfassen können, bei denen sie außerstande sind, bewusst einzuwilligen (informed consent) und bei dem soziale Tabus der Familie bzw. der Gesellschaft verletzt werden.“ (Herrmann et al. 2010; WHO 2014). Im Strafgesetzbuch existieren verschieden Straftatbestände: u.a. „Sexueller Mißbrauch von Kindern“ (vergl. §176, StGB), „Sexueller Mißbrauch von Jugendlichen“ (vergl. §182, StGB), „Sexueller Mißbrauch von Schutzbefohlenen“ (vergl. §174, StGB). Dabei sind ein möglicherweise vorliegendes Einverständnis und Verständnis der Bedeutung des Verhaltens durch das Kind oder Jugendlichen für den Tatbestand unbedeutend (Parzeller et al. 2010c).

Die PKS erfasste für das Jahr 2014 12 134 Fälle von sexuellem Missbrauch (Zahl der Opfer: 14 168). Dabei waren 95,4% der Täter männlich und 4,6% weiblich. 74,7% der betroffenen Kinder waren weiblich, 25,3% männlich (Bundeskriminalamt 2014).

Die in der PKS erfassten Zahlen spiegeln das Hellfeld der Gewalt gegen Kinder wider. Es bestehen allerdings kriminologische Schätzungen zur Dunkelziffer von Kindesmisshandlung, nach denen nur jede 20. Tat registriert werde, d.h. nach denen die Dunkelziffer bei der Kindesmisshandlung 95% betrage (Bachmann 2011).

### Vernachlässigung:

Unter Vernachlässigung versteht man die „ausgeprägte, d.h. andauernde oder wiederholte Beeinträchtigung oder Schädigung der Entwicklung von Kindern durch die sorgeberechtigten und –verpflichteten Personen [...] etwa aufgrund unzureichender Pflege und Kleidung, mangelnder Ernährung und gesundheitlicher Fürsorge, zu geringer Beaufsichtigung und Zuwendung, nachlässigem Schutz vor Gefahren sowie unzureichender Anregung und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten.“ (Seifert 2007).

Die Zahl der von erheblicher Vernachlässigung betroffene Kinder bezifferte der Deutsche Kinderschutzbund im Jahr 2002 mit mind. 50 000 Fällen, wobei Schätzungen des Dunkelfeldes bis zu einer Zahl von 500 000 betroffenen Kindern und einer Prävalenz von 5-10% reichen (Hornberg et al. 2008).

### Psychische Gewalt:

Psychische Gewalt lässt sich definieren als die „ausgeprägte Beeinträchtigung und Schädigung der Entwicklung von Kindern [...] aufgrund z.B. von Ablehnung, Verängstigung, Terrorisierung und Isolierung.“ (Seifert 2007).

### **1.8.3 Risikofaktoren für Gewalt gegen Kinder**

Statistisch leiden Kinder häufiger unter Gewalt, wenn sie lediglich durch ein Elternteil oder durch sehr junge Eltern ohne familiären Rückhalt erzogen werden, wenn sie in beengten räumlichen Verhältnissen aufwachsen oder wenn andere gewalttätige Beziehungen (z. B. die der Eltern) in der Familie existieren. Schlechte Impulskontrolle, Stress und soziale Isolation der Eltern sind weitere Risikofaktoren. Armut als Risikofaktor wird diskutiert, konnte aber nicht klar belegt werden.

Gut ausgebaute soziale Netzwerke und funktionierende Nachbarschaftshilfe wirken sich dagegen protektiv auf Kinder aus (WHO 2002b).

## ***1.9 Folgen von Gewalt***

### **1.9.1 Individuelle Folgen**

Neben den kurzfristigen Folgen von Gewalt, nämlich den akuten körperlichen und emotionalen Verletzungen, kann das Erleiden von Gewalt auch wesentliche langfristige Folgen haben. Die körperlichen und psychischen Folgen von Gewalt können für Jahre oder sogar dauerhaft bestehen. Zum einen können durch Gewalteinwirkung langfristige körperliche Schäden entstehen, z.B. Blindheit, andere körperliche Funktionseinschränkungen oder entstellende Narben. Zum anderen konnten verschiedene Studien zeigen, dass Opfer von Gewalt im Vergleich zur nicht betroffenen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens häufiger gesundheitliche Probleme, sowohl körperlicher als auch psychischer sowie psychosomatischer Natur, entwickeln. Dabei haben Opfer von Gewalt ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression, Schlafstörungen, Alkohol- und Medikamentenabusus sowie für posttraumatischen Belastungs-, Angst- und Essstörungen. Das Erleben von Gewalt kann auch psychosomatische Folgen haben, z.B. chronische Schmerzsyndrome und Reizdarmsyndrome. Opfer von Gewalt sind statistisch eher selbstmordgefährdet als Menschen, die keine Gewalt erlitten haben. Statistisch kommt es zu mehr ungewollten Schwangerschaften und häufiger zur Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten durch riskantes Sexualverhalten. Opfer von Gewalt leiden häufiger unter sexuellen Dysfunktionen. Bei schwangeren Gewaltopfern kann es evtl. zur Frühgeburtlichkeit und einem geringeren Geburtsgewicht kommen. Im sozialen Bereich können Trennung, Wohnungswechsel und Kündigung des Arbeitsplatzes die Folge sein. Kinder, die Gewalt erleben, haben zusätzlich ein größeres Risiko, im Erwachsenenalter selbst gewalttätig zu werden. Dieser Aspekt unterstreicht die Wichtigkeit der Prävention von Kindesmisshandlung nicht nur für die Bewahrung des augenblicklichen Kindeswohls sondern auch für die Verhinderung eines zukünftigen Gewaltverhaltens. (Hornberg et al. 2008; Müller und Schröttle 2004; Seifert et al. 2006b; WHO 2002b, 2014)

### **1.9.2 Gesellschaftliche Folgen**

Gewalt schadet nicht nur dem Einzelnen, auch die Gesellschaft wird durch die erheblichen Folgekosten von Gewalt beeinträchtigt. So wird etwa das Gesundheitswesen durch die Präsenz von Gewalt in der Gesellschaft stark belastet. Opfer von Gewalt suchen nämlich im Vergleich zu Menschen mit ähnlicher Komorbiditätsstruktur häufiger medizinische Einrichtungen auf und verursachen statistisch das 1,6 bis 2,3-fache an Gesundheitsausgaben (Seifert et al. 2006b). Hinzukommen viele weitere indirekte Kosten für die Allgemeinheit im Bereich der Erwerbsarbeit, z.B. aufgrund von verminderter Produktivität bzw. Erwerbsfähigkeit oder

Frühberentung nach Erleben von Gewalt. Im sozialen Bereich wird Geld in die Kinder- und Jugendhilfe und Opferhilfseinrichtungen investiert, in der Justiz verursacht die Strafverfolgung Kosten (Council of Europe, Equality Division 2012; Hornberg et al. 2008; WHO 2002a). Zahlreiche Studien haben sich mit den gesamtgesellschaftlichen Folgekosten von Gewalt beschäftigt. So beziffert etwa eine Studie von Walby aus dem Jahr 2009 für Großbritannien die jährlichen Gesamtkosten, verursacht durch häusliche Gewalt, auf 15,7 Milliarden Pfund (Council of Europe, Equality Division 2012). Für Deutschland existieren derzeit noch keine vergleichbaren Berechnungen.

### ***1.10 Gewaltopferversorgung in Deutschland***

#### **1.10.1 Rolle des Staates und öffentlicher Träger**

Nach Einschätzung der Gewaltkommission der Bundesregierung ist in Deutschland die Gewalt in der Familie die am häufigsten ausgeübte Gewaltform. Von Seiten des Staates werden schon seit einigen Jahrzehnten verschiedene Bemühungen unternommen, gegen häusliche Gewalt und Gewalt gegen Kinder vorzugehen. So wurde im Rahmen der Frauenbewegung im Jahr 1976 als Modellprojekt der Bundesregierung das erste deutsche Frauenhaus gegründet – im Jahr 2011 gab es bereits 353 Frauenhäuser in Deutschland – teils staatlich, teils autonom finanziert (BMFSFJ 2012).

Im Jahr 1997 wurde die Vergewaltigung innerhalb der Ehe erstmals in Deutschland als Straftatbestand gesetzlich festgehalten (vergl. §177, StGB). Vormalig galt dieser Straftatbestand lediglich für außereheliche Vergewaltigungen. Zum Vergleich: Schweden hatte die Gesetzgebung schon 1965 dahingehend verändert (Lamnek et al. 2012).

1999 veröffentlichte die Bundesregierung den „Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“, der sich mit den Themen der Gewaltprävention, der Rechtsetzung durch den Bund, der Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen, der bundesweiten Vernetzung von Hilfsangeboten, Sensibilisierungsmaßnahmen und Maßnahmen in der internationalen Zusammenarbeit befasste (BMFSFJ 1999).

2002 trat das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) in Kraft, welches Opfer von häuslicher Gewalt vor der gewaltausübenden Person schützen soll. Auch ins BGB wurde im Abschnitt „Ehe-wohnung bei Getrenntlebenden“ eine dahingehende Änderung eingebracht. Für die Praxis bedeutet dies, dass nach dem Prinzip „Wer schlägt, muss gehen“ in einer einstweiligen Verfügung ein Betretungsverbot der Wohnung des Opfers ausgesprochen werden kann und ggf.

die gewalttätige Person dem Opfer eine vormals gemeinsam genutzte Wohnung zur alleinigen Benutzung überlassen muss (vergl. §1 und §2 GewSchG; BGB § 1361b, Abs. 2).

Im Jahr 2007 wurde aufbauend auf dem ersten ein zweiter Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen verabschiedet, der die bestehenden Handlungskonzepte noch effizienter gestalten sollte, z.B. in Bezug auf Frauen mit Migrationshintergrund oder Behinderungen, auf die medizinische Versorgung oder eine möglichst früh ansetzende Prävention. Basierend auf den Ergebnissen der repräsentativen Studie über Gewalt gegen Frauen aus dem Jahr 2004 soll unter anderem ein Ausbau des niedrigschwelligen, d.h. leicht zugänglichen, anonymen Versorgungsangebotes ohne Einbezug von Polizei und Justiz, für Gewaltopfer angestrebt werden (BMFSFJ 2007).

Auch speziell beim Schutz von Kindern vor Gewalt übernimmt der Staat Aufgaben. 1991 wurde das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG, Sozialgesetzbuch (SGB) VIII) beschlossen, welches Leistungen zur Förderung und zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und deren Familien regelt. Die Leistungen werden durch die Jugendämter und freien Träger erbracht. Zum Schutz von Kindern vor Gewalt innerhalb der Familie wurde im Jahr 2000 das Recht auf gewaltfreie Erziehung beschlossen (vergl. §1631, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2002). Grundsätzlich soll die Jugendhilfe präventiv handeln, z.B. Hilfestellungen anbieten, um Gefahren für Kinder und Jugendliche zu vermeiden. Bei einer vorliegenden Kindeswohlgefährdung kann das Jugendamt allerdings nach §8a des SGB VIII z.B. durch eine Inobhutnahme intervenieren. Dabei muss beachtet werden, dass Eltern den Vorrang bei der Erziehung haben. Daher ist vor einem derartigen staatlichen Eingriff zu prüfen, ob die Abwehr von Gefahren für das Kind durch mildere Maßnahmen als die Herausnahme des Kindes aus der Familie erreicht werden kann (Parzeller et al. 2010b; Parzeller et al. 2010a).

### **1.10.2 Rolle des Gesundheitswesens**

In der repräsentativen Studie des BMFSFJ über Gewalt gegen Frauen in Deutschland aus dem Jahr 2004 zeigte sich, dass Ärzte häufig die erste Anlaufstelle für Opfer von Gewalt darstellen. Durch die Befragten wurde das Einschalten der Polizei im Fall von Gewalt dagegen als hochschwellige Maßnahme eingeschätzt (Müller und Schröttle 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch andere internationale Studien (vergl. 1.4). Laut BMFSFJ bestehen beim ärztlichen Personal allerdings Defizite im Umgang mit Gewaltopfern. So werde die Problematik teilweise nicht richtig erkannt oder falsch eingeschätzt, sogar mit Psychopharmaka als „Lösung des Problems“ behandelt (Müller und Schröttle 2004).

Im medizinischen Alltag fehle häufig das Bewusstsein für die Problematik der häuslichen Gewalt. Entsprechendes fachliches Wissen werde in der Ausbildung nicht hinreichend vermittelt, und selbst wenn die Problematik erkannt werde, wisse das medizinische Personal oft nicht, wie es Opfer von Gewalt auf die Situation ansprechen sollte und an welche Hilfseinrichtungen man sie verweisen könnte. Von verschiedenen Seiten wird eine systematische Schulung des medizinischen Personals im Umgang mit Gewaltopfern gefordert (Bohne 2010; Graß und Rothschild 2004; Hornberg et al. 2008; Lasch et al. 2010; Truninger 2010; WHO 2005).

Im medizinischen Bereich tätige Personen - hierzu zählen neben Ärzten und Pflegekräften zum Beispiel auch die Mitarbeiter des Rettungsdienstes, die evtl. sogar den Ort der Gewalt kennen lernen - sind aber häufig die einzigen Außenstehenden, die die körperlichen Folgen der Gewalt zu Gesicht bekommen. Daher kommt medizinischem Personal in Bezug auf die Versorgung von Gewaltopfern eine Schlüsselrolle zu. Ihr Verhalten und Vorgehen kann entscheidend dafür sein, ob das Opfer weiterführenden Hilfsangeboten zustimmt und somit langfristige Veränderungen und Verbesserungen der Lebenssituation des Opfers angestoßen werden. Dabei sollte von Seiten des medizinischen Personals nicht der Anspruch bestehen, die Probleme der Opfer zu lösen oder problematische Gewaltsituationen zu klären. Dies übersteige sowohl die fachlichen Kompetenzen als auch die zeitlichen Möglichkeiten. Wichtig ist allerdings zunächst einmal, die Möglichkeit des Vorliegens von häuslicher Gewalt in Betracht zu ziehen und für das Opfer einen geschützten Raum zu schaffen, in dem Vertrauen aufgebaut und die Problematik angesprochen werden kann. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Opfer von Gewalt in den meisten Fällen über ihre Situation sprechen möchten, wenn sie auf einfühlsame Weise auf die Problematik angesprochen werden (Hellbernd und Brzank 2010). In einem nächsten Schritt kann medizinisches Personal Wissen über die Rechte des Opfers vermitteln sowie auf spezialisierte Einrichtungen und Hilfsangebote hinweisen bzw. diese ggf. sogar vermitteln. (Hellbernd und Brzank 2010; Hornberg et al. 2008). Derzeit wird die Implementierung von Screening-Fragen bzgl. häuslicher Gewalt im Patientenkontakt diskutiert, wie sie im englischsprachigen Raum schon seit einiger Zeit existieren (Hellbernd und Wieners 2000; Seifert 2007). In einer Umfrage von S.I.G.N.A.L. (Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt) wurden derartige Screening-Fragen von der Mehrheit sowohl der von Gewalt betroffenen als auch der nicht betroffenen Frauen begrüßt (Hellbernd und Brzank 2010).

In verschiedenen Bundesländern bestehen mittlerweile medizinische Leitlinien zur Behandlung und zum Umgang mit Gewaltopfern. Allerdings fehlen Erfahrungswerte und Evaluie-

rungen bzgl. einer erfolgreichen Umsetzung, Unsicherheiten im Umgang mit der Gewaltproblematik gelten weiterhin als verbreitet. Gerade in Hinblick auf die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungsbefunde seien behandelnde Ärzte häufig aus verschiedensten Gründen überfordert (u.a. Mangel an Kompetenz und/oder Zeit, anderweitige Überlastung) (Püschel et al. 2006).

### **1.10.3 Rolle der Rechtsmedizin**

Die Rolle der Rechtsmedizin in der Gewaltopferversorgung ist vielfältig, sie kann als „Brücke zwischen Gesundheitswesen und Justiz“ verstanden werden (Püschel et al. 2006). Im Bereich der „Klinischen Rechtsmedizin“ untersuchen Rechtsmediziner im Auftrag von Ermittlungsbehörden, Jugendamt oder Gerichten als Sachverständige Opfer und/oder Täter und tragen so zur Wahrheitsfindung bei. Sie beraten Ärzte, Krankenhäuser und andere Einrichtungen beim Umgang mit Gewaltopfern, führen regelmäßige präventive Untersuchungen bei vom Jugendamt wegen familiärer Gewalt betreuten Familien durch und sensibilisieren im Rahmen von Aus- und Fortbildung Medizinstudenten, Polizisten, Mitarbeiter des Jugendamtes und des Rettungsdienstes für die Thematik (Parzeller und Dettmeyer 2010). Immer mehr in den Fokus rückt die Rolle der Klinischen Rechtsmedizin als Koordinator einer interdisziplinären medizinischen Gewaltopferversorgung mit enger Vernetzung zu verschiedenen Hilfseinrichtungen aus dem nicht-medizinischen Bereich (u.a. Sozialarbeit, Rechtsberatung) (Gage-Lindner und Phinney 2004).

Nicht nur Polizei und Behörden, auch Privatpersonen können sich im Rahmen niedrigschwelliger Anfragen, also ohne Einschaltung der Polizei, an rechtsmedizinische Institute wenden, wenn sie Opfer von Gewalt geworden sind, und akute oder zurückliegenden Verletzungen bzw. Verletzungsspuren und weitere Beschwerden gerichtsverwertbar dokumentieren lassen wollen. Die gerichtssichere Verletzungsdokumentation ist eine wichtige Voraussetzung für Gewaltopfer, um rechtliche Schritte einleiten zu können. Rechtsmedizinische Verletzungsdokumentationen können direkt oder später verwendet werden, und zwar nicht nur im Rahmen von Strafverfahren, sondern auch in Trennungs- oder Scheidungsverfahren, Besuchs-, Umgangs- und Sorgerechtsregelungen, aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie für Schutzanordnungen. Kommen Fälle von häuslicher Gewalt vor Gericht, sind laut einer Expertenbefragung, die nach Einführung des Gewaltschutzgesetzes durchgeführt wurde, ärztliche Atteste und Gutachten für die Glaubhaftmachung sehr wichtig und werden sogar als bedeutender als etwa eidesstaatliche Versicherungen des Opfers eingeschätzt (Rupp 2005).

#### **1.10.4 Kriterien einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation**

Die gerichtsverwertbare Dokumentation unterscheidet sich von der regulären ärztlichen Dokumentation, da sie einen völlig anderen Zweck erfüllt. Die gerichtsverwertbare Dokumentation soll keine Diagnosen und Behandlungen schildern, sondern Dritten (meist Juristen, also Nicht-Medizinern) auf verständliche Art und Weise einen Eindruck der Verletzungen vermitteln. Außerdem muss sie auch den Ansprüchen für ein späteres Sachverständigengutachten genügen, in dem geklärt wird, ob Verletzungen auf bestimmte Gewalthandlungen zurückführbar sind. Die gerichtsverwertbare Dokumentation dient als wichtiges Hilfsmittel bei der Rekonstruktion des Geschehenen und kann die Glaubhaftigkeit der Aussagen von Geschädigten und Beschuldigten unterstützen. Dabei müssen formale Rahmenbedingungen eingehalten werden:

- Nennung von: Ort, Datum und Uhrzeit; patientenbezogene Daten, Name des Arztes, assistierende Mitarbeiter und weitere anwesende Personen
- Objektivität und Neutralität der Darstellung: Befundbeschreibung, keine Diagnosestellung.
- vollständige und detaillierte Beschreibung aller Befunde unter Nutzung eines Körperschemas, Einbezug jeglicher Verletzungen: behandlungsbedürftig und nicht bedürftig, alte und neue Verletzungen.
- Deskriptive Dokumentation: Lage, Größe, Form, Farbe der Läsion, Art der Verletzung
- Detail- und Übersichtsfotos, mit guter Ausleuchtung und Größenmaßstab, Kennzeichnung jedes Fotos mit Patientennamen, Datum und Lage der Verletzung  
(Wieners et al. 2012)

#### **1.10.5 Rechtsmedizinische Versorgungssituation in Deutschland**

Den Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zu Folge verteilen sich derzeit insgesamt 39 rechtsmedizinische Institute über das Bundesgebiet (URL: <http://www.dgrm.de/institute/deutschland/> Stand: 17.03.15, vgl. Abb. 2). Laut einer Untersuchung der AG Klinische Rechtsmedizin sind allerdings nur etwa die Hälfte der rechtsmedizinischen Institute regelmäßig klinisch-rechtsmedizinisch tätig (Gahr et al. 2012). Durch ihre Gebundenheit an Universitätskliniken kann zudem eine flächendeckende und damit niedrigschwellige rechtsmedizinische Versorgung derzeit gerade in den „Flächenbundesländern“ noch nicht immer gewährleistet werden (von dem Berge 2012). Problematisch gestaltet sich

auch die Finanzierung des für private Anfragen kostenlosen Untersuchungsangebots. Von Seiten der Politik wurden bisher keine konkreten Rahmenbedingungen und Finanzierungskonzepte für ein flächendeckendes Angebot dieser Art geschaffen. Die einzelnen Institute müssen sich eigenständig um eine Gegenfinanzierung kümmern, die nicht immer gelingt (Gahr et al. 2012).

Das Institut für Rechtsmedizin (IfR) in Köln hat eine Integration der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung in bestehende Hilfsnetzwerke erreicht und so das Hilfsangebot für Gewaltopfer erweitert. Zudem sollen regionale Kompetenzzentren geschaffen werden, um „die fehlende Dichte von rechtsmedizinischen Angeboten zu kompensieren“ (Graß und Rothschild 2004).

Auch das IfR der Universität Leipzig hat sich erfolgreich in das Hilfsnetzwerk „Leipziger Netzwerk gegen häusliche Gewalt und Stalking“ integriert (URL: <http://www.gegen-gewalt-leipzig.de/> Stand: 18.03.15)

In Hamburg gibt es seit 1998 im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ein niedrighschwelliges Angebot für Gewaltopfer. Alle Opfer von Gewalt können sich auf eigenen Wunsch, unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei, untersuchen lassen. Die Gewaltopfer müssen dabei selbst keine Zahlung leisten, die Finanzierung wird durch staatliche Gelder gesichert. Es erfolgen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, hieraus können rechtsmedizinische, gerichtsverwertbare Gutachten erstellt werden. Auch einer evtl. vorliegenden Psychotraumatisierung wird durch das Angebot einer psychologischen Krisenintervention begegnet. Als professionelles Hilfsangebot für Kinder, die Gewalt erlitten haben, wurde das Kinderkompetenzzentrum gegründet. Durch das Vorhandensein einer 24-Stunden-Rufnummer, durch die Vernetzung mit Hilfseinrichtungen wie Frauenhäusern, Kinderschutzstellen etc., sowie durch aktive Öffentlichkeitsarbeit werden weitere wichtige Aspekte eines niedrighschwelliges Versorgungsangebotes erfüllt (Seifert et al. 2007). Seit Gründung der Untersuchungsstelle sind die Untersuchungszahlen stetig angestiegen und halten sich seit 2006 bei etwa 1200 Untersuchungen pro Jahr (Seifert 2007). Auch die anderen rechtsmedizinischen Ambulanzen in Deutschland vermerken steigende Untersuchungszahlen (Banaschak et al. 2011).

Es besteht also offensichtlich eine Nachfrage nach niedrighschwelliges Untersuchungsmöglichkeiten für Gewaltopfer, welche den vielfach geforderten Ausbau des klinisch-rechtsmedizinischen Versorgungsangebotes rechtfertigt (Brzank und Hellbernd 2007; Gahr et al. 2012; Graß und Rothschild 2004; Seifert et al. 2004; Wieners et al. 2012).



Abbildung 2: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute in Deutschland

## ***1.11 Der Kreis Pinneberg***

### **1.11.1 Allgemeine Informationen**

Der Kreis Pinneberg ist mit 664 Quadratkilometern der kleinste Landkreis des Bundeslandes Schleswig-Holstein, mit über 300 000 Bewohnern aber gleichzeitig der bevölkerungsreichste. Im Südosten grenzt das Kreisgebiet an die Stadt Hamburg, zu deren Metropolregion es gehört.

Drei Krankenhäuser (in den Städten Pinneberg, Elmshorn und Wedel) und etwa 450 Ärzte versorgen die Region medizinisch. Die Kreisstädte Pinneberg und Wedel sind durch das S-Bahn-Netz an den Hamburger Nahverkehr angeschlossen.

(vergl. URL: <http://www.kreis-pinneberg.de/> Stand: 18.03.15)

### 1.11.2 Rechtsmedizinische Versorgung im Kreis Pinneberg

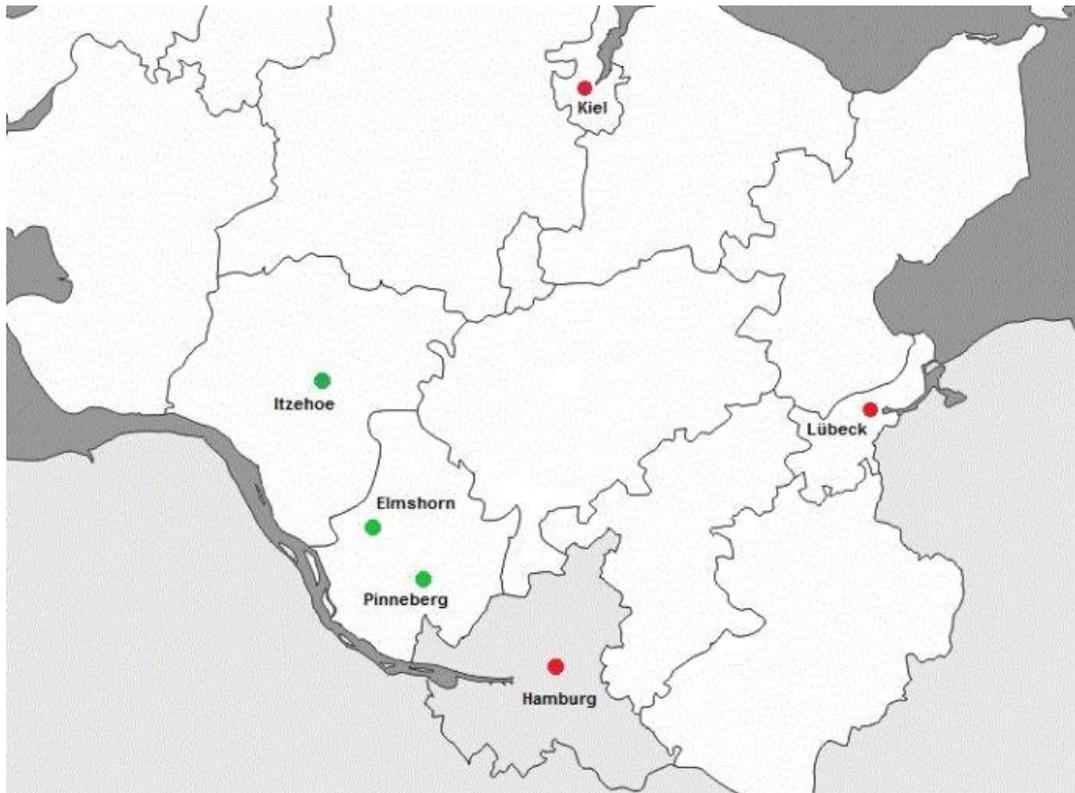
Im Kreis Pinneberg gibt es kein rechtsmedizinisches Institut, da diese in Deutschland an die Universitäten der Großstädte angegliedert sind. Daher richten die Ermittlungsbehörden in Pinneberg ihre Anfragen an die rechtsmedizinischen Institute in Kiel, Lübeck oder Hamburg. Aus räumlichen Gründen wird fast ausschließlich mit dem Institut für Rechtsmedizin (IfR) in Hamburg zusammen gearbeitet.

Wenn keine Ermittlungsbehörden eingeschaltet waren, mussten Gewaltopfer bis vor einigen Jahren die Institute in Kiel, Lübeck oder Hamburg aufsuchen, um eine rechtsmedizinische Dienstleistung (z.B. gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation) zu erhalten. Bei der Analyse der Untersuchungsaufträge aus dem Kreis Pinneberg an das sich räumlich direkt an den Landkreis anschließende Hamburger IfR für die Jahre 2000 - 2009 fiel auf, dass mit einem Anteil von ca. 9% nur ein verschwindend geringer Anteil niedrighschwelliger Aufträge einging (von dem Berge 2012). Zum Vergleich: Bei den Untersuchungen aus Hamburg machen niedrighschwellige Aufträge mehr als ein Drittel der Untersuchungsaufträge aus (Seifert et al. 2007). In Anbetracht der laut PKS existierenden Gewalttaten im Kreis (Polizeidirektion Bad Segeberg 2009) und unter der Berücksichtigung, dass die PKS nur das Hellfeld der Gewalt in Pinneberg abbildet, bestand Grund zu der Annahme, dass das bisherige Untersuchungsangebot für Betroffene zu hochschwellig ist. Daher wurden durch das IfR in Hamburg im Rahmen eines Modellprojekts im Jahr 2010 zwei regionale Untersuchungsstellen im Kreis gegründet, in der Stadt Pinneberg innerhalb des Kreiskrankenhauses und in Elmshorn im Gebäude des öffentlichen Trägers „Wendepunkt e.V.“ (gewaltpräventive Einrichtung, vgl. URL: [www.wendepunkt-ev.de](http://www.wendepunkt-ev.de), Stand: 28.07.15). Über eine 24 Stunden am Tag erreichbare Telefonnummer kann ein zeitnahe Termin für eine Untersuchung vor Ort durch einen Mitarbeiter des IfR aus Hamburg vereinbart werden. Die Gründung der Untersuchungsstellen wurde durch aktive Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Flyer-Kampagne in Arztpraxen und Krankenhäusern im Kreis) und die Vernetzung mit anderen Institutionen im Kreis Pinneberg begleitet, darunter die Kreiskrankenhäuser, Frauenhäuser, Kinderschutzhäuser, Wendepunkt, der Kreissenorenbeirat und die Polizei.

Auch eine Zusammenarbeit mit dem Kooperations- und Interventionsprojekt „KIK - Netzwerk bei häuslicher Gewalt“ wurde begonnen. (URL: [www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/S/schutzvorgewalt/schutzvorgewalt\\_KIK.html](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/S/schutzvorgewalt/schutzvorgewalt_KIK.html) Stand: 26.07.2015)

Im Jahr 2014 wurde das niedrigschwellige Untersuchungsangebot des IfR Hamburg durch die Einrichtung einer regionalen Untersuchungsstelle in Itzehoe über die Grenzen des Landkreises Pinneberg hinweg erweitert.

Das Untersuchungsangebot des IfR Hamburg ist für Privatpersonen kostenlos. Die Finanzierung erfolgt bisher über eine Stiftung im Kreis Pinneberg.



**Abbildung 3: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute und regionalen Untersuchungsstellen in Hamburg und Schleswig-Holstein (von dem Berge 2012)**

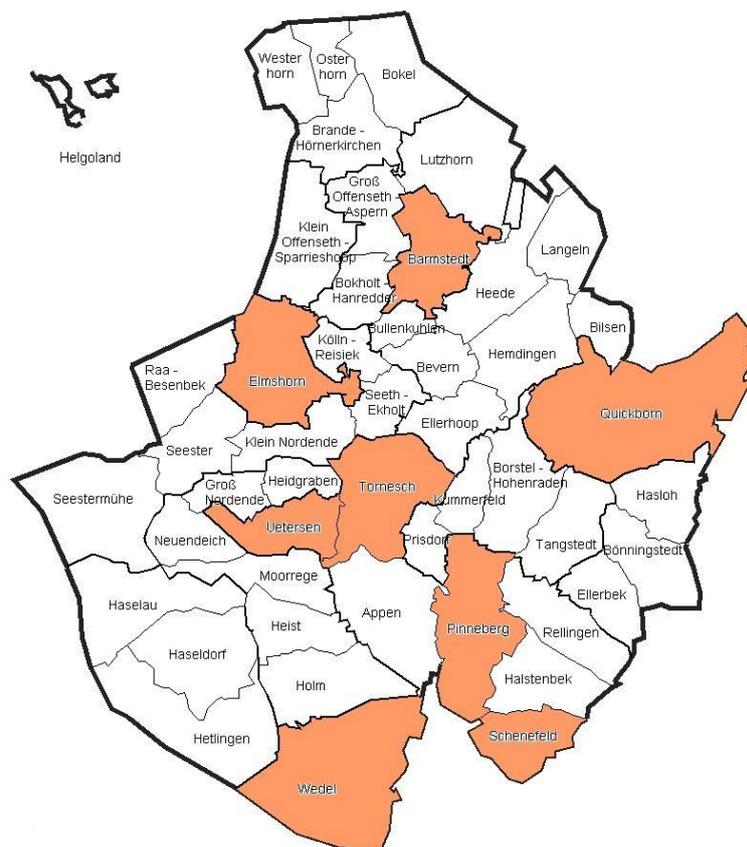
*(Die roten Punkte zeigen die Verteilung der rechtsmed. Institute in Hamburg und Schleswig-Holstein. Die grünen Punkte zeigen die regionalen Untersuchungsstellen des IfR Hamburg im Kreis Pinneberg und Itzehoe.)*

### 1.11.3 Rettungsdienst im Kreis Pinneberg

Das Rettungsdienstwesen im Kreis Pinneberg ist Teil der Rettungsdienstkooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH), einem Zusammenschluss der Rettungsdienste der Landkreise Dithmarschen, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Steinburg.

Im Kreis Pinneberg gibt es sechs Rettungswachen, jeweils eine in Barmstedt, Elmshorn, Pinneberg, Quickborn, Uetersen und Wedel, sowie eine zusätzliche auf der Insel Helgoland, welche in dieser Arbeit aus Gründen der geographischen Trennung vom Landkreis nicht weiter berücksichtigt wurde.

Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes begegnen in ihrem Arbeitsalltag regelmäßig Opfern von Gewalt, die Notfallversorgung von Gewaltopfern ist fester Bestandteil ihrer Arbeit. Im Rahmen ihrer Einsätze bekommen sie Einblick in viele Tausend Haushalte pro Jahr. Es ist daher zu vermuten, dass sie zum einen für die betroffenen Opfer zu den ersten Kontaktpersonen nach häuslicher Gewalt gehören und zum anderen häusliche Gewalt aber auch als „Zufallsbefund“ im Rahmen ihrer Einsätze feststellen können (Hornberg et al. 2008). Bei der Übergabe von Gewaltopfern an die behandelnden Ärzte können sie wichtige Eindrücke und Informationen über die vorliegende Situation weitergeben und so zu einer adäquaten Versorgung beitragen. Bisher gibt es in der RKiSH keine festen Leitlinien zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt und das Thema „Erkennen von Gewalt“ stellt keinen festen Bestandteil der Ausbildung dar. Daher wäre festzustellen, inwiefern die Mitarbeiter des Rettungsdienstes bereits für die Problematik von Gewalt sensibilisiert sind bzw. an welchen Stellen Fortbildungsbedarf besteht und evtl. standardisierte Handlungskonzepte entwickelt werden müssen, um die Gewaltopferversorgung weiter zu verbessern.



**Abbildung 4: Übersichtskarte Kreis Pinneberg**

(Quell-URL: <http://www.selenogradsk.de/oblast/rayon.html> Stand: 18.03.15)

### 2. Fragestellung und Arbeitshypothesen

Das Ziel der gegenständlichen Dissertation besteht darin, den Ist-Zustand der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung des zur Metropolregion Hamburg zählenden Kreises Pinneberg zu erfassen. Insbesondere sollen die Auswirkungen der Etablierung zweier regionaler Untersuchungsstellen auf die Versorgungssituation dargestellt und ggf. weiter bestehende Defizite herausgearbeitet werden. Zum Vergleich dient eine deskriptive Arbeit, die die rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg zwischen 2000 und 2009, also in einem 10-Jahres-Zeitraum vor Etablierung der Untersuchungsstellen, erfasst (von dem Berge 2012). Die Ergebnisse sollen gezielte Ansatzpunkte für eine weitere Verbesserung der regionalen rechtsmedizinischen Versorgungssituation liefern.

Im Rahmen des zweiten Schwerpunktes dieser Doktorarbeit soll durch eine Befragung im Rettungsdienst (Rettungsassistenten, -sanitäter) der Ist-Zustand in einem weiteren medizinischen Bereich der Gewaltopferversorgung abgebildet und der Informationsstand und Fortbildungsbedarf der Rettungsdienstmitarbeiter zum Thema Gewaltopferversorgung geklärt werden.

#### **Teil A: : Rechtsmedizinische Versorgungssituation im Kreis Pinneberg**

- Die jährlichen Auftragszahlen für rechtsmedizinische Dienstleistungen im Kreis Pinneberg haben seit Etablierung der Untersuchungsstellen zugenommen.
- Insbesondere die niedrigschwelligen Aufträge - sowohl Untersuchungen als auch telefonische Beratungen – sind seit Etablierung der Untersuchungsstellen angestiegen.
- Das Spektrum der Auftraggeber und Vermittler niedrigschwelliger regionaler rechtsmedizinischer Untersuchungen hat sich seit Etablierung der Untersuchungsstellen erweitert.
- Gewaltopfer, die vor einer rechtsmedizinischen Untersuchung in medizinischer Behandlung waren, hatten nur in seltenen Fällen durch behandelnde Ärzte eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation erhalten.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Rechtsmedizin und den Ermittlungsbehörden sowie den medizinischen Einrichtungen im Kreis Pinneberg ist weiter verbesserungsfähig.

#### **Teil B: Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Pinneberg**

- Die Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung stärkt bei den Rettungsdienstmitarbeitern das Gefühl von Sicherheit im Erkennen von Gewalt.
- Die Mehrheit der Mitarbeiter des Rettungsdienstes fühlt sich tendenziell unsicher im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.

### 3. Material und Methoden

#### *3.1 Analyse der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg*

##### **3.1.1 Material**

Für die Analyse der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg erfolgte die Durchsicht der Patientenakten aus dem Kreis Pinneberg im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg.

Alle Untersuchungen, Beratungen und Gutachten, die durch das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg durchgeführt werden, erhalten einen Eintrag in einem elektronischen Verzeichnis und werden mit einer pro Jahr fortlaufenden Fallnummer versehen. Für diese wissenschaftliche Arbeit wurde das elektronische Verzeichnis nach bestimmten Schlagwörtern durchsucht, um die Fälle herauszufiltern, die dem Landkreis Pinneberg zuzuordnen sind, d.h. die Fälle bei denen der Auftrag zu Untersuchung, Beratung oder Gutachten aus dem Kreis Pinneberg kam. Die Schlagwörter (Einschlusskriterien) bei dieser Suche lauteten:

„Auftrag enth Pinneberg/Elmshorn/Quickborn/Schenefeld/Barmstedt/Uetersen/Torn“, „Auftrag Kripo/Kriminalpol/Pol - Elmshorn/PI“, „RegU Pinneberg/Elmshorn“

Da es sich um die Analyse eines 5-Jahreszeitraums handelt, wurde die Schlagwort-Suche im elektronischen Verzeichnis für die Jahre 2010 bis 2014 durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Suche beinhalten sowohl die ermittelungsbehördlichen als auch die niedrigschwelligen Fälle. Ausgeschlossen wurden Fälle, die nicht der klinischen Rechtsmedizin zuzuordnen sind: Knochenfunde, Sektionsfolgegutachten, Gutachten zu Behandlungsfehlern bei verstorbenen Patienten. Seit 2014 erteilt auch die Kriminalpolizei Itzehoe aus dem Kreis Steinburg vermehrt Untersuchungsaufträge. Aufgrund des Beginns der Zusammenarbeit zum Ende des Untersuchungszeitraumes hin wurden nur ermittelungsbehördliche Aufträge aus dem Kreis Pinneberg eingeschlossen.

Anhand der Fallnummern konnten die jeweiligen Handakten zugeordnet werden. Diese enthalten schriftliche Untersuchungsbefunde, Fotodokumentationen der Verletzungen, Gutachten und andere Informationen zum Fall.

Die schriftlichen Untersuchungsbefunde stellen die wichtigste Informationsquelle für die Datenerhebung dar. Darin sind standardisiert soziodemografische Daten (Geburtsdatum und Geschlecht) sowie allgemeine Daten zur Untersuchung (Untersuchungsort und -datum, untersuchende Ärztin) enthalten.

Der schriftliche Untersuchungsbefund beinhaltet zudem eine Schilderung des Sachverhaltes mit näheren Informationen zum Geschehenen. Falls zuvor eine Vorstellung im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis erfolgt ist und ärztliche Berichte vorliegen, enthält der rechtsmedizinische Untersuchungsbefund eine Zusammenfassung relevanter Informationen aus diesen Berichten.

Des Weiteren werden vorliegende Verletzungen gerichtssicher beschrieben (ggf. mit Fotodokumentation). Zum Schluss erfolgen eine Beurteilung der Verletzungen und eine Einschätzung hinsichtlich der Vereinbarkeit der Schilderungen des Patienten mit den objektivierbaren Befunden. Gegebenenfalls werden ausgesprochene Empfehlungen bzgl. physischer und/oder psychischer Weiterbehandlung dokumentiert.

Die Struktur des schriftlichen Untersuchungsbefundes ist festgelegt (s.o.). Inwieweit über den körperlichen Untersuchungsbefund hinausgehende Details, etwa zum Vorfall und zu involvierten Personen, beschrieben werden, steht im individuellen Ermessen des untersuchenden Arztes. Die Untersuchungen von Gewaltopfern aus dem Kreis Pinneberg werden durch verschiedene Ärzte des IfR in Hamburg durchgeführt. Daher weisen die Untersuchungsbefunde teilweise Unterschiede auf, Detailinformationen können nicht aus allen Befunden erhoben werden.

### **3.1.2 Methode**

#### ***3.1.2.1 Datenerhebung***

Die zuvor erwähnten Daten eines jeden Falles wurden kategorisiert erfasst und in Zahlen codiert. Die Erhebung und Speicherung der Daten erfolgte mittels Microsoft Excel (Version 2013) in Tabellenform. Dabei wurden Aufträge der Ermittlungsbehörden und niedrigschwellige Untersuchungsaufträge getrennt voneinander erfasst. Jeder Tabelle wurde eine Code-Liste beigefügt, in der die Bedeutung der codierten Zahlen aufgeführt war. Sowohl die Datenerhebung als auch die Auswertungskriterien orientierten sich in groben Zügen an der Methodik einer vorangegangenen Dissertation (von dem Berge, 2012), im Rahmen derer die Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg in einem 10-Jahreszeitraum zwischen 2000 und 2009

analysiert worden war. So konnte eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der Ergebnisse erreicht werden.

Die Eingabe der Daten erfolgte pseudonymisiert unter Angabe der Fallnummer, Name und Geburtsdatum wurden nicht erfasst.

### **3.1.2.2 Auswertungskriterien**

Personenbezogene Daten: Das Geschlecht sowie die Tatsache, ob Beschuldigter oder Geschädigter untersucht wurde, wurden dokumentiert. Das Geburtsdatum wurde aus Gründen der Anonymität nicht mit aufgeführt, sondern stattdessen das Alter zum Untersuchungszeitpunkt berechnet.

Das Verhältnis von Beschuldigten und Geschädigten wurde ebenfalls statistisch erfasst. Dabei wurden folgende Kategorien für die Position des Beschuldigten festgesetzt: Eltern (Mutter oder Vater), anderer Familienangehöriger (Bruder, Onkel aber auch Stiefvater etc.), Partner, Ex-Partner, Freund bzw. Bekannter, Arbeits-Kollege, Fremder. Bei der Unterscheidung zwischen verwandtschaftlicher und nicht verwandtschaftlicher Beziehung wurde die Definition des „Angehörigen“ nach §11, Absatz 1, des StGB verwendet, wobei zusätzlich Stiefeltern mit einbezogen wurden (vgl. URL: [http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_11.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__11.html) Stand: 27.07.2015).

Teilweise gibt es mehrere Beschuldigte, zum Beispiel, wenn diese bei der Tat als Gruppe gehandelt haben. Dies kann von Bedeutung sein – etwa zur Einschätzung des Schweregrades von Körperverletzung (vgl. Definition „Gefährliche Körperverletzung“ 1.2.1). Daher wurde vermerkt, ob es mehrere Beschuldigte gab.

Allgemeine Untersuchungsdaten: Untersuchungsdatum und Datum des Vorfalls wurden in Excel aufgenommen. Beim Untersuchungsort wurde unterschieden zwischen dem Universitätskrankenhaus Eppendorf (im Institut für Rechtsmedizin oder in der Zentralen Notaufnahme), den regionalen Untersuchungsstellen in Elmshorn und Pinneberg (beinhaltet auch Untersuchungen auf Stationen des Klinikums Pinneberg), der (Kriminal-)Polizei im Landkreis und den Kreiskrankenhäusern in Elmshorn und Wedel. Für 2014 wurde auch die neu gegründete Untersuchungsstelle in Itzehoe aufgeführt.

Bei den ermittelungsbehördlichen Fällen wurde der Auftraggeber der Untersuchung kategorisiert in Polizei bzw. Kriminalpolizei Elmshorn, Polizei bzw. Kriminalpolizei Pinneberg, einzelne Polizeidienststellen sowie in Staatsanwaltschaften/Gerichte. Die Auftraggeber der niedrigschwelligeren Untersuchungen wurden eingeteilt in Privatpersonen, Wendepunkt e.V., das

Jugendamt im Kreis Pinneberg bzw. seit 2014 auch das Jugendamt Itzehoe, sowie das Klinikum Pinneberg.

Bei den niedrigschwelligen Aufträgen spielt zum Teil ein Vermittler eine Rolle - etwa, wenn ein Frauenhaus im Namen einer Privatperson anruft und für diese Person nach den Möglichkeiten einer Untersuchung fragt. Daher wurde die Vermittlerrolle vermerkt. Es vermittelten die Frauenhäuser in Elmshorn, Pinneberg, Wedel und Itzehoe, die Jugendämter im Kreis Pinneberg und Itzehoe, das Klinikum Pinneberg, Wendepunkt e.V., sowie diverse andere öffentliche und private Träger (Opferschutz „Weißer Ring“ etc.).

Auf den Fall bezogene ärztliche Voruntersuchungen, stationär (beinhaltet Untersuchung bzw. Behandlung in Krankenhaus-Notaufnahmen) oder ambulant, wurden genauso wie das Vorliegen gerichtssicherer ärztlicher Dokumentation vermerkt.

Verschiedene Auftragskategorien wurden festgelegt: Telefonische Beratung, (körperliche) Untersuchung sowie Gutachten-Erstellung anhand eines ärztlichen Berichts. Telefonische Beratungen, auf welche eine Untersuchung des Patienten durch die gynäkologische Abteilung des Klinikums Pinneberg folgte, wurden gesondert aufgeführt, da es sich hier um eine neue Form der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Rechtsmedizin handelt. In Fällen von sexueller Gewalt, bei denen das Opfer keine polizeiliche Anzeige tätigt, berät das Institut für Rechtsmedizin das Klinikum Pinneberg bzgl. des weiteren Vorgehens, und die Gynäkologie übernimmt die gynäkologische Untersuchung und Spurensicherung zeitnah vor Ort.

Deliktformen: Die Art des vorliegenden Delikts wurde ebenfalls erfasst. Die verschiedenen Kategorien orientieren sich hierbei am Strafgesetzbuch. Die Straftatbestände der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung wurden in der Kategorie „Sexualdelikt“ zusammengefasst. „Sexueller Missbrauch von Kindern“ sowie „Sexuelle Übergriffe unter Minderjährigen“ bildeten weitere Kategorien. Die Kategorie „Kindesmisshandlung“ umfasste direkte Gewalt (z.B. in Form von Schlagen, Verbrühen) sowie indirekte Gewalt in Form von Vernachlässigung. Der Aspekt der Körperverletzung wurde nochmals unterteilt in „leichte Körperverletzung“ und „gefährliche bzw. schwere Körperverletzung“ (zu den Definitionen nach StGB siehe 1.2.1). Die Kategorie „Selbstbeibringung“ umfasste Fälle, bei denen die Verletzungen als selbstbeibringt eingeschätzt wurden.

Gewalteinwirkung und Verletzungsbefunde: Die Formen der stattgefundenen Gewalteinwirkung bzw. die Verletzungsbefunde wurden ebenfalls kategorisiert. Dabei wurden nur Verletzungen berücksichtigt, die sich auf den anlassgebenden Vorfall bezogen. Altverletzungen wie etwa Narben fanden in der Auswertung dagegen keine Berücksichtigung. Es wurde unterschieden: Stumpfe Gewalt, scharfe Gewalt (Stich-, Schnittverletzungen), Bissverletzung, thermische Schädigung (Verbrühung, Verbrennung), anogenitale Verletzung, Selbstbeibringungsverletzung.

Aufgrund der Heterogenität der Verletzungsbefunde nach stumpfer Gewalteinwirkung wurden zur besseren Differenzierung Untergruppen gebildet:

- stumpfe ungeformte Gewalt (z.B. Hämatom, Schwellung, Platzwunde)
- stumpfe geformte Gewalt (geformtes Hämatom, z.B. Handabdruck, Striemen nach Stockschlag)
- stumpfe Gewalt mit tangentialer Komponente (Kratzer, Schürfung, Décollement)
- Fraktur
- stumpfe Gewalt gegen den Hals (z.B. Würge-/Drosselmale, Petechien)
- andere Form stumpfer Gewalt (z.B. Zahnschaden). (Dettmeyer et al. 2014)

Zum Teil schildern die Untersuchten glaubhaft Gewalteinwirkungen, für die sich in der Untersuchung allerdings keine objektivierbaren Korrelate finden. Typische Situationen, bei denen sich häufig keine objektivierbaren Befunde finden bzw. diese innerhalb kürzester Zeit wieder verschwinden, sind Gewalteinwirkungen gegen den Hals (Würgen) und Bedeckung der Atemwege, sowie Sexualdelikte (häufig bei fehlender Gegenwehr) (Grassberger und Yen 2013; Madea 2007; Parzeller et al. 2010c). Daher wurden diese „subjektiven“ Gewalteinwirkungen in einer eigenen Kategorie mit aufgenommen.

### Weitere Aspekte bei niedrigschwelligen Untersuchungen:

Als weiterer Aspekt wurde in die Datenerhebung aufgenommen, ob in Fällen häuslicher Gewalt Kinder mitbetroffen waren, und zwar, ob Kinder dabei selbst Gewalt erlitten oder Gewalt mit angesehen hatten. Wenn Kinder involviert waren, wurde auch verzeichnet, ob der Kontakt zur psychotraumatologischen Betreuung durch „Wendepunkt e.V.“ hergestellt oder empfohlen wurde.

In Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen wurde registriert, ob der aktuelle Vorfall der erste dieser Art gewesen war, oder ob das Opfer schon zuvor Gewalt durch einen Partner erlitten

hatte. Falls dies der Fall war, wurde zusätzlich registriert, ob bei zurückliegenden Vorfällen eine gerichtssichere Dokumentation der Verletzungen stattgefunden hatte. In einigen Fällen machte der Untersuchte im Anschluss an die rechtsmedizinische Untersuchung eine polizeiliche Anzeige. Teilweise erfolgte die Anzeige auch bereits vor der rechtsmedizinischen Untersuchung. In anderen Fällen wurde vorerst keine Anzeige gewünscht. Außerdem kam es vor, dass der rechtsmedizinische Befund zunächst einmal an den betreuenden Rechtsanwalt weitergeleitet, ohne dass schon eine Anzeige erstattet wurde. Diese Informationen wurden ebenfalls statistisch erfasst.

Wenn einzelne Aspekte eines Falles (z.B. die Art des Delikts) sich keiner Kategorien zuordnen ließen, wurden sie jeweils in der Kategorie „sonstige“ aufgeführt.

### ***3.1.2.3 Rechtliche Grundlagen für die Zuordnung zu den verschiedenen Deliktformen***

Die Kategorisierung des Delikts spiegelt, wenn vorhanden, den Stand polizeilicher Ermittlungen wider. Ansonsten handelt es sich um eine Einschätzung anhand objektivierbarer Verletzungen und durch den Untersucher als plausibel gewerteter Schilderungen der Geschädigten, jeweils den Kriterien des StGB folgend (vgl. Einleitung: 1.2.1, 1.2.2, 1.8.2). Es handelt sich also keinesfalls um gerichtliche Urteile oder juristische Einschätzungen. Dies ist auch nicht möglich, da die rechtsmedizinischen Untersuchungen entweder ohne sich anschließenden Gerichtsprozess oder zumindest vor einem Urteilsspruch erfolgen. Gerade bei Verdacht auf sexuelle Gewalt und Gewalt gegenüber Kindern ließ sich durch die Untersuchung der Verdacht teilweise nicht abschließend bestätigen oder widerlegen. Die Zuordnung zu diesen Deliktgruppen erfolgte daher aufgrund eines bestehenden Verdachts, sofern dieser durch die Untersuchung nicht eindeutig ausgeräumt werden konnte.

Die in §177 des StGB beschriebenen Straftatbestände der sexuellen Nötigung und Vergewaltigung wurden in dieser Arbeit als „Sexualdelikte“ zusammengefasst, da die Abgrenzung zwischen den beiden Straftatbeständen – besonders, wenn die Ermittlungen noch nicht abgeschlossen sind – häufig nur schwer möglich ist.

Im Hinblick auf die Zuordnung zu einer der Deliktformen spielen teilweise das Alter und die Beziehung zwischen Geschädigtem und Beschuldigtem eine Rolle: Fälle von sexueller Gewalt gegen unter 14-Jährige (gesetzliche Altersgrenze für die Definition von „Kind“) bzw. gegen unter 18-Jährige, wenn der Beschuldigte ein Schutzbefohlener (z.B. Eltern, Lehrer) war, wurden in die Kategorie „sexueller Missbrauch“ eingeordnet. Bei Geschädigten ab 14 Jahren, die durch eine nicht schutzbefohlene Person sexuelle Gewalt erfahren hatten, wurde der Fall als „Sexualdelikt“ vermerkt. Wenn im Zusammenhang mit einem Fall von sexueller

Gewalt sowohl Beschädigter als auch Geschädigter jünger als 18 Jahre alt war, wurde der Fall als „sexueller Übergriff unter Minderjährigen“ deklariert.

§ 225 des StGB folgend wurden alle Fälle, in denen Kinder, die jünger als 18 Jahre waren, Gewalt durch eine schutzbefohlene Person erlitten hatten, als Fälle von „Kindesmisshandlung“ vermerkt.

### ***3.1.2.4 Datenauswertung***

Für die elektronische Datenauswertung erfolgte nach der Erstellung einer Datenbank eine Plausibilitätskontrolle verschiedener Variablen, und Fehler wurden entsprechend korrigiert. Die quantitative Analyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS Version 22.0 durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in Tabellen und Grafiken dargestellt. Wie schon die Datenerhebung und Wahl der Auswertungskriterien erfolgte auch die Analyse der erhobenen Daten in groben Zügen analog zu den Ergebnissen der vorangegangenen Dissertation (von dem Berge, 2012), um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen.

## ***3.2. Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes im Kreis Pinneberg***

### **3.2.1 Datenerhebung**

Für die Befragung zum Unterstützungsbedarf des Rettungsdienstes in der Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg wurde ein Fragebogen entwickelt. Zielgruppe des Fragebogens waren alle im Kreis Pinneberg bei der „Rettungskooperation in Schleswig-Holstein“ (RKiSH) tätigen Rettungsassistenten und –sanitäter sowie die Auszubildenden in diesen Berufen. Vor dem Beginn der Befragung wurde ein „Pretest“ durchgeführt, um Aufbau und Inhalt des Fragebogens auf Sinnhaftigkeit und Verständlichkeit zu überprüfen. Hierzu wurde der Fragebogen Rettungsdienstmitarbeitern in leitenden Positionen, die über eine lange Diensterfahrung verfügen, vorgelegt.

Befragt wurden schließlich die im Rettungsdienst aktiven Mitarbeiter der sechs Rettungswachen im Kreis Pinneberg (Barmstedt, Elmshorn, Pinneberg, Quickborn, Uetersen, Wedel). Die Fragebögen wurden persönlich bei den Wachenversammlungen an die Mitarbeiter ausgeteilt bzw. nach Barmstedt und Quickborn per Post verschickt. Die Mitarbeiter, die durch dienstliche Tätigkeit, Krankheit, oder Urlaub nicht persönlich erreicht werden konnten, erhielten den Fragebogen durch die jeweilige Wachenleitung. Die ausgefüllten Fragebögen wurden entweder persönlich bei den Rettungswachenversammlungen abgegeben oder per Post dem Institut für Rechtsmedizin zugesandt. Durch die Rettungswachenleitung wurde die Mitarbeiterzahl

auf 196 geschätzt (keine genaue Angabe möglich wegen ständiger Fluktuationen). Daher wurden insgesamt 196 Fragebögen ausgegeben.

Ein kurzes Anschreiben an die Teilnehmer der Befragung gab einen Überblick über Inhalt bzw. Nutzen und Zweck (Relevanz) der Befragung und wies auf die Anonymität der Datenauswertung hin. Unter Angabe der Kontaktdaten der Fragebogenerstellerin wurde zu Rückfragen ermuntert.

Der Inhalt wurde thematisch in Abschnitte gefasst. Im ersten Abschnitt wurde nach persönlichen Angaben gefragt: Alter, Geschlecht, Tätigkeit, Rettungswachenzugehörigkeit. Im zweiten Abschnitt ging es um die Thematisierung von Gewalt in der Aus- und Weiterbildung. Im dritten Abschnitt wurden geschätzte Häufigkeiten von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung bei der täglichen Arbeit sowie Erfahrungswerte zum Erkennen eben dieser Fälle erfragt. Dabei wurden Kindesmisshandlung und Vernachlässigung getrennt von der „häuslichen Gewalt“ betrachtet. Der Begriff häusliche Gewalt beinhaltete in der Datenerhebung also nur Gewalt gegen Erwachsene im häuslichen Umfeld. Im vierten Abschnitt ging es um das Verhalten bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt bzw. Kindesmisshandlung sowie um Verhaltensweisen in reinen Verdachtsmomenten. Im letzten Teil wurde das Wissen um die Existenz der klinischen Rechtsmedizin sowie der Fortbildungswunsch der Rettungsdienstmitarbeiter eruiert.

Insgesamt konnten 32 Fragen beantwortet werden. Es kamen verschiedene Fragetypen zur Anwendung. Überwiegend wurden geschlossene Fragen gestellt mit vorgegebenen Antwortkategorien, es wurden sowohl Nominal- als auch Ordinalskalen verwendet. Bei den Ordinalskalen wurden vier bzw. sechs Skalenpunkte gebildet und verbalisiert. Die Antwortmöglichkeiten der Ordinalskala mit vier Skalenpunkten waren: „trifft nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“, „trifft voll und ganz zu“. Die Antwortmöglichkeiten der Ordinalskala mit sechs Skalenpunkten waren (in Bezug auf die Sicherheit im Erkennen von Gewaltopfern): „sehr unsicher“, „unsicher“, „eher unsicher“, „eher sicher“, „sicher“, „sehr sicher“. Bei beiden Ordinalskalen wurde bewusst auf einen „neutralen Mittelpunkt“ verzichtet, da dieser sonst möglicherweise als „Fluchtkategorie“, d.h. um einer Entscheidung auszuweichen, genutzt worden wäre.

Des Weiteren wurden halboffene Fragen verwendet, bei denen neben den fest definierten Antworten einer geschlossenen Frage eine weitere Antwortkategorie „sonstige/andere: bitte nennen“ angehängt wurde. Diese konnte wie eine offene Frage beantwortet werden, sofern sich die Befragungsperson in keiner der vorgegebenen Antworten wiederfand. Diese Antwortgestaltung sollte dazu beitragen, die Motivation der Befragten gegenüber dem Fragebo-

gen aufrecht zu halten und das evtl. aufkommende Gefühl zu vermeiden, sich nicht in den Antwortmöglichkeiten wieder zu finden. Diese frei formulierten Antworten wurden als Anregung aufgenommen, aber aufgrund der Heterogenität nicht statistisch ausgewertet.

Es gab fünf Fragen mit sogenannter „Filterfunktion“, auf die nur geantwortet werden sollte, wenn die vorige Frage mit „ja“ beantwortet worden war. Bei diesen Fragen waren teilweise Mehrfachnennungen möglich. Bei den übrigen Fragen des Fragebogens sollte jeweils nur eine Antwort angegeben werden.

Die Fragen zu geschätzten Häufigkeiten von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung bei der täglichen Arbeit wurden bewusst offen gestellt, d.h. es wurde auf die Bildung von Antwortkategorien verzichtet, da Befragte dazu tendieren, sich bei vorgelegten Skalen und Zahlengruppen mittig einzuordnen. Ziel der Fragen war aber eine ganz persönliche Einschätzung, unbeeinflusst von Suggestionen durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten.

### 3.2.2 Datenauswertung

Zunächst wurden die Ergebnisse der Befragung zahlencodiert in Microsoft Excel (Version 2013) abgespeichert. Im Anschluss erfolgte die Auswertung der Ergebnisse mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22.0). Es erfolgte bei der Speicherung der Antworten eine zweimalige Durchsicht der Eingaben, um mögliche fehlerhafte Eingaben zu identifizieren. Zudem wurden die Eingaben zu verschiedenen Fragen einer Plausibilitätskontrolle unterzogen und entsprechend vorliegende Fehler korrigiert. Statistische Gruppenvergleiche wurden bei normal und ordinal skalierten Daten mittels nicht parametrischer Testverfahren (Chi-Quadrat-Test) untersucht. Hierbei wurde die Signifikanzschwelle auf  $p=0,1$  festgelegt. Diese verhältnismäßig hohe Signifikanzschwelle (im Vergleich zur häufig verwendeten Schwelle  $p=0,05$ ) wurde verwendet, da es in dieser wissenschaftlichen Arbeit lediglich um die Abbildung gewisser Tendenzen in der Gewaltopfersversorgung und weniger um „harte“ medizinische Messwerte und Parameter geht.

#### Hinweis zu Diagrammen und Tabellen:

In einigen Diagrammen und Tabellen werden Prozentangaben gemacht. Diese Prozentangaben wurden auf eine Dezimalstelle genau gerundet. Daher weicht die Summe der Prozentangaben in Diagrammen und Tabellen teilweise um 0,1% vom Gesamtwert 100,0% ab.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Rechtsmedizinische Versorgungssituation im Kreis Pinneberg

#### 4.1.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen

##### 4.1.1.1 Überblick

Die Abbildung 4 zeigt eine Übersicht der gesamten Auftragszahlen rechtsmedizinischer Dienstleistungen für den Kreis Pinneberg im Untersuchungszeitraum. Im 5-Jahres-Zeitraum von 2010 bis 2014 wurden insgesamt 375-mal rechtsmedizinische Dienstleistungen durch den Kreis Pinneberg in Anspruch genommen. Dabei gingen etwa gleich viele ermittelungsbehördliche (N=188) und niedrigschwellige (N=187) Aufträge ein.

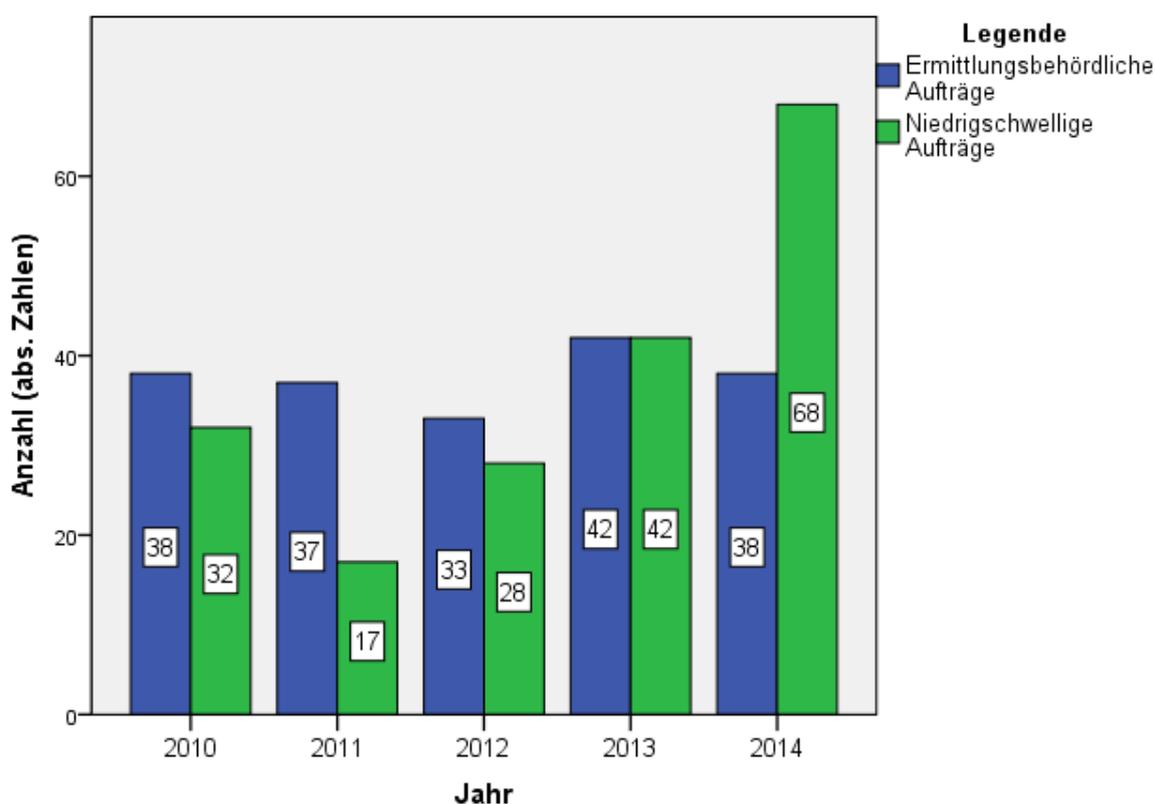


Abbildung 5: Auftragszahlen aus dem Kreis Pinneberg im 5-Jahres-Überblick

Zum Verlauf der Auftragszahlen lässt sich sagen, dass die ermittelungsbehördlichen Auftragszahlen innerhalb des Untersuchungszeitraums abgesehen von kleineren Schwankungen etwa gleich blieben. Die niedrigschwelligen Auftragszahlen erlebten 2011 einen Rückgang im

Vergleich zum Jahr 2010. Ab dem Jahr 2012 stiegen die Auftragszahlen jedoch jedes Jahr an, und zwar von 2011 zu 2012 um ca. 65% (n=11), von 2012 zu 2013 um 50% (n=14) und von 2013 zu 2014 um nochmals ca. 62% (n=26), jeweils in Bezug zum Vorjahr. 2014 hatten sich die niedrigschwelligen Auftragszahlen im Vergleich zu 2011 vervierfacht.

Von 2010 bis 2012 erteilten die Ermittlungsbehörden die Mehrheit der Aufträge an das rechtsmedizinische Institut in Hamburg. Im Jahr 2013 gab es gleich viele Aufträge von Seiten der Ermittlungsbehörde und niedrigschwelligen Auftraggebern. Im Jahr 2014 gab es erstmalig mehr niedrigschwellige als ermittelungsbehördliche Aufträge.

#### 4.1.1.2 Niedrigschwellige Aufträge

In Tabelle 2 sind die verschiedenen Kategorien der niedrigschwellige Aufträge im Untersuchungszeitraum abgebildet. Alle Aufträge bezogen sich auf geschädigte Personen.

**Tabelle 2: Übersicht der niedrigschwelligen Auftragskategorien im 5-Jahres-Überblick**

Niedrigschwellige Auftragskategorie		Jahr					Gesamt
		2010	2011	2012	2013	2014	
Tel. Beratung	Anzahl	3	2	10	10	22	47
	% innerhalb des Jahres	9,4%	11,8%	35,7%	23,8%	32,4%	25,1%
Untersuchung	Anzahl	29	15	15	32	41	132
	% innerhalb des Jahres	90,6%	88,2%	53,6%	76,2%	60,3%	70,6%
Gutachten - Erstellung	Anzahl	0	0	3	0	5	8
	% innerhalb des Jahres	0,0%	0,0%	10,7%	0,0%	7,4%	4,3%
Gesamt	Anzahl	32	17	28	42	68	187
	% innerhalb des Jahres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen hatten mit 70,6% (n=132) den größten Anteil an den Aufträgen. Außerdem erfolgten im Untersuchungszeitraum insgesamt 47 telefonische Beratungen (25,1% der Aufträge), davon 6 (3,2% der Aufträge) im Rahmen der seit 2013 bestehenden Kooperation mit der gynäkologischen Abteilung des Klinikums Pinneberg, die jeweils die Befundsicherung durchführte und Asservate an das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg schickte. Des Weiteren wurden im Untersuchungszeitraum insgesamt 8 Gutachten (4,3% der Aufträge) anhand von dokumentierten Verletzungsbefunden erstellt. Sowohl die Auftragszahlen für körperliche Untersuchungen als auch die für telefonische Beratungen sind seit 2012 bzw. 2011 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums (2014) deutlich angestiegen.

Im Jahr 2014 gab es im Vergleich zum Beginn des Untersuchungszeitraums (2010) eine Steigerung der Untersuchungszahlen um etwa 41,4% (n=12), sowie eine Steigerung der gesamten telefonischen Beratungen um etwa das 6,3-fache (n=19).

#### 4.1.1.3 Ermittlungsbehördliche Aufträge

In Tabelle 3 sind die verschiedenen Kategorien der ermittlungsbehördlichen Aufträge im Untersuchungszeitraum abgebildet. 76,6% (n=144) der Aufträge bezogen sich auf geschädigte Personen, 6,4% (n=12) der Aufträge bezogen sich auf beschuldigte Personen, bei den restlichen Aufträgen (n=32) ließ sich diesbezüglich keine Aussage treffen (häufig bei tel. Beratungen, Altersfeststellungen oder Gutachten).

**Tabelle 3: Übersicht der ermittlungsbehördlichen Auftragskategorien im 5-Jahres-Überblick**

Ermittlungsbehördliche Auftragskategorie		Jahr					Gesamt
		2010	2011	2012	2013	2014	
Tel. Beratung	Anzahl	4	2	3	6	3	18
	% innerhalb des Jahres	10,5%	5,4%	9,4%	14,3%	7,9%	9,6%
Untersuchung	Anzahl	32	30	23	32	25	142
	% innerhalb des Jahres	84,2%	81,1%	71,9%	76,2%	65,8%	75,9%
Sonstige	Anzahl	2	5	6	4	10	27
	% innerhalb des Jahres	5,3%	13,5%	18,8%	9,5%	26,3%	14,5%
Gesamt	Anzahl	38	37	32	42	38	187
	% innerhalb des Jahres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen hatten mit 75,9% (n=142) den größten Anteil an den Aufträgen. Daneben bildeten telefonische Beratungen einen Anteil von 9,6% (n=18) an den gesamten Aufträgen. In der Gruppe „Sonstige“ wurden verschiedene Auftragskategorien mit geringer Fallzahl zusammengefasst, u.a. Gutachten, Altersfeststellungen, Infektionsserologien (Untersuchung des Bluts auf HIV und Hepatitis-Viren) von Beschuldigten oder Geschädigten. Im Verlauf dieser Auswertung richtete sich der Fokus auf die zentralen Auftragskategorien, Untersuchungen und telefonischen Beratungen. Die Fallzahlen der unterschiedlichen Auftragskategorien unterlagen im Untersuchungszeitraum zwar einigen Schwankungen, tendenziell blieben sie aber jeweils auf einem ähnlichen Niveau.

## 4.1.2 Auftraggeberstruktur

### 4.1.2.1 Niedrigschwellige Auftraggeber

#### Rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen:

Mit 69,7% (n=92) wurde die überwiegende Zahl der niedrigschwelligen Untersuchungen durch Privatpersonen in Auftrag gegeben. Als zweithäufigster niedrigschwelliger Auftraggeber für Untersuchungen zeigte sich das Jugendamt im Kreis Pinneberg mit einem Anteil an den Untersuchungen von 25,0% (n=33). Seit dem Jahr 2014 nimmt auch das Jugendamt in Itzehoe Dienstleistungen des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg in Anspruch. So gab es im Jahr 2014 erstmalig zwei Untersuchungsaufträge durch das Jugendamt Itzehoe. Zwei Mal wurde im Untersuchungszeitraum die Untersuchung im Rahmen eines Konsils (Beratung zwischen verschiedenen medizinischen Fachrichtungen) durch das Klinikum Pinneberg in Auftrag gegeben. In der Gruppe „Sonstige“ wurden einzelne Auftraggeber mit geringer Fallzahl zusammengefügt, darunter jeweils einmalige Aufträge durch das Krankenhaus Elmshorn, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das Kinderschutzhaus Elmshorn. Auffällig ist im Vergleich zu den anderen Auftraggebern eine spezifische Zunahme der privaten Untersuchungsaufträge im Untersuchungszeitraum. So gab es 2014 etwa 52,6% (n=10) mehr private Untersuchungsaufträge als noch im Jahr 2010.

**Tabelle 4: Niedrigschwellige Auftraggeber rechtsmedizinischer Untersuchungen**

Niedrigschwellige Auftraggeber der Untersuchungen		Jahr					Gesamt
		2010	2011	2012	2013	2014	
privat	Anzahl	19	11	10	23	29	92
	% innerhalb des Jahres	65,5%	73,3%	66,7%	71,9%	70,7%	69,7%
Jugendamt Kreis Pinneberg	Anzahl	9	3	5	7	9	33
	% innerhalb des Jahres	31,0%	20,0%	33,3%	21,9%	22,0%	25,0%
Jugendamt Itzehoe	Anzahl	0	0	0	0	2	2
	% innerhalb des Jahres	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%	1,5%
Klinikum Pinneberg (Konsil)	Anzahl	0	1	0	1	0	2
	% innerhalb des Jahres	0,0%	6,7%	0,0%	3,1%	0,0%	1,5%
Sonstige	Anzahl	1	0	0	1	1	3
	% innerhalb des Jahres	3,4%	0,0%	0,0%	3,1%	2,4%	2,3%
Gesamt	Anzahl	29	15	15	32	41	132
	% innerhalb des Jahres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Telefonische Beratungen:

Mit 66,7% (n=30) waren – wie bei den Untersuchungen – auch bei den niedrigschwelligen telefonischen Beratungen Privatpersonen als Auftraggeber am häufigsten vertreten. Jeweils 11,1% (n=5) der telefonischen Beratungen wurden durch das Jugendamt im Kreis Pinneberg und das Klinikum Pinneberg beauftragt. In die Gruppe „Sonstige“ gingen als Auftraggeber jeweils einmal der öffentliche Träger „Wendepunkt e.V.“, eine KITA, eine Schulsozialarbeiterin, eine niedergelassene Neurologin sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie Elmshorn ein. Analog zu den niedrigschwelligen Untersuchungen lässt sich auch bei den telefonischen Beratungen eine spezifische Zunahme der Aufträge durch Privatpersonen beobachten, und zwar im Jahr 2014 eine Verneunfachung der Aufträge im Vergleich zum Jahr 2010.

**Tabelle 5: Niedrigschwellige Auftraggeber telefonischer Beratungen**

Niedrigschwellige Auftraggeber der tel. Beratungen		Jahr					Gesamt
		2010	2011	2012	2013	2014	
privat	Anzahl	2	2	3	5	18	30
	% innerhalb des Jahres	66,7%	100,0%	37,5%	50,0%	81,8%	66,7%
Jugendamt Kreis Pinneberg	Anzahl	0	0	1	1	3	5
	% innerhalb des Jahres	0,0%	0,0%	12,5%	10,0%	13,6%	11,1%
Klinikum Pinneberg (Konsil)	Anzahl	1	0	1	3	0	5
	% innerhalb des Jahres	33,3%	0,0%	12,5%	30,0%	0,0%	11,1%
Sonstige	Anzahl	0	0	3	1	1	5
	% innerhalb des Jahres	0,0%	0,0%	37,5%	10,0%	4,5%	11,1%
Gesamt	Anzahl	3	2	8	10	22	45
	% innerhalb des Jahres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Vermittler der Untersuchungen:

Bei der Auftragsübermittlung von Untersuchungen kontaktierte nicht immer der Auftraggeber direkt das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg, sondern es gab teilweise Vermittler, die diese Aufgabe übernahmen. In der Abbildung 6 sind daher die Einrichtungen und Personen aufgeführt, die die Kontaktaufnahme bei Untersuchungen durchführten. Um für die betroffene Person eine Untersuchung anzumelden, kontaktierten die Frauenhäuser das Institut für Rechtsmedizin am häufigsten (n=41). Weitere wichtige Kontakthersteller waren „Wendepunkt e.V.“, das Klinikum Pinneberg, das Kinderschutzhhaus Elmshorn und der „Weiße Ring“. In der Gruppe „Sonstige“ wurden KITAs, Schulen, Ärzte und verschiedene öffentliche Träger zusammengefasst.

In den Fällen, in denen die Jugendämter oder Privatpersonen das Institut für Rechtsmedizin kontaktierten, waren sie auch gleichzeitig die Auftraggeber der Untersuchungen. Bei 15 Kontaktaufnahmen durch das Klinikum Pinneberg war das Klinikum in zwei Fällen selber der Auftraggeber der Untersuchung, in 13 Fällen hatte es eine Vermittlerrolle inne, häufig für Privatpersonen. Etwa 14% (n=13) der untersuchten Privatpersonen meldete sich selbst beim IfR zur Anmeldung einer Untersuchung, in den restlichen Fällen übernahm ein Vermittler diese Aufgabe.

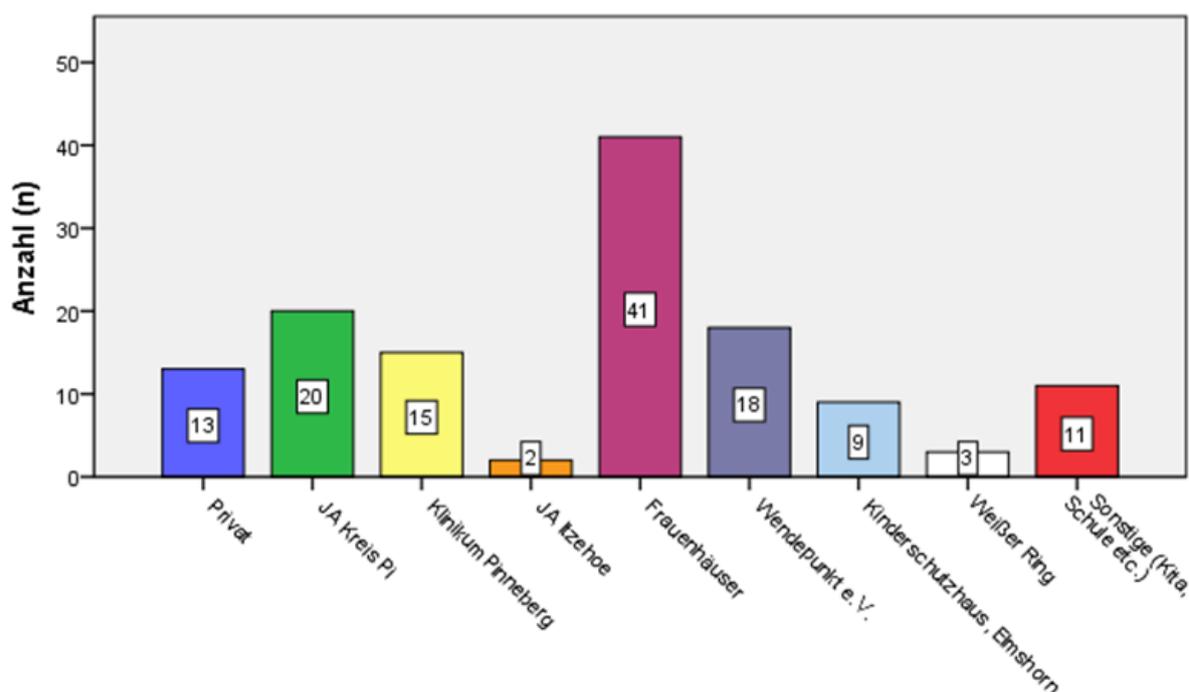


Abbildung 6: Vermittler der niedrigschwelligen rechtsmedizinischen Untersuchungen (2010 – 2014)

**4.1.2.2 Ermittlungsbehördliche Auftraggeber**

Rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen:

Bei den ermittelungsbehördlich beauftragten Untersuchungen hatte die (Kriminal-) Polizei Pinneberg mit 58,4% (n=83) den größten Anteil. Zweithäufigster Auftraggeber war die (Kriminal-)Polizei Elmshorn mit 35,2% (n=50). Weitere 9 Untersuchungen (6,4%) wurden durch einzelne Polizeidienststellen im Kreis Pinneberg beauftragt.

Bei der (Kriminal-)Polizei Elmshorn lässt sich tendenziell eine Abnahme der Untersuchungsaufträge im Verlauf des Untersuchungszeitraumes erkennen, bei der (Kriminal-)Polizei Pinneberg diesbezüglich tendenziell eine Zunahme.

**Tabelle 6: Ermittlungsbehördliche Auftraggeber der rechtsmedizinischen Untersuchungen**

Ermittlungsbehördliche Auftraggeber der Untersuchungen		Jahr					Gesamt
		2010	2011	2012	2013	2014	
(Kriminal-)Polizei Elmshorn	Anzahl	13	17	7	7	6	50
	% innerhalb des Jahres	40,6%	56,7%	30,4%	21,9%	24,0%	35,2%
(Kriminal-)Polizei Pinneberg	Anzahl	14	12	16	23	18	83
	% innerhalb des Jahres	43,8%	40,0%	69,6%	71,9%	72,0%	58,4%
einzelne	Anzahl	5	1	0	2	1	9
Polizeistellen	% innerhalb des Jahres	15,6%	3,3%	0,0%	6,2%	4,0%	6,4%
Gesamt	Anzahl	32	30	23	32	25	142
	% innerhalb des Jahres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Telefonische Beratungen:

Wie bei den Untersuchungen war auch bei den telefonischen Beratungen (N=24) die (Kriminal-)Polizei Pinneberg mit einem Anteil von 79,1% (n=19) der zahlenmäßig größte Auftraggeber, gefolgt von der (Kriminal-)Polizei Elmshorn mit 16,7% (n=4). Ein Auftrag für eine telefonische Beratung ging durch eine einzelne Polizeidienststelle im Kreis Pinneberg ein. Im Verlauf des Untersuchungszeitraums gab es keine grundlegenden Veränderungen der Auftraggeberstruktur für telefonische Beratungen.

### 4.1.3 Altersstruktur

#### 4.1.3.1 Altersstruktur der niedrigschwelligen Untersuchungen

In Abbildung 7 ist die Altersstruktur aller niedrigschwellig Untersuchten (N=132) aus dem Untersuchungszeitraum dargestellt. Dabei bildeten Kinder unter 14 Jahren mit 40,2% (n=53) die größte Gruppe. Jugendliche bis 17 Jahre waren mit 7,6% (n=10) vertreten. Die Gruppe der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren hatte einen Anteil von 25,0% (n=33) an den Untersuchungen. 20,5% (n=27) der Untersuchten waren zwischen 31 und 40 Jahren alt. 6,8% der Untersuchten waren älter als 41 Jahre. Der jüngste Untersuchte war jünger als 1 Jahr alt, der Älteste 53 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der niedrigschwellig Untersuchten betrug etwa 20 Jahre.

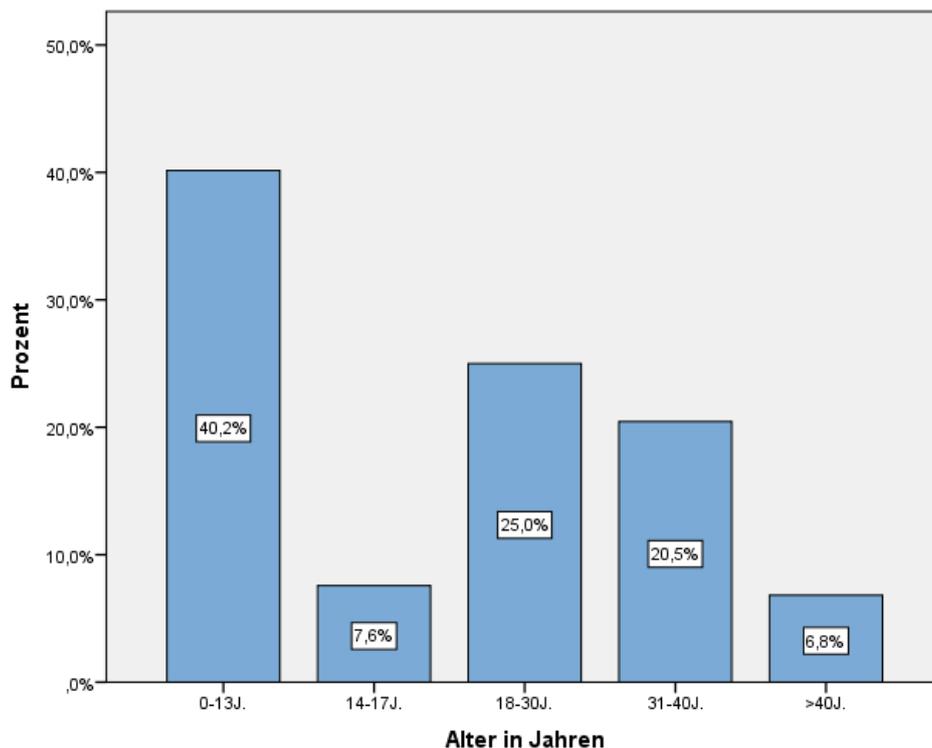


Abbildung 7: Altersstruktur der niedrigschwellig Untersuchten (2010 – 2014)

Wenn man die Gruppe der untersuchten Kinder genauer differenziert, waren von allen niedrigschwellig untersuchten Kindern (0 bis 13 Jahre) etwa 15,1% (n=8) Säuglinge (<1 Jahr alt), 54,7% (n=29) Kleinkinder (1 bis 5 Jahre) sowie 30,2% (n=16) Schulkinder (6-13 Jahre).

#### 4.1.3.2 Altersstruktur der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen

In Abbildung 8 ist die Altersstruktur aller ermittlungsbehördlichen Untersuchungen (N=142) aus dem Untersuchungszeitraum dargestellt. Bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen bildeten die Untersuchten zwischen 18 und 30 Jahren die größte Gruppe mit einem Anteil von 38,0% (n=54). Die anderen Altersgruppen waren alle ungefähr gleichmäßig repräsentiert. Kinder (0 bis 13 Jahre) gehörten mit einem Anteil von 7,7% (n=11) allerdings seltener zu den Untersuchten.

Der jüngste Untersuchte war 2 Jahre alt, der Älteste 96 Jahre alt. 7% der Untersuchten waren älter als 60 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der ermittlungsbehördlich Untersuchten lag bei etwa 30 Jahren.

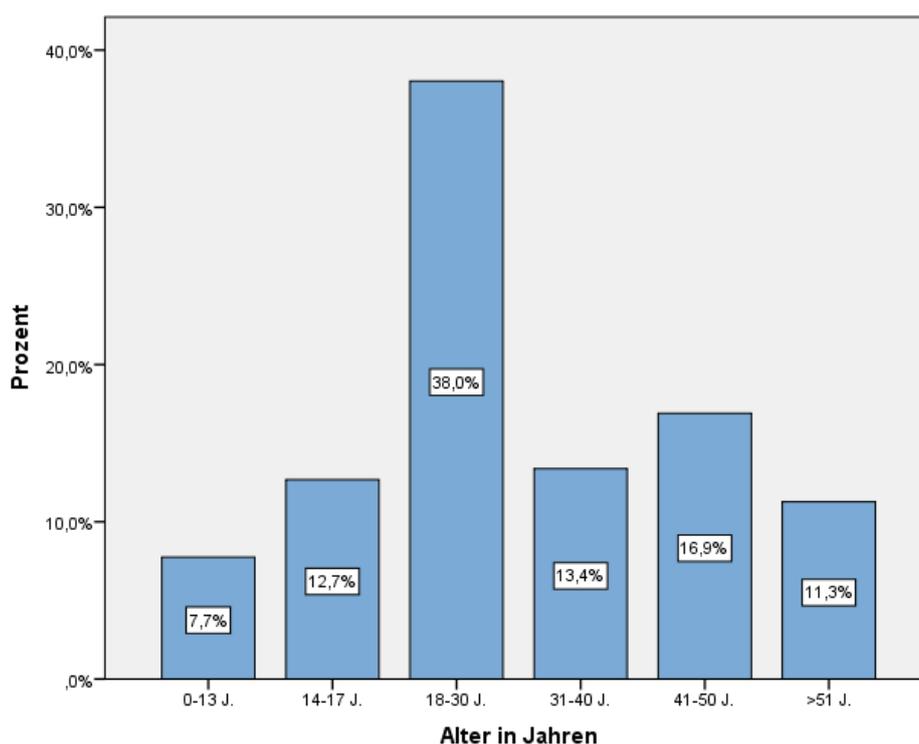


Abbildung 8: Altersstruktur der ermittlungsbehördlich Untersuchten (2010 – 2014)

### 4.1.3.3 Vergleich der Altersstrukturen bei niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen Untersuchungen

Allgemein lässt sich sagen, dass bei den niedrigschwelligen Untersuchungen das Durchschnittsalter der Untersuchten mit 20 Jahren etwa 10 Jahre geringer war als bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen. Dabei wurden niedrigschwellig im Verhältnis mehr Kinder und andererseits weniger ältere Erwachsene (>40 J.) untersucht als bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen. Betrachtet man die Gesamtheit aller niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen Untersuchungen zwischen 2010 und 2014, wurden hauptsächlich jüngere Menschen rechtsmedizinisch untersucht, nur etwa 18% der Untersuchten (n=49) waren älter als 40 Jahre alt.

## 4.1.4. Geschlechterverteilung

### 4.1.4.1 Geschlechterverteilung der niedrigschwelligen Untersuchungen und telefonischen Beratungen

Insgesamt lag der Anteil niedrigschwellig untersuchter weiblicher Personen bei etwa 72,7% (n=96), der Anteil männlicher Personen bei 27,3% (n=36) der gesamten Untersuchungen (N=132).

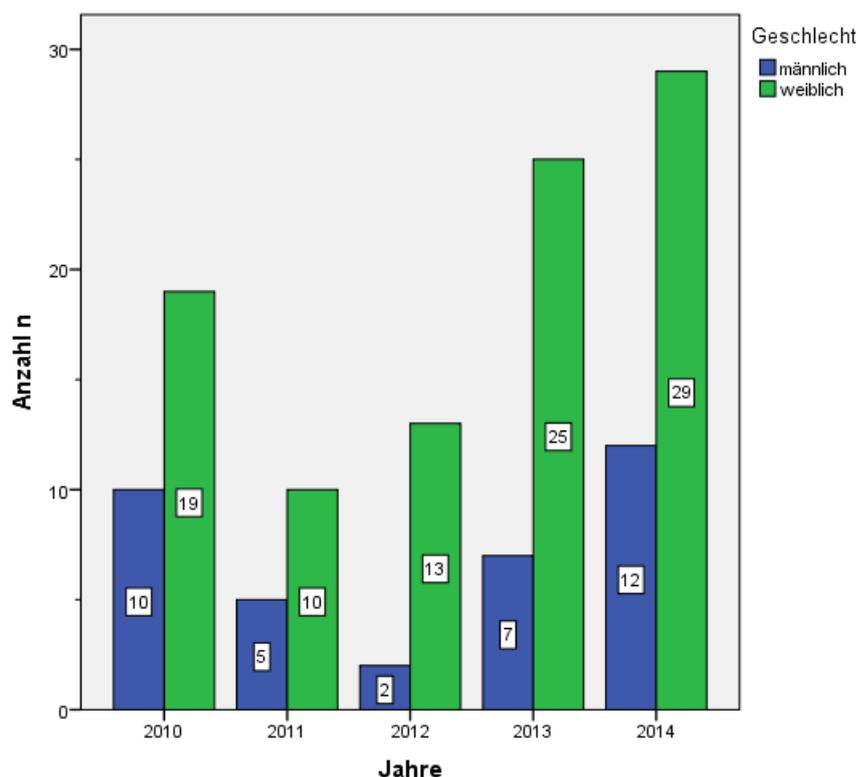


Abbildung 9: Geschlechterverteilung niedrigschwelliger Untersuchungen

Die Abbildung 9 zeigt die Geschlechterverteilung der niedrighschwelligen Untersuchungen, differenziert nach Untersuchungsjahr. Es lässt sich erkennen, dass die Geschlechterverteilung während des Untersuchungszeitraumes etwa gleich blieb, die Untersuchungszahlen von männlichen und weiblichen Personen veränderten sich relativ gleichmäßig. Verhältnismäßig groß war die Differenz zwischen männlichen und weiblichen Untersuchten allerdings im Jahr 2012; hier waren 86,7% der Untersuchten weiblich, 13,3% der Untersuchten waren männlich. Bei den niedrighschwelligen telefonischen Beratungen im Untersuchungszeitraum war die Differenz zwischen männlichen und weiblichen Personen etwas geringer als bei den Untersuchungen; 68,1% der telefonischen Beratungen bezogen sich auf weibliche Personen, 31,9% bezogen sich auf männliche Personen.

#### **4.1.4.2 Geschlechterverteilung der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen und telefonischen Beratungen**

Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen (N=142) betrug der Anteil weiblicher Personen etwa 66,9%, der Anteil männlicher Personen lag bei 33,1%. Bei den telefonischen Beratungen (N=24) unterschied sich die Geschlechterverteilung von den Untersuchungen. Mit 55,6% bezog sich die Mehrheit der ermittelungsbehördlichen telefonischen Beratungen auf männliche Personen, 44,4% der Personen waren weiblich. Zu 6 Personen gab es keine Angabe bzgl. des Geschlechts.

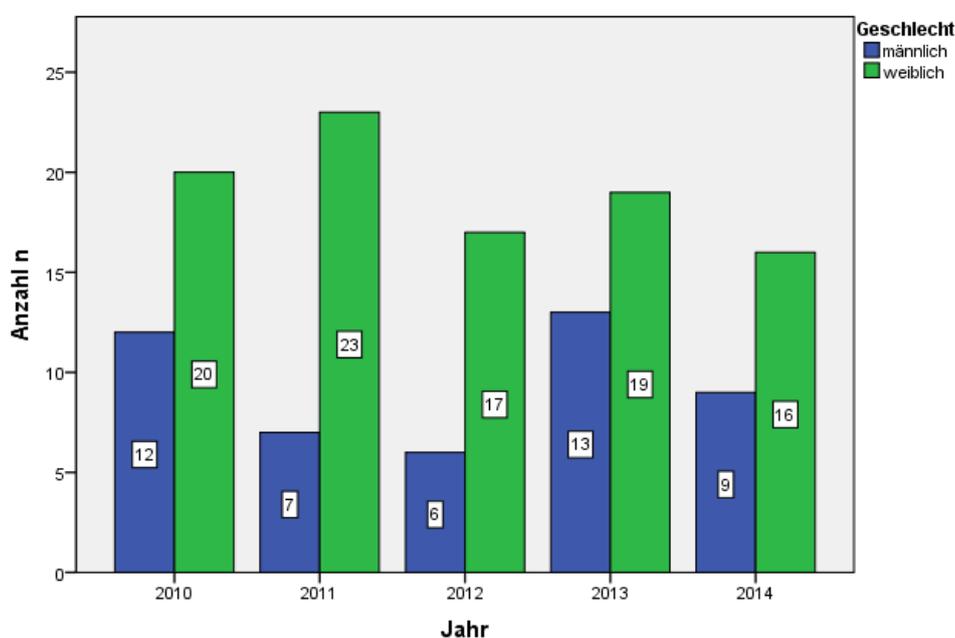


Abbildung 10: Geschlechterverteilung ermittelungsbehördlicher Untersuchungen

Die Abbildung 10 zeigt die Geschlechterverteilung der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen, differenziert nach Untersuchungsjahr. In den Jahren 2011 und 2012 war der Anteil männlicher Personen bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen im Verhältnis geringer als in den anderen Jahren, 2013 hatte er dagegen seinen Höchstwert von ca. 40,6% (n=13).

Im Rahmen der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen (N=142) wurden sowohl Geschädigte als auch Beschuldigte untersucht. Dabei konnte festgestellt werden, dass alle im Untersuchungszeitraum untersuchten Beschuldigten (n=8) männlich waren.

Bei den Geschädigten-Untersuchungen (N=134) war mit 69,4% (n=93) die Mehrheit der Personen weiblich, 26,1% (n=35) waren männlich.

6 Untersuchungen (4,5%) konnten wegen fehlender Angaben diesbezüglich nicht mit einbezogen werden.

#### ***4.1.4.3 Vergleich der Geschlechterverteilungen***

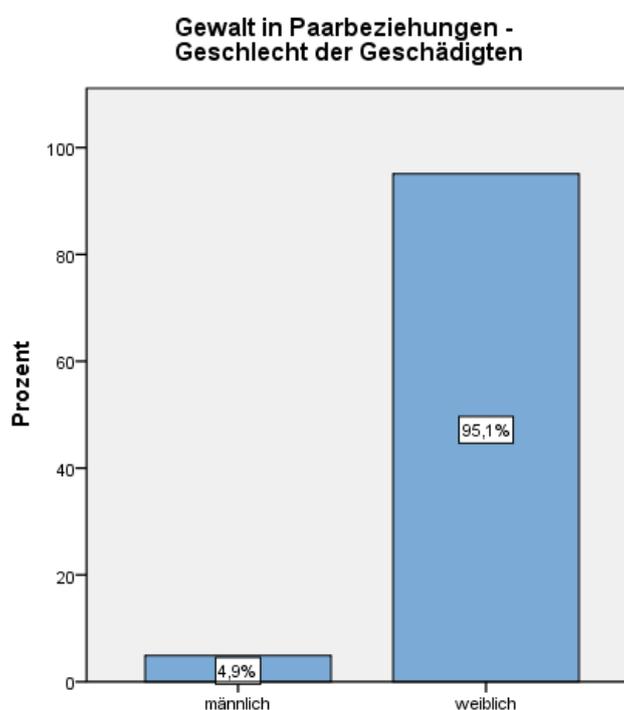
Sowohl bei den niedrigschwelligen als auch bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen war der Anteil der weiblichen Personen höher als der der männlichen Personen. Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen war der Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Personen allerdings größer als bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen, d.h. der Anteil weiblicher Personen an den Untersuchungen war bei den niedrigschwelligen Untersuchungen höher.

Im Gegensatz zu den niedrigschwelligen telefonischen Beratungen bezog sich die Mehrheit der ermittelungsbehördlichen telefonischen Beratungen auf männliche Personen.

#### 4.1.4.4 Geschlechterverteilung der Geschädigten bei Gewalt in Paarbeziehungen

Abbildung 11 zeigt die Geschlechterverteilung aller im Untersuchungszeitraum untersuchter Geschädigter, die Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt in einer Paarbeziehung (durch Partner oder Ex-Partner) geworden waren (N=81). Die Darstellung berücksichtigt sowohl die ermittelungsbehördlichen als auch die niedrigschwelligen Untersuchungen.

Es zeigt sich, dass 95,1% der Personen (n=77), die Gewalt innerhalb einer Paarbeziehung erlitten hatten, weiblich waren; 4,9% (n=4) waren männlich.



**Abbildung 11: Geschlechterverteilung bei Untersuchungen  
in Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen**

## 4.1.5 Untersuchungsort

### 4.1.5.1 Niedrigschwellige Untersuchungen

Mit einem Anteil von 42,4% (n=56) fanden die meisten niedrigschwelligen Untersuchungen in der regionalen Untersuchungsstelle in Pinneberg statt, gefolgt von der regionalen Untersuchungsstelle Elmshorn, wo 35,6% (n=47) der Untersuchungen durchgeführt wurden. Weitere 13,6% (n=18) der Untersuchungen fanden im Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt. Mit 4,5% (n=6) fand ein kleiner Teil der Untersuchungen in Krankenhäusern im Kreis Pinneberg statt (Untersuchungen im Klinikum Pinneberg wurden mit eingeschlossen in die Untersuchungen der regionalen Untersuchungsstelle Pinneberg). Im November 2014 wurde die regionale Untersuchungsstelle in Itzehoe eröffnet, es fanden dort im selben Jahr zwei niedrigschwellige Untersuchungen statt. In der Gruppe „Sonstige“ wurden seltene Untersuchungsorte zusammengefasst, dazu gehörten das Kinderschutzhaus (n=2) sowie eine gynäkologische Praxis (n=1) in Elmshorn.

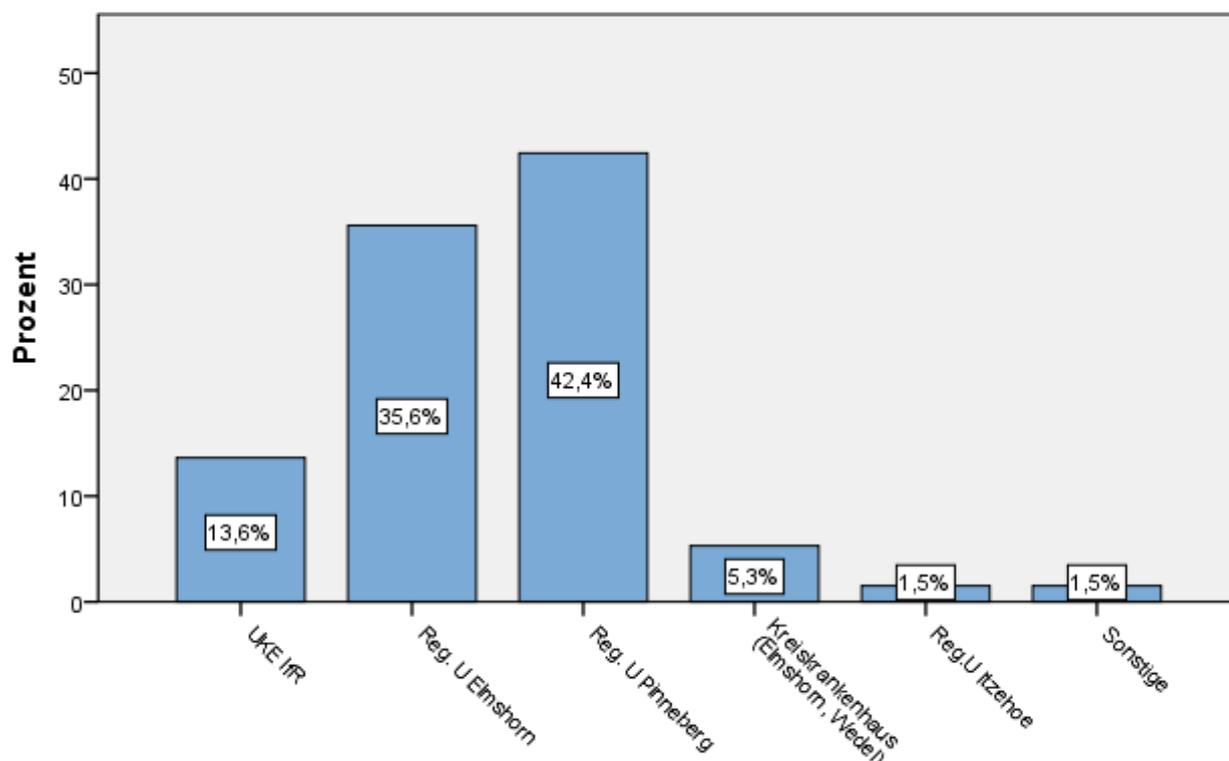


Abbildung 12: Untersuchungsorte der niedrigschwelligen Untersuchungen (2010 - 2014)

#### 4.1.5.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen

Die Mehrheit der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen aus dem Kreis Pinneberg (N=142) fand am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) statt, und zwar 41,5% (n=59) der gesamten Untersuchungen in der Notaufnahme des Krankenhauses und 28,9% (n=41) der Untersuchungen im Institut für Rechtsmedizin am UKE. Etwa zwei Drittel (n=66) der Untersuchungen am UKE erfolgten wegen des Verdachtes auf sexuelle Gewalt. Knapp 90% der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen wegen des Verdachts auf sexuelle Gewalt (N=74) wurden am UKE durchgeführt.

9,2% (n=13) der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen wurden in weiteren Hamburger Krankenhäusern durchgeführt, 4,2% (n=6) in Pinneberger Krankenhäusern. Etwa 10% (n=14) der Untersuchungen fanden in den regionalen Untersuchungsstellen, überwiegend in Pinneberg, statt. Weitere 5,0% (n=7) der Untersuchungen wurden in (Kriminal-)Polizeistellen im Kreis Pinneberg durchgeführt.

Bei zwei Untersuchungen lagen keine Informationen zum Untersuchungsort vor.

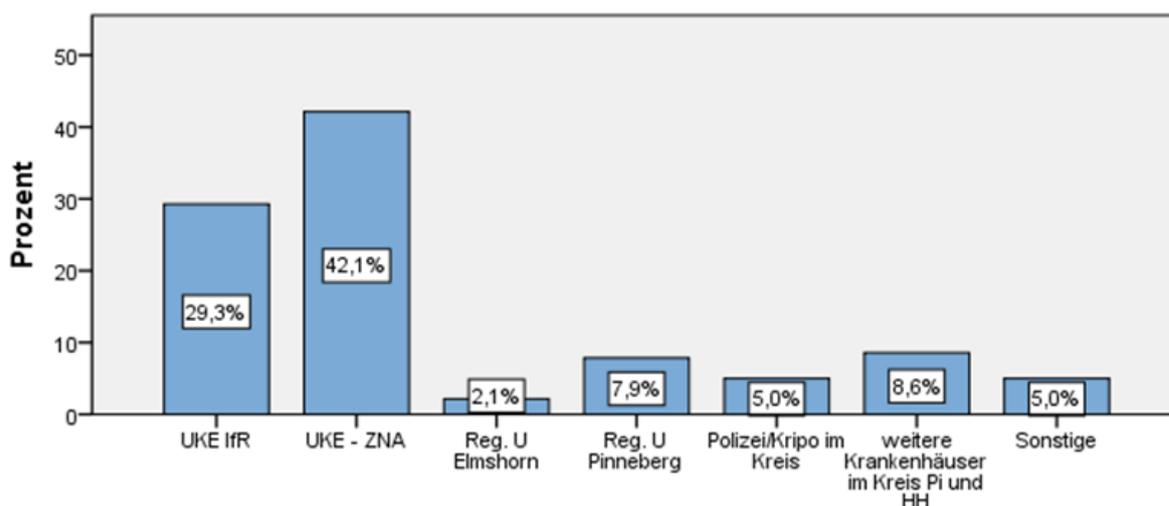


Abbildung 13: Untersuchungsorte der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen (2010 - 2014)

## 4.1.6 Deliktverteilung

### 4.1.6.1 Niedrigschwellige Untersuchungen

Mit 47,0% (n=62) ließ sich bei der Mehrheit der niedrigschwelligen Untersuchungen das vermutlich vorliegende Delikt der „leichten Körperverletzung“ zuordnen. Fälle von „gefährlicher und schwerer Körperverletzung“ lagen mit 3,8% (n=5) bei den Untersuchungen seltener vor. Bei 31,1% der Untersuchungen ging es um Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung (n=41). Fälle von sexuellem Missbrauch machten ca. 9,1% (n=12) der Untersuchungen aus. 2,3% (n=3) der Untersuchungen konnten als Sexualdelikte eingeordnet werden. Die Gruppe „Sonstige“ beinhaltet Fälle, die sich keiner anderen Deliktgruppe zuordnen ließen (n=9). In 8 Fällen handelte es sich hier um „orientierende“ Untersuchungen von Kindern, z.B. nachdem deren Geschwister körperlich misshandelt worden waren.

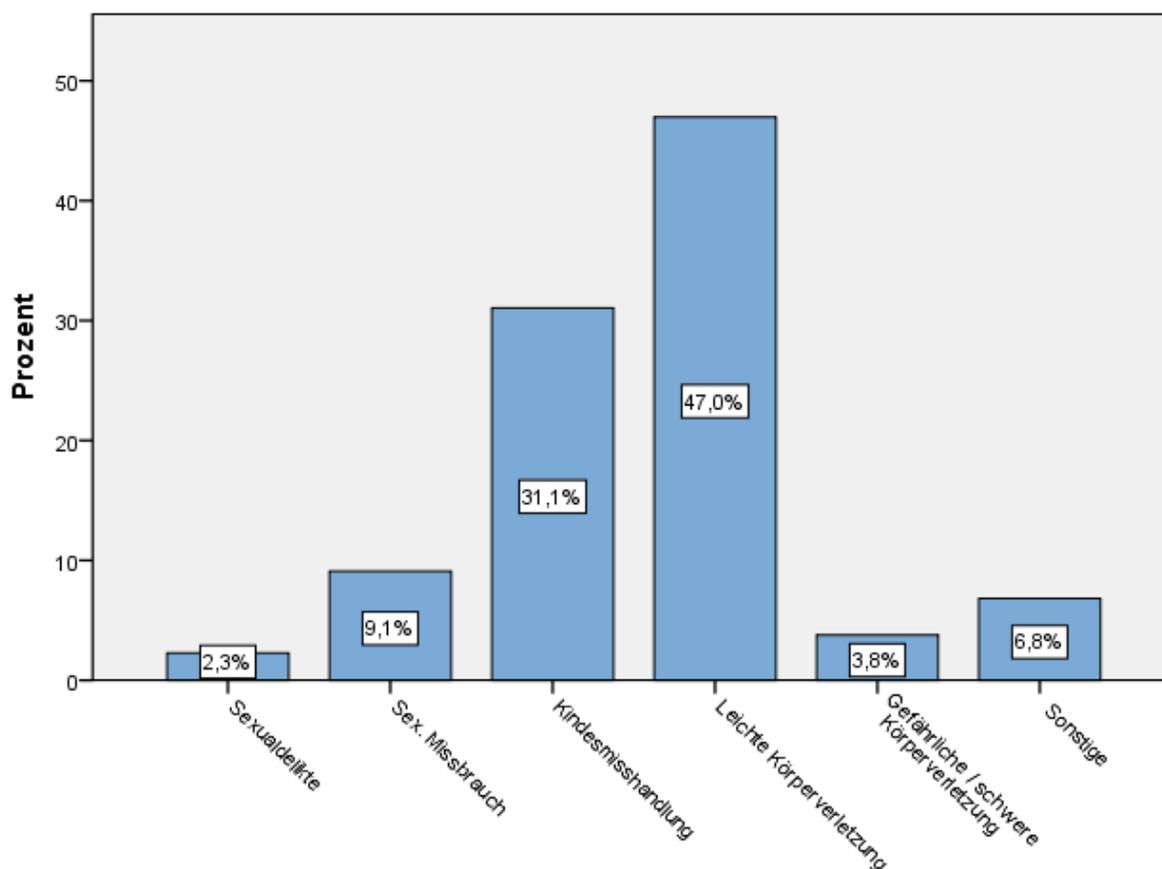


Abbildung 14: Deliktverteilung bei den niedrigschwelligen Untersuchungen (2010 - 2014)

#### 4.1.6.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen

Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen ging es mit 44,4% (n=63) in der Mehrheit der Fälle um Sexualdelikte (beinhaltet Vergewaltigung und sexuelle Nötigung). Zweithäufigstes Delikt war mit 21,1% (n=30) der Fälle die „gefährliche und schwere Körperverletzung“, noch vor der „leichten Körperverletzung“, die einen Anteil von 12,0% (n=17) der Fälle hatte. Bei 5,6% (n=8) der Untersuchungen ging es um die Klärung des Vorliegens von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, bei 1,4% (n=2) um Kindesmisshandlung / Vernachlässigung. 2,1% (n=3) der Fälle ließen sich als sexuelle Übergriffe unter Minderjährigen einordnen. In 3,5% (n=5) der Untersuchungen ergab sich die rechtsmedizinische Einschätzung der Selbstbeibringung der vorliegenden Verletzungen. 9 Fälle, die keiner der Deliktgruppen zugeordnet werden konnten, wurden in der Gruppe „Sonstige“ zusammengefasst. In 3,5% (n=5) der Fälle fehlten Informationen zur Kategorisierung des vorliegenden Deliktes.

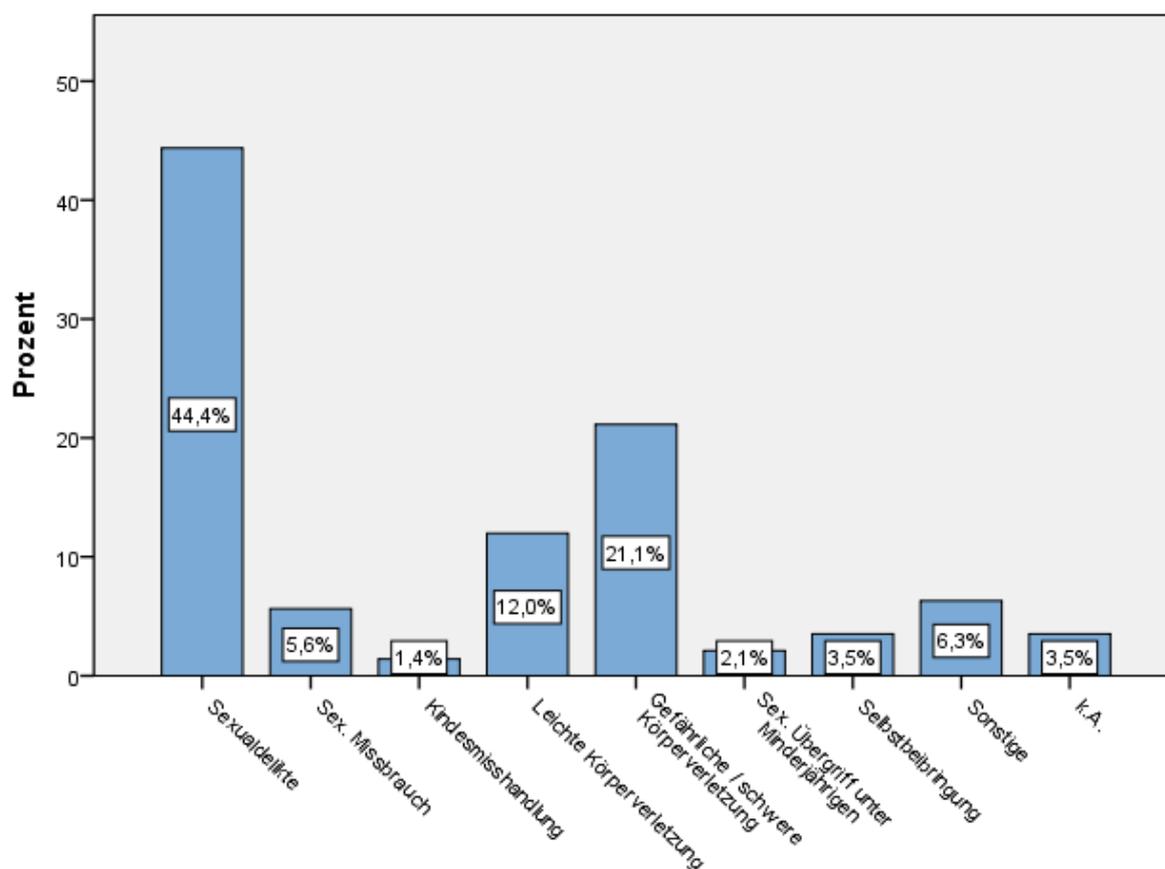


Abbildung 15: Deliktverteilung bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen (2010 - 2014)

#### ***4.1.6.3 Vergleich der Deliktverteilung bei niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen***

Bezüglich der Deliktverteilung gab es zwischen den niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen wesentliche Unterschiede. Während es bei den niedrigschwelligen Untersuchungen in den meisten Fällen um leichte Körperverletzung oder Kindesmisshandlung ging (zusammen etwa 78,1% der Untersuchungen), hatten diese Delikte bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen mit etwa 13,4% einen kleineren Anteil. Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen dominierten dagegen die Sexualdelikte mit 44,4% der Fälle, diese hatten bei den niedrigschwelligen Untersuchungen einen sehr viel geringeren Anteil von 2,3%.

Bezüglich der Gewalt gegen Kinder gab es bei den niedrigschwelligen Untersuchungen etwa dreimal so viele Fälle mit der Frage nach Kindesmisshandlung wie mit der Frage nach sexuellem Missbrauch. Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen war dieses Verhältnis umgekehrt, es gab etwa dreimal so viele Fälle mit der Frage nach sexuellem Missbrauch wie Fälle mit der Frage nach Kindesmisshandlung.

Unterschiede gab es außerdem bei den Körperverletzungsdelikten. Während bei den niedrigschwelligen Untersuchungen die Fälle von leichter Körperverletzung dominierten (etwa zwölfmal mehr Fälle leichter als Fälle gefährlicher / schwerer Körperverletzung), gab es bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen knapp doppelt so viele Fälle gefährlicher / schwerer Körperverletzung wie Fälle von leichter Körperverletzung. Fälle von Selbstbeibringung und sexuellen Übergriffen unter Minderjährigen kamen nur bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen vor.

Betrachtet man die Deliktverteilung der gesamten im Untersuchungszeitraum durchgeführten Untersuchungen (N=274), bezog sich mit etwa 42% die Mehrheit der Untersuchungen auf körperliche Gewalt unter Erwachsenen, es folgten die Untersuchungsaufträge in Bezug auf Sexualdelikte (24%) und Gewalt gegen Kinder (23%).

## 4.1.7 Täter-Opfer-Kontext

### 4.1.7.1 Niedrigschwellige Untersuchungen

Bei der Analyse des Täter-Opfer-Kontextes, also des Verhältnis zwischen Beschuldigtem und Geschädigtem, wurde besonderes Augenmerk darauf gelegt, ob der Beschuldigte aus dem häuslichen bzw. familiären Umfeld des Geschädigten kam, d.h. ob es sich um Fälle häuslicher Gewalt handelte.

Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen kam in 86,4% der Fälle (n=114) der Täter aus dem häuslichen Umfeld, bei 7,6% (n=10) war dies nicht der Fall. In 8 Fällen (6,1%) gab es zur Beurteilung des Täter-Opfer-Kontextes keine hinreichenden Informationen.

In Abbildung 16 ist der Täter-Opfer-Kontext der niedrigschwelligen Untersuchungen – sofern bekannt - differenziert nach Art des vorliegenden Delikts dargestellt. Es zeigt sich, dass lediglich bei den Sexualdelikten der Anteil der Täter von außerhalb des häuslichen Umfelds überwog, bei allen anderen Deliktarten kam die Mehrheit der Täter aus dem häuslichen Umfeld. Bei den Fällen von Kindesmisshandlung kamen alle Täter aus dem häuslichen Umfeld. Besonders hoch war der Anteil der Täter aus dem häuslichen Umfeld außerdem bei den Fällen von leichter Körperverletzung mit 93,5% (n=58).

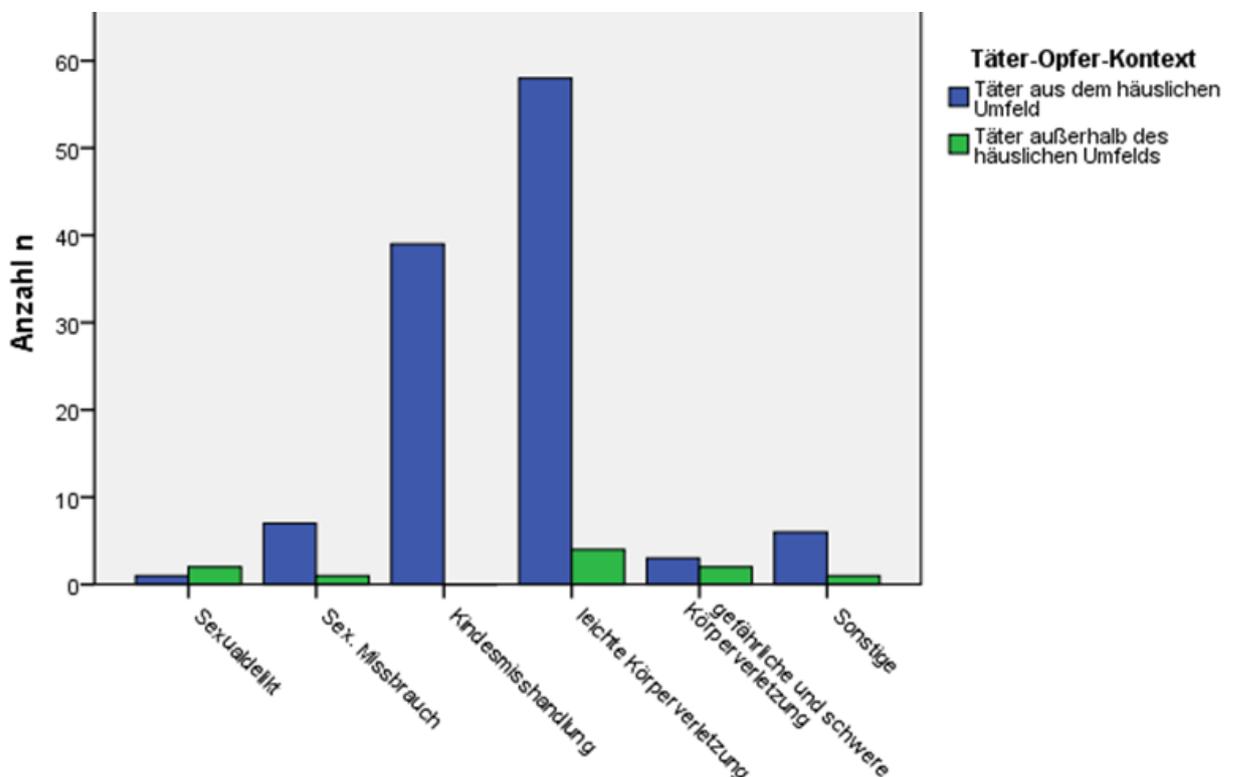


Abbildung 16: Täter-Opfer-Kontext im niedrigschwelligen Bereich, differenziert nach Deliktgruppen

#### 4.1.7.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen

Bei der Analyse des Täter-Oper-Kontextes der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen zeigte sich, dass mit einem Anteil von 53,5% (n=76) etwa zwei Drittel der Täter von außerhalb des häuslichen Umfelds kamen. 25,4% (n=36) der Täter kamen dagegen aus dem häuslichen Umfeld. In 30 Fällen (21,1%) gab es hierzu keine Informationen.

In Abbildung 17 ist der Täter-Opfer-Kontext der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen – sofern bekannt –, differenziert nach Art des vorliegenden Delikts, dargestellt. Bei den Fällen von Kindesmisshandlung und in der Gruppe „Sonstige“ waren alle Täter aus dem häuslichen Umfeld des Geschädigten. In den Fällen von sexuellem Missbrauch waren die Anteile von Tätern außerhalb und innerhalb des häuslichen Umfelds gleich. Bei allen anderen Deliktformen überwog der Anteil der Täter von außerhalb des häuslichen Umfelds. Dabei war der Anteil der Täter von außerhalb des häuslichen Umfelds besonders hoch in der Deliktgruppe der gefährlichen und schweren Körperverletzung mit 90,9% (n=20) sowie bei den Sexualdelikten mit 72,2% (n=39). Relativ ausgewogen war das Verhältnis der Täter von außerhalb und innerhalb des häuslichen Umfelds dagegen in der Deliktgruppe der leichten Körperverletzung; 43,8% (n=7) der Täter kamen aus dem häuslichen Umfeld des Geschädigten, bei 56,2% (n=9) war dies nicht der Fall.

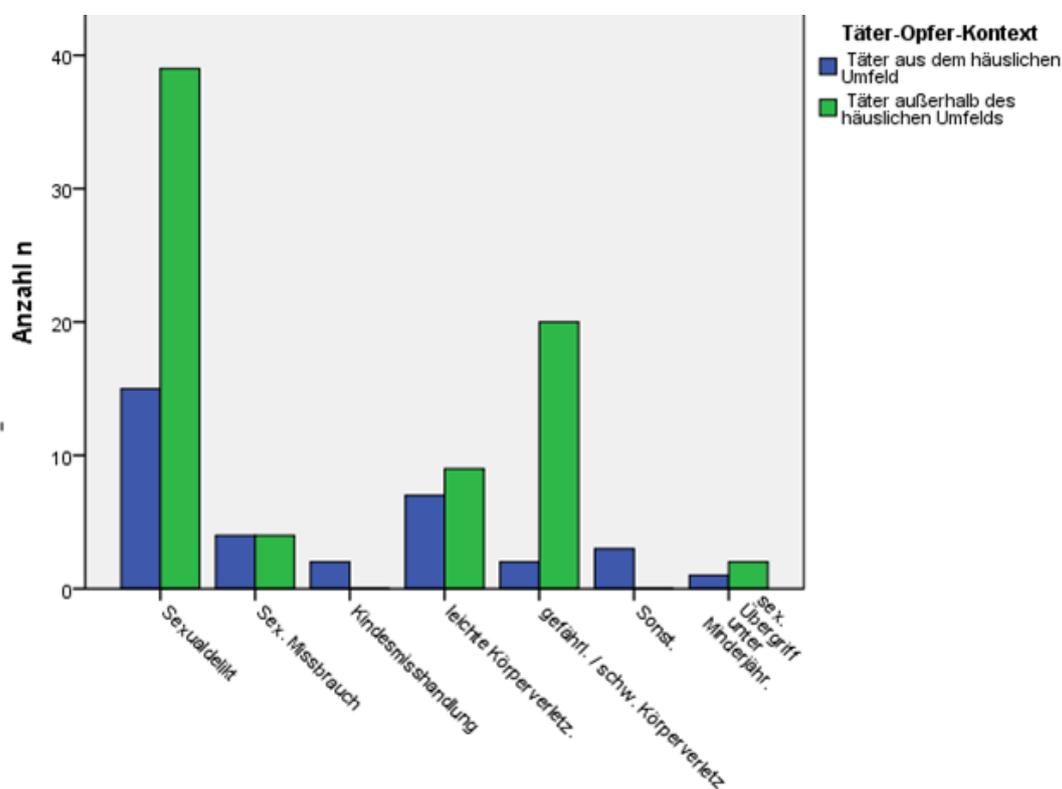


Abbildung 17: Täter-Opfer-Kontext im ermittelungsbehördlichen Bereich, differenziert nach Deliktgruppen

#### 4.1.7.3 Vergleich des Täter-Opfer-Kontexts

Sowohl bei den niedrigschwelligen als auch bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen stammten im Fall von Kindesmisshandlung alle Täter aus dem häuslichen Umfeld des Geschädigten. Ansonsten zeigten sich allerdings im Täter-Opfer-Kontext deutliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Während bei den niedrigschwelligen Untersuchungen die Fälle häuslicher Gewalt mit einem Anteil von 86,4% überwogen, machten sie bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen etwa ein Viertel der Fälle aus.

Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen waren die Anteile der Täter von innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfelds bzgl. der Sexualdelikte und Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzung relativ ausgeglichen. Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen zeigten sich in diesen Deliktgruppen dagegen gerade die größten Unterschiede. Zudem waren die Anteile der beiden Tätergruppen in Bezug auf die Fälle von leichter Körperverletzung bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen eher ausgeglichen, während sich in der gleichen Deliktgruppe bei den niedrigschwelligen Untersuchungen die größte Differenz präsentierte.

#### 4.1.7.4 Beschuldigtenprofil bei Gewalt gegen Frauen

Abbildung 18 zeigt das Beschuldigtenprofil aller Frauen, die nach einer Gewalterfahrung während des Untersuchungszeitraumes rechtsmedizinisch untersucht wurden (N=139). Die Darstellung berücksichtigt alle Frauen ab 18 Jahren, unabhängig von der Art der erlebten Gewalt, und sowohl ermittelungsbehördliche als auch niedrigschwellige Untersuchungen.

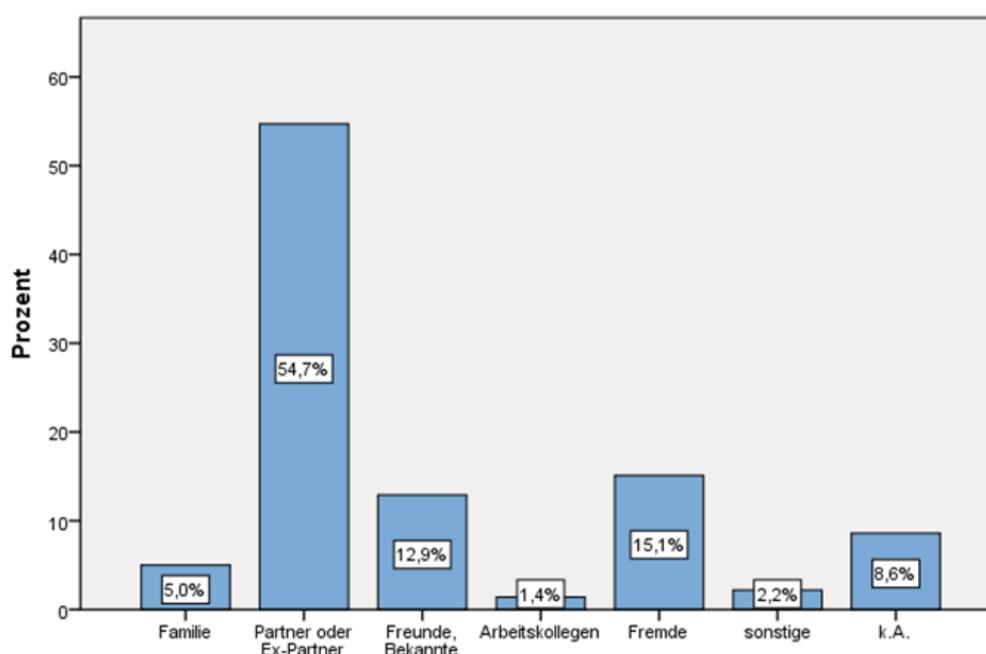


Abbildung 18: Beschuldigte bei Gewalt gegen Frauen (ab 18 J.)

Mit 54,7% (n=76) erfuhren Frauen am häufigsten Gewalt durch den Partner oder Ex-Partner. Fremde machten 15,1% (n=21), Freunde oder Bekannte machten 12,9% (n=18) der Beschuldigten aus. Seltener kamen die Beschuldigten aus dem Kreis der Familie oder der Arbeitskollegen.

#### 4.1.7.5 Beschuldigtenprofil bei Gewalt gegen Männer

Abbildung 19 zeigt das Beschuldigtenprofil aller Männer, die nach einer Gewalterfahrung während des Untersuchungszeitraumes rechtsmedizinisch untersucht wurden (N=43). Die Darstellung berücksichtigt alle Männer ab 18 Jahren, unabhängig von der Art der erlebten Gewalt, und sowohl ermittlungsbehördliche als auch niedrigschwellige Untersuchungen.

Mit 34,9% (n=15) erfuhren Männer im Gegensatz zu den untersuchten Frauen am häufigsten Gewalt durch Fremde. In 16,3% (n=7) hatten Freunde oder Bekannte die Gewalt ausgeübt, in 9,3% (n=4) handelte es sich um Gewalt durch die Partnerin. Familie oder Arbeitskollegen waren seltener die Beschuldigten. In 30,2% der Fälle (n=13) fehlten die nötigen Informationen, um bezgl. des Beschuldigten eine Aussage treffen zu können.

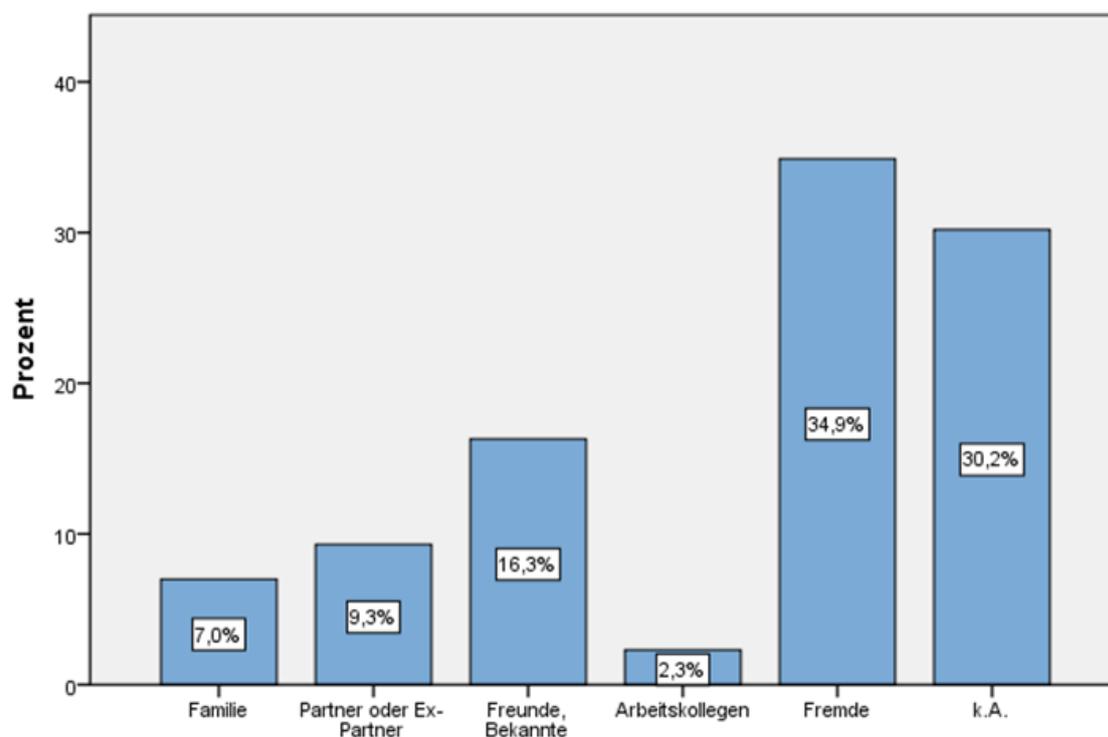


Abbildung 19: Beschuldigte bei Gewalt gegen Männer (ab 18 J.)

## 4.1.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge

### 4.1.8.1 Niedrigschwellig

In Abbildung 20 ist die jahreszeitliche Verteilung der gesamten niedrigschwelligen Aufträge des Untersuchungszeitraums dargestellt. Bei 183 von 187 Aufträgen lag die Information bzgl. des Auftragsmonats vor. Bei einer exakt gleichmäßigen Verteilung der Aufträge auf die 12 Monate des Jahres müssten auf jeden Monat etwa 15 Aufträge entfallen. Bei der Analyse der Auftragsverteilung fiel jedoch eine Häufung der niedrigschwelligen Aufträge in den Sommermonaten Juni, Juli und August auf; hier lagen die Auftragszahlen etwa 6 (August) bis 13 (Juli) Aufträge über dem Durchschnitt. Davor und danach fielen die Auftragszahlen ab. Dabei gab es jeweils noch einmal leicht überdurchschnittliche Auftragszahlen im Februar und November mit jeweils 17 Aufträgen. Die Monate mit den geringsten Auftragszahlen waren Januar, März, April und Dezember.

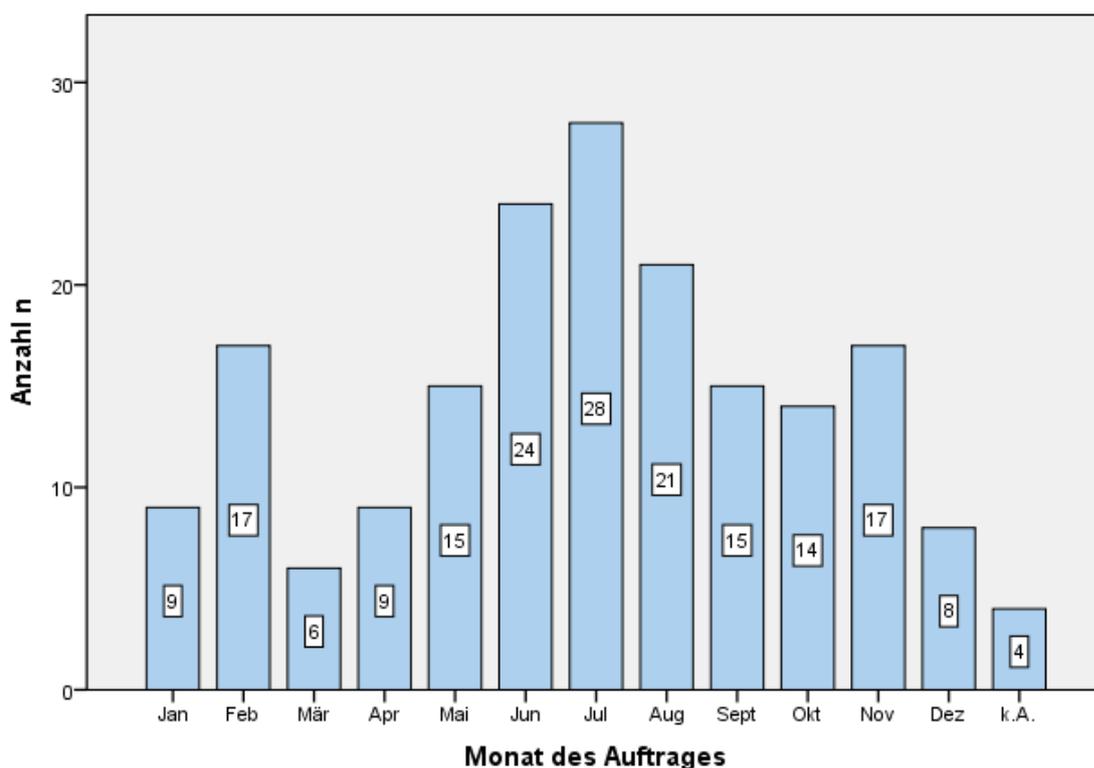


Abbildung 20: Jahreszeitliche Verteilung der niedrigschwelligen Untersuchungsaufträge

#### 4.1.8.2 Ermittlungsbehördlich

Die Abbildung 21 zeigt die jahreszeitliche Verteilung der gesamten ermittelungsbehördlichen Aufträge des Untersuchungszeitraums. Bei 172 von 188 Aufträgen lag die Information bzgl. des Auftragsmonats vor. Bei einer exakt gleichmäßigen Verteilung der Aufträge auf die 12 Monate des Jahres müssten auf jeden Monat etwa 14 Aufträge entfallen. Anders als bei den niedrigschwelligen Aufträgen ließ sich keine Häufung der Auftragszahlen einer spezifischen Jahreszeit erkennen. Besonders niedrige ermittelungsbehördliche Auftragszahlen gab es in den Monaten Januar (n=7), Juli (n=8) und Oktober (n=9). Die Monate mit den höchsten Auftragszahlen waren März (n=22) und Juni (n=24).

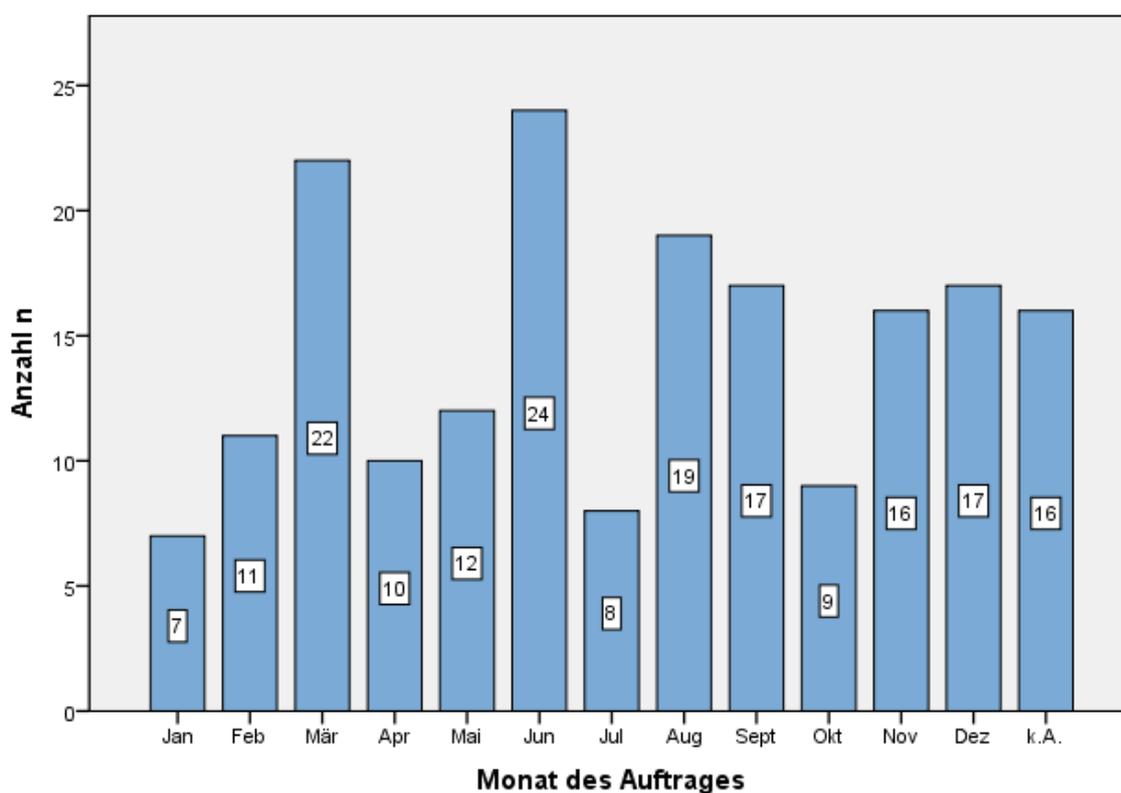


Abbildung 21: Jahreszeitliche Verteilung der ermittelungsbehördlichen Untersuchungsaufträge

## 4.1.9 Untersuchungszeitpunkt

### 4.1.9.1 Niedrigschwellige Untersuchungen

In Abbildung 22 ist die Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und der folgenden rechtsmedizinischen Untersuchung für die niedrigschwelligen Untersuchungen dargestellt.

Innerhalb des 1. Tages nach dem Vorfall oder am Vorfallstag selber fanden etwa 15,9% der Untersuchungen (n=21) statt. Die Mehrheit der Untersuchungen fand mit einem Anteil von 26,5% (n=35) innerhalb der ersten zwei bis drei Tage nach dem Vorfall statt. Nach maximal einer Woche fand bei weiteren 18,9% (n=25) die Untersuchung statt. Bei etwa 6,1% (n=8) der Untersuchungen war seit dem Vorfall maximal ein Monat vergangen. Mehr als ein Monat lag bei keinem der Fälle zwischen Vorfall und Untersuchung; die maximale Dauer betrug 27 Tage bei einer durchschnittlichen Dauer von etwa 3,75 Tagen und einem Medianwert von 3 Tagen. Zu beachten ist allerdings, dass in 43 Fällen (32,6%) diesbezüglich keine ausreichenden Informationen vorlagen.

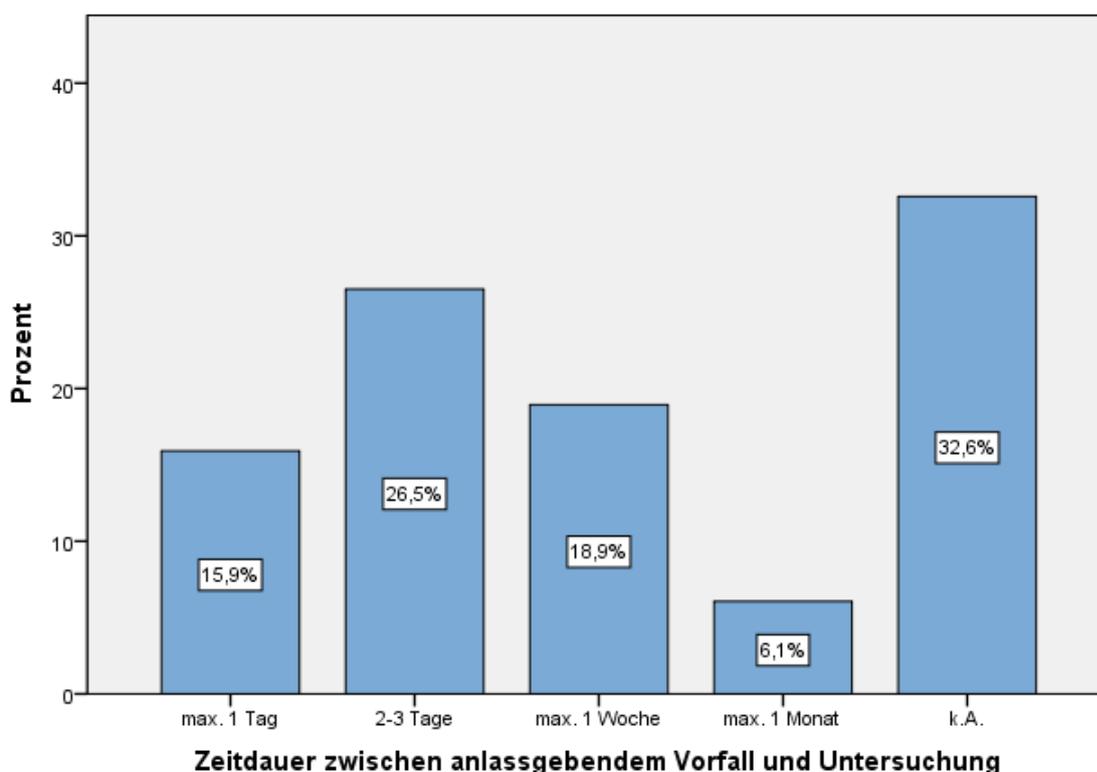


Abbildung 22: Untersuchungszeitpunkt bei niedrigschwelligen Untersuchungen

#### 4.1.9.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen

In Abbildung 23 ist die Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und der folgenden rechtsmedizinischen Untersuchung für die ermittlungsbehördlichen Untersuchungen dargestellt.

Die Mehrheit der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen fand mit einem Anteil von 71,1% (n=101) innerhalb des 1. Tages nach dem Vorfall oder am Vorfalstag selber statt. Etwa 60% der innerhalb des ersten Tages durchgeführten ermittlungsbehördlichen Untersuchungen bezogen sich auf Sexualdelikte. Dabei erfolgten 94% der Untersuchungen bzgl. eines Sexualdeliktes innerhalb des ersten Tages.

Bei 9,9% (n=14) der Untersuchungen waren zwei bis drei Tage seit dem Vorfall vergangen, bei 7,7% (n=11) betrug die Dauer maximal eine Woche. 2 weitere Untersuchungen (1,4%) fanden innerhalb eines Monats nach dem Vorfall statt. Bei 2 Untersuchungen (1,4%) verging mehr als einen Monat bis zur Untersuchung.

In 12 Fällen (8,5%) lagen diesbezüglich keine ausreichenden Informationen vor.

Die maximale Dauer zwischen Vorfall und Untersuchung betrug 181 Tage, also etwa 6 Monate. Durchschnittlich vergingen nach dem Vorfall etwa 3,08 Tage bis zur Untersuchung, der Medianwert lag allerdings mit 0 Tagen deutlich darunter.

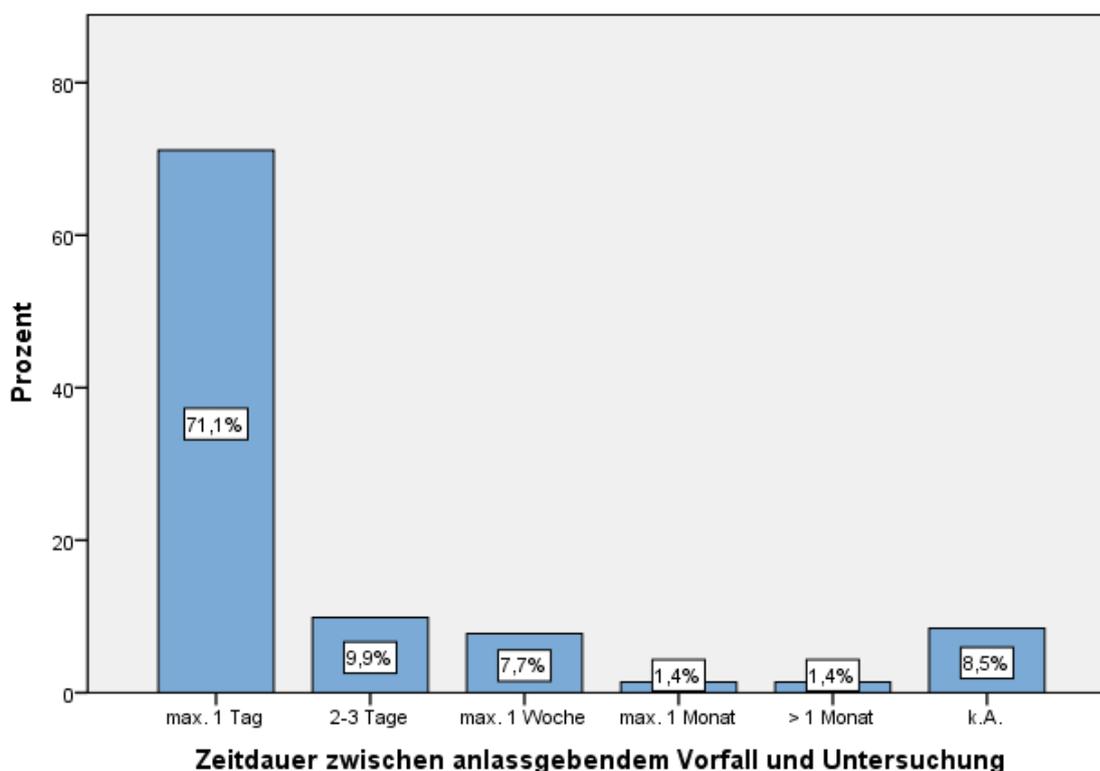


Abbildung 23: Untersuchungszeitpunkt bei ermittlungsbehördlichen Untersuchungen

#### ***4.1.9.3 Vergleich des Untersuchungszeitpunktes bei niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen***

Die ermittelungsbehördlichen Untersuchungen fanden zu einem großen Teil innerhalb des ersten Tages nach dem Vorfall oder am Vorfalstag selber statt, 81% der Untersuchungen innerhalb der ersten drei Tage nach dem Vorfall. Dagegen erfolgten mit etwa 42,4% im Vergleich weniger der niedrigschwelligen Untersuchungen innerhalb der ersten drei Tage nach dem Vorfall.

Bei einem Viertel der niedrigschwelligen Untersuchungen war bis zu eine Woche oder bis zu ein Monat seit dem Vorfall vergangen. Nur bei etwa 10,5% der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen war bis zu eine Woche oder länger seit dem Vorfall vergangen.

Während sich bei den Mittelwerten der Dauer zwischen Vorfall und Untersuchung für niedrigschwellige und ermittelungsbehördliche Fälle relativ ähnliche Werte ergaben, lag der Median-Wert hierfür bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen deutlicher unter dem Wert der niedrigschwelligen Untersuchungen (0 Tage im Vergleich zu 3 Tagen).

Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen fehlten im Vergleich zu den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen bei einem größeren Anteil der Fälle die nötigen Informationen zur Berechnung der Dauer zwischen Vorfall und rechtsmedizinischer Untersuchung.

#### **4.1.10. Voruntersuchungen**

Nach dem Vorfall suchten Opfer von Gewalt nicht unbedingt direkt eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle auf, sondern ließen sich eventuell zunächst ärztlich behandeln.

##### ***4.1.10.1 Niedrigschwellig***

Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen im Untersuchungszeitraum gaben etwa ein Drittel der Personen an, sich zuvor ärztlich untersucht bzw. behandelt haben zu lassen, und zwar 26,5% (n=35) in stationärem Rahmen sowie 6,8% (n=9) in ambulantem Rahmen. In 66,7% der Fälle (n=88) war zuvor kein Arzt aufgesucht worden. Zwischen männlichen und weiblichen Gewaltopfern bestand kein wesentlicher Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit ärztlicher Voruntersuchungen.

Wenn vor der rechtsmedizinischen Untersuchung ein Arzt aufgesucht worden war (stationär oder ambulant), lag in etwa 68,2% (n=30) der Fälle dem Rechtsmediziner ein Untersuchungsbefund vor. Dabei war allerdings nur ein Untersuchungsbefund tatsächlich „gerichtssicher“ (vergl. 1.10.4).

#### **4.2.10.2 Ermittlungsbehördlich**

Bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen im Untersuchungszeitraum gaben ebenfalls etwa ein Drittel der Personen an, sich zuvor ärztlich untersucht bzw. behandelt haben zu lassen, und zwar 31,7% (n=45) in stationärem Rahmen sowie 2,1% (n=3) in ambulantem Rahmen. In 66,2% der Fälle (n=94) war zuvor kein Arzt aufgesucht worden. Während etwa zwei Drittel der ermittlungsbehördlich untersuchten männlichen Personen (n=31) eine ärztliche Voruntersuchung erhalten hatten, war dies bei etwa 18% der weiblichen untersuchten Personen (n=17) der Fall.

Wenn vor der rechtsmedizinischen Untersuchung ein Arzt aufgesucht worden war (stationär oder ambulant), lag in etwa 75,0% (n=36) der Fälle dem Rechtsmediziner ein Untersuchungsbefund vor. Dabei war allerdings wie schon bei den niedrigschwelligen Fällen nur ein Untersuchungsbefund tatsächlich „gerichtssicher“.

### **4.1.11 Rechtsmedizinische Befunde**

#### **4.1.11.1 Niedrigschwellige Untersuchungen**

16,7% der niedrigschwellig untersuchten Patienten (n=22) erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen; dabei waren 6 dieser Patienten bzgl. eines Sexualdeliktes bzw. sex. Missbrauchs untersucht worden. Bei 36,4% der Patienten (n=48) zeigte sich eine einzelne Art von Verletzungsbefund, 29,5% (n=39) wiesen Befunde zweier verschiedener Verletzungsarten auf. 15,9% der Patienten (n=21) wiesen Verletzungen von bis zu 5 verschiedenen Gewalteinwirkungen auf.

Bei zwei Untersuchungen konnte aufgrund der Verweigerung einer körperlichen Begutachtung keine Dokumentation der Verletzungen vorgenommen werden.

Tabelle 7 zeigt die bei allen niedrigschwelligen Untersuchungen erhobenen Befundarten. Mehrere Verletzungen der selben Befundart (z.B. zahlreiche Blutergüsse) wurden nur einmal erfasst. Bei insgesamt 132 Untersuchungen zeigten sich 175 Mal Verletzungen als Folge stumpfer Gewalteinwirkung. Im Folgenden wurde weiter differenziert: 98 Mal, also bei knapp drei Vierteln der Patienten, wurde eine Verletzung aufgrund von stumpfer ungeformter Gewalt festgestellt; bei 14 Patienten wurden Folgen stumpfer geformter Gewalt dokumentiert. Bei etwa 35,6% der untersuchten Patienten (n=47) zeigten sich Formen von stumpfer Gewalteinwirkung mit tangentialer Komponente. 5,3% der Patienten (n=7) hatten eine Fraktur erlitten. 4 Mal wurden Folgen von Gewalt gegen den Hals dokumentiert, 5 Mal wurden sonstige

stumpfe Gewalteinwirkungen (z.B. Zahnschäden) festgehalten. In 9 Fällen (6,8%) imponierten die Verletzungen selbst beigebracht. 4 Mal wurden anogenitale Verletzungen festgestellt; 3 Personen wiesen Bissverletzungen auf. Verletzungen infolge scharfer Gewalt zeigten sich bei 2 Personen. In 2 Fällen wurden schließlich thermische Verletzungen dokumentiert.

Einige untersuchte Personen gaben an, Gewalt gegen den Hals oder im Rahmen von Sexualdelikten Gewalt im Anogenitalbereich erlitten zu haben, wobei sich in der rechtsmedizinischen Untersuchung kein objektivierbares Korrelat fand. Da dies gerade bei den genannten Gewaltformen nicht ungewöhnlich ist, wurden diese Informationen auch mit aufgeführt. So gaben 10 Personen an, Gewalt gegen den Hals erlitten zu haben, 2 Personen gaben an, Gewalt im Anogenitalbereich erlitten zu haben, ohne dass sich jeweils ein Verletzungsbefund dieser Art zeigte.

**Tabelle 7: Rechtsmedizinische Befunde bei niedrigschwelligen Untersuchungen von Geschädigten (2010 - 2014)**

Rechtsmedizinische Befund Zahl der Untersuchungen: N = 132	Häufigkeit (n)	Anteil an Untersuchungen (%)
- Stumpfe ungeformte Verletzung	98	74,2
- Stumpfe geformte Verletzung	14	10,6
Stumpfe Gewalt:		
- Tangentiale Gewalteinwirkung	47	35,6
- Fraktur	7	5,3
- Gewalt gegen den Hals	4	3,0
- Sonstige stumpfe Gewalt	5	3,8
Selbstbeigebrachte Verletzung	9	6,8
Anogenitale Verletzung	4	3,0
Bissverletzung	3	2,3
Scharfe Gewalt	2	1,5
Thermische Verletzung	2	1,5
Gesamt	195	

Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen, die sich auf Sexualdelikte bezogen (N=3), wurde in einem Fall eine Verletzung im Anogenitalbereich festgestellt. Bei den Untersuchungen bzgl. sex. Missbrauchs von Kindern (N=10) wurde in 16,7% der Fälle (n=2) eine solche Verletzung festgestellt.

#### **4.1.11.2 Ermittlungsbehördliche Untersuchungen**

Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen wurde zwischen Befunden von Geschädigten und Beschuldigten unterschieden.

##### Rechtsmedizinische Befunde – Geschädigte:

16,4% (n=22) der ermittelungsbehördlich untersuchten geschädigten Personen (N=134) erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen; dabei waren 16 dieser Patienten bzgl. eines Sexualdeliktes bzw. sex. Missbrauchs untersucht worden. Bei 26,9% der Patienten (n=36) zeigte sich eine einzelne Art von Verletzungsbefund, 29,1% (n=39) wiesen Befunde zweier verschiedener Verletzungsarten auf. 24,6% der Patienten (n=33) wiesen Verletzungen von bis zu 6 verschiedenen Gewalteinwirkungen auf.

Bei vier Untersuchungen konnte aufgrund der Verweigerung einer körperlichen Begutachtung keine Dokumentation der Verletzungen vorgenommen werden.

Tabelle 8 zeigt die bei allen ermittelungsbehördlichen Untersuchungen von Geschädigten erhobenen Befundarten. Mehrere Verletzungen der selben Befundart (z.B. zahlreiche Blutergüsse) wurden nur einmal erfasst. Bei insgesamt 134 Untersuchungen wurden 189 Mal Verletzungen infolge stumpfer Gewalteinwirkung dokumentiert. Analog zu den niedrigschwelligen Befunden wurde auch hier weiter differenziert. So wurden in 80 Fällen, also bei etwa 59,7% der Geschädigten, Verletzungen durch stumpfe ungeformte Gewalt dokumentiert, sowie 8 Mal Verletzungen durch stumpfe geformte Gewalt. 48,5% der Geschädigten (n=65) wiesen Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung mit tangentialer Komponente auf, 10,4% der Geschädigten (n=14) hatten eine Fraktur erlitten. Jeweils 11 Mal wurden Folgen von stumpfer Gewalt gegen den Hals bzw. sonstige stumpfe Gewalteinwirkungen (z.B. Zahnschäden) festgehalten. In 16 Fällen (11,9%) imponierten die Verletzungen selbstbeigebracht. 13 Mal wurden Verletzungen durch scharfe Gewalt festgestellt, 10 Mal wurden anogenitale Verletzungen dokumentiert. In 3 Fällen wiesen Patienten Bissverletzungen auf, in ebenfalls 3 Fällen hatten Patienten eine Hirnblutung erlitten. In der Gruppe „Sonstige Verletzungen“ wurden verschiedene Befunde wie z.B. Trommelfellriss, Verletzungen des Augapfels sowie Dekubitus zusammengefasst. Auch bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen wurden subjektive Befunde ohne objektivierbares Korrelat in der Untersuchung in Bezug auf Gewalt gegen den Hals sowie Gewalt im Anogenitalbereich erfasst. So gaben 11 Personen an, Gewalt gegen den Hals erlitten zu haben; 44 Personen gaben an, Gewalt im Anogenitalbereich erlitten zu haben.

**Tabelle 8: Rechtsmedizinische Befunde bei ermittelungsbehördlichen Untersuchungen von Geschädigten (2010 - 2014)**

Rechtsmedizinische Befunde Zahl der Untersuchungen: N = 134	Häufigkeit (n)	Anteil an Un- tersuchten (%)
- Stumpfe ungeformte Verletzung	80	59,7
- Stumpfe geformte Verletzung	8	6,0
Stumpfe Gewalt: - Tangentiale Gewalteinwirkung	65	48,5
- Fraktur	14	10,4
- Gewalt gegen den Hals	11	8,2
- Sonstige stumpfe Gewalt	11	8,2
Selbstbeigebrachte Verletzung	16	11,9
Scharfe Gewalt	13	9,7
Anogenitale Verletzung	10	7,5
Bissverletzung	3	2,2
Hirnblutung	3	2,2
Sonstige Verletzungen	5	3,7
Thermische Verletzung	0	0,0
Gesamt	239	

Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen bzgl. eines Sexualdeliktes (N=63) wurde in 12,7% der Fälle (n=8) eine Verletzung im Anogenitalbereich festgestellt. Bei den Untersuchungen bzgl. sex. Missbrauchs von Kindern (N=8) wurde in einem Fall eine solche Verletzung festgestellt.

#### Rechtsmedizinische Befunde – Beschuldigte:

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 8 Beschuldigte untersucht. Bei einem Beschuldigten konnten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen nachgewiesen werden, bei jeweils drei Beschuldigten wurden Befunde einer bzw. zweier verschiedener Verletzungsarten dokumentiert. Ein Beschuldigter wies Befunde von drei verschiedenen Gewalteinwirkungen auf. In Tabelle 9 sind die erhobenen Befunde der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen von Beschuldigten dargestellt. Wie bei den Untersuchungen von Geschädigten zeigten sich auch hier Folgen von stumpfer, ungeformter Gewalt sowie von tangentialer Gewalteinwirkung am häufigsten.

**Tabelle 9: Rechtsmedizinische Befunde bei ermittelungsbehördlichen Untersuchungen von Beschuldigten (2010 - 2014)**

Rechtsmedizinische Befunde Zahl der Untersuchungen: N = 8	Häufigkeit (n)	Anteil an Untersuchungen (%)
Stumpfe Gewalt:		
- Stumpfe ungeformte Verletzung	4	50,0
- Tangentiale Gewalteinwirkung	5	62,5
Scharfe Gewalt	2	25,0
Selbstbeigebrachte Verletzung	1	12,5
Gesamt	12	

#### **4.1.11.3 Vergleich der Befunde der Geschädigten-Untersuchungen**

Sowohl bei den niedrigschwelligen als auch bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen von Geschädigten standen die Befunde stumpfer Gewalteinwirkung klar im Vordergrund. Der Anteil von Personen ohne sichtbare Verletzungen war jeweils ähnlich.

Es gab aber im Vergleich der Verletzungsbefunde auch Unterschiede. Bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen wurden pro Untersuchung mehr unterschiedliche Befunde erhoben als bei den niedrigschwelligen Untersuchungen. So wurden in einer ermittelungsbehördlich beauftragten Untersuchung Befunde von durchschnittlich ca. 1,8 verschiedenen Gewalteinwirkungen dokumentiert gegenüber durchschnittlich ca. 1,5 verschiedenen Befundarten bei niedrigschwelligen Untersuchungen. Knapp ein Viertel der ermittelungsbehördlich Untersuchten wiesen Verletzungen von mehr als zwei verschiedenen Gewalteinwirkungen auf, dies war bei etwa 16% der niedrigschwellig Untersuchten der Fall.

Frakturen, Selbstbeibringungsverletzungen, Befunde von scharfer Gewalt, anogenitale Verletzungen und Hirnblutungen (kein niedrigschwelliger Fall!) traten bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen häufiger auf als bei niedrigschwelligen Untersuchungen, stumpfe ungeformte sowie geformte Verletzungen dagegen seltener.

---

#### 4.1.12 Weitere Informationen zu niedrigschwelligen Untersuchungen

##### *4.1.12.1 Gewalt in Paarbeziehungen – Einzelnes Ereignis oder Wiederholungsfall?*

In Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen wurde dokumentiert, ob der anlassgebende Vorfall der erste dieser Art war, d.h. ob die Person zum ersten Mal Gewalt durch einen Partner erlebt hatte. Bei 56 niedrigschwelligen Untersuchungen bzgl. Gewalt in Paarbeziehungen gaben 67,9% der betroffenen Personen (n=38) an, dass sie schon in der Vergangenheit Gewalt durch einen Partner erlitten hätten. 7,1% der betroffenen Personen (n=4) gaben dagegen an, dass der anlassgebende Vorfall der erste dieser Art gewesen sei. Bei 25,0% (n=14) der Untersuchungen bzgl. Gewalt in Paarbeziehungen fehlten diesbezügliche Informationen. 47,4% der Personen (n=18), die angaben, schon in der Vergangenheit Gewalt in einer Paarbeziehung erlebt zu haben (N=38), verneinten dagegen eine vormalige Dokumentation. In 5 Fällen gaben Personen an, dass schon in der Vergangenheit Verletzungen dokumentiert worden seien, davon sei die Dokumentation in 3 Fällen rechtsmedizinisch erfolgt.

39,5% der Personen mit Paargewalt in der Vorgeschichte (n=15) machten zu einer etwaig stattgefundenen Dokumentation der Verletzungen keine Angaben.

##### *4.1.12.2 Kinder und häusliche Gewalt*

In Fällen von Gewalt zwischen Partnern oder Ex-Partnern werden Kinder der Betroffenen teilweise Zeuge der Auseinandersetzung. Bei unseren Untersuchungen wurde dies erfragt. 53,6% der Personen (n=30), die im Rahmen von Gewalt in Paarbeziehungen untersucht wurden, gaben an, dass ihre Kinder die Auseinandersetzung miterlebt hätten. Keines der Kinder sei dabei selber Ziel von körperlicher Gewalt geworden. 39,3% der betroffenen Personen (n=22) gaben an, dass ihr Kind nicht Zeuge der Auseinandersetzung gewesen sei. In 4 Fällen fehlten diesbezügliche Informationen.

##### *4.1.12.3 Vermittlung psychotraumatologischer Hilfe*

In 21 Fällen von Konfliktsituationen in Familien mit Einbeziehung von Kindern wurde eine psychotraumatologische Betreuung durch den freien Träger „Wendepunkt e.V.“ vermittelt, in 27 Fällen bestand bereits der Kontakt zu „Wendepunkt e.V.“.

#### 4.1.12.4 Polizeiliche Anzeige

Nicht nur bei ermittelungsbehördlich beauftragten Untersuchungen sondern auch im niedrigschwelligen Bereich erfolgt teilweise eine Anzeige der vorliegenden Gewalttat durch das Opfer.

In 16 Fällen (12,1% der niedrigschwelligen Untersuchungen) war bereits vor der rechtsmedizinischen Untersuchung eine polizeiliche Anzeige erfolgt, in 21 Fällen (15,9%) wurde nach der rechtsmedizinischen Untersuchung polizeilich Anzeige erstattet. Zwei Mal wurde der Untersuchungsbericht im Auftrag des Betroffenen an einen Rechtsanwalt sowie in einem Fall an das Jugendamt weitergeleitet. In den restlichen 92 Fällen (69,7%) wurde keine Anzeige erstattet bzw. war dies noch nicht bekannt.

Betrachtet man den Untersuchungszeitraum, ist im Jahresverlauf eine Entwicklung zu erkennen. Während im Jahr 2010 bei etwa 10% (n=3) der niedrigschwelligen Untersuchungen der Befund als Beweisdokument an Polizei oder Rechtsanwalt weitergeleitet wurde, stieg dieser Anteil beständig an auf 50% (n=16) der Untersuchungen im Jahr 2013 bzw. 42% (n=17) im Jahr 2014 (vergl. Tab. 10).

**Tabelle 10: Polizeiliche Anzeigen im Rahmen von  
niedrigschwelligen rechtsmedizinischen Untersuchungen**

Niedrigschwellige Untersuchungen	Jahr der Untersuchung					Gesamt
	2010	2011	2012	2013	2014	
Weiterleitung des Befundes an Polizei oder Rechtsanwalt (abs. Zahlen)	3	2	5	16	17	43
Anteil an niedrigschwelligen Untersuchungen in %	10,3%	13,3%	33,3%	50,0%	41,5%	32,6%
Gesamte niedrigschwellige Untersuchungen (abs. Zahlen)	29	15	15	32	41	132

## 4.2 Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Pinneberg

### 4.2.1 Merkmale der Umfrageteilnehmer

#### 4.2.1.1 Rettungswachenzugehörigkeit und Rücklauf des Fragebogens

Insgesamt konnte ein Rücklauf von 59,2% erzielt werden (116 von 198 ausgegebenen Fragebögen). Zwischen den einzelnen Rettungswachen gab es teils erhebliche Unterschiede bezogen auf den Rücklauf. Während von der Wache Uetersen eine Rücklaufquote von über 85% erzielt werden konnte, erreichte der Rücklauf der zahlenmäßig größten Rettungswache Pinneberg nur 31%.

Die meisten Umfrageteilnehmer kamen mit einem Anteil von 29,3% von der Rettungswache Elmshorn, gefolgt von den Rettungswachen Wedel mit 23,3%, Uetersen mit 19,8% und Pinneberg mit 15,5%. Barmstedt und Quickborn als kleine Rettungswachen hatten einen dementsprechend kleineren Anteil an den Befragungsteilnehmern.

**Tabelle 11: Rücklauf der Befragung in der RKiSH**

Rettungswache	Rücklauf (abs. Zahlen)	Ausgegebene Fragebögen (abs. Zahlen)	Rücklauf in %	Anteil an Gesamt- rücklauf der Wachen in %
Barmstedt	6	14	30,0	5,2
Elmshorn	34	46	73,9	29,3
Pinneberg	18	58	31,0	15,5
Quickborn	7	17	41,2	6,0
Uetersen	23	27	85,2	19,8
Wedel	27	34	79,4	23,3
k.A.	1			
<b>Gesamt</b>	116	198	59,2	100,0

#### 4.2.1.2 Geschlecht der Umfrageteilnehmer

Mit 77,6% war der überwiegende Teil der Umfrageteilnehmer männlich, weibliche Teilnehmer machten etwa 19% aus. (3,4% machten keine Angabe zum Geschlecht.)

#### 4.2.1.3 Tätigkeit der Umfrageteilnehmer

Den größten Anteil an den Umfrageteilnehmern bildeten die Rettungsassistenten mit 84,5%. Die restlichen Umfrageteilnehmer waren zu etwa gleichen Teilen Rettungssanitäter (6,9%) und Auszubildende zum Rettungsassistenten (7,8%).

0,9% machten keine Angabe zur Tätigkeit.

#### 4.2.1.4 Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

Jeweils ca. 30% der Umfrageteilnehmer waren 16 bis 25 Jahre bzw. 36 bis 65 Jahre alt (älter als 35 Jahre), ca. 37% der Umfrageteilnehmer waren 26 bis 35 Jahre alt. Dabei waren etwa 9,4% älter als 45 Jahre und 3,4% älter als 55 Jahre alt.

2,6% machten keine Altersangabe.

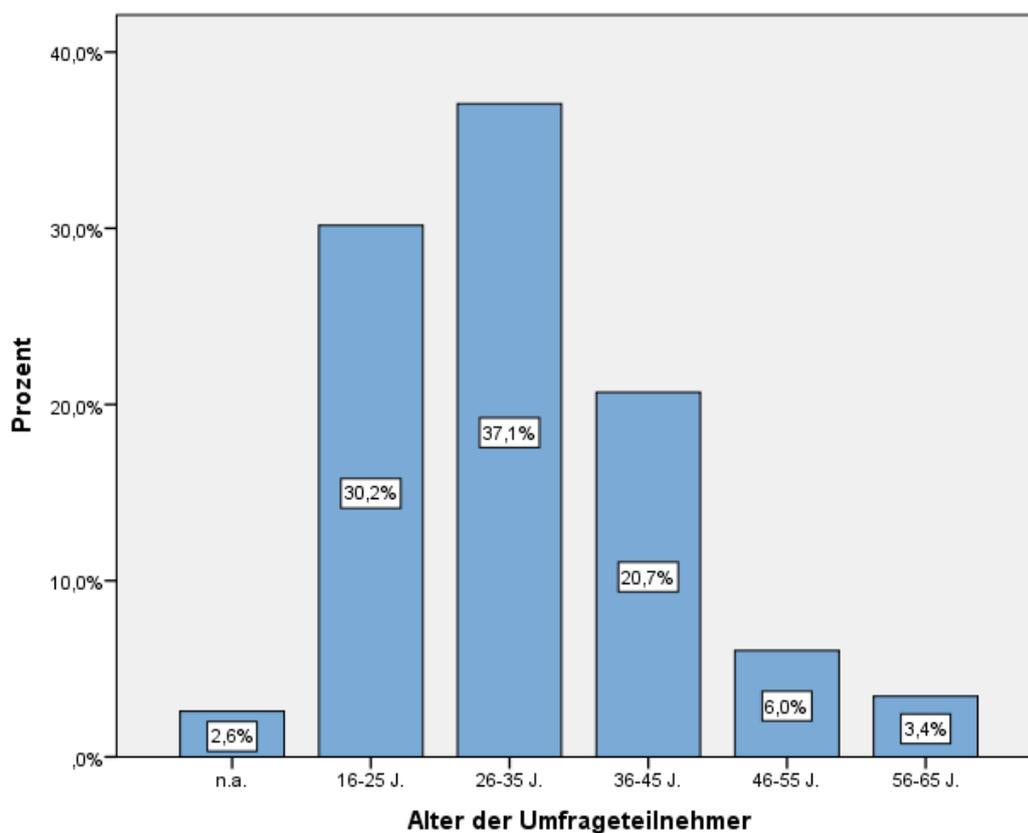


Abbildung 24: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer in %

## 4.2.2 Ausbildung und Weiterbildung im Rettungsdienst

### 4.2.2.1 Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer

In Abbildung 25 ist die Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer im Rettungsdienst in Jahren dargestellt. Knapp 40% der Umfrageteilnehmer hatten mit unter 1 bis 5 Jahren erst eine eher kürzere Berufserfahrung. Auf der anderen Seite blickten 13,8% der Umfrageteilnehmer auf eine Berufserfahrung von mehr als 20 Jahren zurück. Dazwischen lagen die Teilnehmer mit einer Berufserfahrung von 6 bis 10 Jahren (15,5%) und 11 bis 20 Jahren (23,3%).

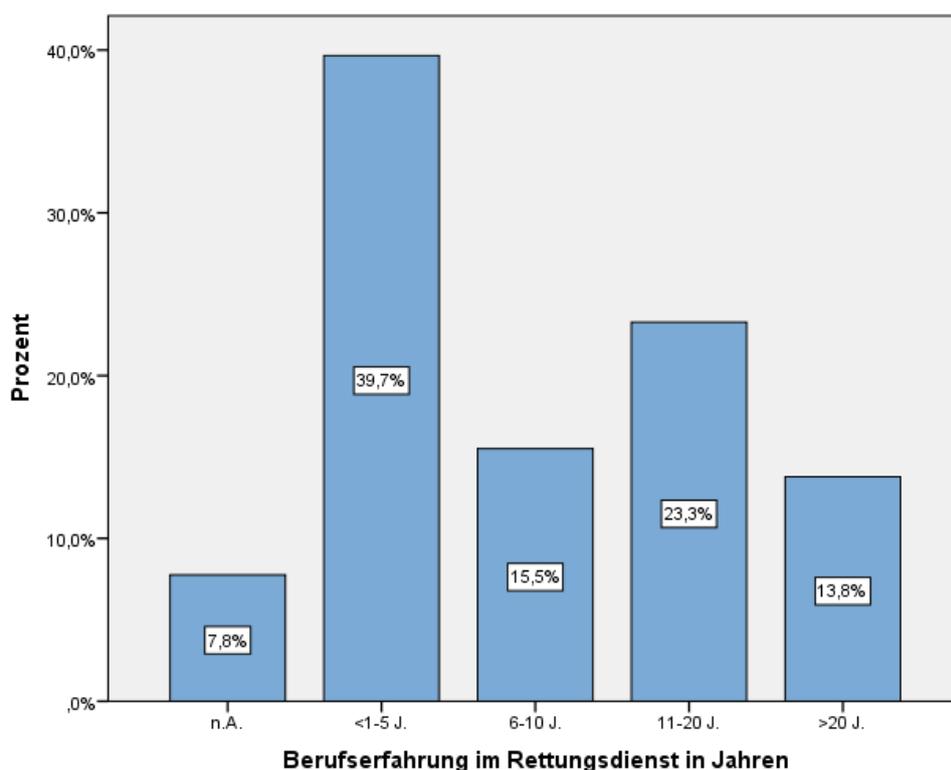


Abbildung 25: Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer im Rettungsdienst

#### 4.2.2.2 Thema Gewalt als Lerninhalt in der Berufsausbildung

In der Befragung gaben 70,7% der Umfrageteilnehmer (n=82) an, dass Gewalt in ihrer Berufsausbildung thematisiert worden sei; 29,3% (n=34) verneinten die Thematisierung von Gewalt während ihrer Ausbildung. Auf der anderen Seite gaben 74,1% (n=86) an, durch die Lerninhalte ihrer Berufsausbildung nicht sicherer im Erkennen von Gewalt geworden zu sein; 25,9% (n=30) bejahten dies.

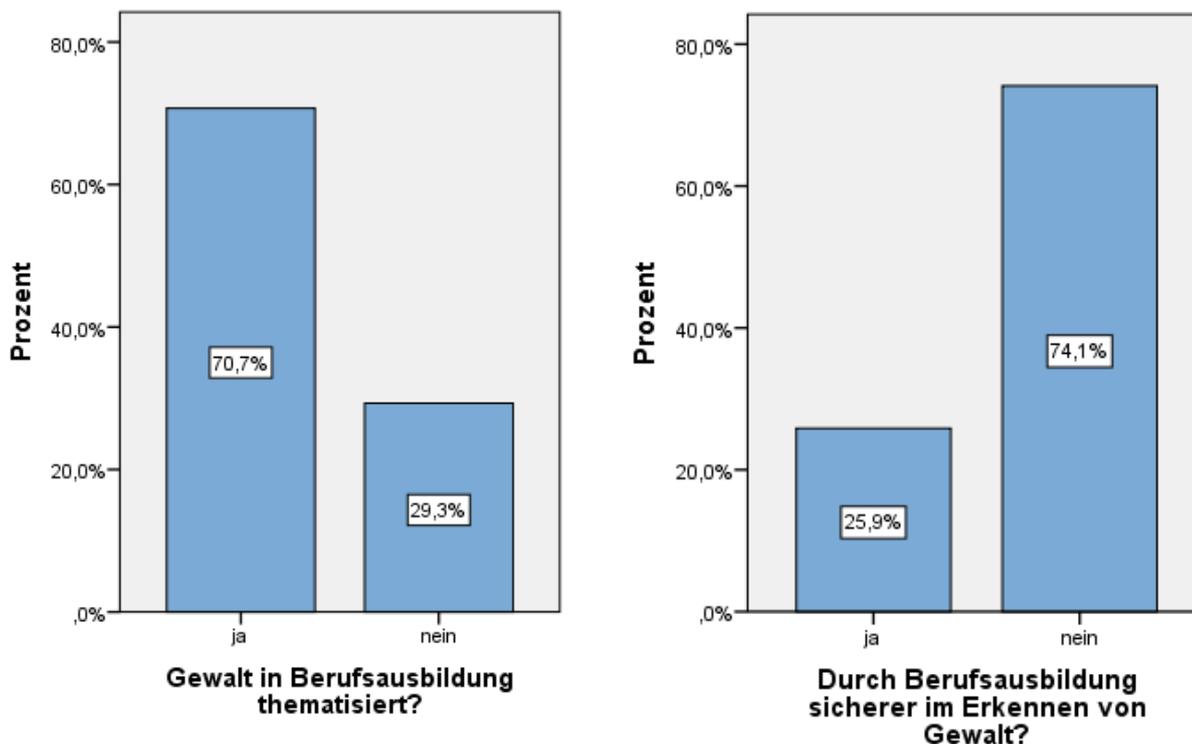


Abbildung 26: Angaben der Umfrageteilnehmer zum Thema Gewalt als Lerninhalt in der Berufsausbildung

Der Zusammenhang zwischen der Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und dem Erlangen von mehr Sicherheit im Erkennen von Gewalt durch die Berufsausbildung wurde mittels Chi-Quadrat-Test untersucht. Dabei zeigte sich, dass sich signifikant mehr Umfrageteilnehmer durch die Berufsausbildung sicherer im Erkennen von Gewalt fühlten, wenn das Thema Gewalt Lerninhalt in ihrer Berufsausbildung war ( $p=0,000$ ).

**Tabelle 12: Zusammenhang zwischen der Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung und dem Gefühl von mehr Sicherheit im Erkennen von Gewalt durch die Ausbildung**

Absolute Zahlen		Durch Ausbildung sicherer im Erkennen von Gewalt?		Gesamt
		<i>ja</i>	<i>nein</i>	
Gewalt in Ausbildung thematisiert?	<i>ja</i>	29	53	82
	<i>nein</i>	1	33	34
Gesamt		30	86	116

#### 4.2.2.3 Thema Gewalt als Lerninhalt in Fortbildungen

71,6% der Umfrageteilnehmer ( $n=83$ ) gaben an, nach Abschluss der Berufsausbildung eine Fortbildung zum Thema Gewalt besucht zu haben, ein Viertel der Umfrageteilnehmer verneinte die Teilnahme an einer solchen Fortbildung. 3,4% ( $n=4$ ) machten zu dieser Frage keine Angabe.

59,5% der Umfrageteilnehmer ( $n=69$ ) nahmen an einer Fortbildung von „Wendepunkt e.V.“ zum Thema „Psychotraumatologische Hilfe für gewaltbetroffene Kinder“ teil. Von denjenigen, die an der Fortbildung teilgenommen hatten, gaben 61,7% an, sich durch Teilnahme an der Fortbildung tendenziell sicherer im Erkennen von häuslicher Gewalt zu fühlen, 38,3% verneinten dies. 68,1% derjenigen, die an der Fortbildung teilgenommen hatten, gaben an, sich durch Teilnahme an der Fortbildung tendenziell sicherer im Erkennen von Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung zu fühlen; 31,9% verneinten dies.

Etwa zwei Drittel der Fortbildungsteilnehmer gaben also an, sich durch die Fortbildung jeweils tendenziell sicherer im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung zu fühlen. Dabei wurde dieser Effekt in Bezug auf die Kindesmisshandlung etwas häufiger genannt.

## 4.2.3 Erfahrungswerte im Erkennen von Gewalt und geschätzte Häufigkeiten von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes

### 4.2.3.1 Erfahrungswerte im Erkennen von häuslicher Gewalt

Auf die Frage, wie sicher sich die Umfrageteilnehmer generell im Erkennen von häuslicher Gewalt fühlen, gaben 41,4% (n=48) an, sich eher unsicher zu fühlen; 14,7% (n=17) fühlten sich unsicher oder sogar sehr unsicher. 33,6% der Umfrageteilnehmer (n=39) gaben an, sich eher sicher zu fühlen. 9,5% (n=11) fühlten sich sicher; keiner der Umfrageteilnehmer gab an, sich sehr sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt zu fühlen. Unterteilt man die Antworten in zwei Gruppen, tendenziell unsicher und tendenziell sicher im Erkennen von Gewalt, so zeigt sich, dass sich 56,1% der Umfrageteilnehmer tendenziell unsicher sowie 43,1% tendenziell sicher fühlten im Erkennen von Gewalt.

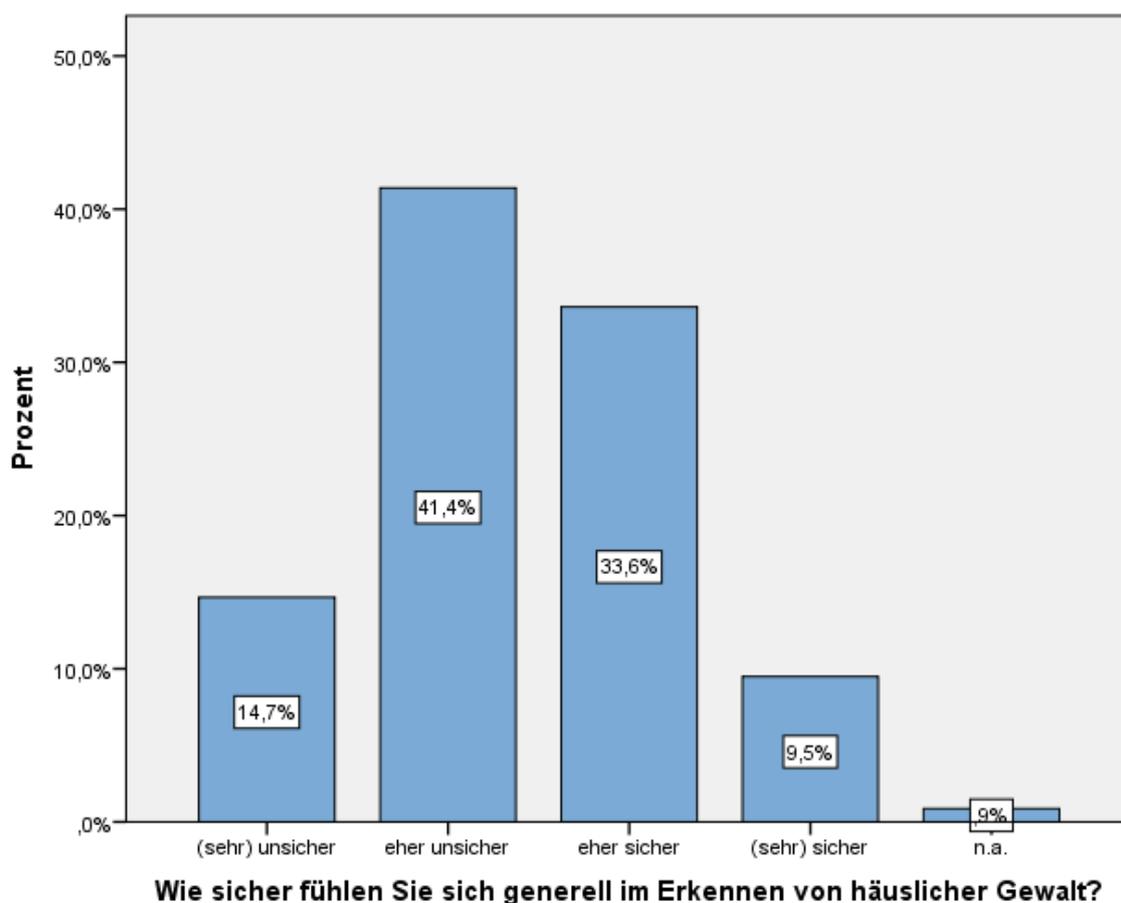


Abbildung 27: Angaben der Umfrageteilnehmer zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt

#### 4.2.3.2 Erfahrungswerte im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

In Bezug auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung gaben 47,4% der Umfrageteilnehmer (n=55) an, sich eher unsicher im Erkennen zu fühlen; 20,7% der Umfrageteilnehmer (n=24) fühlten sich unsicher oder sogar sehr unsicher. Auf der anderen Seite gaben 25,9% der Umfrageteilnehmer (n=30) an, sich eher sicher im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zu fühlen; 6,0% (n=7) fühlten sich sicher oder sehr sicher.

Zusammenfassend gaben mehr als zwei Drittel der Umfrageteilnehmer an, sich tendenziell unsicher im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zu fühlen; knapp ein Drittel der Umfrageteilnehmer gaben an, sich tendenziell sicher zu fühlen.

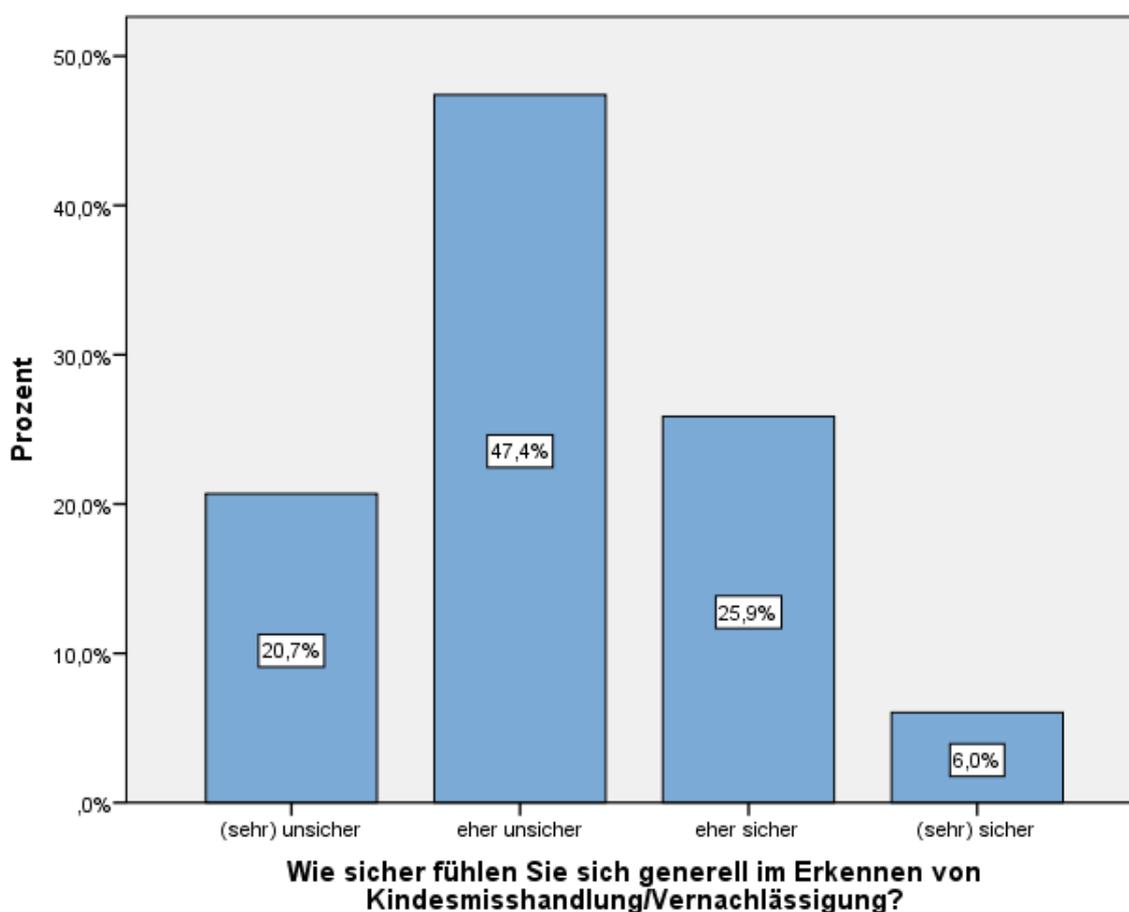


Abbildung 28: Angaben der Umfrageteilnehmer zur Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung

#### ***4.2.3.3 Geschätzte Häufigkeiten verschiedener Gewaltformen bei Einsätzen des Rettungsdienstes***

Im Abschnitt zu geschätzten Häufigkeiten von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes ging es jeweils um individuelle Schätzungen der Umfrageteilnehmer bezüglich der im letzten Jahr (2013) selbst gefahrenen Einsätze (vergl. Tabelle 13).

##### Jährliche Einsatzzahlen:

Bei der Frage nach der Anzahl der im letzten Jahr gefahrenen Einsätze reichten die Angaben von einem Minimum von 30 Einsätzen pro Jahr bis zu einem Maximum von 2000 Einsätzen pro Jahr. Der Mittelwert der jährlichen Einsatzzahl eines Umfrageteilnehmers lag bei ca. 824 Einsätzen, der Median lag bei 900 Einsätzen.

##### Zahl der Einsätze aufgrund von Körperverletzungsdelikten:

Die geschätzten Werte für Einsatzzahlen des letzten Jahres aufgrund von Körperverletzungsdelikten jeglicher Art (beinhaltet jede Form von körperlicher Gewalt und Vernachlässigung, unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext) lagen in einem Bereich zwischen 0 (Minimum) und 900 (Maximum) Einsätzen, bei einem Mittelwert von ca. 55 Einsätzen pro Jahr und einem Median von 25.

##### Anteile verschiedener Gewaltformen an den Einsätzen

##### aufgrund von Körperverletzungsdelikten:

Die Umfrageteilnehmer gaben an, dass sich im Mittel ca. 28% der Einsätze (Median: 10,0%) aufgrund von Körperverletzungsdelikten dem Bereich der häuslichen Gewalt zuordnen ließen und 5,8% (Median: 0,3%) dem Bereich Kindesmisshandlung/Vernachlässigung. Darüber hinaus gaben sie an, dass sich bei den Fällen von häuslicher Gewalt im Einsatz im Mittel bei etwa 9% der Fälle die Gewalt gegen alte bzw. pflegebedürftige Menschen richtete. Es gibt Fälle, bei denen als „Zufallsbefund“ (z.B. anhand der Wohnsituation) der Verdacht auf Vernachlässigung von Kindern entsteht, wenn sich der Einsatz eigentlich auf eine andere Person im Haushalt bezog. Die Häufigkeit dieser Fälle wurde im Mittel mit ca. 5 Fällen pro Jahr beziffert. Der Median für diese Angabe lag bei einem Fall pro Jahr.

**Tabelle 13: Individuelle Schätzungen der Umfrageteilnehmer  
zu Häufigkeiten verschiedener Gewaltformen bei Rettungsdienst-Einsätzen**

	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>n.a.</b>
<i>Wie viele Einsätze sind Sie schätzungsweise im letzten Jahr gefahren?</i>	823,7	900	30	2000	9
<i>Bei wie vielen Ihrer Einsätze lagen Körperverletzungsdelikte (jegliche Gewalt &amp; Vernachlässigung) vor (absolute Zahl)?</i>	55,0	25	0	900	8
<i>Wieviele % dieser Körperverletzungsdelikte würden Sie dem Bereich Häusliche Gewalt zuordnen?</i>	28,0%	10,0%	0,0%	100%	13
<i>Wieviele Prozent dieser Körperverletzungsdelikte würden Sie dem Bereich Kindesmisshandlung / Vernachlässigung zuordnen?</i>	5,8%	0,3%	0,0%	100%	18
<i>In wie viel Prozent der Einsätze im Rahmen von häuslicher Gewalt richtete sich die Gewalt gegen alte bzw. pflegebedürftige Menschen?</i>	8,9%	10,0%	0,0%	100%	22
<i>Im Rahmen wie vieler Einsätze hatten Sie im letzten Jahr als „Zufallsbefund“ (z.B. anhand der Wohnsituation) den Verdacht auf Vernachlässigung von Kindern, wenn sich der Einsatz eigentlich auf eine andere Person im Haushalt bezog?</i>	4,9	1,0	0	80	12

#### **4.2.3.4 Einsatzbezogene Informationen bei häuslicher Gewalt**

Folgende Aussagen sollten bezüglich ihres Zutreffens im Berufsalltag bewertet werden:

Aussage 1: *„Meist ist bereits bei der Alarmierung bekannt, dass es sich bei dem Einsatz um einen Fall häuslicher Gewalt handelt.“*

Aussage 2: *„Es wird meistens erst vor Ort klar, dass es sich um einen Fall häuslicher Gewalt handelt.“*

Ca. 72,4% der Umfrageteilnehmer (n=84) beantworteten Aussage 1 ablehnend (mit „trifft (eher) nicht zu“) und Aussage 2 zustimmend (mit „trifft eher bzw. voll und ganz zu“).

Ca. 6,9% (n=8) der Umfrageteilnehmer beantworteten Aussage 1 zustimmend und Aussage 2 ablehnend.

Ca. 10,3% (n=12) der Umfrageteilnehmer beantworteten beide Aussagen zustimmend, 6,0% (n=7) der Umfrageteilnehmer beantworteten beide Aussagen ablehnend.

Etwa 4,3% (n=5) der Umfrageteilnehmer gaben zu einer oder beiden Aussagen keine Einschätzung ab.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Mehrheit der Umfrageteilnehmer (ca. 72,4%) zustimmte, dass meist erst vor Ort und nicht schon bei der Alarmierung klar sei, dass es sich bei dem Einsatz um einen Fall häuslicher Gewalt handelt.

#### 4.2.3.5 Zusammenhang zwischen individuellen Merkmalen der Umfrageteilnehmer und der Sicherheit im Erkennen von häusl. Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung

##### Alter der Umfrageteilnehmer:

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Umfrageteilnehmer und der generellen Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt zeigte sich in der Altersgruppe der Umfrageteilnehmer >35 Jahre im Vergleich zu den jüngeren Umfrageteilnehmern ein etwas größerer Anteil von Personen, die sich tendenziell sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt fühlen. Der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant ( $p=0,827$  bei Signifikanzschwelle von  $p=0,1$ ).

**Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Alter der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt**

			Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt		
			Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Alter der Umfrageteilnehmer in Jahren	16-25 J.	Anzahl	21	14	35
		% der Altersgruppe	60,0%	40,0%	100,0%
	26-35 J.	Anzahl	25	18	43
		% der Altersgruppe	58,1%	41,9%	100,0%
	>35 J.	Anzahl	18	16	34
		% der Altersgruppe	52,9%	47,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	64	48	112	
	% der Altersgruppe	57,1%	42,9%	100,0%	

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Umfrageteilnehmer und der Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zeigte sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied. Unabhängig vom Alter bestand bei den Umfrageteilnehmern Unsicherheit. So fühlte sich in keiner der verschiedenen Altersgruppen die Mehrheit der Umfrageteilnehmer tendenziell sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung.

**Berufserfahrung:**

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen der Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer und der Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt zeigte sich in der Gruppe mit einer Berufserfahrung von mehr als 10 Jahren im Vergleich zu den Gruppen mit kürzerer Berufserfahrung ein etwas größerer Anteil derer, die sich tendenziell sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt fühlen. Am geringsten war der Anteil derer, die sich tendenziell sicher im Erkennen von Gewalt fühlen, in der Gruppe der Umfrageteilnehmer mit einer Berufserfahrung zwischen 6 und 10 Jahren. Die Gruppe mit einer Berufserfahrung von weniger als einem Jahr bis zu 5 Jahren lag mit ihren Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt zwischen den beiden genannten Gruppen. Der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant ( $p=0,693$  bei Signifikanzschwelle von  $p=0,1$ ).

**Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt**

		Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt			
		Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt	
Berufserfahrung im Rettungsdienst in Jahren	<1-5 J.	Anzahl	26	20	46
		%	56,5%	43,5%	100,0%
	6-10J.	Anzahl	11	7	18
		%	61,1%	38,9%	100,0%
	>10 J.	Anzahl	21	21	42
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	58	48	106	
	%	54,7%	45,3%	100,0%	

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer und der Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung zeigte die gleichen Tendenzen wie in Bezug auf häusliche Gewalt, die Unterschiede waren allerdings ebenfalls nicht statistisch signifikant. Unabhängig von der Berufserfahrung fühlten sich die Umfrageteilnehmer tendenziell unsicher im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.

**Jährliche Einsatzzahlen:**

Hinsichtlich der jährlichen Einsatzzahlen zeigten sich die Umfrageteilnehmer mit 500 oder weniger Einsätzen sowie die Umfrageteilnehmer mit mehr als 1000 jährlichen Einsätzen tendenziell sicherer im Erkennen von häuslicher Gewalt als solche mit mehr als 500 bis max. 1000 Einsätzen pro Jahr. Der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant ( $p=0,646$ ).

**Tabelle 16: Zusammenhang zwischen jährlichen Einsätzen der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt**

			Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt		
			Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Einsätze pro Jahr	<=500	Anzahl	20	17	37
		%	54,1%	45,9%	100,0%
	>500-1000	Anzahl	34	22	56
		%	60,7%	39,3%	100,0%
	>1000	Anzahl	11	11	22
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	65	50	115	
	%	56,5%	43,5%	100,0%	

In Bezug auf das Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung fühlten sich die Umfrageteilnehmer mit 500 und weniger jährlichen Einsätzen tendenziell sicherer als die Umfrageteilnehmer mit mehr als 500 Einsätzen pro Jahr. Auch hier war der Unterschied allerdings nicht statistisch signifikant ( $p=0,628$ ).

**Thematisierung von Gewalt in Ausbildung:**

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen der Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und der Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt zeigte sich, dass unter den Umfrageteilnehmern, die Gewalt als Thema in ihrer Berufsausbildung behandelt hatten, der Anteil größer war, der sich tendenziell sicher im Erkennen von Gewalt fühlt, als unter den Umfrageteilnehmern ohne Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung. Der statistische Unterschied war allerdings nicht signifikant ( $p=0,164$ ).

**Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und Sicherheit im Erkennen von Gewalt**

			Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt		
			Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Gewalt in Berufsausbildung thematisiert?	ja	Anzahl	43	39	82
		%	52,4%	47,6%	100,0%
	nein	Anzahl	22	11	33
		%	66,7%	33,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	65	50	115
		%	56,5%	43,5%	100,0%

Ebenso zeigte sich in Bezug auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung zwischen den Gruppen mit und ohne Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung ein Unterschied, hier allerdings statistisch signifikant ( $p=0,092$ ). In der Gruppe der Umfrageteilnehmer mit Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung war der Anteil, der sich tendenziell sicher im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung fühlt, signifikant höher als der Anteil in der Gruppe der Umfrageteilnehmer ohne derartige Lerninhalte in der Berufsausbildung (vergl. Tab. 18).

**Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

			Angaben zur Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung		
			Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Gewalt in Berufsausbildung thematisiert?	ja	Anzahl	52	30	82
		%	63,4%	36,6%	100,0%
	nein	Anzahl	27	7	34
		%	79,4%	20,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	79	37	116
		%	68,1%	31,9%	100,0%

**Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Gewalt:**

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Fortbildungsteilnahme und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt zeigte, dass in der Gruppe der Umfrageteilnehmer, die nach Abschluss der Berufsausbildung Fortbildungen zum Thema Gewalt absolviert hatten, der Anteil derer, die sich tendenziell sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt fühlen, größer war als in der Gruppe ohne Fortbildungen (vergl. Tab. 19). Der Unterschied war allerdings statistisch nicht signifikant ( $p=0,223$ ).

**Tabelle 19: Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Fortbildungen und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt**

		Angaben zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt		
		Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Fortbildung zum Thema Gewalt nach Abschluss der Ausbildung ge- macht?	ja	Anzahl 43	39	82
		% 52,4%	47,6%	100,0%
	nein	Anzahl 19	10	29
		% 65,5%	34,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl 62	49	111
		% 55,9%	44,1%	100,0%

In Bezug auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung zeigte sich hier ein statistisch signifikanter Unterschied (vergl. Tab. 20). In der Gruppe mit Fortbildung zum Thema Gewalt nach Abschluss der Berufsausbildung war der Anteil, der sich tendenziell sicher im Erkennen von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung fühlt, signifikant höher als in der Gruppe ohne Fortbildung zum Thema Gewalt ( $p=0,046$ ).

**Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Teilnahme an Fortbildungen und Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

			Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung		
			Tendenziell unsicher	Tendenziell sicher	Gesamt
Fortbildung zum Thema Gewalt nach Abschluss der Ausbildung gemacht?	ja	Anzahl %	52 62,7%	31 37,3%	83 100,0%
	nein	Anzahl %	24 82,8%	5 17,2%	29 100,0%
Gesamt		Anzahl %	76 67,9%	36 32,1%	112 100,0%

#### **4.2.4 Verhaltensweisen bei häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung im Einsatz**

##### **4.2.4.1 Verhalten bei Verdacht auf häusliche Gewalt**

Mehrheitlich zustimmend antworteten die Umfrageteilnehmer bzgl. des eigenen Verhaltens bei Verdacht auf häusliche Gewalt für folgende Aussagen: Beratung mit Kollegen (95,7%), Gespräch mit dem Opfer für zusätzliche Informationen (68,9%), Beratung des Opfers (62,1%), Informierung der Polizei (67,2%), Mitteilen des Verdachts an behandelnden Arzt im Krankenhaus (93,9%), Empfehlung einer ärztlichen Konsultation (82,7%).

Zustimmende (52,6%) und ablehnende (43,1%) Antworten fielen ähnlich stark ins Gewicht bzgl. der Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung.

Einige Aussagen wurden von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer abgelehnt, der Anteil der zustimmenden Antworten lag daher unter 50%. Die Zustimmung bzgl. dieser Aussagen betrug: Meldung an die Rettungswache (13,8%), Aushändigen von Informationsmaterial an das Opfer (19,8%), Verweisen des Opfers an ein rechtsmedizinisches Institut (36,2%).

Der Anteil der Umfrageteilnehmer, die zu den verschiedenen Aussagen keine Angabe machten, lag zwischen 3,4% und 6,0%.

Tabelle 21: Aussagen der Umfrageteilnehmer zum Verhalten bei Verdacht auf häusliche Gewalt

Mehrheitliche Zustimmung bei Verdacht auf häusliche Gewalt	Anteil pos. Antworten in %	Mehrheitliche Ablehnung bei Verdacht auf häusliche Gewalt	Anteil pos. Antworten in %
Beratung mit Kollegen	95,7%	Meldung an die Rettungswache	13,8%
Gespräch mit dem Opfer für zusätzliche Informationen	68,9%	Aushändigen von Informationsmaterial	19,8%
Beratung des Opfers	62,1%	Verweisen des Opfers an ein rechtsmedizinisches Institut	36,2 %
Informierung der Polizei	67,2%		
Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt im Krankenhaus	93,9%		
Empfehlung einer ärztlichen Konsultation	82,7%		
Vorgehen abhängig von der (augen- scheinlichen) Schwere der Verletzung	52,6%		

#### 4.2.4.2. Verhalten bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt

Mehrheitlich zustimmend antworteten die Umfrageteilnehmer bzgl. des eigenen Verhaltens bei konkreten Hinweisen auf Gewalt für folgende Aussagen: Beratung mit Kollegen (94,8%), Gespräch mit dem Opfer für zusätzliche Informationen (93,1%), Beratung des Opfers (75,8%), Informierung der Polizei (72,4%), Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt im Krankenhaus (95,7%), Empfehlung einer ärztlichen Konsultation (89,6%).

Zustimmende (53,5%) und ablehnende (42,2%) Antworten fielen ähnlich stark ins Gewicht bzgl. der Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung.

Einige Aussagen wurden von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer abgelehnt, der Anteil der zustimmenden Antworten lag daher unter 50%. Die Zustimmung bzgl. dieser Aussagen betrug: Meldung an die Rettungswache (18,1%), Aushändigen von Informationsmaterial (16,3%), Verweisen des Opfers an ein rechtsmedizinisches Institut (38,8%). Der Anteil der Umfrageteilnehmer, die zu den verschiedenen Aussagen keine Angabe machten, lag zwischen 3,4% und 6,0%.

**Tabelle 22: Aussagen der Umfrageteilnehmer zum Verhalten bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt**

Mehrheitliche Zustimmung bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt	Anteil pos. Antworten in %	Mehrheitliche Ablehnung bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt	Anteil pos. Antworten in %
Beratung mit Kollegen	94,8%	Meldung an die Rettungswache	18,1%
Gespräch mit dem Opfer für zusätzliche Informationen	93,1%	Aushändigen von Informationsmaterial	16,3%
Beratung des Opfers	75,8%	Verweisen des Opfers an ein rechtsmedizinisches Institut	38,8 %
Informierung der Polizei	72,4%		
Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt im Krankenhaus	95,7%		
Empfehlung einer ärztlichen Konsultation	89,6%		
Vorgehen abhängig von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung	53,5%		

#### **4.2.4.3 Verhalten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

Mehrheitlich zustimmend antworteten die Umfrageteilnehmer bzgl. des Verhaltens bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung für folgende Aussagen: Beratung mit Kollegen (95,7%), Transport des Kindes zur Abklärung der Situation ins Krankenhaus (92,2%), Mitteilen des Verdachts an den behandelnden Arzt (95,7%).

Zustimmende (48,3%) und ablehnende (48,3%) Antworten fielen gleich stark ins Gewicht bzgl. der Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung.

Einige Aussagen wurden von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer abgelehnt, der Anteil der zustimmenden Antworten lag daher unter 50%. Die Zustimmung bzgl. dieser Aussagen betrug: kein Ergreifen weiterer Maßnahmen (30,2%), Meldung an die Rettungswache (18,9%), direkte Konfrontation der Bezugsperson bzw. der Eltern mit dem Sachverhalt (16,4%), Infor-

mierung des Jugendamtes (18,1), Informierung der Polizei (36,2%). Der Anteil der Umfrageteilnehmer, die zu den einzelnen Aussagen keine Angabe machten, lag zwischen 2,6% und 6,0%.

**Tabelle 23: Aussagen der Umfrageteilnehmer zum Verhalten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

<b>Mehrheitliche Zustimmung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</b>	<b>Anteil pos. Antworten in %</b>	<b>Mehrheitliche Ablehnung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</b>	<b>Anteil pos. Antworten in %</b>
Beratung mit Kollegen	95,7%	Kein Ergreifen weiterer Maßnahmen	30,2%
Transport des Kindes zur Abklärung der Situation ins Krankenhaus	92,2%	Meldung an die Rettungswache	18,9%
Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt	95,7%	direkte Konfrontation der Bezugsperson bzw. der Eltern mit dem Sachverhalt	16,4%
		Informierung des Jugendamtes	18,1 %
		Informierung der Polizei	36,2%
Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung	48,3%	Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung	48,3%

#### **4.2.4.4 Verhalten bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

Mehrheitlich zustimmend antworteten die Umfrageteilnehmer bzgl. des Verhaltens bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung für folgende Aussagen: Beratung mit Kollegen (95,7%), Transport des Kindes zur Deeskalation ins Krankenhaus (93,1%), Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt (95,7%).

Zustimmende (45,7%) und ablehnende (50,9%) Antworten fielen ähnlich stark ins Gewicht bzgl. der Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung, sowie bzgl. der Informierung der Polizei (Zustimmung: 50,0%, Ablehnung: 46,6%).

Einige Aussagen wurden von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer abgelehnt, der Anteil der zustimmenden Antworten lag daher unter 50%. Die Zustimmung bzgl. dieser Aussagen betrug:

Meldung an die Rettungswache (37,1%), direkte Konfrontation der Bezugsperson bzw. der Eltern mit dem Sachverhalt (26,8%), Informierung des Jugendamtes (24,1%). Der Anteil der Umfrageteilnehmer, die zu den einzelnen Aussagen keine Angabe machten, lag zwischen 2,6% und 5,2%.

**Tabelle 24: Aussagen der Umfrageteilnehmer zum Verhalten bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

<b>Mehrheitliche Zustimmung bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</b>	<b>Anteil pos. Antworten in %</b>	<b>Mehrheitliche Ablehnung bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</b>	<b>Anteil pos. Antworten in %</b>
Beratung mit Kollegen	95,7%	Meldung an die Rettungswache	37,1%
Transport des Kindes zur Deeskalation ins Krankenhaus	93,1%	direkte Konfrontation der Bezugsperson bzw. der Eltern mit dem Sachverhalt	26,8%
Mitteilen des Sachverhaltes an den behandelnden Arzt	95,7%	Informierung des Jugendamtes	24,1%
Informierung der Polizei	50,0% (Ablehnung: 46,6%)	Abhängigkeit des Vorgehens von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung	45,7%

#### ***4.2.4.5 Vergleich des Verhaltens bei konkreten Hinweisen gegenüber***

##### ***Verdachtsmomenten von häuslicher Gewalt***

Um das Verhalten der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt gegenüber Verdachtsmomenten zu vergleichen, wurde zunächst analysiert, wie sich die Antworten jedes einzelnen Umfrageteilnehmers veränderten, wenn nicht „nur“ ein Verdacht bestand, sondern konkrete Hinweise auf häusliche Gewalt vorlagen.

Allgemein kann gesagt werden, dass die Mehrheit der Umfrageteilnehmer im Verhalten zwischen Verdachtsmomenten und konkreten Hinweisen keinen Unterschied machte, also jeweils gleich antwortete. Besonders hoch war die Übereinstimmung zwischen Verhalten bei Verdacht und konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt bzgl. der Beratung mit Kollegen (87,4%), der Schilderung des Sachverhaltes bei Übergabe des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt im Krankenhaus (82,9%) und dem Verweis des Opfers an ein rechtsmedizinisches Institut (80,7%).

Ein gewisser Anteil der Umfrageteilnehmer machten allerdings teilweise auch Unterschiede im Verhalten bei konkreten Hinweisen gegenüber Verdachtsmomenten:

So machten ca. 17% der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt eher eine Meldung an die Rettungswache als sie dies in Verdachtsmomenten täten. Ca. 29% der Umfrageteilnehmer berieten bei konkreten Hinweisen das Opfer eher (z.B. Verweis an Opferhilfeeinrichtung) als in Verdachtsmomenten.

Ca. 22% der Umfrageteilnehmer informierten nach Rücksprache mit dem Opfer eher bei konkreten Hinweisen als bei bloßem Verdacht auf häusliche Gewalt die Polizei. Etwa 24% der Umfrageteilnehmer empfehlen dem Opfer von Gewalt eher eine ärztliche Konsultation (z.B. Aufsuchen des Hausarztes) bei konkreten Hinweise als in Verdachtsmomenten. Ca. 15% der Umfrageteilnehmer gäben dagegen bei Verdachtsmomenten dem Opfer eher Informationsmaterial (z.B. Flyer mit Hilfsangeboten für Gewaltopfer) als bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt.

In einer zweiten Herangehensweise wurden die gesamten Antworten der Umfrageteilnehmer zu jeder Aussage bei Verdacht und konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt gegenübergestellt. Es ging also nicht – wie in der ersten Analyse - um den Unterschied im Verhalten jedes einzelnen Umfrageteilnehmers, sondern um die Unterschiede in den Antworten der Gesamtheit der Umfrageteilnehmer. Bei dieser Analyse konnte in Kreuztabellen die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen dem Verhalten im Verdachtsfall und bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt berechnet werden.

Bei einer der Aussagen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied im Verhalten der Gesamtheit der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf Gewalt gegenüber der Verdachtssituation:

Es bestand ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt und dem Verhalten der Umfrageteilnehmer, durch das Gespräch mit dem Opfer zusätzliche Informationen zu erhalten. Beim Vorliegen von konkreten Hinweisen sprachen die Umfrageteilnehmer das Opfer signifikant eher auf die Situation an ( $p=0,000$ ).

**Tabelle 25: Unterschied im Verhalten der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt gegenüber Verdachtssituationen**

abs. Zahlen (Anteil in %)		„ Bei einem Einsatz bzgl. häuslicher Gewalt versuche ich durch das Gespräch mit dem Opfer zusätzliche Informationen zu erhalten. “				
		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Gesamt
konkrete oder	Konkret	57 (50,9%)	51 (45,5%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	112 (100%)
Verdachtssituation	Verdacht	20 (18,3%)	60 (55,0%)	25 (22,9%)	4 (3,7%)	109 (100%)

#### 4.2.4.6 Vergleich des Verhaltens bei konkreten Hinweisen gegenüber

##### *Verdachtsmomenten von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung*

Analog zum Vergleich der Verhaltensunterschiede der Umfrageteilnehmer bei häuslicher Gewalt wurde auch hier zunächst analysiert, wie sich die Antworten jedes einzelnen Umfrageteilnehmers veränderten, wenn nicht „nur“ ein Verdacht bestand, sondern konkrete Hinweise auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung vorlagen.

Allgemein kann wie schon im Falle der häuslichen Gewalt auch in Bezug auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung gesagt werden, dass die Mehrheit der Umfrageteilnehmer im Verhalten zwischen Verdachtsmomenten und konkreten Hinweisen keinen Unterschied machte, also jeweils gleich antwortete.

Besonders hoch war die Übereinstimmung zwischen Verhalten bei Verdacht und konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung bzgl. der Beratung mit Kollegen (93,8%), dem Mitteilen der Situation an den behandelnden Arzt im Krankenhaus (91,2%) und der Abhängigkeit des Vorgehens von der Schwere der Verletzung des Opfers (81,1%).

Teilweise machten die Umfrageteilnehmer allerdings auch Unterschiede im Verhalten bei konkreten Hinweisen gegenüber Verdachtsmomenten:

So machten etwa 30,3% der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung eher eine Meldung an die Rettungswache als bei „bloßem“ Verdacht.

Bei konkreten Hinweisen konfrontierten ca. 23,6% eher die Eltern mit der Situation, ca. 17,7% informierten eher das Jugendamt, 28,6% informierten eher die Polizei als in Verdachtsmomenten.

Ca. 12,6% gaben an, dass bei konkreten Hinweisen auf Gewalt das Vorgehen eher nicht so sehr von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung abhing wie in Verdachtsmomenten.

Analog zur Analyse der Verhaltensunterschiede in Bezug auf häusliche Gewalt wurde auch bzgl. der Kindesmisshandlung/Vernachlässigung in einer zweiten Herangehensweise die gesamten Antworten der Umfrageteilnehmer zu jeder Aussage bei Verdacht und konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung gegenübergestellt und in Kreuztabellen die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen dem Verhalten im Verdachtsfall und bei konkreten Hinweisen berechnet.

Bei einer der Aussagen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied im Verhalten der Gesamtheit der Umfrageteilnehmer zwischen Verdachtsmomenten und konkreten Hinweisen. Es bestand ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen konkreter Hinweise und dem Verhalten der Umfrageteilnehmer, eine Meldung an die Rettungswache zu tätigen. Beim Vorliegen von konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung machten die Umfrageteilnehmer signifikant eher eine Meldung an die Rettungswache ( $p=0,06$ ).

**Tabelle 26: Unterschied im Verhalten der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung gegenüber Verdachtssituationen**

abs. Zahlen (Anteil in %)		„ Ich mache eine Meldung an die Dienststelle.“				Gesamt
		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	
Konkrete oder Verdachtssituation	Konkret Verdacht	<b>17</b> (15,5%)	<b>26</b> (23,6%)	<b>31</b> (28,2%)	<b>36</b> (32,7%)	<b>110</b> (100%)
		<b>4</b> (3,7%)	<b>18</b> (16,5%)	<b>44</b> (40,4%)	<b>43</b> (39,4%)	<b>109</b> (100%)

## 4.2.5 Anhaltspunkte für Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes

### 4.2.5.1 Anhaltspunkte für häusliche Gewalt

Die durch den Fragebogen vorgegebenen möglichen Anhaltspunkte wurden alle als ähnlich relevant im persönlichen Arbeitsalltag der Umfrageteilnehmer eingeschätzt. Das Verletzungsbild als Anhaltspunkt für häusliche Gewalt hatte mit insgesamt 89,6% den größten Anteil zustimmender Antworten, gefolgt von der Diskrepanz zwischen Vorfallschilderung und Verletzungsbild (88,8% Zustimmung) als Anhaltspunkt. Dieser erreichte allerdings mit 37,9% der Umfrageteilnehmer den höchsten Wert der Antwort „trifft voll und ganz zu“. Am wenigsten Zustimmung wurde gegenüber dem Anhaltspunkt „Bauchgefühl“ ausgesprochen (76,7%), 18,1% widersprachen dem Aspekt „Bauchgefühl“ als Anhaltspunkt von häuslicher Gewalt.

**Tabelle 27: Anhaltspunkte der Umfrageteilnehmer für den Verdacht auf häusliche Gewalt**

„Was waren bei Einsätzen für Sie Anhaltspunkte für den Verdacht auf häusliche Gewalt?“	Anteil der Umfrageteilnehmer in %					
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	k.A.	Gesamt
<i>Das Verletzungsbild</i>	24,1%	65,5%	4,3%	0,9%	5,2%	100,0%
<i>Diskrepanz zwischen Vorfallschilderung und Verletzungsbild</i>	37,9%	50,9%	5,2%	0,0%	6,0%	100,0%
<i>Auffälliges (nicht situationsgemäßes) Verhalten der geschädigten Person</i>	27,6%	57,8%	9,5%	0,0%	5,2%	100,0%
<i>Auffälliges Verhalten Dritter (anderer Personen vor Ort)</i>	27,6%	56,0%	10,3%	0,9%	5,2%	100,0%
<i>Bauchgefühl</i>	25,0%	51,7%	16,4%	1,7%	5,2%	100,0%

### 4.2.5.2 Anhaltspunkte für Kindesmisshandlung/Vernachlässigung

Auch die durch den Fragebogen vorgegebenen möglichen Anhaltspunkte für Kindesmisshandlung / Vernachlässigung wurden durch die Umfrageteilnehmer alle als ähnlich relevant im persönlichen Arbeitsalltag eingeschätzt. Die meiste Zustimmung (insgesamt 86,2%) erhielt der Aspekt der Diskrepanz zwischen Vorfallschilderung und Verletzungsbild, auch erreichte

er den höchsten Wert bei der Antwort „trifft voll und ganz zu“. Am wenigsten Zustimmung erhielt der Aspekt „Bauchgefühl“ (71,5%).

**Tabelle 28: Anhaltspunkte der Umfrageteilnehmer  
für den Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

„Was waren bei Einsätzen für Sie Anhaltspunkte für den Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung?“	Anteil der Umfrageteilnehmer in %					
	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	k.A.	Gesamt
<i>Das Verletzungsbild</i>	25,9%	55,2%	3,4%	3,4%	12,1%	100,0%
<i>Diskrepanz zwischen Vorfallschilderung und Verletzungsbild.</i>	34,5%	51,7%	0,0%	0,9%	12,9%	100,0%
<i>Auffälliges (nicht situationsgemäßes) Verhalten der geschädigten Person</i>	24,1%	50,9%	12,1%	0,0%	12,9%	100,0%
<i>Auffälliges Verhalten Dritter (anderer Personen vor Ort)</i>	25,0%	47,4%	12,9%	1,7%	12,9%	100,0%
<i>„Bauchgefühl“</i>	26,7%	44,8%	11,2%	4,3%	12,9%	100,0%
<i>Verwahrloste bzw. nicht kindgerechte Wohnung</i>	41,4%	41,4%	3,4%	0,9%	12,9%	100,0%
<i>Zeichen der Vernachlässigung (z.B. Ernährung, Pflegezustand)</i>	38,8%	44,8%	2,6%	0,9%	12,9%	100,0%

#### **4.2.5.3 Vergleich der Anhaltspunkte für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

Bei der vergleichenden Analyse der Antworten zu Anhaltspunkten von häuslicher Gewalt gegenüber Anhaltspunkten von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Alle angegebenen Anhaltspunkte wurden als ähnlich relevant im persönlichen Berufsalltag eingeschätzt. Am wenigsten Zustimmung erhielt jeweils der Aspekt des „Bauchgeföhls“ als Anhaltspunkt für häusliche Gewalt bzw. Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.

## 4.2.6 RKiSH Pinneberg und die Klinische Rechtsmedizin

### 4.2.6.1 Bekanntheit der Klinischen Rechtsmedizin

Etwa 80,2% der Umfrageteilnehmer gaben an, dass ihnen vor der gegenständlichen Befragung bekannt gewesen sei, dass sich die rechtsmedizinischen Institute auch mit lebenden Opfern von Gewalt befassen. 19,0% der Umfrageteilnehmer gaben an, dass ihnen diese Tatsache nicht bekannt gewesen sei. Die restlichen Umfrageteilnehmer machten hierzu keine Angabe.

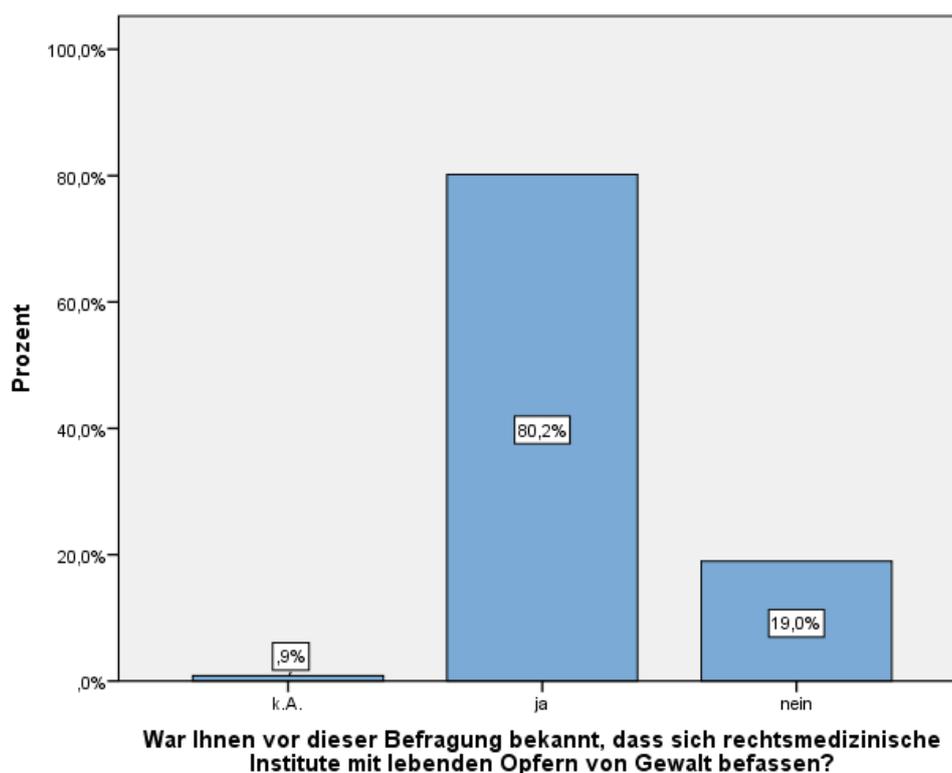


Abbildung 29: Bekanntheit der Klinischen Rechtsmedizin bei den Mitarbeitern des Rettungsdienstes

Die Umfrageteilnehmer, die angaben, dass ihnen bekannt sei, dass sich rechtsmedizinische Institute auch mit lebenden Opfern von Gewalt befassen, führten die Arbeit im Rettungsdienst (71 von 93 Personen) sowie Fortbildungen (66 von 93 Personen) am häufigsten als Informationsquelle an. Als weitere Informationsquellen wurden Freunde, Fernsehen, Zeitung, Internet und sonstige Quellen angegeben (vergl. Abb. 30).

"Mir ist bekannt, dass sich rechtsmedizinische Institute auch mit lebenden Opfern von Gewalt befassen durch ..."

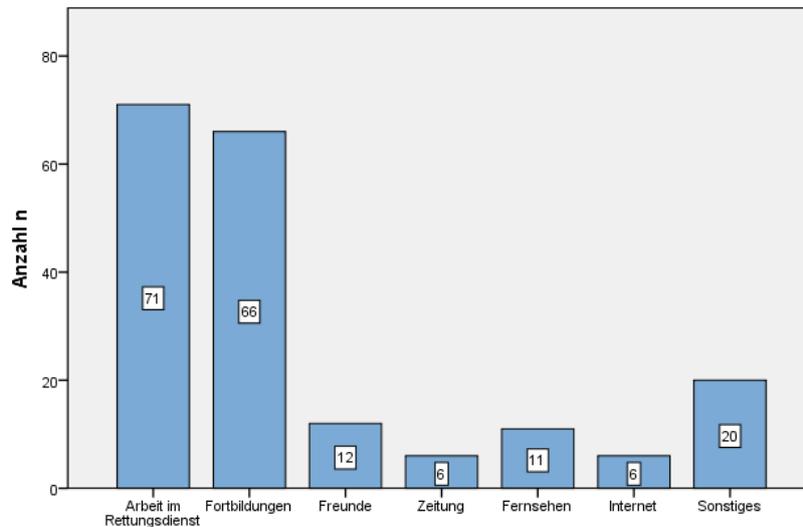


Abbildung 30: Informationsquellen der Umfrageteilnehmer bzgl. der Klinischen Rechtsmedizin

#### 4.2.6.2 Bisherige Kontaktaufnahme zu rechtsmedizinischen Instituten

Etwa 31% der Umfrageteilnehmer gaben an, schon einmal im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit die Dienstleistungen der rechtsmedizinischen Institute in Hamburg, Kiel oder Lübeck in Anspruch genommen zu haben. Ca. 67,2% verneinten dies. 1,7% der Umfrageteilnehmer machten zu dieser Frage keine Angabe.

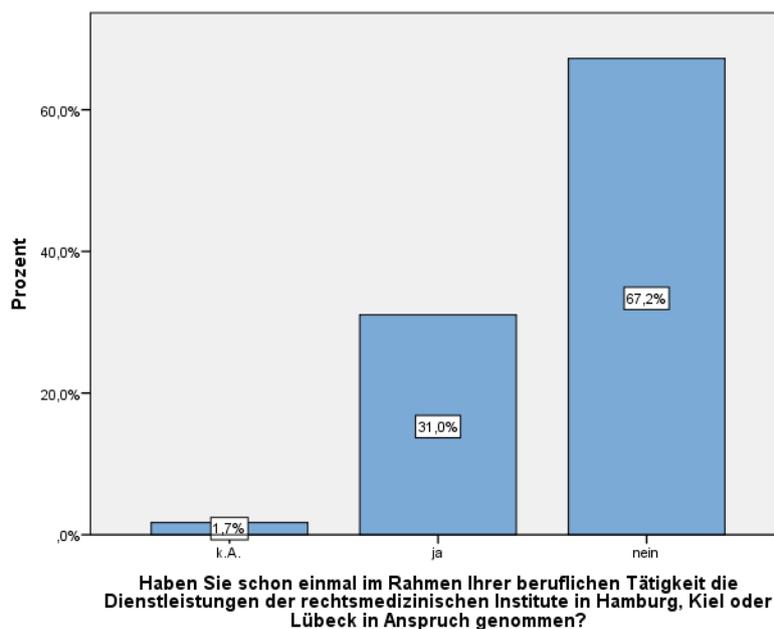


Abbildung 31: Inanspruchnahme von rechtsmedizinischen Dienstleistungen durch die Umfrageteilnehmer

Wenn schon einmal Dienstleistungen eines rechtsmedizinischen Institutes in Anspruch genommen worden waren, wurde 36 Mal das rechtsmedizinische Institut in Hamburg als Dienstleister angegeben, 2 Mal das rechtsmedizinische Institut in Lübeck und keinmal das rechtsmedizinische Institut in Kiel.

#### 4.2.6.3 Fortbildungswunsch der Umfrageteilnehmer

Etwa 98,3% der Umfrageteilnehmer gaben an, dass sie an einer Fortbildung zum Thema „Erkennen von Gewalt“ durch die Rechtsmedizin interessiert seien. Keiner der Umfrageteilnehmer verneinte diese Frage. 1,7% der Umfrageteilnehmer machten zu dieser Frage keine Angabe. Es waren im Fragebogen verschiedene mögliche rechtsmedizinische Fortbildungsthemen zur Auswahl gestellt worden. Dabei zeigte sich für die Themen, die Kinder involvierten, das größte Interesse. Etwa 87,9% der Umfrageteilnehmer würde eine Fortbildung zum Thema „Körperliche Befunde bei Kindern“ bzw. „Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Kindesmisshandlung/Vernachlässigung“ interessieren. Mit etwa 81,9% am zweithäufigsten wurden die Themen „Körperliche Befunde bei Pflegebedürftigen“ sowie „Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Gewalt gegen Pflegebedürftige“ genannt, gefolgt von „Körperliche Befunde bei Erwachsenen“ (81,0%) und „Empfehlungen zur Vorgehensweise bei häuslicher Gewalt“. Ca. 76,7% der Umfrageteilnehmer interessieren sich für eine Fortbildung zum Thema „Allgemeine Hinweise auf Gewalt“, etwa 52,6% der Umfrageteilnehmer interessieren sich für eine Fortbildung zum Thema „Aktivitäten der Rechtsmedizin im Kreis Pinneberg“.

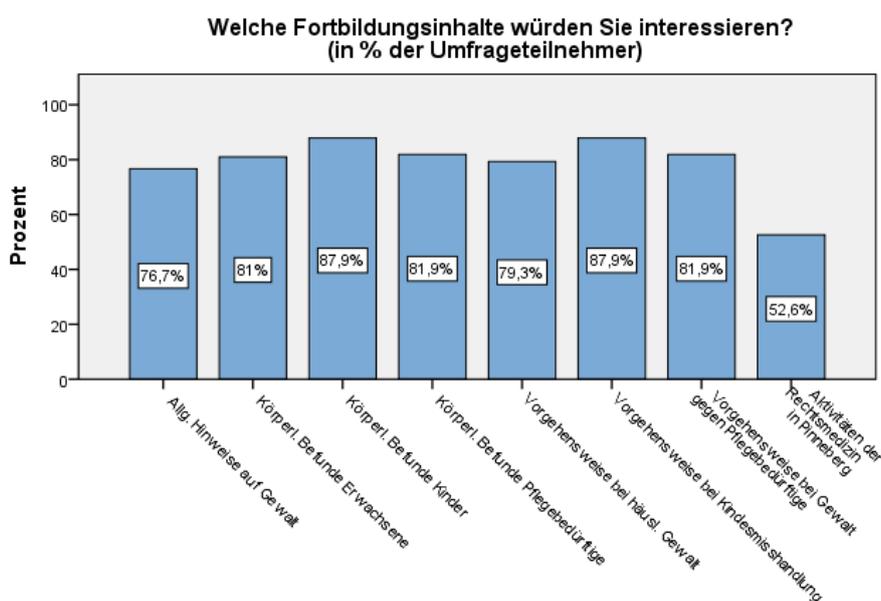


Abbildung 32: Interesse der Umfrageteilnehmer an verschiedenen Fortbildungsinhalten

## 5. Diskussion

### *5.1 Rechtsmedizinische Versorgungssituation im Kreis Pinneberg*

Für die Einschätzung, ob sich die rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg durch die Gründung der regionalen Untersuchungsstellen verbessert hat, wurden die Ergebnisse dieser Untersuchung mit denen der vorangegangenen Dissertation „Erhebung eines Ist-Zustandes der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nordwestlich von Hamburg“ (von dem Berge 2012) sowie mit weiterer Literatur verglichen.

#### **5.1.1. Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen**

Deutschlandweit verzeichnen die rechtsmedizinischen Ambulanzen steigende Zahlen in Bezug auf die Untersuchung von Gewaltopfern (Banaschak et al. 2011). Auch in der Gewaltopferambulanz des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg stiegen die Untersuchungszahlen seit Gründung der Ambulanz im Jahr 1998 stetig an und pendelten sich ab 2003 auf einem Niveau von gut 1000 Untersuchungen pro Jahr ein (Seifert et al. 2004). Die gleiche Entwicklung konnte von dem Berge 2012 für die Auftragszahlen für rechtsmedizinische Dienstleistungen des IfR Hamburg aus dem Kreis Pinneberg zeigen. Dort steigerten sich die Zahlen niedrigschwelliger und ermittelungsbehördlicher Aufträge von 12 Aufträgen im Jahr 2000 auf 44 Aufträge im Jahr 2009 (von dem Berge 2012). Vergleicht man diese Auftragszahlen mit den offiziell in den polizeilichen Statistiken dokumentierten Gewalttaten, erscheinen die Auftragszahlen allerdings verschwindend klein: So wurden im Jahr 2009 im Kreis Pinneberg allein 2208 Körperverletzungsdelikte registriert (Polizeidirektion Bad Segeberg 2009). In den Zahlen der Polizeidirektion Bad Segeberg fand das Dunkelfeld der Gewalt noch gar keine Berücksichtigung. Es lässt sich daher feststellen, dass nur ein sehr geringer Anteil der Gewaltopfer im Kreis Pinneberg rechtsmedizinisch untersucht wurde.

Aufgrund bestehender Defizite in der gerichtssicheren ärztlichen Dokumentation von Verletzungen im medizinischen Alltag (vgl. 1.10.2) ist zu vermuten, dass auch durch behandelnde Ärzte im stationären und ambulanten Bereich die meisten Gewaltopfer keine gerichtsverwertbare Dokumentation ihrer Verletzungen erhielten.

Um diese bisher unzureichende rechtsmedizinische Versorgungssituation von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg zu verbessern, etablierte das Institut für Rechtsmedizin entsprechend eines niedrigschwelligen Versorgungsangebotes regionale Untersuchungsstellen.

Nach Gründung der regionalen Untersuchungsstellen in Pinneberg und Elmshorn im Jahr 2010 konnte eine beträchtliche Steigerung der gesamten – d.h. niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen – Auftragszahlen aus dem Kreis Pinneberg verzeichnet werden, nämlich auf 106 Aufträge im Jahr 2014 im Vergleich zu 44 Aufträgen im Jahr 2009 (von dem Berge 2012) bzw. 70 Aufträgen im ersten Projektjahr 2010 (vergl. 4.1.1). Im Untersuchungszeitraum der gegenständlichen Arbeit zwischen 2010 und 2014 gingen in einem 5-Jahres-Zeitraum zudem mit insgesamt 375 Aufträgen für rechtsmedizinische Dienstleistungen (niedrigschwellig und ermittlungsbehördlich) fast doppelt so viele Aufträge ein, wie im 10-Jahreszeitraum zwischen 2000 und 2009, in dem insgesamt 191 Aufträge (niedrigschwellig und ermittlungsbehördlich) an das IfR in Hamburg erteilt wurden. Diese Entwicklung ist nicht mit einem Anstieg der Straftaten im Kreis Pinneberg zu erklären, da diese im genannten Zeitraum keine großen Änderungen erfuhren bzw. tendenziell eher rückläufig waren (Polizeidirektion Bad Segeberg 2009, 2014). Diese Ergebnisse zeigen daher, dass das Untersuchungsangebot des IfR in Hamburg insbesondere nach Gründung der regionalen Untersuchungsstellen im Kreis Pinneberg immer mehr Beachtung findet und genutzt wird.

Im Zeitraum zwischen 2000 und 2009 erteilten die Ermittlungsbehörden mit einem Anteil von 91% (n=174) die überwiegende Zahl der Aufträge an das IfR. Lediglich 9% (n=17) der Aufträge waren niedrigschwellig erteilt worden (von dem Berge 2012). Der Anstieg der Auftragszahlen aus dem Kreis Pinneberg in diesem Zeitraum basierte somit hauptsächlich auf dem Anstieg der ermittlungsbehördlichen Anfragen. Im Untersuchungszeitraum der gegenständlichen Arbeit änderte sich dieses Bild grundlegend. Während die Auftragszahlen der Ermittlungsbehörden auf einem ähnlichen Niveau blieben, konnte eine ausgeprägte Steigerung der niedrigschwelligen Aufträge verzeichnet werden. Schon innerhalb des ersten Projektjahrs der regionalen Untersuchungsstellen im Kreis Pinneberg wurden 32 niedrigschwellige Aufträge erteilt, fast doppelt so viele wie zuvor in einem 10-Jahres-Zeitraum (n=17) (von dem Berge 2012). Im folgenden Jahr konnte nochmal ein Rückgang der niedrigschwelligen Aufträge beobachtet werden, der sich dadurch erklären lässt, dass die bei der Durchführung des Modellprojekts federführende Rechtsmedizinerin aufgrund von Elternzeit vorübergehend nicht im IfR tätig war. Ab 2012 stiegen die niedrigschwelligen Auftragszahlen bis 2014 kräftig an, im Vergleich zum ersten Projektjahr hatten sich diese im Jahr 2014 mehr als verdoppelt. Dabei steigerten sich die niedrigschwelligen Untersuchungsaufträge um etwa 41,4% und die niedrigschwelligen telefonischen Beratungen sogar um das 6,3-fache. Im Jahr 2014 gab es erstmalig mehr niedrigschwellige als ermittlungsbehördliche Aufträge, 64,2% der eingehenden Aufträge (n=68) waren niedrigschwellig. In der Hamburger Gewaltopferambulanz beträgt

der Anteil niedrighschwelliger Aufträge dagegen nur etwa ein Drittel (Seifert et al. 2007). Der relativ hohe Anteil niedrighschwelliger Aufträge im Kreis Pinneberg lässt sich durch das regionale und niedrighschwellige Konzept des rechtsmedizinischen Untersuchungsangebotes in Pinneberg erklären, das vor allem durch Gewaltopfer genutzt wird, die zunächst nicht die Ermittlungsbehörden hinzuziehen möchten. Zudem ist die Zusammenarbeit des IfR mit den Ermittlungsbehörden im Kreis Pinneberg noch nicht so lange etabliert wie in Hamburg. Daher wäre abzuwarten, ob nach längerer Etablierung der Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden die ermittlungsbehördlichen Aufträge aus dem Kreis Pinneberg auf ein ähnliches Niveau wie in Hamburg ansteigen.

Insgesamt bestätigte sich die Arbeitshypothese, dass im Untersuchungszeitraum zum einen die jährlichen Auftragszahlen (niedrighschwellig und ermittlungsbehördlich) für rechtsmedizinische Dienstleistungen im Kreis Pinneberg zunahmen, und zudem, dass nach Etablierung der regionalen Untersuchungsstellen insbesondere die niedrighschwelligen Aufträge - sowohl Untersuchungen als auch telefonische Beratungen – anstiegen, während die ermittlungsbehördlichen Aufträge keine Änderung erfuhren.

Dies kann ermutigend auf andere rechtsmedizinische Institute wirken, da gezeigt werden konnte, dass bei Unterbreitung eines niedrighschwelligen Untersuchungs- und Beratungsangebotes dieses auch angenommen und genutzt wird. Angesichts der seit 2010 bei einem im Verhältnis zu den Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik auf einem niedrigen Niveau von 25 bis 30 Aufträgen pro Jahr stagnierenden ermittlungsbehördlichen Untersuchungsanfragen (vgl. PKS: etwa 2000 registrierte Körperverletzungsdelikte jährlich, ca. 27 Vergewaltigungen und mehr als 30 registrierte Fälle von sexuellem Missbrauch pro Jahr (Polizeidirektion Bad Segeberg 2011, 2012, 2013, 2014) ) stellt sich die Frage, wie die Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden, z.B. der Polizei, verbessert werden kann, damit auch durch die Ermittlungsbehörden mehr Gewaltopfer einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation zugeführt werden. Hier könnte man sich für die Zukunft an der Vorgehensweise der Hamburger Gewaltopferambulanz orientieren, die bereits seit langer Zeit eine enge Zusammenarbeit mit der Polizei in der Gewaltopferversorgung pflegt. Dabei ist es essentiell, den ermittlungsbehördlichen Nutzen einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation zu vermitteln sowie die Finanzierung derartiger Untersuchungsaufträge zu klären.

### 5.1.2 Auftraggeberstruktur

Anhand der Auftraggeberstruktur lassen sich Schlüsse darüber ziehen, in welchen Kreisen das Angebot der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung zunächst einmal bekannt ist und dann auch genutzt wird. Seit jeher sind es vor allem die Ermittlungsbehörden, die rechtsmedizinische Dienstleistungen beauftragen. So wurden in der Gewaltopferambulanz in Hamburg im ersten Projektjahr 2003 ca. 46% der Aufträge durch Polizeidienststellen und ca. 19% der Aufträge durch das Landeskriminalamt erteilt. Allerdings wurden auch etwa 27% der Aufträge durch Privatpersonen erteilt (Seifert et al. 2007).

Betrachtet man die Auftraggeberstruktur im Kreis Pinneberg zwischen 2000 und 2009, wurden sogar 91% der Aufträge durch die (Kriminal-)Polizei in Pinneberg oder Elmshorn erteilt. Dagegen wandte sich in 10 Jahren keine einzige Privatperson für eine Untersuchung oder Beratung an das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg. Es lässt sich vermuten, dass das Untersuchungs- und Beratungsangebot des IfR in Hamburg Privatpersonen im Kreis Pinneberg einerseits nicht bekannt war und andererseits als zu hochschwellig eingeschätzt wurde, etwa aus räumlichen Gründen. Erfahrungen aus der Gewaltopferambulanz in Hamburg zeigen, dass es selbst für Personen, die innerhalb der Stadt leben, eine Hürde darstellen kann, aus dem Alltag heraus die Untersuchungsstelle am IfR aufzusuchen (Seifert et al. 2007). Für Personen aus Pinneberg ist diese Hürde durch den zusätzlichen Anfahrtsweg als noch größer einzuschätzen. Im 10-Jahreszeitraum zwischen 2000 und 2009 gab es im Kreis Pinneberg niedrigschwellige Auftraggeber, die allerdings jeweils durchschnittlich nur maximal einen Auftrag pro Jahr an das IfR richteten. So nutzte das Jugendamt aus dem Kreis Pinneberg in 10 Jahren 9 Mal das Untersuchungs- und Beratungsangebot, Frauenhäuser vermittelten das Angebot 5 Mal, das Regioklinikum Pinneberg wandte sich 2 Mal und Wendepunkt e.V. 1 Mal an das IfR für Beratung oder Untersuchung (von dem Berge 2012).

Einerseits kann man es als erfreulich ansehen, dass unterschiedliche Akteure über das Untersuchungs- und Beratungsangebot informiert waren. Auf der anderen Seite scheint es in diesem Zeitraum Hürden gegeben zu haben, sodass das rechtsmedizinische Untersuchungs- und Beratungsangebot durch die verschiedenen niedrigschwelligen Akteure nicht häufiger genutzt wurde. Dies ist gerade in Bezug auf Fälle von häuslicher Gewalt problematisch. Nationale und internationale Studien haben nämlich gezeigt, dass Gewaltopfer in der Mehrheit der Fälle eher niedrigschwellige Hilfsangebote als den direkten Kontakt zu den Ermittlungsbehörden suchen. Eine repräsentative Studie des BMFSFJ aus dem Jahr 2004 über Gewalt gegen Frauen zeigte etwa, dass durch Gewalt betroffene Frauen mehrheitlich den Kontakt zu Ärzten suchten, statt die Ermittlungsbehörden einzuschalten (Müller und Schröttle 2004). Studien des

British Crime Survey und der WHO kamen zu dem Ergebnis, dass von Gewalt betroffene Frauen nur in etwa 20% der Fälle die Polizei mit einbezogen (Walby und Allen 2004; WHO 2002a). Daher setzte es sich das IfR in Hamburg ab 2010 zum Ziel, abgesehen von den Ermittlungsbehörden auch Privatpersonen und die Einrichtungen vermehrt zu erreichen, die im Kreis Pinneberg mit Opfern von Gewalt in Kontakt kommen (z.B. stationär und ambulant arbeitende Ärzte, Frauenhäuser, Kinderschutzhäuser, Jugendamt).

Betrachtet man die Entwicklung der Auftraggeberstruktur nach Gründung der regionalen Untersuchungsstellen im Kreis Pinneberg so zeigen sich konstant die (Kriminal-)Polizei in Pinneberg (83 Aufträge für rechtsmedizinische Untersuchungen und 19 tel. Beratungen zwischen 2010 und 2014) und Elmshorn (50 Aufträge für rechtsmedizinische Untersuchungen und 4 tel. Beratungen zwischen 2010 und 2014) als wichtige Auftraggeber. Daneben haben sich allerdings niedrighschwellige Auftraggeber zahlenmäßig ebenbürtig etabliert: Erstmals wurden Aufträge aus dem Kreis Pinneberg durch Privatpersonen erteilt. Diese privaten Aufträge stiegen ab 2012 deutlich an und erreichten eine Gesamtzahl von 92 Untersuchungen und 30 telefonischen Beratungen in 5 Jahren. Damit sind Privatpersonen seit der Gründung der regionalen Untersuchungsstellen im Jahr 2010 die häufigsten niedrighschwelligsten Auftraggeber. Die Auswertung des ersten Projektjahres der Gewaltopferambulanz in Hamburg zeigte ebenfalls die Privatpersonen als häufigste niedrighschwellige Auftraggeber für Untersuchungen (Seifert et al. 2007).

Für die Tatsache, dass das rechtsmedizinische Angebot der regionalen Untersuchungsstellen durch Privatpersonen derartig genutzt wurde, sind verschiedene Gründe denkbar. Zum einen ist zu vermuten, dass durch das räumlich dichtere Untersuchungsangebot vor Ort die Schwelle der Gewaltopfer zur Nutzung des Angebotes erheblich gesenkt wurde. Zum anderen wurde durch das IfR vermehrte Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung des rechtsmedizinischen Versorgungsangebots für Gewaltopfer betrieben, so erschienen etwa mehrere Artikel zum Angebot der Untersuchungsstellen in regionalen Zeitungen. Außerdem wurden Gewaltopfer dank der aktiv angestrebten Vernetzung des IfR mit bestehenden Opferhilfseinrichtungen im Kreis Pinneberg (z.B. Frauenhäuser, Kinderschutzhäuser etc.) in diesen Hilfseinrichtungen vermehrt auf das Untersuchungs- und Beratungsangebot hingewiesen. Die Hilfseinrichtungen vermittelten im Anschluss häufig den Kontakt zum IfR.

Der schon zuvor bestehende niedrighschwellige Auftraggeber, das Jugendamt im Kreis Pinneberg, erteilte im 5-Jahreszeitraum mehr als 3 Mal so viele Aufträge an das IfR wie in den 10 Jahren zuvor, nämlich insgesamt 33 Untersuchungsaufträge und 5 Aufträge für telefonische Beratungen. Dieser Anstieg ist auf die Bestrebungen nach einer Zusammenarbeit durch die

projektführende Mitarbeiterin des IfR zurückzuführen, die den Kontakt zum Jugendamt suchte und über das Untersuchungs- und Beratungsangebot informierte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich nach Gründung der regionalen Untersuchungsstellen das Spektrum der Auftraggeber im niedrigschwelligen Bereich durch den neuen Aspekt der Untersuchungsaufträge durch Privatpersonen erweiterte. Daher lässt sich die diesbezüglich aufgestellte Arbeitshypothese bestätigen.

Nicht immer wandten sich Gewaltopfer direkt an das IfR zur Vereinbarung einer rechtsmedizinischen Untersuchung, sondern eine Hilfseinrichtung vermittelte für die von Gewalt betroffene Person den Kontakt zum IfR. Bei der Analyse der Struktur der Vermittler - der Institutionen, die im Auftrag von Betroffenen für die Vereinbarung einer Untersuchung oder Beratung den Kontakt zum IfR herstellten - bestätigte sich die Arbeitshypothese, dass sich das Spektrum der niedrigschwelligen Vermittler im Untersuchungszeitraum vergrößerte. Verschiedene Opferhilfseinrichtungen und öffentliche Träger fungierten zwischen 2010 und 2014 erstmals als Vermittler für rechtsmedizinische Gewaltopferhilfe, u.a. das Kinderschutzhaus Elmshorn, der „Weiße Ring“, KITAs und Schulen. Die schon zuvor vermittelnden Einrichtungen „Wendepunkt e.V.“ und das Klinikum Pinneberg wurden in ihrer Vermittlerrolle deutlich aktiver, so vermittelte „Wendepunkt e.V.“ im 5-Jahreszeitraum 18 Untersuchungsaufträge (im Vergleich zu einem Auftrag in den 10 Jahren zuvor) sowie das Klinikum Pinneberg 15 Untersuchungsaufträge (im Vergleich zu zwei Aufträgen in den 10 Jahren zuvor). Auch die Zahl der vermittelten Aufträge durch die Frauenhäuser stieg von zuvor 5 Aufträgen in 10 Jahren auf 41 Aufträge in 5 Jahren um ein Vielfaches. Diese Erweiterung des Vermittlerspektrums und die vermehrte Aktivität der bestehenden vermittelnden Institutionen sind auf die intensive Netzwerkarbeit zurückzuführen, die durch die projektverantwortliche Mitarbeiterin des IfR im Untersuchungszeitraum geleistet wurde, und die auch in der Literatur für eine umfassende Gewaltopferversorgung gefordert wird (European Women's Health Network 2000; Graß und Rothschild 2004; Hagemann-White und Bohne 2003). So wurde im Kreis Pinneberg in verschiedenen Einrichtungen und den Krankenhäusern in Pinneberg und Elmshorn mit Flyern und Vorträgen auf das Untersuchungs- und Beratungsangebot für Gewaltopfer durch das IfR in Hamburg hingewiesen. Es wurde der Kontakt zu den Frauenhäusern und anderen Opferhilfseinrichtungen geknüpft, das IfR integrierte sich in das bestehende schleswig-holsteinische Interventionsprojekt „KIK“ gegen häusliche Gewalt und erreichte dort viele Institutionen, die mit Gewaltopfern zu tun haben, auf einmal. Wie wichtig die Rolle der Vermittler für die rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung ist, zeigt sich daran, dass nur etwa

14% der untersuchten Privatpersonen sich direkt beim IfR zur Anmeldung einer Untersuchung meldeten. Die restlichen 86% hatten sich an andere Institutionen gewandt, die für sie den Kontakt zum IfR herstellten. Daher bleibt auch in Zukunft die enge Zusammenarbeit der Klinischen Rechtsmedizin mit den regionalen Hilfsnetzwerken eine wichtige Aufgabe, um möglichst viele Gewaltopfer einer gerichtssicheren Verletzungsdokumentation bzw. rechtsmedizinischer Beratung zuzuführen.

Anders als in Pinneberg erfolgt in der Hamburger Gewaltambulanz die Kontaktaufnahme zum IfR überwiegend direkt durch die von Gewalt Betroffenen (Seifert et al. 2004). Dieser Unterschied in der Häufigkeit der direkten Kontaktaufnahme durch die Gewaltopfer legt nahe, dass das rechtsmedizinische Untersuchungs- und Beratungsangebot bei Privatpersonen in Pinneberg, den potentiell von Gewalt Betroffenen, anders als bei Privatpersonen in Hamburg noch nicht hinreichend bekannt ist. Daher sollte angestrebt werden, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gezielt mehr Privatpersonen zu erreichen und zu informieren.

Zwischen 2010 und 2014 wurden erstmalig insgesamt 4 Aufträge durch weitere medizinische Einrichtungen abgesehen vom Klinikum Pinneberg (Krankenhaus Elmshorn, ambulanter Arzt im Kreis Pinneberg) vermittelt. Die Rolle des medizinischen Personals als Vermittler ist im Kreis Pinneberg allerdings sicherlich noch ausbaufähig. Es ist bekannt, dass medizinischem Personal als häufig erste Anlaufstelle für Gewaltopfer eine Schlüsselrolle bei der Vermittlung von Hilfsangeboten zukommt (Hagemann-White und Bohne 2003; Müller und Schröttle 2004). Durch das Krankenhaus in Elmshorn sowie durch die niedergelassenen Ärzte im Kreis Pinneberg wird das rechtsmedizinische Angebot für Gewaltopfer bisher allerdings noch gar nicht oder nur sehr spärlich vermittelt. Um in diesem Bereich eine Verbesserung des Versorgungsangebotes für Gewaltopfer zu erreichen, müsste zum einen überprüft werden, ob das medizinische Personal in Bezug auf das Erkennen von Gewalt ausreichend sensibilisiert und im Umgang mit Gewaltopfern geschult ist. Bei erkennbaren Defiziten diesbezüglich könnten systematischen Fortbildungen hilfreich sein. Der Nutzen derartiger Maßnahmen zeigte sich anschaulich in einem deutschen Modellprojekt unter niedergelassenen Ärzten. Dort konnte durch verschiedene Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen die Wahrnehmung und Ansprache gewaltbetroffener Frauen, denen Gewalt akut oder in der Vergangenheit widerfahren war, in der Praxis deutlich gesteigert werden (Graß et al. 2013).

Zum anderen ist es wichtig, den Kontakt zwischen den medizinischen Einrichtungen im Kreis Pinneberg und dem IfR zu bahnen. Dabei könnten Informationsveranstaltungen wirkungsvoll sein, in denen dem medizinischen Personal das Untersuchungs- und Beratungsangebot des IfR vorgestellt wird. Gleichzeitig könnten konkrete Absprachen für eine Zusammenarbeit getrof-

fen werden. Dass diese Maßnahmen eine Wirkung haben können, zeigte sich in der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Pinneberg, welches ein aktiver Kooperationspartner des IfR in der Gewaltopferversorgung geworden ist.

### 5.1.3 Altersstruktur

Um die Ergebnisse dieser Arbeit mit den Ergebnissen der vorangegangenen Dissertation (von dem Berge, 2012) vergleichen zu können, wurde bei der Analyse der Altersstruktur nicht zwischen niedrigschwelligen und ermittlungsbehördlichen Untersuchungen differenziert.

Im Untersuchungszeitraum wurden hauptsächlich jüngere Menschen rechtsmedizinisch untersucht, nur etwa 18% der Untersuchten (n=49) waren älter als 40 Jahre alt. Dabei wurde aufgrund der niedrigen Fallzahl von Beschuldigtenuntersuchungen (n=8 in fünf Jahren) nicht zwischen Untersuchungen von Beschuldigten und Geschädigten unterschieden. Dies Ergebnis deckt sich mit den Resultaten der Untersuchungen zwischen 2000 und 2009. In diesem Zeitraum war der Anteil der untersuchten Geschädigten, die älter als 40 Jahre alt waren, mit 19% ebenfalls in der Minderheit (von dem Berge 2012). Auch aus den Ergebnissen des ersten Projektjahres der Gewaltopferambulanz in Hamburg geht hervor, dass überwiegend junge Erwachsene untersucht wurden, und die Untersuchungszahlen von Personen ab 40 Jahren deutlich abfielen (Seifert et al. 2004). Diese Altersstruktur der Gewaltopferuntersuchungen spiegelt tendenziell auch die polizeilichen Statistiken und damit das offizielle Viktimisierungsrisiko wider. So waren im Jahr 2014 bundesweit nur 28,5% der Personen, die Körperverletzung erlitten hatten, 40 Jahre oder älter. Dasselbe galt für 16,4% der Personen, die eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung erlitten hatten. Die Viktimisierungsrate sank ab einem Alter von 40 Jahren jeweils mit zunehmendem Alter (Bundeskriminalamt 2014). Eine in Großbritannien durchgeführte Umfrage kam zu ähnlichen Ergebnissen bzgl. des Risikos in verschiedenen Altersgruppen, Gewalt zu erfahren. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sei die Prävalenz von Gewalterfahrungen in der Gruppe der unter 25-Jährigen am höchsten (Walby und Allen 2004).

Alte Menschen wurden im Kreis Pinneberg zwischen 2010 und 2014 nur selten untersucht. Im niedrigschwelligen Bereich war die älteste untersuchte Person lediglich 53 Jahre alt. Im ermittlungsbehördlichen Bereich war die älteste untersuchte Person zwar 96 Jahre alt. Dies stellte aber ebenfalls eine Ausnahme dar, das Durchschnittsalter der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen lag bei etwa 30 Jahren, nur 7% der Untersuchten war älter als 60 Jahre alt. Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass alte Menschen tatsächlich seltener Opfer offensichtlicher Formen von Gewalt werden. Dies spiegelt sich in niedrigen Viktimisierungsraten

raten der PKS (vgl. (Bundeskriminalamt 2014) sowie der rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen in Pinneberg und Hamburg wider. Andererseits gehen zahlreiche Studien von einer beträchtlichen Dunkelziffer gerade in Bezug auf Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen aus (vergl. 1.7,(Görgen et al. 2009; Graß et al. 2007; Gröning und Lietzau 2009; WHO 2002a). Als Risikofaktoren für Gewalt gegen Pflegebedürftige wurden u.a. mangelndes Fachwissen der Pflegenden sowie ökonomischer Druck und Unterbesetzung identifiziert (WHO 2002a). Angesichts einer alternden Bevölkerung in Deutschland wird sich die Belastung der Pflegesysteme und somit auch das Risiko für Gewalt gegen Pflegebedürftige tendenziell eher erhöhen. Umso wichtiger ist es, dieses Problem in der gesellschaftlichen Diskussion zu thematisieren und die Risikofaktoren von Gewalt gegen alte Menschen zu bekämpfen. Alten Menschen muss der Zugang zu einer umfassenden Gewaltopferversorgung erleichtert werden, Pflegedienste und Wohneinrichtungen für alte Menschen sollten in die regionalen Netzwerke gegen Gewalt mit einbezogen werden. Im Kreis Pinneberg könnte das IfR verstärkt darauf aufmerksam machen, dass etwa auch bei pflegerischer Vernachlässigung eine rechtsmedizinische Untersuchung erfolgen kann und sinnvoll ist.

In Bezug auf Untersuchungen von alten und pflegebedürftigen Menschen existieren allerdings im Gegensatz zu Untersuchungen von Kindern bisher keine rechtlichen Grundlagen und Verfahrensabläufe. Gerade etwa bei pflegebedürftigen und dementen Menschen stellt sich die Frage, wer – analog zum Jugendamt bei betroffenen Kindern – die Aufgabe übernehmen könnte, bei Verdacht auf Gewalt und Vernachlässigung einzugreifen und z.B. eine rechtsmedizinische Untersuchung zu beauftragen. Es bedarf daher dringend bundesweiter gesetzlicher Regelungen zum Schutz alter und pflegebedürftiger Menschen vor Gewalt (Zenz 2007).

Erwähnenswert ist der mit 40,2% (n=53) recht große Anteil von Kinderuntersuchungen an den niedrighwelligen Untersuchungsaufträgen (vergl. 4.1.3). Dabei wurden Säuglinge (n=8) und Kinder unter 6 Jahren (n=29) mit zusammen ca. 70% der Kinderuntersuchungen am häufigsten untersucht. Analog zu diesen Ergebnissen wird in der Literatur beschrieben, dass Säuglinge und Kleinkinder im Verhältnis häufiger von körperlicher Gewalt betroffen sind als ältere Kinder (Jacobi 2008; WHO 2002a).

Zwischen 2010 und 2014 wurden 53 niedrighwellige Untersuchungen von Personen zwischen 0 und 13 Jahren durchgeführt, damit machten Untersuchungen von Kindern mit etwa 40% die größte Altersgruppe der niedrighwelligen Untersuchungen aus. Es wurden niedrighwellig beinahe 5-mal so viele Kinder untersucht, wie im Rahmen von ermittlungsbefehligen Aufträgen (n=11). Es stellt sich die Frage, warum sich bei der Zahl der Kinderun-

tersuchungen zwischen dem niedrigschwelligen und dem ermittlungsbehördlichen Bereich so große Unterschiede ergaben. Für niedrigschwellige Untersuchungsanfragen ist zum einen das Jugendamt ein wichtiger Auftraggeber. Viele weitere Kinderuntersuchungen wurden durch die Eltern in Auftrag gegeben, weil ein Elternteil dem Anderen Gewalt gegen das Kind vorwarf, und beide Elternteile eine unabhängige Einschätzung durch die Rechtsmedizin ohne primäre Involvierung der Polizei wünschten. Auch hier führte der Weg also nicht über die Ermittlungsbehörden. Auf der anderen Seite registrierte die PKS für den Kreis Pinneberg seit 2010 jährlich allein ca. 30 Fälle von sexuellem Missbrauch, die offiziell registrierten Zahlen von Kindesmisshandlung bzw. „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ gehen aus der PKS nicht gesondert hervor. Die relativ hohe Zahl registrierter Fälle von sexuellem Missbrauch (ca. 150 Fälle zwischen 2010 und 2014) steht in Kontrast zu den wenigen ermittlungsbehördlich beauftragten Kinderuntersuchungen (n=11 zwischen 2010 und 2014). Daher ist davon auszugehen, dass die Ermittlungsbehörden nur einen Bruchteil der offiziell als von Gewalt betroffen registrierten Kinder einer rechtsmedizinischen Untersuchung zuführten. Dies ist zum Teil dadurch zu erklären, dass sich eine strafrechtliche Verfolgung bei Gewalt gegen Kinder schwierig gestaltet, wenn kein Beschuldiger benannt werden kann, z.B. bei gegenseitiger Deckung der Elternteile. Die Polizei macht daher in derartigen Fällen eher eine Meldung an das Jugendamt als eine strafrechtliche Verfolgung anzustreben. Um mehr von Gewalt betroffene Kinder einer rechtsmedizinischen Beurteilung zuzuführen, ist daher insbesondere ein Ausbau der Zusammenarbeit des IfR mit dem Jugendamt im Kreis Pinneberg wichtig. Zudem wäre in einer Befragung der Polizei im Kreis zu klären, ob es weitere Gründe dafür gibt, dass bei Gewalt gegen Kinder in der Vergangenheit nur relativ selten das IfR miteinbezogen wurde.

### **5.1.4 Geschlechterstruktur**

Sowohl im Rahmen der niedrigschwelligen als auch der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen wurden zwischen 2010 und 2014 mehr Frauen als Männer untersucht. Bei den niedrigschwelligen Untersuchungen, die sich alle auf Geschädigte bezogen, lag der Anteil der Frauen bei ca. 73% (n=96), 27% (n=36) der Untersuchungen bezogen sich auf Männer. Bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen konnte zwischen Beschuldigten- und Geschädigten-Untersuchung differenziert werden. Während sich bei den Geschädigten-Untersuchungen ein ähnliches Bild wie im niedrigschwelligen Bereich zeigte, nämlich mit einem Anteil untersuchter Frauen von ca. 69% (n=93), bezogen sich alle 8 Beschuldigten-Untersuchungen auf Männer. Diese 8 Beschuldigten-Untersuchungen bezogen sich größten-

teils auf Sexualdelikte und Fälle von gefährlicher oder schwerer Körperverletzung. Laut bundesweiter PKS sind bei Fällen von gefährlicher oder schwerer Körperverletzung etwa 84% der Tatverdächtigen männlich, bei Sexualdelikten sind sogar 98,8% der Tatverdächtigen männlich (Bundeskriminalamt 2013). Insofern lässt sich die Dominanz des männlichen Geschlechts bei den ermittlungsbehördlichen Beschuldigten-Untersuchungen – trotz geringer Fallzahl – mit den Zahlen der PKS vergleichen. In den Jahren zwischen 2000 und 2009 hatte sich eine sehr ähnliche Geschlechterverteilung gezeigt – im genannten Zeitraum waren 75% der untersuchten Geschädigten weiblich und alle Beschuldigten männlich (von dem Berge 2012).

Betrachtet man die Geschlechterverteilung in den Ergebnissen des ersten Projektjahres der Gewaltopferambulanz am IfR in Hamburg, sieht man ebenfalls einen Überhang weiblicher Patienten, wenn auch mit 61,6% etwas geringer ausgeprägt (Seifert et al. 2004; Seifert et al. 2007). Trotz unterschiedlicher Fallzahl können das Gewaltopferprojekt in Hamburg und das Projekt im Kreis Pinneberg wegen ihres ähnlichen Aufbaus und Angebotsspektrums als vergleichbar angesehen werden.

Zwischen 2010 und 2014 wurden in Bezug auf Gewalt in der Partnerschaft im Kreis Pinneberg 81 geschädigte Personen untersucht, damit hatten etwa 30% der Untersuchungen Gewalt in einer Partnerschaft zum Anlass. 95% der Opfer von Gewalt innerhalb der Partnerschaft waren weiblich. In der Hamburger Gewaltambulanz zeigten sich in der Auswertung des ersten Modellprojektjahres sehr ähnliche Ergebnisse diesbezüglich: 29,1% der Untersuchungen bezogen sich auf Partnerkonflikte, 92% der Opfer von Partnerkonflikten waren weiblich (Seifert et al. 2006a). Diese Ergebnisse spiegeln die öffentliche Wahrnehmung von Männern als Tätern und Frauen als Opfern von Gewalt in Partnerschaften wider. Hierbei muss aber kritisch angemerkt werden, dass die Untersuchungszahlen nur die Gewaltopfer abbilden, die sich Hilfe holen, nämlich das rechtsmedizinische Untersuchungsangebot wahrnehmen, und daher keinesfalls repräsentativ für die Geschlechterverteilung häuslicher Gewalt im Kreis Pinneberg sind. Männliche Opfer von Gewalt in Partnerschaften müssen besonders große Hürden überwinden, wenn sie Hilfsangebote bekommen wollen. So gibt es bisher beispielsweise keine Opferhilfeeinrichtung im Kreis Pinneberg, die sich an Männer als Opfer von Gewalt richtet. Zudem ist das Thema Gewalt gegen Männer in unserer Gesellschaft noch immer mit Tabus und Vorurteilen behaftet (Lamnek et al. 2012; Lenz 2006).

In Bezug auf die Geschlechterverteilung der Geschädigten- und Beschuldigten-Untersuchungen kann der Eindruck entstehen, dass die meisten Opfer von Gewalt weiblich wären und – nach den Ergebnissen zu urteilen – alle gewaltausübende Personen männlich.

Abgesehen von den Sexualdelikten, die überwiegend von Männern an Frauen verübt werden (Bundeskriminalamt 2014), sind beispielsweise bei den bundesweit registrierten Körperverletzungsdelikten aber tatsächlich etwa zwei Drittel der Opfer männlich und immerhin ca. 20% der Täter weiblich (Bundeskriminalamt 2014). Da die Problematik von Gewalt gegenüber Frauen schon seit längerer Zeit im gesellschaftlichen Bewusstsein angekommen ist, existieren zum Ausmaß der Gewalt gegen Frauen – insbesondere bzgl. Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften - zahlreiche nationale und internationale Studien. Die Ergebnisse der in Deutschland zu diesem Thema durchgeführten repräsentativen Studie legen nahe, dass etwa jede vierte Frau mindestens einmal in ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalt durch den Partner erlebt habe (Müller und Schröttle 2004). Weitere Studien aus Deutschland, Großbritannien sowie eine EU-weite Studie kamen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. 1.4). Bezüglich Gewalt gegen Männer besteht keine derartig breite Datenlage. Erste Pilotstudien legen aber nahe, dass Männer deutlich häufiger als bisher in der Gesellschaft wahrgenommen Opfer von Gewalt auch innerhalb von Partnerschaften werden (BMFSFJ 2004; Dobash et al. 1992; Lamnek et al. 2012; Sogn et al. 2006; Straus 1999, 2006). Allerdings fehlt noch immer in großen Teilen von Politik und Gesellschaft das Bewusstsein für diese Problematik. Das spezifische Unterstützungsangebot für Männer als Opfer von Gewalt in Deutschland ist mangelhaft und die fehlende Schulung der Mitarbeiter der Polizei und Justiz führt zusätzlich zu einer unvollständigen Erfassung des Problems (Lenz 2006). Für eine genaue Erfassung von Form und Umfang dieser Gewalt müssten repräsentative Studien zu diesem Thema durchgeführt werden. Dabei gilt es zu vermeiden, mit der Problematisierung von Gewalt gegen Männer das Problem der Gewalt gegen Frauen zu schmälern oder anders herum in der Kontroverse über Gewalt gegen Frauen das Thema Gewalt gegen Männer zu bagatellisieren. Vielmehr müssen beide Themen in der gesellschaftliche Diskussion nebeneinander Raum finden (Lamnek et al. 2012; Lenz 2006).

In der Zukunft könnte im Rahmen von Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit verstärkt kommuniziert werden, dass sich das bestehende rechtsmedizinische Untersuchungsangebot im Kreis Pinneberg auch an von Gewalt betroffene Männer richtet. Dies könnte zu einer besseren Versorgung männlicher Gewaltopfer beitragen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im 5-jährigen Untersuchungszeitraum mehrheitlich weibliche Geschädigte untersucht wurden. Grundsätzlich gilt aber, dass weder die Ausübung noch die Erfahrung von Gewalt sich auf ein Geschlecht beschränkt (Lamnek et al. 2012).

### 5.1.5 Untersuchungsort

Zwischen 2010 und 2014 fand mit 71,4% (n=100) wie schon im 10-Jahreszeitraum zwischen 2000 und 2009 die Mehrheit der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen am UKE statt, davon 59 in der Zentralen Notaufnahme und 41 im Institut für Rechtsmedizin. Etwa zwei Drittel (n=66) dieser Untersuchungen erfolgten wegen des Verdachtes auf sexuelle Gewalt. Gerade in Bezug auf Sexualdelikte ist es unabdingbar, zeitnah Verletzungen zu dokumentieren, Spuren zu sichern und bei Infektionsgefahr z.B. mit HI-Viren entsprechende Prophylaxemaßnahmen zu ergreifen (Madea 2007). Am Hamburger Universitätsklinikum ist dies gewährleistet. Es gibt eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Rechtsmedizin, Zentraler Notaufnahme - hier insbesondere der frauenärztlichen und unfallchirurgischen Notambulanz - psychotraumatologischer Betreuung, Eil-Laboruntersuchungen und dem Institut für Infektionsmedizin (Püschel et al. 2006). Um die Belastungen für die Gewaltopfer zu reduzieren, sollten - wenn möglich - doppelte Untersuchungen vermieden werden. In der Fachliteratur wird empfohlen, die Opfer von Sexualdelikten gemeinsam durch jeweils einen Frauenarzt und einen Rechtsmediziner zu untersuchen (Yen 2013). Dieses Vorgehen ist am Hamburger Universitätsklinikum gut etabliert.

Aufgrund der guten interdisziplinären Versorgung werden ermittlungsbehördliche Untersuchungen insbesondere bei Verdacht auf sexuelle Gewalt überwiegend am UKE in Hamburg durchgeführt.

Die niedrighschwelligen Untersuchungen werden seit ihrer Gründung in der Mehrheit der Fälle (78% der Untersuchungen, n=103) vor Ort in den Untersuchungsstellen in Pinneberg und Elmshorn (seit 2014 auch in Itzehoe) durchgeführt. Dieses lokale Untersuchungsangebot ist ein wesentlicher Aspekt der durchs BMFSFJ geforderten Niedrighschwelligkeit des Hilfsangebots für Gewaltopfer (BMFSFJ 2007). Durch den geringen Anfahrtsweg und die vertraute Umgebung des Untersuchungsortes werden die zu überwindenden Hürden zur Inanspruchnahme einer rechtsmedizinischen Untersuchung für die Gewaltopfer möglichst gering gehalten.

Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes wurden niedrighschwellige Fälle von Sexualdelikten aufgrund des in Hamburg bestehenden interdisziplinären Versorgungsnetzwerks für Opfer sexueller Gewalt analog zu den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen am Universitätsklinikum in Hamburg untersucht. Seit 2013 wurde allerdings diesbezüglich eine Kooperation mit der gynäkologischen Abteilung des Klinikums in Pinneberg begonnen. Nach einer fachgerechten Schulung durch die Rechtsmedizin übernehmen die behandelnden Ärzte in der Abteilung seit nunmehr zwei Jahren bei Sexualdelikten die zeitnahe Spurensicherung und leiten

ggf. eine Infektionsprophylaxe ein. Die Rechtsmedizin in Hamburg bewahrt die Asservate auf, falls diese für spätere Ermittlungsverfahren benötigt werden. Diese Aktivität der Rechtsmedizin in Hamburg kann im Sinne der in der Literatur geforderten Multiplikator-Rolle der Rechtsmedizin zur Verbesserung der Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen verstanden werden (Graß und Rothschild 2004; Seifert 2007).

Wenn es sich aus praktischen Gründen ergab und eine zeitnahe Untersuchung gewünscht wurde, wurden Gewaltopfer auch in anderen Krankenhäusern, etwa wenn das Opfer dort noch stationär behandelt wurde, oder bei der (Kriminal-)Polizei im Kreis Pinneberg, etwa wenn Opfer oder Täter dort gerade vernommen wurde, untersucht. Diese Vorgehensweise findet sich regelhaft auch in anderen rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland und wird generell als sinnvoll erachtet (Gahr et al. 2012).

### 5.1.6 Deliktverteilung

Betrachtet man die Deliktverteilung der gesamten im Untersuchungszeitraum durchgeführten Untersuchungen (N=274), bezog sich mit etwa 42% die Mehrheit der Untersuchungen auf körperliche Gewalt gegen Erwachsene, gefolgt von Sexualdelikten (24%) und Gewalt gegen Kinder (23%). Veröffentlichte Daten zu diesem Thema aus vergleichbaren Projekten in anderen deutschen Städten fehlen. Vergleicht man die Ergebnisse mit der Deliktverteilung der Untersuchungen aus dem Kreis Pinneberg zwischen 2000 und 2009, so kann man sowohl Gemeinsamkeiten als auch Veränderungen erkennen. Der Anteil der Untersuchungen in Bezug auf Gewalt gegen Kinder blieb konstant bei 23%. Während der Anteil der Sexualdelikte von 47% auf 24% sank, stieg der Anteil von körperlicher Gewalt von 22% auf 42% (von dem Berge 2012). Bei der Analyse der Deliktverteilung in diesem Zeitraum wurde nicht zwischen ermittlungsbehördlich und niedrigschwellig beauftragten Untersuchungen differenziert. Im 10-Jahreszeitraum wurden überwiegend ermittlungsbehördlich beauftragte Untersuchungen durchgeführt (nur 10% niedrigschwelliger Anteil). Daher ist es sinnvoll, diese Ergebnisse gesondert mit den Daten der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen aus dem 5-Jahreszeitraum zwischen 2010 und 2014 zu vergleichen. Wie schon zuvor nutzten die Ermittlungsbehörden im 5-Jahreszeitraum das rechtsmedizinische Untersuchungsangebot zum größten Teil im Rahmen von Sexualdelikten (Anteil an den Untersuchungen von 44,4% (n=63)). Im Vergleich zum vorigen Zeitraum wurden durch die Ermittlungsbehörden allerdings mit einem Anteil von 31,1% (n=47) eher auch im Rahmen von Körperverletzung rechtsmedizinische Untersuchungen angefordert. Bei sich nicht grundlegend verändernder Kriminalitätsstruktur im Kreis Pinneberg (vergl. Polizeidirektion Bad Segeberg 2009, 2014) ist davon aus-

zugehen, dass im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit des IfR den Mitarbeitern der Ermittlungsbehörden der Nutzen rechtsmedizinischer Befunddokumentation auch bei „Nicht-Sexualdelikten“ verdeutlicht wurde und im Anschluss die Ermittlungsbehörde dieses Untersuchungsangebot auch bei einem größeren Spektrum von Delikten häufiger nutzte. In der PKS für den Kreis Pinneberg werden allerdings regelmäßig etwa 50-mal mehr Körperverletzungsdelikte als Sexualdelikte (hier: sex. Nötigung und Vergewaltigung) registriert. Daher stellt sich die Frage, warum noch immer die Untersuchungsaufträge im Rahmen von Sexualdelikten überwiegen. Dieser Frage könnte in Gesprächen bzgl. der Zusammenarbeit zwischen Polizei und Rechtsmedizin in der Gewaltopferversorgung im Kreis nachgegangen werden.

Im Vergleich zum 10-Jahreszeitraum sank bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen der Anteil der Delikte bzgl. Gewalt gegen Kinder von 23% auf 7% (beinhaltet sowohl Kindesmisshandlung/Vernachlässigung als auch sex. Missbrauch). Anhand der polizeilichen Kriminalstatistik ist eine solche Entwicklung, also ein Absinken der Zahlen von Gewalt gegen Kinder, nicht nachvollziehbar (vgl. Polizeidirektion Bad Segeberg 2009, 2014). Da in der Arbeit von dem Berges in Bezug auf die Deliktverteilung nicht zwischen niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Aufträgen differenziert wurde, ist anhand der Ergebnisse nicht ersichtlich, welchen Anteil die (wenigen) niedrigschwelligen Aufträge an den verschiedenen Delikten hatten. Daher ist zu vermuten, dass der relativ hohe Anteil von 23% von Untersuchungen bzgl. Gewalt gegen Kinder hauptsächlich auf niedrigschwelligen Aufträgen, etwa durch das Jugendamt, beruhte. Anhand einer erneuten Überprüfung der Rohdaten aus diesem Zeitraum könnte hierzu eine genauere Aussage getroffen werden.

Im Untersuchungszeitraum gab es hinsichtlich der Deliktverteilung bei niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen deutliche Unterschiede. So dominierten Sexualdelikte die ermittelungsbehördlichen Untersuchungen deutlich mit einem Anteil von 44,4%, bei den niedrigschwelligen Untersuchungen hatten Sexualdelikte dagegen gerade einmal einen Anteil von 2,3%.

Zum einen zeigt sich hier die Bereitschaft der Ermittlungsbehörden, bei Sexualdelikten das rechtsmedizinische Untersuchungsangebot zu nutzen. Zum anderen könnte der niedrige Anteil im niedrigschwelligen Bereich ein Indiz dafür sein, dass sich Betroffene, wenn sie sich zum Suchen von Hilfe entschieden haben, tatsächlich eher direkt an die Polizei als an andere Hilfseinrichtungen wenden. Studien aus Großbritannien und Deutschland schätzen allerdings tendenziell den Kontakt zur Polizei für Opfer sexueller Gewalt als sehr hochschwellig ein, nur 8-15% der Betroffenen würden diesen Schritt vollziehen (Müller und Schröttele 2004; Walby

und Allen 2004). Möglicherweise ist den von sexueller Gewalt Betroffenen im Kreis Pinneberg auch nicht hinreichend bekannt, dass eine zeitnahe Verletzungsdokumentation und Spurensicherung durch das IfR in Kooperation mit dem Krankenhaus Pinneberg möglich ist. Ebenfalls vorstellbar ist, dass sich die Mehrheit der Opfer von Sexualdelikten weder rechtsmedizinisch noch polizeilich sondern bei einem vertrauten Arzt, z.B. dem behandelnden Haus- oder Frauenarzt, vorstellt. Dieser Hypothese könnte in einer zukünftigen Befragung der niedergelassenen Ärzte im Kreis Pinneberg nachgegangen werden.

Zudem wäre für die Zukunft zu prüfen, in welcher Form den von sexueller Gewalt Betroffenen Informationen über Existenz und Nutzen des Untersuchungsangebots vermittelt werden könnten, und inwiefern niedrigschwellige Hilfsangebote wie das rechtsmedizinische Untersuchungsangebot den Betroffenen noch besser zugänglich gemacht werden könnten.

Während Fälle von Kindesmisshandlung mit 31,1% die zweithäufigste Deliktgruppe der niedrigschwelligen Untersuchungen darstellte, machten diese im ermittelungsbehördlichen Bereich nur 1,4% aus. Der niedrige Anteil der Fälle von Kindesmisshandlung im ermittelungsbehördlichen Bereich könnte dafür sprechen, dass die Ermittlungsbehörden bei dem Verdacht auf Kindesmisshandlung eher zögerlich Maßnahmen ergreifen bzw. in diesen Fällen das Jugendamt in der Verantwortung sehen, eine solche Untersuchung zu beauftragen. Eine Involvierung des Jugendamtes durch die Polizei ist tatsächlich auch sinnvoll und gewünscht, da eine strafrechtliche Verfolgung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung mit häufig nicht eindeutig benennbarem Beschuldigten problematisch und wenig zielführend sein kann (vgl. 5.1.3).

Im niedrigschwelligen Bereich hat sich tatsächlich das Jugendamt als Hauptauftraggeber in Bezug auf Untersuchungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung etabliert. Diese Entwicklung kann tendenziell als begrüßenswert angesehen werden, da in Fällen von Kindesmisshandlung heutzutage grundsätzlich versucht wird, weniger mit Bestrafung der Eltern (z.B. strafrechtliche Verfolgung), sondern vielmehr mit familienorientierten Problemlösungskonzepten zu arbeiten (Lamnek et al. 2012).

Ein weiterer Unterschied zwischen niedrigschwelligen und ermittelungsbehördlichen Untersuchungen zeigte sich in dem Verhältnis der Anteile von leichter gegenüber gefährlicher bzw. schwerer Körperverletzung. Während im niedrigschwelligen Bereich mit einem Anteil von 47% der Untersuchungen Fälle von leichter Körperverletzung dominierten und etwa 12 mal mehr Fälle von leichter als von gefährlicher bzw. schwerer Körperverletzung untersucht wurden, zeigte sich im ermittelungsbehördlichen Bereich ein umgekehrtes Bild. Hier bezogen sich 21% der Untersuchungen auf Fälle gefährlicher bzw. schwerer Körperverletzung, dies waren

beinahe doppelt so viele Fälle wie in Bezug auf leichte Körperverletzung. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass sich Opfer von Gewalt bei besonderer Schwere der Gewalteinwirkung und Verletzung tendenziell eher an die Polizei wenden als bei leichteren Verletzungen. Dieses Phänomen wurde in der deutschen Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen beschrieben (Müller und Schröttle 2004).

Insgesamt zeigte sich, dass niedrigschwellige und ermittlungsbehördliche Untersuchungen deutliche Unterschiede in der Deliktverteilung aufwiesen.

### **5.1.7 Täter-Opfer-Kontext**

Während die Tatverdächtigen bei den niedrigschwelligen Untersuchungen in etwa 86% der Fälle aus dem familiären Umfeld kamen (zur Definition verwandtschaftlicher Beziehung vgl. 3.1.2.2), war dies bei den ermittlungsbehördlichen Untersuchungen nur zu etwa einem Viertel der Fall. Betrachtet man die bundesweite Kriminalstatistik, ergeben sich mit den Ergebnissen der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen vergleichbare Verteilungen, nämlich für die beiden in diesem Zusammenhang relevanten Straftatbestände der Körperverletzung und der Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung jeweils ein Anteil verwandtschaftlicher Täter-Opfer-Beziehung von etwa 24% (Bundeskriminalamt 2014). Dieser verhältnismäßig geringe Anteil von Gewalt innerhalb der Familie im Bereich der offiziell registrierten Gewalttaten steht im Kontrast zu der von der Gewaltkommission der Bundesregierung geäußerten Einschätzung der Gewalt in der Familie als häufigster Gewaltform in unserer Gesellschaft. Dies untermauert den Verdacht einer beträchtlichen Dunkelziffer nicht registrierter Gewalttaten in Bezug auf familiäre Gewalt (Püschel et al. 2006). Der mit etwa 86% vergleichsweise hohe Anteil familiärer Täter-Opfer-Beziehungen an den niedrigschwelligen Untersuchungen lässt auf der anderen Seite vermuten, dass durch familiäre Gewalt Betroffene die Inanspruchnahme medizinischer Hilfsangebote wie das regionale rechtsmedizinische Untersuchungsangebot als deutlich niedrigschwelliger empfinden als den direkten Einbezug der Ermittlungsbehörden. Dieses Phänomen wurde in zahlreichen Studien beschrieben (Müller und Schröttle 2004; Walby und Allen 2004; WHO 2002a).

In der gegenständlichen Arbeit wurde die Täter-Opfer-Beziehung auch nach Delikten differenziert. Hier zeigte sich in Bezug auf Sexualdelikte sowohl im niedrigschwelligen als auch im ermittlungsbehördlichen Bereich ein Überwiegen der Täter von außerhalb des häuslich-familiären Umfeldes. Dieses Ergebnis findet sich auch in der bundesweiten PKS wieder, die bei Sexualdelikten den Anteil nicht-verwandter Täter mit ca. 65% beziffert (Bundeskriminalamt 2014). Diese Zahlen stehen allerdings im Kontrast zu der in Deutschland durchgeführten

repräsentativen Studie zu Gewalt gegen Frauen, nach der etwa 59% der Täter sexueller Gewalt aus dem häuslich-familiären Umfeld kommen (Müller und Schröttle 2004). Der Vergleich mit einer Studie, in der lediglich Frauen befragt wurden, kann als legitim erachtet werden, da nach heutigem Kenntnisstand sexuelle Gewalt hauptsächlich von Männern gegenüber Frauen verübt wird (BMFSFJ 2004; Lamnek et al. 2012). Die Diskrepanz zwischen repräsentativer Opferbefragung und offizieller Kriminalstatistik lässt vermuten, dass Sexualdelikte durch Täter aus dem häuslich-familiären Umfeld sowohl in den Kriminalstatistiken als auch in den hier analysierten rechtsmedizinischen Untersuchungen unterrepräsentiert sind. Ein Grund hierfür könnte sein, dass gerade sexueller Gewalt innerhalb einer Partnerschaft häufig sowohl durch Betroffene als auch im öffentlichen Bewusstsein noch immer ein geringerer „krimineller Wert“ beigemessen wird als sexuelle Gewalt durch Fremde. Immerhin wurde die Vergewaltigung innerhalb der Ehe in Deutschland erst 1997 unter Strafe gestellt (vergl. §177, StGB), „die sexuelle Verfügungsgewalt des Mannes über die Frau [sei] ein lange genossenes Privileg des männlichen Geschlechts [gewesen]“ (Lamnek et al. 2012). Angst vor der Gefährdung der Beziehung oder des familiären Friedens sind als weitere Gründe für die Diskrepanz zwischen repräsentativer Opferbefragung und offizieller Kriminalstatistik hinsichtlich des Anteils der Sexualdelikte aus dem häuslich-familiären Umfeld denkbar.

Betrachtet man den Anteil von Tätern aus dem häuslich-familiären Umfeld in Bezug auf Körperverletzungsdelikte, so zeigte sich im ermittelungsbehördlichen Bereich der Untersuchungen im Kreis Pinneberg ein mit der bundesweiten PKS vergleichbarer Wert von etwa 23,7% (n=9) (vergl. PKS 2014: 24,1%). Es ist daher zu vermuten, dass der Anteil verwandtschaftlicher Täter-Opfer-Beziehungen im Kreis Pinneberg bei den offiziell registrierten Körperverletzungsdelikten auch etwa in dieser Größenordnung liegt (die PKS des Kreises Pinneberg gibt hierüber keinen Aufschluss). Im niedrigschwelligen Untersuchungsbereich dagegen hatten die Täter aus dem häuslich-familiären Umfeld in Bezug auf Körperverletzungsdelikte einen im Vergleich überproportional großen Anteil von etwa 91% (n=61).

Es zeigte sich also, dass bei den niedrigschwelligen Untersuchungen im Rahmen von Körperverletzungsdelikten der Anteil verwandtschaftlicher Täter-Opfer-Beziehungen deutlich größer war als bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen. Es lässt sich vermuten, dass Betroffene, die körperliche Gewalt durch eine Person aus dem häuslich-familiären Umfeld erlitten hatten, tendenziell zunächst eher ein regionales niedrigschwelliges Untersuchungsangebot nutzten, als ermittelungsbehördliche Hilfe zu suchen (zur polizeilichen Anzeige nach niedrigschwelliger Untersuchung vergl. 5.1.12).

Dies unterstützt die These des BMFSFJ, dass durch Implementierung eines regionalen niedrigschwelligen Untersuchungsangebots insbesondere auf dem Gebiet der häuslichen Gewalt mehr Gewaltopfer erreicht werden und sich dadurch die Gewaltopferversorgung verbessert (BMFSFJ 2007).

Verschiedene Studien legen nahe, dass Frauen am häufigsten Gewalt durch den (Ex-)Partner erleiden, während Männer am häufigsten Gewalt außerhalb des häuslichen Umfeldes ausgesetzt sind (BMFSFJ 2004; Müller und Schröttle 2004). Betrachtet man die bundesweite Kriminalstatistik in Bezug auf Körperverletzungsdelikte, kommen die Täter bei weiblichen Opfern zu etwa 45,5% aus dem familiären Umfeld, während männliche Opfer nur in 11,3% verwandtschaftlich mit dem Täter verbunden sind (Bundeskriminalamt 2014).

Bei den rechtsmedizinischen Untersuchungen im Kreis Pinneberg zeigten sich ähnliche Tendenzen mit einem Anteil verwandter Täter bei den weiblichen Opfern von etwa 60% und bei den männlichen Opfern von etwa 16%. Rechtsmedizinisch untersuchte Frauen hatten also am häufigsten Gewalt im familiären Umfeld erfahren hatten, während Männer überwiegend durch Fremde Gewalt erlitten hatten. Allerdings zeigt die PKS bekanntermaßen nur das Hellfeld der registrierten Gewalttaten an. Die Klientel der rechtsmedizinischen Untersuchungen war ebenfalls vorselektiert, etwa da nur Opfer untersucht wurden, die von diesem Untersuchungsangebot wussten und sich angesprochen fühlten, ggf. sogar durch eine Hilfseinrichtung vermittelt worden waren, und generell gewillt waren, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Man kann daher keinesfalls durch diese Ergebnisse auf eine geringere Betroffenheit von Männern durch häusliche Gewalt schließen. Um derartige Schlussfolgerungen ziehen zu können, bedarf es vielmehr repräsentativer Studien zu diesem Thema, welche in Bezug auf häusliche Gewalt gegen Männer bisher weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene existieren.

### **5.1.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge**

Wie schon in der Analyse des 10-Jahreszeitraumes zwischen 2000 und 2009 wurde auch für den gegenständlichen Untersuchungszeitraum ab 2010 bis 2014 geprüft, ob hinsichtlich der Auftragszahlen für rechtsmedizinische Dienstleistungen jahreszeitliche Schwankungen auftraten. Analog zum 10-Jahreszeitraum konnten im niedrigschwelligen Bereich zwischen 2010 und 2014 leicht erhöhte rechtsmedizinische Auftragszahlen in den Sommermonaten festgestellt werden. Betrachtet man den Halbjahreszeitraum von April bis einschließlich September, gingen hier 112 von insgesamt 187 niedrigschwelligen Aufträgen ein, dies entspricht einem Anteil von ca. 60% (zum Vergleich: zwischen 2005 und 2009: 62%) (von dem Berge 2012). Vergleicht man die saisonale Verteilung der niedrigschwelligen Auftragszahlen im Kreis Pin-

neberg mit denen aus dem ersten Projektjahr der Gewaltopferambulanz in Hamburg, so zeigten sich in beiden Fällen die Monate Juni und Juli als mit Abstand auftragsreichste Monate (Seifert et al. 2007). In der Veröffentlichung von Seifert et al. 2007 wurde diese sommerliche Häufung allerdings nicht weiter interpretiert. Im ermittlungsbehördlichen Bereich konnte keine spezifische Häufung der Auftragszahlen im Sommer oder anderweitig jahreszeitlich verzeichnet werden.

Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verteilung von Aufträgen für rechtsmedizinische Dienstleistungen im Kreis Pinneberg erscheint das Ziehen verallgemeinernder Schlüsse nicht sinnvoll.

### 5.1.9 Untersuchungszeitpunkt

Der Untersuchungszeitpunkt spielt bei der gerichtsverwertbaren Dokumentation von Verletzungen eine wichtige Rolle. So ist es bei Sexualdelikten wichtig, möglichst unmittelbar nach dem Vorfall Spuren zu sichern und flüchtige Spuren und evtl. schnell abheilende Verletzungen wie Schleimhautläsionen, Rötungen oder Kratzer zu dokumentieren. Bei Blutergüssen kann es dagegen sinnvoll sein, einige Tage abzuwarten, bis diese ihre volle Ausprägung erreicht haben (Madea 2007).

Daher wurden die Patientenakten aus dem Kreis Pinneberg auf diesen Aspekt hin untersucht. Aufgrund einiger „Ausreißer“ mit zeitlichem Abstand zwischen Vorfall und Untersuchung von bis zu 181 Tagen zeigten sich die ermittelten Median-Werte des Untersuchungszeitpunktes aussagekräftiger als die dazugehörigen Mittelwerte.

Mit etwa 71% fand der Großteil der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen innerhalb des ersten Tages nach dem anlassgebenden Vorfall statt (Median von 0 vergangenen Tagen, d.h. Untersuchung am Vorfallstag). Etwa 60% der innerhalb des ersten Tages durchgeführten ermittlungsbehördlichen Untersuchungen bezogen sich auf Sexualdelikte. In Bezug auf Sexualdelikte konnte in etwa 94% der Fälle die in der Literatur geforderte unmittelbare Untersuchung innerhalb des ersten Tages nach dem Vorfall, meist am Vorfallstag selber, realisiert werden. Dies deutet auf eine zügige Kommunikation und damit gute Vernetzung der Polizei mit dem Institut für Rechtsmedizin in Hamburg hin. Die zeitnahe Realisierung der Untersuchungen wird insbesondere durch die Strukturierung der Gewaltopferambulanz als 24 Stunden am Tag verfügbares Untersuchungsangebot erst möglich gemacht. Die Ergebnisse der Analyse des Zeitpunktes der ermittlungsbehördlichen Untersuchungen sind grundsätzlich mit den Ergebnissen des 10-Jahreszeitraumes zwischen 2000 und 2009 vergleichbar. Auch dort hatte mit etwa 69% die Mehrheit der Untersuchungen innerhalb des 1. Tages nach dem Vor-

fall stattgefunden (von dem Berge 2012). In der Auswertung des ersten Projektjahres der Gewaltopferambulanz in Hamburg ergab sich ein ähnliches Bild, etwa zwei Drittel der Untersuchungen erfolgten innerhalb des ersten Tages nach dem Vorfall (Seifert et al. 2007).

Bei etwa einem Drittel der niedrigschwelligen Untersuchungen konnte die Zeitdauer zwischen Vorfall und Untersuchung nicht ermittelt werden. Dies lag zum größten Teil daran, dass in Bezug auf Fälle von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch kein eindeutiger Vorfallstag angegeben werden konnte, da die Untersuchungen aufgrund eines über längere Zeit bestehenden Verdacht hin stattfanden.

Im niedrigschwelligen Bereich verging bei vorliegenden Informationen zum Vorfallsdatum zwischen Vorfall und Untersuchung tendenziell etwas mehr Zeit als im ermittelungsbehördlichen Bereich. Mit einem Median von 3 vergangenen Tagen seit dem Vorfall erfolgten aber auch die niedrigschwelligen Untersuchungen zeitnah zum Vorfall. Von Seiten des Instituts für Rechtsmedizin war eine Untersuchung stets innerhalb von 24 Stunden möglich. Diese durchgehende Verfügbarkeit gilt als wichtiger Aspekt des niedrigschwelligen Versorgungsangebotes, da eine zeitlich limitierte Erreichbarkeit eine Hochsetzung der Schwelle zur Nutzung des Untersuchungsangebotes bedeutete (Seifert 2007). Die insgesamt etwas längere Zeitdauer zwischen Vorfall und niedrigschwelligen Untersuchungen im Vergleich zu den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen hatte verschiedene Gründe. Zum einen wurden im niedrigschwelligen Bereich nur wenige Untersuchungen im Rahmen von Sexualdelikten durchgeführt. Daher war eine unmittelbare Untersuchung aus rechtsmedizinischer Sicht häufig nicht nötig. Stattdessen wurde der Untersuchungstermin entsprechend den Bedürfnissen des Gewaltopfers vereinbart, wodurch es teilweise zu einer Verzögerung der Untersuchung um einen oder wenige Tage kam. Zum anderen meldeten sich Gewaltopfer nicht unbedingt unmittelbar nach dem Vorfall sondern mit Verzögerung beim IfR zur Vereinbarung eines Untersuchungstermins. Eventuell erfuhren sie erst mit Verzögerung vom Untersuchungsangebot oder brauchten Zeit zur Fassung des Entschlusses, die Verletzungen dokumentieren zu lassen.

Die repräsentative Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ aus dem Jahr 2004 beschreibt auf Seiten von häuslicher Gewalt betroffener Frauen „innere und äußere Hindernisse bei der Unterstützungssuche“, wodurch sich die Suche nach Hilfsangeboten verzögere. Zu den inneren Hindernissen zählten internalisierte, traditionelle Beziehungsmuster (Unterordnung und Abhängigkeit der Frau vom Mann) und Angst vor Trennung und Zerbrechen der Familie. Äußere Hindernisse seien konkrete Schwierigkeiten bei der Suche nach Unterstützung, z.B. Mangel an Informationen über Hilfsangebote und ständige Kontrolle durch den Partner mit fehlender „Fluchtmöglichkeit“ (Müller und Schrött-

le 2004). Bei Verzögerungen können flüchtige Verletzungserscheinungen zum Untersuchungszeitpunkt jedoch bereits verschwunden sein (Yen 2013). Um die im niedrigschwelligen Versorgungsbereich teilweise bestehende Verzögerungen in Zukunft weiter zu verringern, sollte versucht werden, sowohl innere als auch äußere Hindernisse für Gewaltbetroffene zu reduzieren. Die Reduktion innerer Hindernisse kann nur langfristig erfolgen, indem in der Sozialisation der Kinder und Jugendlichen bestehende, traditionelle Beziehungskonzepte hinterfragt werden. Zur Reduktion äußerer Hindernisse ist ein möglichst niedrigschwelliges Unterstützungsangebot hilfreich. Wesentliche niedrigschwellige Aspekte erfüllend ist das Untersuchungs- und Beratungsangebot des IfR im Kreis Pinneberg wohnortsnah und rund um die Uhr ohne Involvierung der Ermittlungsbehörden verfügbar. Das Untersuchungsangebot sollte jedoch der Bevölkerung im Kreis und Einrichtungen, die mit Gewaltopfern in Kontakt kommen (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, soziale Opferhilfeeinrichtungen im Kreis), verstärkt bekannt gemacht werden, um Verzögerungen zwischen Vorfall und Untersuchung weiter zu reduzieren.

Es lässt sich jedoch zusammenfassen, dass die rechtsmedizinischen Untersuchungen im Kreis Pinneberg in der Mehrheit der Fälle zeitnah, also innerhalb von maximal 3 Tagen nach dem anlassgebenden Vorfall, durchgeführt werden konnten.

### **5.1.10 Voruntersuchungen**

Ärzte und medizinische Einrichtungen gelten als wichtige und häufig erste Anlaufstellen für Opfer von Gewalt (vergl. 1.10.2 Rolle des Gesundheitswesens). Um zu überprüfen, ob dies auch bei den rechtsmedizinisch vorstelligen Gewaltopfern aus dem Kreis Pinneberg der Fall war, wurde in dieser Arbeit ausgewertet, ob Gewaltopfer vor der rechtsmedizinischen Untersuchung bereits ärztlichen Kontakt – ambulant oder stationär – gesucht hatten. Sowohl im niedrigschwelligen als auch im ermittelungsbehördlichen Bereich war etwa ein Drittel der Gewaltopfer nach dem Gewaltereignis in ärztlicher Behandlung gewesen, bevor es zur rechtsmedizinischen Untersuchung kam. Vergleicht man diesen Anteil mit der Auswertung des ersten Projektjahres der Gewaltopferambulanz in Hamburg, war dort der Anteil von Patienten mit Voruntersuchungen mit ca. 47% etwas höher aber tendenziell in einer ähnlichen Größenordnung angesiedelt (Seifert et al. 2007). Während es in Bezug auf Voruntersuchungen im niedrigschwelligen Bereich keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern gab, hatten im ermittelungsbehördlichen Bereich die männlichen häufiger als die weiblichen Gewaltopfer ärztliche Voruntersuchungen erhalten. Dies ist dadurch zu erklären, dass in den erfassten ermittelungsbehördlichen Untersuchungen weibliche Personen hauptsächlich aufgrund von

Sexualdelikten untersucht wurden. In diesen Fällen kamen die Gewaltopfer meist direkt ins Krankenhaus und wurden ohne Voruntersuchung interdisziplinär durch die Frauenheilkunde und die Rechtsmedizin untersucht. Insgesamt wurden Gewaltopfer vor der rechtsmedizinischen Untersuchung nur selten ambulant voruntersucht. Die niedrigschwellig Untersuchten waren etwa 4-mal häufiger in stationärer als in ambulanter Behandlung, ermittelungsbehördlich Untersuchte sogar etwa 15-mal häufiger. Dies steht in Kontrast zu den Ergebnissen der Auswertung des ersten Projektjahres der Hamburger Gewaltopferambulanz. In der Auswertung zeigten sich nämlich mehr als 3-mal so viele ambulant (n=110) wie stationär (n=398) vorbehandelte Gewaltopfer (Seifert et al. 2007). Es ist zu vermuten, dass ambulant arbeitende Ärzte im klinischen Alltag in beträchtlichem Maße Opfern von Gewalt begegnen, zumal sie abgesehen von akuten Situationen ihre Patienten regelmäßig zu Routineuntersuchungen sehen (Hornberg et al. 2008). Daher stellt sich die Frage, warum im Kreis Pinneberg nur so wenige rechtsmedizinisch untersuchte Gewaltopfer ambulant voruntersucht worden waren. Eventuell schätzen eher leicht verletzte Gewaltopfer, die nicht stationär behandelt werden müssen, ihre Verletzungen als nicht behandlungsbedürftig ein und suchen daher keine ambulante medizinische Hilfe. So ergab eine britische Umfrage, dass Gewaltopfer seltener medizinische Hilfe suchten, wenn nur leichte Verletzungen vorlagen (Walby und Allen 2004). Andererseits belegen Studien, dass Gewaltopfer deutlich häufiger im Vergleich zur nicht betroffenen Bevölkerung medizinische Einrichtungen aufsuchen (Seifert et al. 2006b; WHO 2002a). Daher wäre zu überprüfen, inwiefern die ambulant arbeitenden Ärzte im Kreis Pinneberg in Bezug auf das Erkennen von Gewalt sensibilisiert sind, und ob die Empfehlung einer rechtsmedizinischen Untersuchung zur Verletzungsdokumentation in ihrem Handlungsspektrum vorkommt bzw. ob sie diese im Regelfall selbst vornehmen. Führten die niedergelassenen Ärzte im Kreis Pinneberg die Verletzungsdokumentation überwiegend selbst durch, wäre es allerdings wichtig, den Schulungsbedarf bzgl. der Durchführung einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation zu eruieren, da diesbezüglich beim ärztlichen Personal häufig Defizite bestehen (Jungbluth et al. 2012; Müller und Schröttle 2004; Püschel et al. 2006). Derartige Defizite zeigten sich auch bei den voruntersuchten Patienten, die sich im Anschluss rechtsmedizinisch untersuchen ließen. Sowohl im niedrigschwelligen als auch im ermittelungsbehördlichen Bereich war nur in jeweils einem Fall durch die behandelnden Ärzte eine tatsächlich gerichtssichere Verletzungsdokumentation (vergl. 1.10.4 Kriterien einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation) erfolgt.

Es bestätigte sich die zuvor gestellte Arbeitshypothese, dass Gewaltopfer, die vor einer rechtsmedizinischen Untersuchung in medizinischer Behandlung waren, nur in seltenen Fäl-

len durch behandelnde Ärzte eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation erhalten hatten.

Dies unterstreicht den Sinn und die Notwendigkeit eines zweigleisigen Vorgehens der Klinischen Rechtsmedizin – einerseits Information, Beratung und Schulung des medizinischen Personals als erster Anlaufstelle für Gewaltopfer und andererseits die konkrete gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation im Rahmen von rechtsmedizinischen Untersuchungen (Graß und Rothschild 2004).

### **5.1.11 Rechtsmedizinische Befunde**

Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchungen von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg wurden gemäß den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin Befundberichte im Sinne einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation angefertigt (Banaschak et al. 2011; Debertin et al. 2011). Da der Fokus dieser Arbeit auf der Versorgungssituation der Gewaltopfer im Kreis Pinneberg liegt, wurde auf eine ausführliche Diskussion der erhobenen Verletzungsbefunde bewusst verzichtet. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der Auswertung der erhobenen Befunde hervorgehoben.

Sowohl in den ermittelungsbehördlichen als auch in den niedrigschwelligen Untersuchungen zeigten sich als häufigste Befunde Verletzungen infolge stumpfer, insbesondere ungeformter, Gewalteinwirkung (Blutergüsse, Weichteilschwellungen etc.). Dies deckt sich mit den Ergebnissen vorangegangener Auswertungen rechtsmedizinischer Gewaltopferuntersuchungen. Sowohl bei den rechtsmedizinischen Untersuchungen zwischen 2000 und 2009 im Kreis Pinneberg als auch in den Gewaltopferambulanzen in Hamburg und Greifswald wurden Folgen stumpfer Gewalteinwirkung am häufigsten dokumentiert (Seifert et al. 2007; Stanislawski et al. 2014; von dem Berge 2012).

Schwerwiegende Verletzungen infolge massiver Gewalteinwirkung wie Frakturen und Hirnblutungen sowie Verletzungen durch Einsatz einer scharfen Waffe (scharfe Gewalt) wurden im Rahmen der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen häufiger dokumentiert als im niedrigschwelligen Bereich. Zudem wiesen Opfer im Rahmen der ermittelungsbehördlichen Untersuchungen häufiger Verletzungen aufgrund mehrerer unterschiedlicher Gewalteinwirkungen auf. Es ist zu vermuten, dass Gewaltopfer bei Erleiden zahlreicher und schwerwiegender Verletzungen eher dazu tendieren, die Ermittlungsbehörden einzuschalten als bei leichteren Verletzungen. Dieser Aspekt zeigte sich etwa in der bundesweiten repräsentativen Umfrage unter Frauen zu eigenen Gewalterfahrungen sowie im Rahmen der „British Crime Survey“ unter Männern und Frauen (Müller und Schröttle 2004; Walby und Allen 2004).

Im ermittelungsbehördlichen Bereich zeigten sich häufiger anogenitale Verletzungen als im Rahmen der niedrigschwelligen Untersuchungen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass der Anteil der Untersuchungen bezüglich Sexualdelikten und sexuellem Missbrauch im niedrigschwelligen Bereich deutlich geringer war. Sowohl bei den niedrigschwelligen als auch bei den ermittelungsbehördlichen Untersuchungen konnte im Rahmen von Sexualdelikten und sexuellem Missbrauch nur in verhältnismäßig wenigen Fällen eine Verletzung im Anogenitalbereich nachgewiesen werden. Bei insgesamt 66 Sexualdelikten zeigten sich nur in 9 Fällen objektivierbare Verletzungen im Anogenitalbereich, dies entspricht einem Anteil von etwa 14%. In Bezug auf sexuellen Missbrauch lag der Anteil der Fälle, in denen derartige Verletzungen nachgewiesen werden konnten, bei etwa 17% (3 von 18 Fällen). Es ist bekannt, dass das Erleiden sexueller Gewalt nicht zwangsläufig mit Verletzungen einhergeht, insbesondere wenn das Opfer keine Gegenwehr zeigt (Madea 2007). Gerade in Fällen von sexuellem Missbrauch können über 90% der Opfer einen unauffälligen Untersuchungsbefund aufweisen (Parzeller et al. 2010c). Daher ist die begrenzte Aussagekraft der Untersuchungsbefunde diesbezüglich zu beachten. Eine molekularbiologische Spurensicherung kann weitere Hinweise liefern. Dennoch kann der Nachweis von Sexualdelikten und sexuellem Missbrauch problematisch sein. Umso wichtiger ist daher ein standardisiertes Vorgehen bei der Untersuchung von Opfern sexueller Gewalt. Hierzu hat die WHO Leitlinien veröffentlicht (WHO 2003). Diese werden in der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg umgesetzt, dadurch wird eine bestmögliche Versorgung der Opfer sexueller Gewalt gewährleistet. Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchungen von Gewaltopfern wurden Verletzungen teilweise als selbst beigebracht eingeschätzt. Dies zeigt, dass rechtsmedizinische Untersuchungen Beschuldigte auch entlasten können und unterstreicht die Relevanz der rechtsmedizinischen Untersuchung bei der Wahrheitsfindung.

Im Vergleich zu den rechtsmedizinischen Geschädigten-Untersuchungen zwischen 2000 und 2009 zeigte sich im untersuchten 5-Jahreszeitraum mit etwa 16,5% (n=44) ein ähnlicher Anteil Untersucher ohne äußerlich sichtbare Verletzungen an den insgesamt 266 durchgeführten Geschädigten-Untersuchungen (zuvor: 15%) (von dem Berge 2012). Damit bestätigte sich gleichzeitig die Arbeitshypothese, dass bei der überwiegenden Mehrheit der Untersuchungen (n=222) Folgen von Gewalteinwirkungen objektiviert und gerichtsverwertbar dokumentiert werden konnten. Es ist zu bemerken, dass bzgl. der erfassten Untersuchungen höchstwahrscheinlich eine positive Selektion von Gewaltopfern mit objektivierbaren Verletzungen stattfand, da davon auszugehen ist, dass Gewaltopfer, die keine sichtbaren Verletzungen davon tragen, eher keine Verletzungsdokumentation anstreben. Dennoch zeigen die genannten Zah-

len, dass während des Untersuchungszeitraums eine beträchtliche Anzahl von Gewaltopfern aus dem Kreis Pinneberg eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation erhielt. In Anbetracht der Tatsache, dass viele Verfahren, insbesondere bezüglich häuslicher Gewalt, aus Mangel an Beweisen eingestellt werden, stellt eine niedrigschwellige rechtsmedizinische Verletzungsdokumentation, wie sie im Kreis Pinneberg angeboten und durchgeführt wird, eine Verbesserung der Gewaltopferversorgung dar.

### **5.1.12 Weitere Informationen zu niedrigschwelligen Untersuchungen**

Im Bereich der niedrigschwelligen rechtsmedizinischen Untersuchungen wurden gezielt einige zusätzliche Informationen erhoben. Im Folgenden sollen die Ergebnisse kurz diskutiert werden.

In der Literatur wird vielfach beschrieben, dass Gewalt in der Partnerschaft häufig kein einmaliges Phänomen sondern vielmehr durch sich über einen längeren Zeitraum wiederholende Gewaltereignisse gekennzeichnet sei. So gab in einer bundesweiten repräsentativen Studie etwa ein Drittel der Frauen, die Gewalt durch einen (Ex-)Partner erlitten hatten an, mehr als 10 bis über 40 solcher Gewaltereignisse erlitten zu haben (Müller und Schröttle 2004). In der Befragung des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekts gaben 55% der Frauen mit Gewalterfahrung in der Partnerschaft an, dass sie mehrere Male durch den (Ex-) Partner Gewalt erfahren hatten, 19% sogar häufig (Hellbernd et al. 2004). Die Ergebnisse der Auswertung des gegenständlichen Untersuchungszeitraumes decken sich mit diesen Einschätzungen. So gab mit etwa 68% (n=38) die Mehrheit der niedrigschwellig wegen Partnergewalt untersuchten Personen an, bereits in der Vergangenheit Gewalt durch einen Partner erlebt zu haben. Dabei wurde nur in 5 Fällen angegeben, dass eine Dokumentation der früheren Verletzungen erfolgt sei, 18 Personen verneinten dies, 15 Personen machten diesbezüglich keine Angaben. Man kann also davon ausgehen, dass bei früheren Gewaltereignissen häufig nicht regelhaft eine Verletzungsdokumentation geschah. Dies spiegelt sich auch in der Literatur wider. So ergab eine britische Studie, dass Opfer häuslicher Gewalt bis zu dem Punkt, an dem sie die Hilfe medizinischer oder sozialer Einrichtungen suchten, meist schon mehrere Gewaltereignisse erlebt hatten (Walby und Allen 2004). Auf Seiten der Opfer bestehen offensichtlich Hürden auf dem Weg zur Nutzung von Hilfsangeboten. Folglich muss die Schwelle für Gewaltopfer, Hilfsangebote wahrzunehmen, so weit wie möglich gesenkt werden, damit diese auch tatsächlich regelhaft genutzt werden. Das regionale rechtsmedizinische Untersuchungsangebot, das eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation ohne polizeiliche Anzeige ermöglicht, trägt zur Sen-

kung dieser Schwelle bei, wie man an den ansteigenden Untersuchungszahlen insbesondere durch Privatpersonen sehen kann.

Bei Gewalt in Paarbeziehungen sind häufig Kinder mitbetroffen. Das Miterleben häuslicher Gewalt durch Kinder, selbst wenn sie selber nicht Ziel körperlicher Gewalt werden, kann für diese schwere Überforderungssituationen zur Folge haben (Gerlach 2013). Im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchungen bezüglich Gewalt in Paarbeziehungen im Kreis Pinneberg gaben – analog zu den Erkenntnissen aus der Literatur - mehr als die Hälfte der Personen (n=30) an, dass ihre Kinder Zeuge der Auseinandersetzung geworden seien. In keinem der Fälle hatte sich die Gewalt direkt gegen die Kinder gerichtet. Um langfristige seelische Schäden der Kinder zu vermeiden, wurde durch die Rechtsmedizin in Hamburg bei Fällen von Konfliktsituationen in Familien mit Einbeziehung von Kindern die bestehende enge Anbindung an die regionale psychotraumatologische Einrichtung „Wendepunkt e.V.“ im Kreis Pinneberg genutzt. In 21 Fällen konnte der Kontakt zu „Wendepunkt e.V.“ für eine sich anschließende psychotraumatologische Betreuung vermittelt werden. In 27 Fällen wurde dies angeboten, wobei der Kontakt zu dem Zeitpunkt schon bestand. Unter anderem durch diesen Aspekt konnte das IfR im Untersuchungszeitraum seiner Rolle als verbindendes Glied im regionalen Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer im Kreis Pinneberg gerecht werden.

Mehr als 80% der Verfahren bezüglich häuslicher Gewalt werden eingestellt. Dabei ist für etwa 83% der eingestellten Verfahren ein Mangel an Beweisen der Grund (Gerlach 2013). Die flächendeckende gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation kann die Beweislage für Gewaltopfer eindeutig verbessern. Dies zeigte sich auch im Rahmen dieser Untersuchung. Im betrachteten Untersuchungszeitraum konnte bei knapp 30% der niedrigschwelligen Untersuchungen (n=37) der rechtsmedizinische Befund direkt für eine polizeiliche Anzeige zur Verbesserung der Beweislage genutzt werden. Wenn ein Gewaltopfer sich mehrere Monate nach der Untersuchung für eine polizeiliche Anzeige entschied, lag ihm der Untersuchungsbefund meist schriftlich vor und das IfR wurde nicht zwangsläufig erneut kontaktiert. Daher besteht hinsichtlich der Nutzung rechtsmedizinischer Untersuchungsbefunde für polizeiliche Anzeigen möglicherweise noch eine beträchtliche Dunkelziffer - tatsächlich könnten die Befunde noch häufiger genutzt werden, als anhand dieser Zahlen ersichtlich ist. Teilweise konnten Befunde als Beweisdokumente auch an die Gewaltopfer betreuenden Rechtsanwälte weitergegeben werden. Der Anteil der rechtsmedizinischen Befunde, die direkt im Anschluss an die Untersuchung juristisch (also für eine polizeiliche Anzeige oder durch den Rechtsanwalt) ge-

nutzt wurden, stieg im Untersuchungszeitraum deutlich an und erreichte im Jahr 2013 mit 50,0% aller niedrigschwelligen Untersuchungen seinen Höchstwert. Diese Ergebnisse belegen den konkreten Nutzen rechtsmedizinischer Untersuchungen für Opfer von Gewalt zur Verbesserung der Beweislage. Daher sollte angestrebt werden, eine rechtsmedizinische Verletzungsdokumentation flächendeckend für alle Gewaltopfer in Deutschland verfügbar zu machen – so wie es im Kreis Pinneberg bereits realisiert wurde.

Aus Unkenntnis über den (in den meisten Fällen gegebenen) Nutzen einer rechtsmedizinischen Verletzungsdokumentation oder möglicherweise aus finanziellen Gründen beauftragten die Ermittlungsbehörden im Kreis Pinneberg bei Gewalttaten nicht regelhaft eine rechtsmedizinische Untersuchung. Dies lässt sich zum einen an der Diskrepanz zwischen den Fallzahlen der offiziell registrierten Gewalttaten und den ermittelungsbehördlich beauftragten Untersuchungen (vergl. 5.1.1) erkennen. Zum anderen war im Untersuchungszeitraum in 16 Fällen (12,1% der niedrigschwelligen Untersuchungen) schon vor der rechtsmedizinischen Untersuchung eine polizeiliche Anzeige durch das Gewaltopfer erfolgt, die Polizei gab selber aber keinen Untersuchungsauftrag. Stattdessen wandten sich die Gewaltopfer selbstständig an das IfR, teilweise auf Empfehlung der Polizei im Kreis Pinneberg, die über Informationsflyer der regionalen Untersuchungsstellen verfügt. Grundsätzlich ist diese Zusammenarbeit zwischen Rechtsmedizin und Polizei im Kreis als positiv zu bewerten. Es ist allerdings zu überdenken, ob durch die gefragte Eigeninitiative der Gewaltopfer nicht wieder eine Schwelle zur Nutzung des Untersuchungsangebotes aufgebaut wird. In der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG) durch das BMFSFJ wurden ein eher proaktiver Ansatz, indem nach polizeilicher Intervention eine automatische Datenweiterleitung an Hilfseinrichtungen erfolgt, die im Anschluss direkt die Gewaltbetroffenen für Beratung und Krisenintervention kontaktieren, als positiv und hilfreich evaluiert. Befürchtungen der Ablehnung eines solchen Vorgehens durch die von Gewalt Betroffenen bestätigten sich nicht (Hagemann-White und Kavemann 2004). Von einem derartigen pro-aktiven Handlungskonzept könnten auch Gewaltopfer im Kreis Pinneberg profitieren.

## ***5.2 Befragung der Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Pinneberg***

### **5.2.1 Merkmale der Befragungsteilnehmer**

Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurden persönliche Merkmale der Umfrageteilnehmer abgefragt, um diese später in Relation zu anderen Angaben setzen zu können und um zudem abschätzen zu können, ob die Ergebnisse tendenziell als repräsentativ für die Gesamtheit der Rettungsdienstmitarbeiter im Kreis Pinneberg einzuschätzen sind. Die Umfrageteilnehmer waren überwiegend männlich und als Rettungsassistenten tätig, nicht älter als 35 Jahre und hatten mehrheitlich eine Berufserfahrung von maximal 10 Jahren. Nach Rücksprache mit der Personalleitung des Rettungsdienstes können diese Werte als tendenziell repräsentativ für die Gesamtheit der Rettungsdienstmitarbeiter angesehen werden. Lediglich die Auszubildenden waren laut Angabe der Personalleitung mit ihrem Anteil an den Umfrageteilnehmern leicht unterrepräsentiert. Der Rücklauf des Fragebogens kann mit knapp 60% als erfreulich hoch eingeschätzt werden. Der verhältnismäßig hohe Rücklauf von einzelnen Rettungswachen (Uetersen, Wedel) ist durch das vor Ort durch Umfrageteilnehmer und Wachenleitung bekundete besondere Interesse an der Thematik zu erklären. In Barmstedt, Quickborn und Pinneberg konnten dagegen relativ wenige Mitarbeiter persönlich erreicht werden und die teilweise auf postalischem Weg stattfindende Befragung zeigte sich hier als weniger effizient. Für zukünftige Befragungen ist daher - wenn möglich - eine persönliche Vorstellung bei allen Umfrageteilnehmern zu empfehlen, da dies einen positiven Effekt auf den Rücklauf und damit die Aussagekraft einer Befragung zu haben scheint.

### **5.2.2 Ausbildung und Weiterbildung im Rettungsdienst**

In der Literatur wird die Integration des Themas „Häusliche Gewalt“ in die Ausbildung medizinischen Personals sowie systematische Schulungen der Personen, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben, gefordert (Bohne 2010; Hagemann-White und Kavemann 2004; Hellbernd 2004). Auch die Mitarbeiter des Rettungsdienstes versorgen Opfer von Gewalt medizinisch, gehöre also zu den Berufsgruppen, für die systematische Schulungen und Fortbildungen zum Thema Gewalt in der Literatur gefordert werden. In der Befragung gab die Mehrheit der Umfrageteilnehmer an, dass Gewalt in ihrer Berufsausbildung thematisiert wurde. Knapp ein Drittel verneinte dies jedoch. Die gleiche Tendenz ergab sich für die Thematisierung von Gewalt im Rahmen von Fortbildungen. Alter und Berufserfahrung spielten bei Beantwortung dieser Fragen keine signifikante Rolle. Dies deutet darauf hin, dass

in den bisherigen Aus- und Fortbildungskonzepten im Rettungsdienstwesen die Thematisierung von Gewalt nicht einheitlich festgelegt ist. Im Gespräch mit der Leitungsebene der RKiSH bestätigte sich diese Vermutung. In naher Zukunft soll jedoch in der RKiSH ein neuer Ausbildungsplan erstellt werden. In Kooperation mit dem IfR werden dabei Lerninhalte zum Thema Gewalt integriert.

Selbst wenn das Thema Gewalt in der Berufsausbildung thematisiert wird, ist es wichtig, Effektivität und Nutzen der Ausbildungsinhalte im Anschluss zu evaluieren. In der gegenständlichen Befragung zeigte sich, dass sich signifikant mehr Umfrageteilnehmer durch die Berufsausbildung sicherer im Erkennen von Gewalt fühlten, wenn Gewalt in der Ausbildung thematisiert wurde. Die Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung wurde also als hilfreich für die eigene Sicherheit im Erkennen von Gewalt eingeschätzt. Aussagen zu einer objektiven Stärkung der Kompetenzen durch die Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung ließen sich anhand des Fragebogens nicht treffen. Hier könnte eine weitere Befragung der Rettungsdienstmitarbeiter mit „Wissenstest“-Charakter mehr Informationen liefern.

In Anbetracht der Tatsache, dass etwa zwei Drittel der Personen mit Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung sich dennoch durch die Ausbildung nicht sicherer im Erkennen von Gewalt fühlten, wäre zu prüfen, inwiefern die Ausbildungskonzepte im Rettungsdienst diesbezüglich verändert bzw. erweitert werden können.

### **5.2.3 Erfahrungswerte im Erkennen von Gewalt und geschätzte**

#### **Häufigkeiten von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes**

Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes gehören zu den ersten Kontaktpersonen für diejenigen, die medizinische Hilfe suchen. Da Gewaltopfer überproportional häufig medizinische Hilfe suchen, ist zu erwarten, dass auch der Rettungsdienst bei seiner Arbeit regelmäßig auf Opfer von Gewalt trifft. Bisher ist die nationale und internationale Datenlage allerdings ungenügend in Bezug auf die Prävalenz von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes. Während Ärzte und Pflegepersonal bzgl. ihrer Sicherheit im Erkennen von und dem Umgang mit Gewaltopfern befragt wurden, blieb dies für Mitarbeiter des Rettungsdienstes weitestgehend aus. Zur Prävalenz von Gewalt in Notaufnahmen existieren bereits einige nicht-repräsentative Studien. Das Universitätsklinikum Düsseldorf etwa bezifferte den Anteil von Gewaltopfern an allen traumatologisch behandelten Patienten für das Jahr 2004 (vor Einrichtung der Gewaltopferambulanz) mit etwa 5%, davon seien 17% Fälle häuslicher Gewalt gewesen

(Jungbluth et al. 2012). Die Prävalenz von Gewaltopfern in Notfallambulanzen kann sicherlich nur begrenzt mit der in Rettungsdiensteinsätzen verglichen werden, aber gibt einen ersten Anhaltspunkt bzgl. der Größenordnung der Prävalenz von Gewalt in der Notfallversorgung. In der gegenständlichen Befragung wurde bei einer mittleren geschätzten jährlichen Einsatzzahl von ca. 820 Einsätzen der Anteil von Einsätzen, die sich auf jegliche Art der Körperverletzung bezogen, mit etwa 6,7% (n=55) beziffert. Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen aus der Düsseldorfer Notfallambulanz. Dabei ließen sich von diesen 55 Einsätzen geschätzt etwa 28% der häuslichen Gewalt zuordnen (umgerechnet n=15,4). Dieser Wert lag höher im Vergleich zur Auswertung der Düsseldorfer Notfallambulanz. Der Anteil von Einsätzen im Rahmen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung an den Gewaltdelikten wurde im Mittel auf 5,8% (umgerechnet n=3,2) geschätzt. In den Fällen von häuslicher Gewalt bezog sich geschätzt ein Anteil von 9% der Einsätze (umgerechnet n=1,4) auf Gewalt gegen Pflegebedürftige. Dabei ist zu beachten, dass die individuellen Schätzungen der Umfrageteilnehmer eine große Streubreite hatten. Dies kann verschiedene Gründe haben, etwa sehr unterschiedliche Erlebnisse des Einzelnen während der Einsätze, unterschiedliche Sensibilisierung in Bezug auf häusliche Gewalt, individuelle Auffassung von Gewalt, etc. . Es wurde bei der Fragestellung bewusst auf vorgegebene Antwortmöglichkeiten verzichtet, um ganz persönliche Einschätzungen zu erlangen. Dies stellte allerdings gewisse Anforderungen an die Umfrageteilnehmer. Da es sich um Schätzungen in Bezug auf das vergangene Dienstjahr handelte, waren diese abhängig vom individuellen Erinnerungsvermögen und der Fähigkeit, fundiert Zahlen und Prozente zu überschlagen. Zudem konnten Begrifflichkeiten teilweise missverstanden werden. In Gesprächen mit Umfrageteilnehmern zeigte sich, dass vielerseits nicht klar war, dass pflegerische Vernachlässigung auch als Form der Gewalt gilt. Zudem ging aus dem Fragebogen nicht eindeutig hervor, ob Gewalt in Pflegeheimen auch als häusliche Gewalt verstanden wird. Es ist daher zu vermuten, dass der reale Anteil der Einsätze im Rahmen von Gewalt gegen Pflegebedürftige evtl. deutlich höher ist. Insgesamt sind die Prävalenzangaben daher nur mit Einschränkungen zu betrachten. Würde in die während jedes Einsatzes auszufüllenden Rettungsdienstprotokolle eine Rubrik für Gewalt eingearbeitet werden – im Sinne einer grundsätzlichen Erfassung, wie sie für andere Krankheiten und Verletzungen bereits etabliert ist – , ließen sich in Zukunft noch verlässlichere Aussage bezüglich der Prävalenz von Gewalt bei Einsätzen des Rettungsdienstes treffen.

In der Befragung zeigte sich, dass meist erst vor Ort und nicht schon bei der Alarmierung klar wird, dass es sich bei dem Einsatz um einen Fall häuslicher Gewalt handelt. Da die Situation also zumeist nicht schon zu Beginn klar ist, stehen die Mitarbeiter des Rettungsdienstes vor der Herausforderung, die Situation richtig einzuschätzen und Anzeichen für das Vorliegen von Gewalt zu erkennen.

Bei den Fragen nach der Kompetenz im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung gab jeweils die Mehrheit der Umfrageteilnehmer an, sich tendenziell unsicher diesbezüglich zu fühlen, in Bezug auf das Erkennen von Kindesmisshandlung waren es sogar mehr als zwei Drittel. Hier handelt es sich zwar nicht um Ergebnisse objektiver Tests der Fähigkeiten des Personals, sondern um individuelle Selbsteinschätzungen. Dennoch bestimmt ein etwaiges Gefühl von Unsicherheit den Umgang mit potenziellen Gewaltopfern. Diese Unsicherheit im Erkennen von Gewaltfolgen bei Patienten stellt auf Seiten des medizinischen Personals zusammen mit den Unsicherheiten in Bezug auf den adäquaten Umgang mit Gewaltopfern die größte Barriere für eine erfolgreiche Gewaltopferversorgung dar (Hornberg et al. 2008; Müller und Schröttle 2004). Daher sind für die Zukunft Handlungskonzepte für Aus- und Weiterbildung gefordert, die diese Unsicherheiten beim Personal des Rettungsdienstes verringern.

Insgesamt bestätigte sich die Arbeitshypothese, dass sich die Mehrheit der Mitarbeiter des Rettungsdienstes tendenziell unsicher im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung fühlt.

In der Analyse der gegenständlichen Befragung wurden verschiedene persönliche Merkmale der Umfrageteilnehmer hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit den Angaben zur subjektiven Sicherheit im Erkennen von Gewaltopfern überprüft.

Es zeigte sich, dass Umfrageteilnehmer, die älter als 35 Jahre alt waren oder mehr als 10 Jahre Berufserfahrung hatten, sich tendenziell häufiger sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung fühlten als die Vergleichsgruppen. Zudem fühlten sich die Umfrageteilnehmer mit mehr als 1000 Einsätzen pro Jahr häufiger sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt als die Vergleichsgruppen. Die Unterschiede waren allerdings nicht statistisch signifikant, es lassen sich lediglich gewisse Tendenzen erkennen. Es ist möglich, dass sich Einzelne hinsichtlich ihrer Kompetenzen über- oder unterschätzten. Daher sind die Angaben zur subjektiven Sicherheit im Erkennen von Gewalt nicht mit objektivierbaren Fähigkeiten zu verwechseln. Dennoch ist zu vermuten, dass längere Lebens- und

Berufserfahrung sowie regelmäßige praktische Übung durch zahlreiche Einsätze tendenziell zu etwas mehr Sicherheit im Erkennen von Gewaltopfern führen. In keiner der Vergleichsgruppen in Bezug auf Alter, Berufserfahrung und Einsatzzahlen zeigte sich jedoch die Mehrheit der Umfrageteilnehmer tendenziell sicher im Erkennen von Gewalt. Diese bestehende Unsicherheit beim medizinischen Personal im Erkennen von Gewalt wird in der Literatur vielfach beschrieben, als Konsequenz werden systematische Schulungen für einen sichereren Umgang mit Gewaltopfern gefordert (vgl. 1.10.2). Die Planung derartiger Schulungen ist für den Rettungsdienst daher ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer kompetenteren Gewaltopferversorgung.

Größere Unterschiede in der Sicherheit im Erkennen von Gewaltopfer zeigten sich zwischen den Gruppen mit und ohne Thematisierung von Gewalt während der Berufsausbildung bzw. den Gruppen mit und ohne Fortbildungen zu diesem Thema:

Umfrageteilnehmer, die Gewalt als Thema in ihrer Berufsausbildung behandelt hatten, fühlten sich häufiger tendenziell sicher im Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung als die Umfrageteilnehmer ohne Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung. Dasselbe Phänomen zeigte sich in Bezug auf die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Gewalt. Dabei waren die Unterschiede bezüglich der Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung jeweils statistisch signifikant. In einer genauen Analyse der Aus- und Weiterbildungspläne des RKiSH wäre nach Gründen dafür zu suchen, dass Aus- und Weiterbildung einen größeren Effekt auf die Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung als auf die Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt haben. Da eine Neustrukturierung der Ausbildungspläne der RKiSH ansteht, sollten Lerninhalte zu beiden Themenkomplexen in die Pläne aufgenommen werden.

Zusammenfassend bestätigte sich die Arbeitshypothese, dass die Thematisierung von Gewalt in der Berufsaus- und Weiterbildung bei den Rettungsdienstmitarbeitern das Gefühl von Sicherheit im Erkennen von Gewalt stärkt, und zwar insbesondere im Erkennen von Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung.

Diese Ergebnisse unterstreichen den Nutzen der vielseitig geforderten Integration des Themas Gewalt in die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals (Bohne 2010; Brzank und Hellbernd 2007; Hagemann-White und Kavemann 2004; Hellbernd 2004; Hellbernd und Wieners 2000).

---

#### **5.2.4 Verhaltensweisen bei häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung / Vernachlässigung im Einsatz**

In diesem Abschnitt des Fragebogens ging es darum, herauszufinden, wie sich die Mitarbeiter des Rettungsdienstes verhalten, wenn sie im Rahmen ihrer Einsätze Gewalt begegnen. An erster Stelle stand für die überwiegende Mehrheit der Umfrageteilnehmer in Fällen von häuslicher Gewalt oder Kindesmisshandlung die Beratung mit Kollegen sowie die Kommunikation des Sachverhaltes an die behandelnden Ärzte im Krankenhaus. Dieser Aspekt, nämlich, dass Rettungsdienstmitarbeiter ihre Eindrücke aus dem Einsatz an die weiterbehandelnden Ärzte weiter geben, ist begrüßenswert. So wird verhindert, dass wichtige Informationen verloren gehen oder erst neu erhoben werden müssen. Stattdessen können zeitnah Schritte veranlasst werden, sodass das Gewaltopfer Zugang zu weiterführender Hilfe bekommt. Hier wäre es allerdings interessant, herauszufinden, was die behandelnden Ärzte mit dieser Information machen, inwiefern sie in die lokalen Hilfsnetzwerke für Gewaltopfer eingebunden sind und entsprechende Hilfsangebote zu vermitteln wissen. Dies könnte in einer sich anschließenden Befragung in den Krankenhäusern im Landkreis herausgearbeitet werden.

Einer Beratung des Opfers im Falle von häuslicher Gewalt wurde mit etwas mehr Zurückhaltung zugestimmt. Für eine ausführliche Beratung fehlt es natürlich während eines Einsatzes an Zeit. Allerdings wäre zu hinterfragen, ob es evtl. bei denjenigen, die sich eher ablehnend diesbezüglich äußerten, an Wissen über vermittelbare regionale Hilfsangebote für Gewaltopfer mangelt und sie daher eine Beratung eher vermeiden. Hier könnte man in der Zukunft ansetzen und eine bessere Vernetzung des Personals im Rettungsdienst mit den existierenden Hilfsstrukturen anstreben.

Eine Meldung an die Rettungswache gehört sowohl im Falle von häuslicher Gewalt als auch bei Kindesmisshandlung eher nicht zum gängigen Handelsspektrum und wurde daher überwiegend ablehnend beantwortet. Das Verweisen von Opfern häuslicher Gewalt an ein rechtsmedizinisches Institut ist derzeit im Rettungsdienst noch nicht verbreitet. Aus Gesprächen mit Umfrageteilnehmern ging hervor, dass häufig bisher nicht bekannt war, dass ein regionales Untersuchungsangebot mit rund um die Uhr verfügbarem telefonischem Kontakt existiert, ein derartiges Angebot durch das Rettungsdienstpersonal aber begrüßt werde. Die Ablehnung in der Befragung resultierte daher vermutlich aus der Unwissenheit bzgl. des Untersuchungsangebotes vor Ort. Auch das Aushändigen von Informationsmaterial wie z.B. Flyern mit Hilfsangeboten für Gewaltopfer wurde mehrheitlich ablehnend

beantwortet. Dies ist dadurch zu erklären, dass bisher kein Informationsmaterial auf den Rettungswagen im Kreis Pinneberg bereit liegt. In einem ersten Schritt wäre daher anzustreben, die Rettungswagen mit Flyern des regionalen rechtsmedizinischen Untersuchungsangebots zu bestücken. Dies könnte auch mit Informationsmaterial anderer Hilfseinrichtungen im Kreis Pinneberg erfolgen.

Im Falle von Kindesmisshandlung wurden sowohl bei Verdacht als auch bei konkreten Hinweisen eine direkte Konfrontation der Eltern mit der Situation sowie das Einschalten der Polizei mehrheitlich ablehnend bewertet. Dies erscheint sinnvoll, da ein derartiges Vorgehen kaum die aktuelle Situation des betroffenen Kindes verbessert. Allerdings wurde auch die Informierung des Jugendamtes eher ablehnend bewertet, obwohl das Jugendamt als einer der wichtigsten Ansprechpartner bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung gilt. Aus Gesprächen mit Umfrageteilnehmern ging hervor, dass diese sich verständlicherweise davor scheuen, eine Familie bei einem bloßen Verdacht evtl. fälschlicherweise beim Jugendamt zu beschuldigen. Gerade in diesen Verdachtsmomenten beständen Unsicherheiten bezüglich eines geeigneten Vorgehens. Generell ist es begrüßenswert, einem standardisierten Handlungskonzept zu folgen, wie etwa eines für die Diagnose „Herzinfarkt“ existiert. In Bezug auf Gewalt gestaltet sich allerdings jeder Fall anders - es ist kaum vorstellbar, dass ein Algorithmus in jedem Fall anwendbar wäre. An dieser Stelle könnte in Zukunft das Beratungsangebot des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg greifen und in Verdachtsfällen Empfehlungen zum Vorgehen aussprechen. Als Hindernis bei der Kontaktierung des Jugendamtes wurde im Gespräch die eingeschränkte Erreichbarkeit der Service-Telefone des Jugendamtes genannt. Dieses Problem wurde in der deutschlandweiten Studie zur Gewalt gegen Frauen in Bezug auf viele Hilfseinrichtungen genannt. Diese würden derzeit den Notfallcharakter von Gewalt noch nicht ausreichend berücksichtigen (Müller und Schröttele 2004). Hier liegt ein entscheidender Vorteil des rechtsmedizinischen telefonischen Beratungsangebotes, da im Notfall rund um die Uhr der Kontakt für eine Beratung hergestellt werden kann.

Da in diesem Abschnitt des Fragebogens kein Raum für Freitextangaben gelassen wurde, geht aus den Ergebnissen nicht hervor, ob eventuell weitere, hier nicht aufgeführte Handlungsoptionen im Dienstalltag durch das Rettungsdienstpersonal ergriffen werden. Mithilfe des zuvor durchgeführten Pretest des Fragebogens wurde allerdings versucht, das Spektrum der Handlungsoptionen möglichst umfassend abzubilden.

Insgesamt zeigte sich, dass eine regelhafte Beratung der Gewaltopfer, z.B. im Sinne einer Information über bestehende regionale Hilfsangebote oder der Empfehlung einer

rechtsmedizinischen Untersuchung, durch die Mitarbeiter des Rettungsdienstes bisher nicht etabliert ist. Es wäre also für die Zukunft wünschenswert, neue Handlungskonzepte in dieser Richtung zu entwickeln, die etwa den Rettungsdienst mehr in die bereits bestehenden Hilfsnetzwerke für Gewaltopfer integrieren. Diese Vernetzung verschiedener Akteure in der Gewaltopferversorgung wird gemeinhin als positiv bewertet und gefördert. (BMFSFJ 2007; Graß et al. 2013; Hagemann-White und Kavemann 2004; Hellbernd und Wieners 2000; Hornberg et al. 2008).

Beim Vergleich des Verhaltens der einzelnen Umfrageteilnehmer bei Verdacht gegenüber einer konkreten Situation von häuslicher Gewalt oder Kindesmisshandlung, zeigte sich, dass die Mehrheit der Umfrageteilnehmer in beiden Fällen jeweils gleich handelt. Dennoch stimmte ein Teil der Umfrageteilnehmer den vorgeschlagenen Handlungsoptionen in konkreten Situationen eher zu als bei bloßem Verdacht. Dies kann im Prinzip auch erwartet werden, da eine konkrete Situation dem Einzelnen im Allgemeinen mehr Handlungssicherheit verschafft.

Bei der Betrachtung der gesamten gegebenen Antworten bestand ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Verhalten bei Verdacht und konkreter Situation in Bezug auf das Suchen eines Gesprächs mit dem Opfer für zusätzliche Informationen im Falle von häuslicher Gewalt. Es zeigte sich, dass die Mitarbeiter des Rettungsdienstes die Situation im Gespräch mit dem Gewaltopfer eher bei konkreten Hinweisen als bei Verdacht auf häusliche Gewalt thematisieren. Dies entspricht einer natürlichen Reaktion, nämlich der Vermeidung des Ansprechens einer unklaren Situation. Dennoch sind es in Bezug auf häusliche Gewalt gerade die unklaren Fälle, etwa wenn ein Unfallgeschehen statt der tatsächlich stattgefundenen Gewalt angegeben wird, in denen es besonders wichtig wäre, in einem geeigneten Rahmen die Situation mit dem Opfer zu thematisieren. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, gegenüber dem medizinischen Personal selten von selbst über das Geschehene berichten. Werden sie allerdings explizit auf mögliche Gewalterfahrungen angesprochen, offenbart ein Großteil der Betroffenen das Erlebte (Abbott et al. 1995; Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al. 2010; Hagemann-White und Bohne 2003; Hellbernd 2004; Hellbernd et al. 2004; Hornberg et al. 2008). Daher gilt es, bei den Mitarbeitern des Rettungsdienstes evtl. bestehende Hemmnisse bezüglich der Thematisierung von Gewalterfahrungen abzubauen und diesbezügliche Kompetenzen zu stärken. Ein in ambulanten Arztpraxen in Düsseldorf, Kiel und München zu diesem Thema durchgeführtes Projekt mit intensiver Schulung des Personals könnte in abgewandelter Form

auch im Rettungsdienst als Modell dienen (Graß et al. 2013). Derzeit wird auch der Einsatz von Screening-Fragen zur sensitiveren Erfassung von Gewalt in der Anamnese diskutiert. Durch routinemäßiges Stellen von Fragen wie z.B. „Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig verletzt worden?“ oder „Fühlen Sie sich in der aktuellen Beziehung sicher?“ können erwiesenermaßen mehr Opfer häuslicher Gewalt detektiert werden (Freund et al. 1996; Püschel et al. 2006; Seifert 2007). Dies böte sich aufgrund des extrem geringen Zeitaufwandes auch für Einsätze des Rettungsdienstes an, da hier aufgrund des Zeitmangels keine längere Anamnese erhoben werden kann. Eine amerikanische Studie konnte keine negativen Folgen durch die Screening-Fragen für Opfer häuslicher Gewalt feststellen (Houry et al. 2008). In der deutschen S.I.G.N.A.L. – Studie äußerten sich von Gewalt betroffene wie nicht betroffene Frauen positiv gegenüber eines solchen Screenings auf häusliche Gewalt (Hellbernd et al. 2004). Zwar ist laut einer britischen Metaanalyse trotz der erhöhten Detektionsrate von häuslicher Gewalt das Schaden-Nutzen-Verhältnis für die Betroffenen noch nicht ausreichend evaluiert, um eine generelle Empfehlung zur Implementierung von Screening-Fragen zu stellen (Ramsay et al. 2002). Dennoch sollte aufgrund der genannten Erkenntnisse eine Diskussion bezüglich der Einführung von Screening-Fragen im Rettungsdienst und der Integration dieser Fragen ins Einsatzprotokoll angeregt werden.

### **5.2.5 Anhaltspunkte für häusliche Gewalt und**

#### **Kindesmisshandlung / Vernachlässigung**

In der Literatur werden basierend auf Erfahrungen aus dem Gesundheitsbereich die sogenannten „red flags“ als Anhaltspunkte und Warnzeichen für häusliche Gewalt benannt (Hagemann-White und Bohne 2003). Dazu gehören zum Beispiel chronische Beschwerden ohne offensichtliche körperliche Ursachen und Verletzungen, die nicht mit dem genannten Entstehungsmechanismus übereinstimmen. Je mehr „red flags“ sich zeigen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Gewalterfahrungen beim Patienten. Im gegenständlichen Fragebogen sollte das Wissen des Rettungsdienstpersonals über derartige Anhaltspunkte für Gewalt erfragt werden. Bei der Frage danach, was für jeden Einzelnen bisher bei Einsätzen Anhaltspunkte für häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung gewesen waren, wurden die vorgeschlagenen Aspekte vom größten Teil der Umfrageteilnehmer mit Zustimmung bewertet. Dies liegt vermutlich zumindest teilweise in der Art und Weise der Fragestellung begründet. Durch die Vorgabe verschiedener plausibler Antwortmöglichkeiten zeigte sich die Frage als eher suggestiv. Für eine zukünftige Befragung

sollte überlegt werden, ob eine derartige Frage lieber ohne vorgegebene Antworten formuliert werden sollte, wobei sich allerdings dadurch wiederum Schwierigkeiten ergäben, die typischerweise bei Freitextantworten auftreten, z.B. die erschwerte Bildung von Antwortengruppen aus der Vielzahl der gegebenen Antworten für die anschließende statistischen Auswertung (vergl. (Porst 2014)).

Nichtsdestotrotz fiel auf, dass der Aspekt des „Bauchgefühls“ beim Erkennen von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung tendenziell weniger Zustimmung fand als die anderen genannten Aspekte. Dies überraschte ein wenig, da ein auf weitreichender Erfahrung basierendes Bauchgefühl bei der Identifizierung von Gewaltopfern wie auch im gesamten medizinischen Bereich sicherlich äußerst wertvoll sein kann. Es ist zu vermuten, dass im von Leitlinien und Algorithmen geprägten Rettungsdienst das Handeln aufgrund eines „Bauchgefühls“ als eher unprofessionell eingeschätzt und daher im Rahmen eines Fragebogens eher ablehnend bewertet wird. Zudem bedarf es regelmäßiger Rückmeldung in Bezug auf das eigene Handeln, um ein Bauchgefühl zu entwickeln: „Wie ich vermutet hatte, hat dieser Patient tatsächlich einen Herzinfarkt erlitten.“ ebenso wie „Da hatte ich das richtige Gespür – die Frau ist nicht gestürzt, sondern von ihrem Partner geschlagen worden.“. Im Alltag des Rettungsdienstes endet der Auftrag allerdings mit der Patientenübergabe im Krankenhaus, eine solche Rückmeldung bleibt in den meisten Fällen aus. Die Etablierung einer Form von Rückmeldesystem, wie es bei ausgewählten Krankheitsbildern bereits besteht, ist sicherlich datenschutzrechtlich problematisch, würde aber den Mitarbeitern im Rettungsdienst mehr Handlungssicherheit im Umgang mit Gewaltopfern verschaffen und sollte daher diskutiert werden.

Inwiefern tatsächlich aktives Wissen bezüglich der „red flags“ als Warnzeichen für das Vorliegen von Gewalt im Rettungsdienst im Kreis Pinneberg besteht, konnte mit diesem Fragebogen nicht abschließend geklärt werden. Aufgrund der an anderer Stelle im Fragebogen detektierten Unsicherheiten im Erkennen von Gewaltopfern besteht allerdings Grund zu der Annahme, dass bei den Mitarbeitern des Rettungsdienstes diesbezüglich Bedarf an Schulungen besteht. Hier kann das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg mit systematischen Fortbildungen als Wissens-Multiplikator wirken. Dieses Angebot wurde gegenüber der Rettungsdienstleitung kommuniziert und soll zukünftig umgesetzt werden.

---

### 5.2.6 RKiSH Pinneberg und die Klinische Rechtsmedizin

Im letzten Abschnitt des Fragebogens sollte die bisherige Vernetzung des Rettungsdienstes in Pinneberg mit der Klinischen Rechtsmedizin bzw. diesbezüglich bestehende Defizite eruiert sowie durch Klärung des Fortbildungswunsches der Mitarbeiter zum Thema Gewalt ein Anknüpfungspunkt für die zukünftige Zusammenarbeit geschaffen werden. Tatsächlich war der Mehrheit der Umfrageteilnehmer (80%) schon vor der gegenständlichen Befragung bekannt, dass sich rechtsmedizinische Institute auch mit lebenden Opfern von Gewalt befassen, in der Regel durch die Arbeit im Rettungsdienst oder durch Fortbildungen. Allerdings war dieser Aspekt für immerhin ein Fünftel der Umfrageteilnehmer unbekannt. Zudem hatte nur knapp ein Drittel der Umfrageteilnehmer jemals im Rahmen der beruflichen Tätigkeit rechtsmedizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen. Wenn eine Kontaktaufnahme zur Rechtsmedizin erfolgte, dann fast ausschließlich mit dem Institut für Rechtsmedizin in Hamburg, was sich durch die direkte räumliche Nähe des Kreises Pinneberg zur Stadt Hamburg erklärt.

Bisher kontaktierten die Mitarbeiter des Rettungsdienstes jedoch weder selbst regelhaft die Rechtsmedizin, noch berieten sie die Opfer von Gewalt dahingehend, rechtsmedizinische Unterstützung zu suchen (vergl. 4.2.4). Die Angaben der Umfrageteilnehmer zur Prävalenz von Gewalt bei ihren Einsätzen zeigen, dass die Mitarbeiter des Rettungsdienstes bei ihrer Arbeit sehr wohl mit Gewaltopfern in Kontakt kommen (vgl. 4.2.3.3). Daher stellt sich die Frage, warum die Mehrheit der Umfrageteilnehmer dennoch bisher keinen Kontakt zur Rechtsmedizin gesucht hatte. Auf Seiten des Rettungsdienstpersonals scheint es Barrieren zu geben, die eine Kontaktaufnahme mit rechtsmedizinischen Instituten verhindern. Zum einen sehen die Mitarbeiter des Rettungsdienstes sicherlich primär ihre Aufgabe in der medizinischen Notversorgung von Verletzungen und dem anschließenden Transport der Patienten ins Krankenhaus. In Gesprächen mit Rettungsdienstmitarbeitern zeigte sich, dass die Vermittlung von Hilfsangeboten aufgrund des Zeitmangels während des Einsatzes eher als Aufgabe der behandelnden Ärzte im Krankenhaus gesehen wird. Dort besteht allerdings die Gefahr, dass die wichtigen Informationen bzgl. der Gewalterfahrungen der Patienten im klinischen Alltag verloren gehen, insbesondere wenn die Patienten es ablehnen, stationär versorgt zu werden, sondern sich direkt wieder nach Hause entlassen lassen. Aus diesem Grund kann es als wichtig eingeschätzt werden, dass Gewaltopfer durch den Rettungsdienst frühzeitig Informationen bzgl. Hilfsangeboten vermittelt bekommen.

Zudem ist eine strukturierte Übergabe des gewaltbetroffenen Patienten an die weiterbehandelnden Ärzte im Krankenhaus wichtig. Dabei sollten Informationen über die Verhältnisse am Einsatzort übermittelt werden, auch Verdachtsmomente aufgrund eines „Bauchgefühls“ sollten geäußert werden. Mit diesen wichtigen Informationen können die weiterbehandelnden Ärzte im stationären Rahmen die Situation weiter eruieren und ggf. Hilfe vermitteln. Nach Gesprächen mit Umfrageteilnehmern lässt sich außerdem vermuten, dass dem Rettungsdienstpersonal teilweise das ganze Spektrum der rechtsmedizinischen Dienstleistungen – insbesondere die kostenlose regionale Untersuchungsmöglichkeit für Gewaltopfer im Kreis Pinneberg und die 24 Stunden erreichbare Rufnummer für Beratung und Untersuchung – zuvor nicht oder nur unzureichend bekannt war. Da mangelndes Wissen über Hilfsangebote für medizinisches Personal eine Barriere hinsichtlich des Ansprechens des Opfers auf die Problematik darstellt, sollte das Rettungsdienstpersonal im Kreis Pinneberg diesbezüglich ausgiebig und umfassend informiert werden, Informationsmaterial sollte an Rettungswachen und in Einsatzfahrzeugen verfügbar gemacht werden. Das Mitgeben eines Flyers ist nämlich auch im knappen Zeitrahmen eines Einsatzes realisierbar. Das Institut für Rechtsmedizin kann hierbei durch Vermittlung von Informationen an den Rettungsdienst über verfügbare rechtsmedizinische Hilfsangebote für Gewaltopfer seinen Beitrag zur Integration des Rettungsdienstes in die bestehenden Hilfsnetzwerke im Kreis Pinneberg leisten.

Die Umfrageteilnehmer äußerten den einvernehmlichen Wunsch nach rechtsmedizinischen Fortbildungen zum Thema Gewalt. Natürlich fällt ein Teil dieser positiven Äußerungen in den Bereich der „sozial erwünschten“ Antworten. Dennoch signalisierten die Umfrageteilnehmer durch ihre Antworten zum einen Interesse an der Thematik und zum anderen ihre Einschätzung der Thematik als für sie relevant. Die vorgeschlagenen Fortbildungsinhalte wurden alle mehrheitlich begrüßt, besonderes Interesse bestand hinsichtlich des Umgangs mit von Gewalt betroffenen Kindern. In Absprache mit der Rettungsdienstleitung sollen diese Inhalte in neue Ausbildungs- und Fortbildungskonzepte des Rettungsdienstes integriert werden.

### **5.3 Fazit**

Die Analyse der Entwicklung der Gewaltopferversorgung im Kreis Pinneberg seit der Gründung regionaler rechtsmedizinischer Untersuchungsstellen offenbarte sowohl Verbesserungen als auch weiter bestehende Defizite in der Versorgungssituation Gewaltbetroffener.

Den Forderungen des BMFSFJ nach einem Ausbau des niedrighschwelligem Versorgungsangebotes für Gewaltopfer folgend, wurde die Möglichkeit einer rund um die Uhr verfügbaren, wohnortsnahen, von einer polizeilichen Anzeige unabhängigen, rechtsmedizinischen Untersuchung geschaffen. Positiv zeigten sich die im Untersuchungszeitraum steigenden Auftragszahlen für rechtsmedizinische Untersuchungen, d.h. deutlich mehr Gewaltopfer konnten einer Verletzungsdokumentation zugeführt werden als im 10-Jahreszeitraum davor. Durch konsequente Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit konnte zudem eine intensivere Kooperation der Opferhilfeeinrichtungen im Kreis erreicht werden. Das IfR integrierte sich dabei in das bestehende niedrighschwellige Hilfsnetzwerk. Gleichzeitig präsentierte sich die Zusammenarbeit insbesondere mit den ambulant arbeitenden Ärzten als deutlich verbesserungsfähig. Eine Sensibilisierung der Ärzte für die Thematik sowie das Eruiere eines eventuell bestehenden Fortbildungsbedarfs hinsichtlich medizinischer Kompetenzen in der Gewaltopferversorgung sollte angestrebt werden. Im Rettungsdienst zeigte sich eine allgemeine Unsicherheit im Umgang mit Gewaltopfern. Auch hier sollte das Thema Gewalt in Aus- und Fortbildung integriert werden. Dem Rettungsdienst könnte zukünftig bei Kontakt mit Gewaltopfern eine wichtige Vermittlerrolle für Hilfsangebote zukommen. Zudem könnte der Rettungsdienst durch konsequente Kommunikation mit den weiterbehandelnden Ärzten die Einleitung von Hilfsmaßnahmen im Krankenhaus bahnen.

Aufgrund der räumlichen und organisatorischen Anbindung rechtsmedizinischer Gewaltambulanzen an die Universitätskliniken ist eine flächendeckende rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung in Deutschland derzeit noch nicht gewährleistet. Durch die Gründung regionaler Gewaltopferambulanzen, wie im Kreis Pinneberg erfolgt, könnte allerdings zukünftig eine flächendeckende Versorgung erreicht werden. Dabei sollten die lokalen Einrichtungen des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Arztpraxen) miteinbezogen werden. Als Modell könnte das an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründete „Netzwerk ProBeweis“ dienen, welches in Kooperation mit regionalen Krankenhäusern in Niedersachsen ein flächendeckendes Netzwerk aus Gewaltopferambulanzen aufbaut (vgl. URL: [www.mh-hannover.de/probeweispartner.html](http://www.mh-hannover.de/probeweispartner.html) Stand: 16.11.2015).

## 6. Zusammenfassung

Durch die Gebundenheit rechtsmedizinischer Gewaltopferambulanzen an die Universitätskliniken kann derzeit eine flächendeckende und damit niedrighschwellige rechtsmedizinische Gewaltopferversorgung in Deutschland noch nicht gewährleistet werden. Dies konnte in einer vorangehenden Arbeit auch für die Gebiete nordwestlich von Hamburg gezeigt werden. Die gegenständliche Dissertation hatte zum Ziel, den Status quo der rechtsmedizinischen Versorgungssituation der Gewaltopfer im Kreis Pinneberg, einem schleswig-holsteinischen Landkreis nordwestlich von Hamburg, zu klären. Dabei sollten Veränderungen der Versorgungssituation nach Ausbau des von der Bundesregierung geforderten niedrighschwelligen Versorgungsangebotes durch die Gründung regionaler Untersuchungsstellen besondere Berücksichtigung finden. Das Untersuchungskollektiv beinhaltete 375 Patientenakten aus einem 5-Jahres-Zeitraum zwischen 2010 und 2014, die sich hauptsächlich auf rechtsmedizinische Untersuchungen und Beratungen von Gewaltopfern aus dem Kreis Pinneberg bezogen. Es konnte eine Verbesserung der rechtsmedizinischen Versorgungssituation der Gewaltopfer durch die regionalen Untersuchungsstellen festgestellt werden. Im Untersuchungszeitraum wurden im Vergleich zu Auswertungen vergangener Jahre mehr Gewaltopfer einer rechtsmedizinischen Versorgung zugeführt. Insbesondere für Privatpersonen ergab sich durch die regionalen Untersuchungsstellen eine neue Möglichkeit der niedrighschwelligen rechtsmedizinischen Beratung und Verletzungsdokumentation. Dies Angebot wurde ausgiebig genutzt, was sich in steigenden niedrighschwelligen Auftragszahlen manifestierte. Außerdem vernetzte sich das IfR mit zahlreichen Akteuren der Gewaltopferversorgung in der Region und etablierte Kooperationen. Dies hatte ein wachsendes Spektrum an Auftraggebern und Vermittlern der rechtsmedizinischen Untersuchungen zur Folge. Gleichzeitig ergaben sich weiterhin bestehende Defizite. Die Zusammenarbeit des IfR mit den Ermittlungsbehörden sowie den medizinischen Einrichtungen, insbesondere niedergelassenen Ärzten, im Kreis Pinneberg ist noch verbesserungsfähig. Im Rettungsdienst offenbarten sich Unsicherheiten in der Gewaltopferversorgung. Ein Ausbau der Kooperation mit Ermittlungsbehörden, medizinischen Einrichtungen und dem Rettungsdienst als wichtigen Akteuren in der Gewaltopferversorgung sollte daher zur weiteren Verbesserung der Versorgungssituation von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg angestrebt werden. Um eine wirklich flächendeckende, niedrighschwellige Gewaltopferversorgung in Deutschland zu erreichen, sollten bundesweit die lokalen Akteure des Gesundheitssystems miteinbezogen und mit bestehenden Opferhilfeeinrichtungen vernetzt werden.

---

## 7. Anhang

### 7.1 Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKA	Bundeskriminalamt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GG	Grundgesetz
IfR	Institut für Rechtsmedizin
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KNF	Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
RKiSH	Rettungsdienst Kooperation in Schleswig Holstein
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

## 7.2 *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: Angaben ambulanter Pflegekräfte zur 12-Monats-Prävalenz von eigenem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen in % der Befragten.....	10
Abbildung 2: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute in Deutschland .....	22
Abbildung 3: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute und regionalen Untersuchungsstellen in Hamburg und Schleswig-Holstein .....	24
Abbildung 4: Übersichtskarte Kreis Pinneberg .....	25
Abbildung 5: Auftragszahlen aus dem Kreis Pinneberg im 5-Jahres-Überblick.....	36
Abbildung 6: Vermittler der niedrigschwelligen rechtsmedizinischen Untersuchungen (2010 – 2014).....	41
Abbildung 7: Altersstruktur der niedrigschwellig Untersuchten (2010 – 2014) .....	43
Abbildung 8: Altersstruktur der ermittlungsbehördlich Untersuchten (2010 – 2014).....	44
Abbildung 9: Geschlechterverteilung niedrigschwelliger Untersuchungen .....	45
Abbildung 10: Geschlechterverteilung ermittlungsbehördlicher Untersuchungen .....	46
Abbildung 11: Geschlechterverteilung bei Untersuchungen in Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen .....	48
Abbildung 12: Untersuchungsorte der niedrigschwelligen Untersuchungen (2010 - 2014) .....	49
Abbildung 13: Untersuchungsorte der ermittlungsbehördl. Untersuchungen (2010 - 2014) .....	50
Abbildung 14: Deliktverteilung bei den niedrigschwelligen Untersuchungen (2010 - 2014).....	51
Abbildung 15: Deliktverteilung bei den ermittlungsbehördl. Untersuchungen (2010 - 2014).....	52
Abbildung 16: Täter-Opfer-Kontext im niedrigschwelligen Bereich.....	54
Abbildung 17: Täter-Opfer-Kontext im ermittlungsbehördlichen Bereich .....	55
Abbildung 18: Beschuldigte bei Gewalt gegen Frauen (ab 18 J.) .....	56
Abbildung 19: Beschuldigte bei Gewalt gegen Männer (ab 18 J.).....	57
Abbildung 20: Jahreszeitliche Verteilung der niedrigschwelligen Untersuchungsaufträge .....	58
Abbildung 21: Jahreszeitliche Verteilung der ermittlungsbehördl. Untersuchungsaufträge .....	59
Abbildung 22: Untersuchungszeitpunkt bei niedrigschwelligen Untersuchungen.....	60
Abbildung 23: Untersuchungszeitpunkt bei ermittlungsbehördlichen Untersuchungen .....	61
Abbildung 24: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer in % .....	71
Abbildung 25: Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer im Rettungsdienst .....	72
Abbildung 26: Angaben der Umfrageteilnehmer zum Thema Gewalt als Lerninhalt in der Berufsausbildung....	73
Abbildung 27: Angaben der Umfrageteilnehmer zur Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt.....	75
Abbildung 28: Angaben der Umfrageteilnehmer zur Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.....	76
Abbildung 29: Bekanntheit der Klinischen Rechtsmedizin bei den Mitarbeitern des Rettungsdienstes.....	95
Abbildung 30: Informationsquellen der Umfrageteilnehmer bzgl. der Klinischen Rechtsmedizin .....	96
Abbildung 31: Inanspruchnahme von rechtsmedizinischen Dienstleistungen durch die Umfrageteilnehmer .....	96
Abbildung 33: Interesse der Umfrageteilnehmer an verschiedenen Fortbildungsinhalten.....	97

### 7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht von Studien aus verschiedenen Ländern zum Verhalten von Frauen bei der Suche nach Hilfe nach Erleiden körperlicher Gewalt.....	6
Tabelle 2: Übersicht der niedrighschwelligen Auftragskategorien im 5-Jahres-Überblick.....	37
Tabelle 3: Übersicht der ermittelungsbehördlichen Auftragskategorien im 5-Jahres-Überblick.....	38
Tabelle 4: Niedrighschwellige Auftraggeber rechtsmedizinischer Untersuchungen .....	39
Tabelle 5: Niedrighschwellige Auftraggeber telefonischer Beratungen .....	40
Tabelle 6: Ermittlungsbehördliche Auftraggeber der rechtsmedizinischen Untersuchungen .....	42
Tabelle 7: Rechtsmedizinische Befunde bei niedrighschw. Untersuchungen von Geschädigten (2010 - 2014).....	64
Tabelle 8: Rechtsmedizinische Befunde bei ermittel. Untersuchungen von Geschädigten (2010 - 2014) .....	66
Tabelle 9: Rechtsmedizinische Befunde bei ermittel. Untersuchungen von Beschuldigten (2010 - 2014) .....	67
Tabelle 10: Polizeiliche Anzeigen im Rahmen von niedrighschwelligen rechtsmedizinischen Untersuchungen...	69
Tabelle 11: Rücklauf der Befragung in der RKiSH .....	70
Tabelle 12: Zusammenhang zw. der Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung und dem Gefühl von mehr Sicherheit im Erkennen von Gewalt durch die Ausbildung .....	74
Tabelle 13: Individuelle Schätzungen der Umfrageteilnehmer zu Häufigkeiten verschiedener Gewaltformen bei Rettungsdienst-Einsätzen .....	78
Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Alter der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt .....	80
Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Berufserfahrung der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt .....	81
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen jährlichen Einsätzen der Umfrageteilnehmer und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt .....	82
Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und Sicherheit im Erkennen von Gewalt.....	83
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Thematisierung von Gewalt in der Berufsausbildung und Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	83
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Fortbildungen und Sicherheit im Erkennen von häuslicher Gewalt .....	84
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Teilnahme an Fortbildungen und Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung .....	85
Tabelle 21: Verhalten bei <u>Verdacht auf häusliche Gewalt</u> .....	86
Tabelle 22: Verhalten bei <u>konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt</u> .....	87
Tabelle 23: Verhalten bei <u>Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</u> .....	88
Tabelle 24: Verhalten bei <u>konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung</u> .....	89
Tabelle 25: Unterschied im Verhalten der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf häusliche Gewalt gegenüber Verdachtssituationen .....	91
Tabelle 26: Unterschied im Verhalten der Umfrageteilnehmer bei konkreten Hinweisen auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung gegenüber Verdachtssituationen.....	92
Tabelle 27: Anhaltspunkte der Umfrageteilnehmer für den Verdacht auf häusliche Gewalt.....	93
Tabelle 28: Anhaltspunkte der Umfrageteilnehmer für den Verdacht auf Kindesmisshandlung / Vernachlässigung.....	94

## 7.4 Fragenbogen RKiSH



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

### Befragung der Mitarbeiter der RKiSH zum Unterstützungsbedarf in der Gewaltopferversorgung

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

---

Institut für Rechtsmedizin

Caroline Reimann

Dr. med. Nadine Wilke

Doktorandin

Fachärztin für Rechtsmedizin

caroline.reimann@stud.uke.uni-

Tel.: 040-7410-57840

hamburg.de

Tel.: 040-7410-52127 (Zentra-  
le)

nadine.wilke@uke.de

Institut für Rechtsmedizin

Sehr geehrte Mitarbeiter der RKiSH in Pinneberg,

am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg führen wir unter der Leitung von Prof. Dr. Püschel eine wissenschaftliche Studie zum Thema „**Versorgung von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg**“ durch. Ziel des Projekts ist die Verbesserung der Versorgung und die Erhöhung der Handlungssicherheit im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung.

Als Mitarbeiter des Rettungsdienstes begegnen Sie im Alltag regelmäßig Opfern von Gewalt und gehören für diese zu den ersten Kontaktpersonen.

Um die Situation für Betroffene langfristig gezielt verbessern zu können, ist es wichtig, bisherige Unsicherheiten und Schwierigkeiten in der Versorgung von Gewaltopfern zu erkennen.

Die Ergebnisse dieser Befragung sollen als Grundlage für eine zukünftige Handlungsanweisung dienen, um Ihnen den Umgang mit betroffenen Personen zu erleichtern.

Wir sind daher auf Ihre Unterstützung angewiesen und möchten Sie herzlich einladen, an der folgenden Befragung teilzunehmen! Einige von Ihnen haben im Sommer letzten Jahres den Fragebogen in etwas abgewandelter Form bereits online ausgefüllt. Trotzdem bitten wir auch diese Personen darum, den Fragebogen zu beantworten, damit wir möglichst aussagekräftige Ergebnisse erhalten.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 10-15 Minuten. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in die bereitgestellte Sammelbox auf Ihrer Wache.

Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt!

Je größer die Beteiligung an der Befragung ist, desto größer ist die Aussagekraft und somit die Unterstützung für eine verbesserte Versorgung von Gewaltopfern.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung und verbleiben mit freundlichen Grüßen!

Dr. Nadine Wilke, Ärztin am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg

Caroline Reimann, Doktorandin am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg

### A. Persönliche Angaben

---

A1. Alter:  \_\_\_\_\_

A2. Geschlecht:  männlich  weiblich

#### A3. Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Ich bin

Rettungssanitäter

Rettungsassistent

in der Ausbildung zum  \_\_\_\_\_

andere:  \_\_\_\_\_

#### A4. In welcher Rettungswache sind Sie tätig?

Barmstedt  Elmshorn  Pinneberg  Quickborn  Uetersen  Wedel

### B. Ausbildung und Weiterbildung

---

#### B1. Wie lange sind Sie seit Abschluss Ihrer Berufsausbildung im Rettungsdienst tätig?

Weniger als 1 Jahr

1 bis 5 Jahre

6 bis 10 Jahre

11 bis 20 Jahre

21 bis 30 Jahre

> 30 Jahre

#### B2. War das Thema Gewalt (im Rahmen von Körperverletzung) Lerninhalt in Ihrer Berufsausbildung?

Ja

Nein

**B3. Haben die Lerninhalte Ihrer Berufsausbildung dazu geführt, dass Sie sich im Erkennen von Gewaltopfern sicherer fühlen?**

Ja       Nein

**B4. Haben Sie nach Abschluss Ihrer Berufsausbildung an einer Fortbildung zum Thema Gewalt (im Rahmen von Körperverletzung) teilgenommen?**

Ja       Nein

**B5. Haben Sie an einer Fortbildung von „Wendepunkt e.V.“ (Beratungsstelle gegen sexuellen Missbrauch und Gewalt) teilgenommen?**

Ja       Nein

Wenn Sie mit „Nein“ geantwortet haben, können Sie die nächsten beiden Fragen überspringen!

**Wenn ja: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen!**

**B6. Die Fortbildung von Wendepunkt hat dazu geführt, dass ich mich im Erkennen von häuslicher Gewalt sicherer fühle.**

Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B7. Die Fortbildung von Wendepunkt hat dazu geführt, dass ich mich im Erkennen von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung sicherer fühle.**

Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. Erfahrungswerte

**C1. Wie sicher fühlen Sie sich generell im Erkennen von Opfern häuslicher Gewalt?**

sehr unsi- cher	unsicher	eher unsi- cher	eher sicher	sicher	sehr sicher
<input type="checkbox"/>					

**C2. Wie sicher fühlen Sie sich generell im Erkennen von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung?**

sehr unsi- cher	unsicher	eher unsi- cher	eher sicher	sicher	sehr sicher
<input type="checkbox"/>					

**C3. Wie viele Einsätze sind Sie schätzungsweise im letzten Jahr gefahren?**

Ca.  \_\_\_\_\_ Einsätze

**C4. Bei wie vielen dieser Einsätze lagen Körperverletzungsdelikte (jegliche Form von körperlicher Gewalt & Vernachlässigung) vor?**

Bei ca.  \_\_\_\_\_ Einsätzen.

**C5. Von den Körperverletzungsdelikten waren schätzungsweise...**

 \_\_\_\_\_ % der Fälle häuslicher Gewalt.

 \_\_\_\_\_ % der Fälle von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung.

**C6. In wie viel Prozent der Einsätze im Rahmen von häuslicher Gewalt richtete sich die Gewalt gegen alte bzw. pflegebedürftige Menschen?**

Ca.  \_\_\_\_\_ %

**C7. Im Rahmen wie vieler Einsätze hatten Sie im letzten Jahr als „Zufallsbefund“ (z.B. anhand der Wohnsituation) den Verdacht auf Vernachlässigung von Kindern, wenn sich der Einsatz eigentlich auf eine andere Person im Haushalt bezog?**

Bei ca.  \_\_\_\_\_ Einsätzen.

### C8. Bitte bewerten Sie folgende Aussage!

*Meist ist bereits bei der Alarmierung bekannt, dass es sich bei dem Einsatz um einen Fall häuslicher Gewalt handelt.*

Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D. Konkrete Hinweise auf häusliche Gewalt

#### D1. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen!

*Wenn ich **konkrete** Hinweise dafür habe, dass eine Fall von häuslicher Gewalt vorliegt (z.B. Angabe des Geschädigten, eindeutige Verletzung durch Fremdeinwirkung), ...*

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>berate ich mich mit meinen Kollegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>mache ich eine Meldung an die Rettungswache.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>versuche ich durch das Gespräch mit dem Opfer zusätzliche Informationen zu erhalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>berate ich das Opfer (z.B. Verweis an Opferhilfeeinrichtung).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>händige ich dem Opfer Informationsmaterial (z.B. Flyer mit Hilfsangeboten für Gewaltopfer) aus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich nach Rücksprache mit dem Opfer die Polizei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>teile ich dem behandelnden Arzt im Krankenhaus bei der Übergabe des Patienten den Sachverhalt mit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>empfehle ich dem Opfer eine ärztliche Konsultation (z.B. Aufsuchen des Hausarztes), sofern keine Krankenhauseinweisung erfolgt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>verweise ich das Opfer an die Rechtsmedizin (Hamburg, Kiel, Lübeck)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>hängt mein Vorgehen grundsätzlich von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung ab.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D2. Bitte bewerten Sie folgende Aussage!**

*Es wird meistens erst vor Ort klar, dass es sich um einen Fall häuslicher Gewalt handelt.*

Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Verdacht auf häusliche Gewalt

### E1. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen!

Wenn ich den **Verdacht** habe, dass ein Fall von häuslicher Gewalt vorliegt, ...

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>berate ich mich mit meinen Kollegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>mache ich eine Meldung an die Rettungswache.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>spreche ich das Opfer direkt auf meinen Verdacht an.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>berate ich das Opfer (z.B. Verweis an Opferhilfeeinrichtung).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>händige ich dem Opfer Informationsmaterial (z.B. Flyer mit Hilfsangeboten für Gewaltopfer) aus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich nach Rücksprache mit dem Opfer die Polizei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>teile ich dem behandelnden Arzt im Krankenhaus bei der Übergabe des Patienten meinen Verdacht mit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>empfehle ich dem Opfer eine ärztliche Konsultation (z.B. Aufsuchen des Hausarztes), sofern keine Krankenhausweisung erfolgt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>verweise ich das Opfer an die Rechtsmedizin (Hamburg, Kiel, Lübeck).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>hängt mein Vorgehen grundsätzlich von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung ab.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## F. Konkrete Hinweise auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung

### F1. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen!

Wenn ich **konkrete** Hinweise dafür habe, dass eine Fall von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung vorliegt (z.B. eindeutige Verletzung durch Fremdeinwirkung),

...

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>berate ich mich mit meinen Kollegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>mache ich eine Meldung an die Rettungswache.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>konfrontiere ich die Bezugsperson/Eltern direkt mit dem Sachverhalt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>bringe ich das Kind zur „Deeskalation“ ins Krankenhaus. (ggf. unter anderer Diagnose gegenüber den Eltern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>teile ich dem behandelnden Arzt im Krankenhaus bei der Übergabe des Patienten den Sachverhalt mit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich das Jugendamt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich die Polizei</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>hängt mein Vorgehen grundsätzlich von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung ab.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## G. Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung

### G1. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen!

Wenn ich den **Verdacht** habe, dass eine Fall von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung vorliegt, ...

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>berate ich mich mit meinen Kollegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>ergreife ich erst mal keine weiteren Maßnahmen, da ein Verdacht zu unsicher ist.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>mache ich eine Meldung an die Rettungswache.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>konfrontiere ich die Bezugsperson/Eltern direkt mit dem Verdacht.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>bringe ich das Kind zur Abklärung der Situation ins Krankenhaus. (ggf. unter anderer Diagnose gegenüber den Eltern)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>teile ich dem behandelnden Arzt im Krankenhaus bei der Übergabe des Patienten meinen Verdacht mit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich das Jugendamt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>informiere ich die Polizei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>hängt mein Vorgehen grundsätzlich von der (augenscheinlichen) Schwere der Verletzung ab.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Persönliche Einschätzung

### H1. Was waren bei Einsätzen für Sie Anhaltspunkte für den Verdacht auf häusliche Gewalt?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Das Verletzungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskrepanz zwischen Vorfal- schilderung und Verletzungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges (nicht situationsge- mäßes) Verhalten der geschä- digten Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges Verhalten Dritter (an- derer Personen vor Ort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Bauchgefühl“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:  _____				

## H2. Was waren bei Einsätzen für Sie Anhaltspunkte für den Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Das Verletzungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskrepanz zwischen Vorfallschilderung und Verletzungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges (nicht situationsgemäßes) Verhalten der geschädigten Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges Verhalten Dritter (anderer Personen vor Ort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Bauchgefühl“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwahrloste bzw. nicht kindgerechte Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichen der Vernachlässigung (Ernährung, Pflegezustand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:  _____				

## I. Rechtsmedizin und Gewalt

---

**I1. War Ihnen vor dieser Befragung bekannt, dass sich rechtsmedizinische Institute mit lebenden Opfern von Gewalt befassen?**

- Ja       Nein

**I2. Wenn ja: Woher wissen Sie dies? (Mehrfachnennung möglich)**

- Durch Arbeit im Rettungsdienst  
 Fortbildung  
 Freunde/Bekannte  
 Zeitung  
 Fernsehen  
 Internet  
 Sonstige:  \_\_\_\_\_

**I3. Haben Sie schon einmal im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit die Dienstleistungen der rechtsmedizinischen Institute in Hamburg, Kiel oder Lübeck in Anspruch genommen?**

- Ja       Nein

**I4. Wenn ja, welche? (Mehrfachnennung möglich)**

- Hamburg  
 Kiel  
 Lübeck

**I5. Sind Sie an einer Fortbildung zum Thema „Erkennen von Gewalt“ durch die Rechtsmedizin interessiert?**

- Ja       Nein

**I6. Wenn ja, welche Fortbildungsinhalte würden Sie interessieren? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Allgemeine Hinweise auf Gewalt
- Körperliche Befunde bei Erwachsenen
- Körperliche Befunde bei Kindern
- Körperliche Befunde bei pflegebedürftigen Menschen
- Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Einsätzen mit Opfern häuslicher Gewalt
- Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Kindesmisshandlung/Vernachlässigung
- Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen
- regionale Aktivitäten der Rechtsmedizin im Kreis Pinneberg
- Sonstiges:  \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## 8. Literaturverzeichnis

Abbott, J.; Johnson, R.; Koziol-McLain, J.; Lowenstein, S. (1995): Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. In: *The Journal of the American Medical Association* (22), S. 1763-1767.

Agency for Fundamental Rights (2014): Violence against women. An EU-wide survey ; main results. Luxemburg: Publications Office of the EU (Dignity).

Bachmann, Dirk (2011): Kindesmisshandlung in Hamburg unter Einbeziehung rechtsmedizinischer Aspekte. Das Verhältnis von registrierter und tatsächlicher Kriminalität. Hamburg: Kovač (Schriftenreihe Forschungsergebnisse aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Bd. 18).

Banaschak, S.; Gerlach, K.; Seifert, D.; Bockholdt, B.; Graß, H. (2011): Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. In: *Rechtsmedizin* (5), S. 483-488.

Betz, Dorothea (2007): Gott als Erzieher im Alten Testament. Dissertation. Universität Osnabrück, Osnabrück. Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften.

Online verfügbar unter <http://d-nb.info/997822848/34>, zuletzt geprüft am 14.03.2015.

BMFSFJ (Hg.) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.

Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/gewalt-aktionsplan-gewalt-frauen-ohne-vorwort,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am

16.03.2015.

16.03.2015.

BMFSFJ (Hg.) (2003): Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung.

Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdf>, zuletzt geprüft am

10.01.2015.

BMFSFJ (Hg.) (2004): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland.

Online verfügbar unter [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/M\\_C3\\_A4nnerstudie-Kurzfassung-Gewalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/M_C3_A4nnerstudie-Kurzfassung-Gewalt,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf), zuletzt geprüft am

10.03.2015.

10.03.2015.

BMFSFJ (Hg.) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.

Online verfügbar unter [https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/aktionsplan-II-zur-bek\\_C3\\_A4mpfung-von-gewalt-gegen-frauen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/aktionsplan-II-zur-bek_C3_A4mpfung-von-gewalt-gegen-frauen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf), zuletzt geprüft am

03.12.2015.

03.12.2015.

BMFSFJ (Hg.) (2012): Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder.

Online verfügbar unter [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Bericht-der-Bundesregierung-zur-Situation-der-Frauenh\\_C3\\_A4user,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Bericht-der-Bundesregierung-zur-Situation-der-Frauenh_C3_A4user,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf), zuletzt geprüft

am 16.03.2015.

am 16.03.2015.

- Bohne, S. (2010): Domestic violence and health care. In: V. Lasch, U. Sonntag und U. Maschewsky-Schneider (Hg.): Equity in access to health promotion, treatment and care for all European women. Kassel: Kassel Univ. Press, S. 93-118.
- Brzank, P.; Hellbernd, H. (2007): Häusliche Gewalt und Gesundheit: Was können wir aus internationalen Erfahrungen für Deutschland lernen? Bericht über die vierte "National Conference on Health and Domestic Violence" in San Francisco, USA. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (10), S. 1259–1264.
- Bundeskriminalamt (2013): Polizeiliche Kriminalstatistik - Jahrbuch 2013, 61. Ausgabe, zuletzt geprüft am 10.03.2015.
- Bundeskriminalamt (2014): Polizeiliche Kriminalstatistik - Jahrbuch 2014, 62. Ausgabe, zuletzt geprüft am 10.11.2015.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1998): Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10) geändert worden ist. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 03.12.2015
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002): Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Juli 2014 (BGBl. I S. 1218) geändert worden ist. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 14.03.2015.
- Council of Europe, Equality Division (Hg.) (2012): Overview of studies on the costs of violence against women and domestic violence. Online verfügbar unter [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/Docs/Overviewofstudiesonthecostsofviolenceagainstwomenanddomesticviolence\\_INTERNETVERSION%20-%20Updated%20July%202014.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/Docs/Overviewofstudiesonthecostsofviolenceagainstwomenanddomesticviolence_INTERNETVERSION%20-%20Updated%20July%202014.pdf), zuletzt geprüft am 23.01.2015.
- Debertin, A. S.; Seifert, D.; Mützel, E. (2011): Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. In: *Rechtsmedizin* (5), S. 479–482.
- DeMause, Lloyd (1995): The history of childhood. 1st softcover ed. Northvale, N.J.: J. Aronson (The master work series).
- Dettmeyer, Reinhard; Schütz, Harald F.; Verhoff, Marcel (2014): Rechtsmedizin. 2., aktualisierte Auflage 2014. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Dobash, Russell P.; Dobash, R. Emerson; Wilson, Margo; Daly, Martin (1992): The myth of sexual symmetry in marital violence. In: *Social Problems* (1), S. 71–91.
- European Women's Health Network (Hg.) (2000): Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter [http://www.gesundheitsnds.de/ewhnet/Country\\_Reports/Germany\\_D.PDF](http://www.gesundheitsnds.de/ewhnet/Country_Reports/Germany_D.PDF), zuletzt geprüft am 24.03.2015.
- Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verien Inselhof Triemli, Zürich (Hg.) (2010): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung).

- Freund, K.; Bak, S.; Blackhall, L. (1996): Identifying domestic violence in primary care practice. In: *Journal of General Internal Medicine* (11), S. 44-46.
- Gage-Lindner, N.; Phinney, A. (2004): Strengthening the role of forensic medicine in health sector responses to violence: two initiatives. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 199-202.
- Gahr, B.; Graß, H.; Ritz-Timme, S.; Banaschak, S. (2012): Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltopferversorgung. Was leisten Institute für Rechtsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz? In: *Rechtsmedizin* (5), S. 379-384.
- Gerlach, K. (2013): Häusliche Gewalt. In: M. Grassberger, E. Türk und K. Yen (Hg.): *Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*: Springer, S. 227-242.
- Görge, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2009): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. KNF und BMFSFJ.  
Online verfügbar unter [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit\\_C3\\_A4ts-und-Gewalterfahrungen\\_C3\\_84lterer,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kriminalit_C3_A4ts-und-Gewalterfahrungen_C3_84lterer,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf), zuletzt geprüft am 11.03.2015.
- Graß, H.; Berendes, L.; Mützel, E.; Preuss, R.; Ritz-Timme, S. (2013): „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 180-185.
- Graß, H.; Rothschild, M. A. (2004): Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. In: *Rechtsmedizin* (14), S. 188-192.
- Graß, H.; Walentich, G.; Rothschild, M. A.; Ritz-Timme, S. (2007): Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. In: *Rechtsmedizin* (6), S. 367-371.
- Grassberger, M.; Yen, K. (2013): Allgemein klinisch-forensische Traumatologie. In: M. Grassberger, E. Türk und K. Yen (Hg.): *Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*: Springer, S. 179-226.
- Gröning, K.; Lietzau, Y. (2009): Gewalt gegen ältere Menschen. In: Kirsten Aner und Ute Karl (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 361-367.
- Hagemann-White, C.; Bohne, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquêtekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Osnabrück.  
Online verfügbar unter [http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/gewalt\\_expertise\\_endfassung2.pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/gewalt_expertise_endfassung2.pdf), zuletzt geprüft am 04.04.2015.
- Hagemann-White, C.; Kavemann, B. (2004): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG).  
Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/kurzfassung-wibig-deutsch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Hellbernd, H. (2004): Häusliche Gewalt - Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs. Synopse zu Aus, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen. Hg. v. Bundeskoor-

dination Frauengesundheit.

Online verfügbar unter [http://signal-intervention.de/download/Lit\\_2004\\_Synopse\\_Hellbernd.pdf](http://signal-intervention.de/download/Lit_2004_Synopse_Hellbernd.pdf), zuletzt geprüft am 24.03.2015.

Hellbernd, H.; Brzank, P. (2010): Domestic violence against women: Health care needs and the S.I.G.N.A.L. - Intervention programme. In: V. Lasch, U. Sonntag und U. Maschewsky-Schneider (Hg.): Equity in access to health promotion, treatment and care for all European women. Kassel: Kassel Univ. Press, S. 119-140.

Hellbernd, H.; Brzank, P.; Wieners, K.; Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm. Wissenschaftlicher Bericht.

Online verfügbar unter <http://signal-interventi->

[on.de/download/SIGNAL\\_2004\\_Handbuch\\_Wissenschaftliche\\_Begleitung\\_TeilB.pdf](http://signal-intervention.de/download/SIGNAL_2004_Handbuch_Wissenschaftliche_Begleitung_TeilB.pdf), zuletzt geprüft am 23.03.2015.

Hellbernd, H.; Wieners, K. (2000): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich - Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf.

Online verfügbar unter [http://www.ava2.de/download/artikel\\_kritische\\_medizin.pdf](http://www.ava2.de/download/artikel_kritische_medizin.pdf), zuletzt geprüft am 18.03.2015.

Herrmann, B.; Banaschak, S.; Dettmeyer, R.; Thyen, U. (2010): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2., vollständg aktualisierte und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Hornberg, C.; Schröttle, M.; Bohne, S.; Khelaifat, N.; Pauli, A. (2008): Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Hg. v. Robert Koch Institut.

Online verfügbar unter

[http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/26Herxag1MT4M\\_27.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/26Herxag1MT4M_27.pdf), zuletzt geprüft am 10.01.2015.

Houry, D.; Kaslow, N.; Kemball, R.; McNutt, L.; Cerulli, C.; Straus, H. et al. (2008): Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? In: *Annals of emergency medicine* (4), S. 433-42, 442.e1-7.

Jacobi, Gert (2008): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Medizin).

Jungbluth, P.; Grassmann, J.-P.; Wild, M.; Betsch, M.; Dassler, K.; Möller-Herckenhoff, L. et al. (2012): Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 163–168.

Lamnek, Siegfried; Luedtke, Jens; Ottermann, Ralf (2012): Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. 3., erw. und überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Lasch, V.; Sonntag, U.; Maschewsky-Schneider, U. (Hg.) (2010): Equity in access to health promotion, treatment and care for all European women. Universität Kassel. Kassel: Kassel Univ. Press.

Online verfügbar unter <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-89958-740-1.volltext.frei.pdf>, zuletzt geprüft am 18.03.2015.

Lenz, H.-J. (2006): Gewalt gegen Männer als neues Thema in Forschung und Gesellschaft. Fachwissenschaftliche Analyse. In: Bundeszentrale für Politische Bildung (Hg.): Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. Unter Mitarbeit von Wilhelm Heitmeyer und Monika Schröttle. Bonn (Schriftenreihe / Bundeszentrale für Politische Bildung, 563), S. 98–116.

- Madea, Burkhard (2007): Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung; 2., aktualisierte Auflage, Berlin [u.a.]: Springer.
- Müller, U.; Schröttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Hg. v. BMFSFJ.
- Parzeller, M.; Dettmeyer, R. (2010): Schutz von Kindern und Jugendlichen vor körperlicher und sexueller Gewalt im normativen Kontext. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 145–146.
- Parzeller, M.; Dettmeyer, R.; Bratzke, H.; Flaig, B.; Zedler, B. (2010a): Schutz von Kindern vor Gewalt. Rechtliche Vorgaben in der UN-Kinderrechtskonvention und im Grundgesetz. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 147–154.
- Parzeller, M.; Dettmeyer, R.; Bratzke, H.; Zedler, B. (2010b): Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Rechtliche Vorgaben im Zivil- und Sozialrecht. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 155–165.
- Parzeller, M.; Dettmeyer, R.; Flaig, B.; Zedler, B.; Bratzke, H. (2010c): Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und gegen die persönliche Freiheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Rechtsmedizin* (3), S. 188–199.
- Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.) (2009): Polizeiliche Kriminalstatistik 2009. Online verfügbar unter <https://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/791756/publicationFile/pks-se-2009.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.) (2011): Polizeiliche Kriminalstatistik Kreis Pinneberg 2011. Online verfügbar unter <https://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/851780/publicationFile/pks-se-2011.pdf>, zuletzt geprüft am 25.03.2015.
- Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.) (2012): Polizeiliche Kriminalstatistik Kreis Pinneberg 2012. Online verfügbar unter <https://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/867144/publicationFile/pks-pi-2012.pdf>, zuletzt geprüft am 25.03.2015.
- Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.) (2013): Polizeiliche Kriminalstatistik Kreis Pinneberg 2013. Online verfügbar unter <https://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/889244/publicationFile/pks-pi-2013.pdf>, zuletzt geprüft am 25.03.2015.
- Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.) (2014): Kriminalitäts-Jahresbericht Kreis Pinneberg 2014. Online verfügbar unter <https://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/915612/publicationFile/pks-pi-2014.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Aufl. 2014. Korr. Nachdruck 2013. Wiesbaden: Imprint: Springer VS (Studienskripten zur Soziologie).
- Püschel, K.; Seifert, D.; Heinemann, A. (2006): Rechtsmedizinische Hilfe für Gewaltopfer. In: *Die Neue Polizei* (3), S. 24–27.

- Ramsay, J.; Richardson, J.; Carter, Y.; Davidson, L.; Feder, G. (2002): Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. In: *British Medical Journal* (325), S. 314.  
Online verfügbar unter <http://www.bmj.com/content/bmj/325/7359/314.full.pdf>, zuletzt geprüft am 01.04.2015.
- Rupp, Marina (Hg.) (2005): Das Gewaltschutzgesetz aus der Perspektive verschiedener Professionen. Ergebnisse einer Expertenbefragung.  
Online verfügbar unter [http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat\\_2005\\_5.pdf](http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2005_5.pdf), zuletzt geprüft am 17.03.2015.
- Schmidt, Rolf; Priebe, Klaus (2009): Strafrecht - Besonderer Teil. 8., völlig neu bearb. und aktualis. Aufl. Grasberg bei Bremen: Schmidt.
- Seifert, D.; Anders, S.; Franke, B.; Schröder, J.; Gehl, A.; Heinemann, A.; Püschel, K. (2004): Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. In: *Rechtsmedizin* (14), S. 182–187.
- Seifert, D.; Heinemann, A.; Anders, S.; Gehl, A.; Schröder, J.; Püschel, K. (2006a): Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. In: *Rechtsmedizin* (4), S. 205–212.
- 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. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoffern, Bd. 41).
- Seifert, D.; Heinemann, A.; Püschel, K. (2006b): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. In: *Deutsches Ärzteblatt* (33), S. A2168-2173.
- Seifert, D. (2007): Die Rolle des Gesundheitswesens in der Versorgung von Opfern von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung des Faches Rechtsmedizin. Habilitationsschrift. Universität Hamburg, Hamburg. Medizinische Fakultät.
- Sogn, H.; Lorentzen, J.; Holter, O. (2006): Research on violence in Norway. Oslo.  
Online verfügbar unter <http://kilden.forskningsradet.no/binfil/download.php?did=2986>, zuletzt geprüft am 28.03.2015.
- Stanislawski, N.; Philipp, K.-P.; Bockholdt, B. (2014): Untersuchungsstelle für Gewaltopfer am Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. Bilanz der ersten 3 Jahre. In: *Rechtsmedizin* (4), S. 258–262.
- Straus, M. (1999): The controversy over domestic violence by women. In: Ximena B. Arriaga und Stuart Oskamp (Hg.): *Violence in intimate relationships*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications (Claremont Symposium on Applied Social Psychology Ser), S. 17–44.
- Straus, M. (2006): Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations.  
Online verfügbar unter <http://pubpages.unh.edu/~mas2/ID41H.pdf>, zuletzt geprüft am 13.03.2015.
- Truninger, A. (2010): Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verien Inselhof Triemli, Zürich (Hg.): *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren*. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 181-194.

Unabhängige Kommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (1994): Endbericht der Unabhängigen Kommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt in Berlin. Berlin: Berlin-Verl. Spitz.

United Nations General Assembly (1989): UN-Kinderrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte des Kindes.

Online verfügbar unter <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf>, zuletzt geprüft am 14.03.2015.

von dem Berge (2012): Erhebung eines Ist-Zustandes der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nordwestlich von Hamburg. Universität Hamburg, Hamburg.

Online verfügbar unter <http://d-nb.info/1027574246/34>, zuletzt geprüft am 17.03.2015.

Walby, S.; Allen, J. (2004): Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey.

Online verfügbar unter <http://www.avaproject.org.uk/media/28792/hors276.pdf>, zuletzt geprüft am 11.03.2015.

Wessels, Johannes; Hettinger, Michael (2010): Strafrecht, BT 1. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte. 34., neu bearb. Aufl. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Müller (Jura auf den [Punkt] gebracht).

WHO (Hg.) (2002a): World report on violence and health. Summary.

Online verfügbar unter

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42512/1/9241545623\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42512/1/9241545623_eng.pdf?ua=1), zuletzt geprüft am 10.01.2015.

WHO (Hg.) (2002b): World report on violence and health.

Online verfügbar unter

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1), zuletzt geprüft am 10.01.2015.

WHO (Hg.) (2003): Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.

Online verfügbar unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1>, zuletzt geprüft am 30.03.2015.

WHO (Hg.) (2005): WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.

Online verfügbar unter

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf?ua=1), zuletzt geprüft am 12.03.2015.

WHO (Hg.) (2014): Child maltreatment. Fact sheet No. 150.

Online verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/#>, zuletzt geprüft am 10.01.2015.

WHO Europa (Hg.) (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung.

Online verfügbar unter

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf), zuletzt geprüft am 07.03.2015.

Wieners, K.; Hellbernd, H.; Oesterhelweg, L. (2012): Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen. In: *Berliner Ärzte* (1), S. 30–31.

Yen, K. (2013): Aufgaben und Nutzen klinisch-forensischer Ambulanzen. In: M. Grassberger, E. Türk und K. Yen (Hg.): *Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*: Springer, S. 99-104.

Zenz, G. (2007): Gewalt gegen alte Menschen. Daten, Fakten, Defizite. Wie der Schutz verbessert werden muss.

Online verfügbar unter <http://www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de/36050536/111-114-zenz.pdf?>, zuletzt geprüft am 11.11.2015.

### **Internetquellen:**

Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin:

URL: <http://www.dgrm.de/institute/deutschland/> Stand: 17.03.15, 10:40

Kooperations- und Interventionsprojekt „KIK - Netzwerk bei häuslicher Gewalt“:

URL: [www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/S/schutzvorgewalt/schutzvorgewalt\\_KIK.html](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/S/schutzvorgewalt/schutzvorgewalt_KIK.html)

Stand: 26.07.2015, 16:20

Landkreis Pinneberg:

URL: <http://www.kreis-pinneberg.de/> Stand: 18.03.15, 8:05

Leipziger Netzwerk gegen häusliche Gewalt und Stalking:

URL: <http://www.gegen-gewalt-leipzig.de/> Stand: 18.03.15, 12:55

„Netzwerk ProBeweis“ – Gewaltopferambulanzen in Niedersachsen :

URL: [www.mh-hannover.de/probeweispartner.html](http://www.mh-hannover.de/probeweispartner.html) Stand: 16.11.2015, 11:10

Übersichtskarte Kreis Pinneberg:

Quell-URL: <http://www.selenogradsk.de/oblast/rayon.html> Stand: 18.03.15, 10:30

Wendepunkt e.V. (gewaltpräventive Einrichtung):

URL: [www.wendepunkt-ev.de](http://www.wendepunkt-ev.de), Stand: 28.07.15, 12:15

## **Danksagung**

Ich danke Prof. Dr. med. Klaus Püschel für die Bereitstellung des interessanten Promotions-themas und die Möglichkeit, die Arbeit unter seiner Leitung erfolgreich durchzuführen zu können.

Meiner wissenschaftlichen Betreuerin Dr. med. Nadine Wilke-Schalhorst danke ich ganz be-sonders für die hervorragende Betreuung während jeder Phase der Arbeit. Verständnis- und vertrauensvoll stand sie mir immer mit Rat und Tat zur Seite. Ich bin sehr dankbar für ihre professionelle, pragmatische Unterstützung.

Bei meiner Familie möchte ich mich herzlich bedanken für die liebevolle, stets ermutigende Unterstützung während des Entstehungsprozesses der Arbeit, und für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens innerhalb kürzester Zeit.

## Lebenslauf

Caroline Emma Marie Reimann

geboren am 19.03.1990 in Hamburg.

### Schulbildung

---

1996 - 2000	Schule Bovestraße, Hamburg
2000 – 07/2006	Charlotte-Paulsen-Gymnasium, Hamburg
08/2006 - 12/2006	Brookfield Community School, Chesterfield, England
01/2007 – 06/2009	Charlotte-Paulsen-Gymnasium, Hamburg
06/2009	Abitur

### Hochschulausbildung

---

2009 – 2016	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
09/2011	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2014	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2015 – 2016	Praktisches Jahr
05-09/2015	Innere Medizin, AK St. Georg, Hamburg
09-12/2015	Pädiatrie, Altonaer Kinderkrankenhaus, Hamburg
12/2015 – 04/2016	Chirurgie, Hospital Regional Docente de Trujillo, Peru
06/2016	Voraussichtlich Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Erhalt der Approbation

Hamburg, d. 28.12.2015

## Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die 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: .....