

Aus dem Institut für Rechtsmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

**Gewaltbedingte Verletzungen
in der chirurgischen Notaufnahme der
Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
vorgelegt von

Andrea Süße
aus Bergen auf Rügen

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 15.01.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, die/der Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel
Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt
Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: PD Dr. D. Briem



Abb. 1: Asklepios Klinik St. Georg, Eingang Notaufnahme (Foto: Süße)

INHALTSVERZEICHNIS

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	VI
<u>1 Arbeitshypothese und Fragestellung</u>	1
<u>2 Einleitung</u>	2
2.1 Gewalt: Bedeutung und gesellschaftliche Relevanz	2
2.2 Definitionsproblematik des Gewaltbegriffes	3
2.3 Definition von Gewalt	4
2.4 Formen von Gewalt	5
2.4.1 Interpersonelle Gewalt	5
2.4.2 Gewalt gegen die eigene Person	5
2.4.3 Kollektive Gewalt	6
2.5 Dimensionen der Gewalt	6
2.6 Gewaltart	6
2.6.1 Verletzungen durch stumpfe Gewalt	6
2.6.2 Verletzungen durch scharfe und halbscharfe Gewalt	7
2.7 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung	7
2.8 Was ist ein Opfer?	8
2.9 Körperverletzungsdelikte in Deutschland – Maß interpersoneller Gewalt?	8
2.10 Prävalenz der Gewalttaten	9
2.10.1 Frauen	9
2.10.2 Männer	10
2.11 Folgen von Gewalt: Kosten und langfristige Auswirkungen auf die Opfer	10
2.12 Was wird auf nationaler und internationaler Ebene getan?	11
2.12.1 Deutschland	11
2.12.2 Europa	13
2.13 Schnittstelle Gewalt – Medizin: die Notaufnahme	14
2.14 Anteil von Gewaltopfern in Notaufnahmen	14
2.15 Notaufnahmedaten als Ergänzung der Kriminalstatistiken?	15

<u>3 Material und Methoden</u>	17
3.1 Material	17
3.2 Kriterien zum Analyseeinschluss	18
3.3 Methoden	18
3.4 Untersuchte Parameter	19
<u>4 Ergebnisse</u>	21
4.1 Anteil gewaltbedingter Verletzungen	21
4.2 Geschlechtsverteilung	21
4.3 Altersstruktur	22
4.4 Drogenkonsum der Opfer	23
4.4.1 Alkoholisierung	23
4.4.2 Weiterer Drogenmissbrauch	25
4.5 Transportmittel zur Einlieferung	26
4.6 Ankunftszeiten	27
4.7 Behandlungstage	28
4.8 Behandlungsmonate	29
4.9 Anamnese und Sachverhalt	30
4.10 Angaben zu den Tätern	32
4.10.1 Täteridentitäten	32
4.10.2 Täterformationen	36
4.11 Tatorte	37
4.12 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung	39
4.13 Gewaltart	40
4.14 Tatwerkzeuge	41
4.15 Diagnostische Untersuchungen	44
4.15.1 Röntgen	44
4.15.2 Computertomographie (CT)	46
4.15.3 Magnetresonanztomographie (MRT)	47
4.15.4 Sonographie	47
4.15.5 Labor	47
4.15.6 Mikrobiologie	48

4.15.7	Sonstige Diagnostik	48
4.15.8	Konsiliardienste	48
4.15.9	Rechtsmedizinische Gutachten	49
4.16	Diagnosen	52
4.16.1	Verletzte Körperregionen	52
4.16.2	Verletzungsart	54
4.16.3	Begleitverletzungen	56
4.16.4	Lebensgefährlichkeit der Verletzungen	56
4.17	Therapie	58
4.17.1	Behandlungsart (ambulant vs. stationär)	58
4.17.2	Nachbehandlungen	58
4.17.3	Entlaufene Patienten	59
4.17.4	Versorgungsbedarf	59
4.17.5	Therapie der ambulanten Patienten	59
4.17.6	Therapie der stationären Patienten	61
4.17.7	Tetanusschutzimpfung	63
4.18	Nebengruppenuntersuchung	64
4.18.1	Täterverletzungen	65
4.18.2	Dienstunfälle der Polizei	65
<u>5 Diskussion</u>		67
5.1	Methodenkritik	67
5.2	Einordnung der vorliegenden Untersuchung in die Literatur	69
5.3	Anteil von Gewaltopfern in Notaufnahmen	73
5.4	Standortproblematik der untersuchten Notaufnahme	73
5.5	Charakterisierung des Opferkollektives	75
5.5.1	Geschlechtsverteilung	75
5.5.2	Altersstruktur	76
5.5.3	Alkoholisierung	77
5.5.4	Behandlungszeiten	78

5.6	Angaben zu den Tätern	80
	5.6.1 Täteridentitäten	80
	5.6.2 Täterformationen	82
5.7	Tatorte	83
5.8	Transportmittel zur Einlieferung	83
5.9	Tathergang und resultierende Verletzungen	84
	5.9.1 Anamnese und Sachverhalt	84
	5.9.2 Tatwerkzeuge	85
	5.9.3 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung	86
	5.9.4 Gewaltart	87
	5.9.5 Verletzte Körperregionen	87
	5.9.6 Verletzungsart	88
	5.9.7 Schweregrad der Verletzungen	90
5.10	Diagnostische Untersuchungen	91
	5.10.1 Röntgen	91
	5.10.2 Weitere diagnostische Untersuchungen	92
	5.10.3 Konsiliardienste	92
5.11	Therapie und Versorgungsaufwand	93
	5.11.1 Behandlungsart (ambulant vs. stationär)	93
	5.11.2 Abgebrochene Patientenversorgung	94
	5.11.3 Therapeutische Maßnahmen	94
	5.11.4 Therapie der ambulanten Patienten	95
	5.11.5 Therapie der stationären Patienten	95
	5.11.6 Tetanusschutzimpfung	96
	5.11.7 Rechtsmedizinische Gutachten	97
5.12	Nebengruppenuntersuchung	99
	5.12.1 Täterverletzungen	99
	5.12.2 Dienstunfälle der Polizei	99
5.13	Defizite in der Versorgung von Gewaltopfern, Konsequenzen und Lösungsansätze	100
	5.13.1 Medizinisches Personal in der Schlüsselrolle	100

5.13.2 Angriffspunkte einer Gewaltopfer- orientierten Patientenversorgung	101
5.13.3 Personelle Voraussetzungen und Aufgaben	102
5.13.4 Fortbildung des medizinischen Personals	103
5.13.5 Gewalt gegen das medizinische Personal	106
5.13.6 Langfristige Auswirkungen auf die Opfer	107
5.13.7 Ansichten und Wünsche der Opfer	108
5.13.8 Lokalpolitischer Präventionsansatz 1: Restriktion der Alkoholausgabe	109
5.13.9 Lokalpolitischer Präventionsansatz 2: Waffenverbot in Risikogebieten	111
5.13.10 Ausblick: Chancen und Angriffspunkte der Gewaltdatenerhebung in Notaufnahmen	112
<u>6 Zusammenfassung</u>	115
7 Literaturverzeichnis	117
8 Danksagung	124
9 Lebenslauf	125
10 Eidesstattliche Versicherung	126

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Abbildungen

Abb. 1:	Asklepios Klinik St. Georg, Eingang Notaufnahme	0
Abb. 2:	Anteil gewaltbedingter Verletzungen (n= 503)	21
Abb. 3:	Geschlechtsverteilung (n= 503)	22
Abb. 4:	Altersstruktur (n= 433)	23
Abb. 5:	Alkoholisierung der Opfer (n= 503)	24
Abb. 6:	Grad der Alkoholisierung (n= 215)	25
Abb. 7:	Transportmittel zur Einlieferung (n= 503)	27
Abb. 8:	Ankunftszeiten im Tagesverlauf (n= 490)	28
Abb. 9:	Behandlungstage (n= 503)	29
Abb. 10:	Tathergang (n= 602, Mehrfachnennungen möglich, nur Häufigkeiten >1%)	32
Abb. 11:	Vorhandene Täterinformationen (n= 202, Mehrfachnennungen möglich)	33
Abb. 12:	Bekannte Täter (n= 73, Mehrfachnennungen möglich)	36
Abb. 13:	Täterformationen (n= 109)	37
Abb. 14:	Tatortverteilung in Hamburg (n= 348, nur Häufigkeiten >1%)	39
Abb. 15:	Gewalteinwirkung (n= 503)	40
Abb. 16:	Gewaltart (n= 540, Mehrfachnennungen möglich)	41
Abb. 17:	Diagnostische Untersuchungen (n= 503)	44
Abb. 18:	Geröntgte Körperregionen (n= 534, Mehrfachnennungen möglich)	46
Abb. 19:	Verletzte Körperregionen (n= 735, Mehrfachnennungen möglich)	54
Abb. 20:	Art der Behandlung (n= 503)	58
Abb. 21:	Tetanusschutzimpfung (n= 503)	64

Tabellen

Tab. 1:	Untersuchte Parameter	19
Tab. 2:	Transportmittel zur Einlieferung (n= 503)	26
Tab. 3:	Ankunftszeiten im Tagesverlauf (n= 490)	28
Tab. 4:	Behandlungsmonate (n= 503)	30
Tab. 5:	Tathergang (n= 602, Mehrfachnennungen möglich)	31
Tab. 6:	Vorhandene Täterinformationen (n= 202, Mehrfachnennungen möglich)	35
Tab. 7:	Tatorte (n= 348)	38
Tab. 8:	Tatwerkzeugkategorien (n= 135, Mehrfachnennungen möglich)	43
Tab. 9:	Röntgen (n= 503)	45
Tab. 10:	CT- Aufnahmen (n= 20, Mehrfachnennungen möglich)	47
Tab. 11:	Labordiagnostik (n= 49, Mehrfachnennungen möglich)	48
Tab. 12:	Konsiliardienste (n= 71, Mehrfachnennungen möglich)	49
Tab. 13:	Vergleich Notfallbögen mit den rechtsmedizinischen Gutachten	50
Tab. 14:	Verletzte Körperregionen (n=735, Mehrfachnennungen möglich)	53
Tab. 15:	Verletzungsart (n= 762, Mehrfachnennungen möglich)	55
Tab. 16:	Begleitverletzungen (n= 18)	56
Tab. 17:	Potentiell lebensgefährliche Verletzungen	57
Tab. 18:	Therapie der ambulanten Patienten (n= 474)	60
Tab. 19:	Diagnosen der stationären Patienten und Liegedauer (n= 24)	62
Tab. 20:	Zusammensetzung des Gesamtkollektivs (n= 3849)	65
Tab. 21:	Überblick aktueller Studien zum Thema „Gewaltopfer in Notaufnahmen“	72

1 ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG

Die Schnittstelle von zwischenmenschlichen Gewalthandlungen und dem in der Akutsituation primären Anlaufpunkt unseres medizinischen Systems – der Notaufnahme – stellt einen schwer zu beleuchtenden und greifbaren gesellschaftlichen Raum dar. So gibt es in der nationalen und internationalen Literatur nur wenige Auseinandersetzungen mit diesem Thema. Gerade die Phase der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe nach erfahrener Gewalt bietet eine einzigartige Möglichkeit, die Betroffenen zu beraten und Hilfestellungen anzubieten. Da ein Großteil der Gewalttaten polizeilich nicht gemeldet werden und damit nicht in den Kriminalstatistiken auftauchen, scheint die Notaufnahme ebenfalls ein idealer Ort für die Erhellung der Dunkelfeldproblematik zu sein. Ein umfassendes Bild medizinischer, rechtsmedizinischer und kriminalistischer Aspekte bezogen auf Prävalenz, Geschlechts- und Altersverteilung, Alkoholisierungsgrad der Opfer, Sachverhalte, Opfer-Täter-Beziehung, Tatorte, Art der Gewalt, Ausmaß und Region der Verletzungen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen in dieser Arbeit erörtert werden. Zudem soll die Hypothese überprüft werden, dass in Krankenhäusern in risikobehafteter geographischer Lage mit einem erhöhten Patientenaufkommen von Kriminalitätsopfern zu rechnen ist. Zusätzlich soll das Ausmaß der Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Gutachten in dieser Untersuchungsgruppe überprüft werden. Schließlich sind die erhobenen Daten zum Anteil von Gewaltopfern am Gesamtpatientengut einer deutschen Notaufnahme vor dem Hintergrund internationaler Arbeiten einzuordnen.

2 EINLEITUNG

2.1 Gewalt: Bedeutung und gesellschaftliche Relevanz

Gewalt ist ein globales Phänomen (Krug et al. 2002b, Mercy et al. 2003). Laut „The world report on violence and health“ (Krug et al. 2002a & b) starben im Jahr 2000 rund 1,6 Millionen Menschen durch Gewalteinwirkungen. Nahezu die Hälfte der Todesfälle wurde durch suizidale Handlungen, ein Drittel durch Mordanschläge und ein Fünftel durch kriegerische Auseinandersetzungen verursacht. Jeden Tag versterben weltweit etwa 4400 Menschen durch die verschiedensten Formen von Gewalt. Tausende erleiden gewaltbedingte Verletzungen, und Zehntausende von Personen werden durch die Auswirkungen nachhaltig geschädigt. Doch diese Zahlen beschreiben lediglich einen Teilaspekt der existierenden Gewalt. Die Misshandlungen erzeugen nicht nur über die medizinische Erstversorgung, sondern hauptsächlich über die sekundären Langzeitfolgen sowie die Arbeits- und Produktivitätsausfälle den wesentlichen Teil der Kosten im medizinischen, wie auch juristischen System (Krug et al. 2002a, Eby et al. 1995, Miller et al. 1993).

Die Gewaltbekämpfung und –prävention wird erst seit jüngster Zeit als Angelegenheit und Problem auch des Gesundheitssystems diskutiert und miteinander in Beziehung gesetzt. So prägte sich in den vergangenen Jahren auch im deutschsprachigen Raum der Begriff „public health“ (Mercy et al. 2003). Wichtiges Ziel dieser öffentlichen Gesundheitsvorsorge stellt das Verhüten von Gewalt dar. Im Gegensatz zum medizinischen Sektor kommt „public health“ zeitlich früher zum Einsatz und beinhaltet zahlreiche präventive Arbeitsansätze (Krug et al. 2002b). Erst seit den 1970ern wird Gewalt in der Gesellschaft öffentlich thematisiert (Franke et al. 2004). So nahm die Anzahl der wissenschaftlichen Beiträge in der medizinischen Datenbank „Medline“ innerhalb der letzten 20 Jahre um 550% zu (Krug et al. 2002a). Im selben Jahrzehnt entstanden in Deutschland erstmalig so genannte Frauenhäuser, in welchen gewaltbetroffene Frauen Zuflucht und Hilfe finden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004). Im Jahr

1976 gründete sich der Weiße Ring, ein gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Opfern durch Straftaten. Im gleichen Jahr wurde das Opferentschädigungsgesetz verabschiedet. Hiernach können Kriminalitätsoffer ihren Anspruch auf Entschädigung geltend machen, auch wenn zivilrechtliche Schritte gegen die Täter nicht erfolgreich sind, da diese oftmals „mittellos, inhaftiert oder zahlungsunwillig“ sind (Täschner 2003). Acht Jahre später nahm die erste Beratungsstelle für Kriminalitätsoffer im Bundesland Hessen ihre Arbeit auf. Trotzdem finden sich auch heute noch in Deutschland keine flächendeckenden Anlaufstellen für die Geschädigten (Schädler 2003). Erst seit 1997 ist die Vergewaltigung in der Ehe in Deutschland strafbar. Zuvor galt die Familie als ein geschützter, juristisch unantastbarer Raum. Das gesellschaftliche Umdenken seit den 1970er Jahren und die öffentliche Thematisierung von Gewalt trugen zur Enttabuisierung bei, sind aber weiterhin ein dynamischer Prozess (Franke et al. 2004). Im Jahr 2002 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation einen Bericht zur globalen Situation von Gewalt und Gesundheit, an dem mehr als 160 Experten aus über 70 Ländern mitwirkten. Der Report offenbart die Komplexität wie auch die Relevanz des Problems „Gewalt“. Hier wurden erstmalig Informationen aus den unterschiedlichsten Bereichen zusammengetragen (Krug et al. 2002a & 2002b).

2.2 Definitionsproblematik des Gewaltbegriffes

Das Phänomen „Gewalt“ entzieht sich durch seine heterogene und vielschichtige Charakteristik einer exakten und einheitlichen Definition. Hierin liegt ein Grund dafür, dass der Problematik bisher wenig Beachtung geschenkt wurde. Zusätzlich ist das allgemeine Verständnis von tolerablem und nicht tolerablem Verhalten und dessen Übergang ineinander je nach Kultur und gesellschaftlichen Werten und Normen unterschiedlich interpretierbar und unterliegt dabei ständigen Veränderungen (Krug et al. 2002b, Concha-Eastman 2001). Gleichermäßen machten Steen & Hunskaar (2004) auf die fehlende Allgemeingültigkeit definierter Gewalt aufmerksam. Das im Jahr 1997 durch die Europäische Kommission (2005) ins Leben gerufene Daphne- Projekt, welches

sich die Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen in Europa zum Ziel gesetzt hat, nähert sich der beschriebenen Definitionsproblematik, indem der Begriff „Gewalt“ ganz bewusst offen gelassen wird. So möchte man der Komplexität der Thematik gerecht werden, welche sich nicht auf wenige Worte eingrenzen ließe. Vor allem sollte den Europäischen Bürgern nicht vorgeschrieben werden, welche Erscheinungen sie selbst als Gewalt empfinden und welche nicht. Auch verschiedene Formen von Gewalt, wie beispielsweise die „häusliche Gewalt“, sind nicht eindeutig abgrenzbar (Anders et al. 2006, Franke et al. 2004). So kritisierten Boyle et al. (2004) die immer noch schwer abzugrenzenden Bedingungen und fehlenden einheitlichen Definitionen, um der Variationsbreite häuslicher Gewalt gerecht zu werden. Je nach Studiendesign würden hier unterschiedliche Definitionen und Standards verwendet werden, was die Vergleichbarkeit von Zahlen einschränke. Artus (2007) diskutierte in ihrer Arbeit die ganz unterschiedlichen Definitionsvorstellungen von „häuslicher Gewalt“. Allgemeinmediziner sollten erklären, welche Arten von Gewalt sie unter dem Begriff „häusliche Gewalt“ zusammenfassen würden. Eine Gruppe verstand hierunter ausschließlich körperliche Gewalt in der Familie, andere Befragte ordneten zusätzlich psychische Gewaltentäußerungen hinzu. Die dritte Gruppe, welche ausschließlich aus Frauen bestand, empfand neben physischen und psychischen auch sexuelle Übergriffe als einen wesentlichen Bestandteil häuslicher Gewalt.

2.3 Definition von Gewalt

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Machtausübung gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt (Krug et al. 2002b). Die vorsätzliche Tat mit darauf folgenden physischen oder psychischen Schädigungen stellt hierbei

die wichtigste Charakterisierung dar (Concha- Eastman 2001, Schneider 1994). Verallgemeinert können unter dem Begriff „Gewalt“ alle Übergriffe zusammengefasst werden, die mit einem Schaden auf Seiten des Opfers einhergehen (Franke et al. 2004).

2.4 Formen von Gewalt

Laut WHO werden interpersonelle Gewalt, Gewalt gegen die eigene Person und kollektive Gewalt als die drei großen Erscheinungsformen unterschieden. Hierbei handelt es sich um Gewalt ausgehend von einzelnen oder mehreren Personen, der eigenen Person mit autoaggressivem Verhalten und größeren organisierten Verbänden mit gesellschaftlichem, politischem und ökonomischem Hintergrund (Krug et al. 2002b).

2.4.1 Interpersonelle Gewalt

Gewalttätige Übergriffe auf Personen werden einerseits in Gewaltakte zwischen miteinander Vertrauten innerhalb der Familie oder unter Intimpartnern gegliedert und finden nicht ausschließlich, aber meist in den privaten Wohnräumen des Opfers statt. Eine weitere Form interpersoneller Gewalt beschreibt Tötlichkeiten, die oft außerhalb des Zuhauses der Opfer und unter nicht miteinander Verwandten und nicht unbedingt miteinander Bekannten ausgeübt werden (Krug et al. 2002b).

2.4.2 Gewalt gegen die eigene Person

Schädigendes Verhalten gegen die eigene Person tritt auf als suizidales Syndrom sowie andere gegen sich selbst gerichtete Rohheiten. Dabei gibt es verschiedene Ausprägungsgrade mit zum Teil fließenden Übergängen (Krug et al. 2002b).

2.4.3 Kollektive Gewalt

Gemeinschaftliche Gewalt beschreibt die Handlungen einer Gruppe, welche mit Hilfe von gewalttätigen Aktionen bestimmte Ziele politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Art durchsetzen will (Krug et al. 2002b).

2.5 Dimensionen der Gewalt

Jede der beschriebenen Gewaltformen (Interpersonelle Gewalt, Gewalt gegen die eigene Person, Kollektive Gewalt) kann dabei unterschiedlich in Erscheinung treten. Dies kann sich äußern in physischer, psychischer, sexueller Gewalt, aber auch in Vernachlässigung und Deprivation (Krug et al. 2002a & 2000b, Poloczek & Schmitt 2002). Anders et al. (2006) fassten unter physischer Gewalt alle körperlichen Übergriffe zusammen, welche mit Ohrfeigen, Schlägen mit Gegenständen oder ohne Gegenstände bis hin zu schwersten Misshandlungen und daraus entstehenden lebensbedrohlichen Verletzungen einhergehen können. Im Gegensatz dazu besteht physische Gewaltausübung aus Drohungen, Beschimpfungen oder Erniedrigungen verbaler Form. Sexuelle Gewalt äußert sich in sexualisierten Annäherungen, sowie Nötigung, Missbrauch oder Vergewaltigung. Schließlich kann auch der bewusste Entzug von Aufmerksamkeit oder Zuwendung durch eine deprivierende Person als ein Aspekt von Gewalt verstanden werden (Poloczek & Schmitt 2002).

2.6 Gewaltart

2.6.1 Verletzungen durch stumpfe Gewalt

Verletzungen durch stumpfe Gewalt werden hervorgerufen durch eine „mechanische Einwirkung einer mehr oder minder begrenzten Fläche gegen den menschlichen Körper“ (Bratzke 2003). Die daraus entstehenden Verletzungen sind sehr vielfältig und häufig von uncharakteristischer Gestalt, da sie nicht nur abhängig sind von der ursächlichen Kraft, sondern auch von deren Art und Richtung. Die Beschaffenheit der Wunde setzt sich dabei zusammen aus unregelmäßigen Wundrändern sowie Gewebsbrücken. Verletzungen

stumpfer Gewalt präsentieren sich beispielsweise als Schürfungen, Hämatome, Prellungen, Quetsch-Risswunden („Platzwunden“) sowie Organrupturen oder Knochenbrüche (Penning 2006).

2.6.2 Verletzungen durch scharfe und halbscharfe Gewalt

Typische Verletzungen „scharfer Gewalt“ stellen die Stich- und Schnittwunden dar. Sie entstehen durch das Einwirken von Messern, Rasierklingen, Glasscherben oder anderen scharfen Gegenständen. Die Wundränder sind im Gegensatz zu Verletzungen stumpfer Gewalt gradlinig und glattrandig (Oehmichen 2003).

Unter halbscharfer Gewalt werden Verletzungen zusammengefasst, die durch das Verwenden von Werkzeugen, wie zum Beispiel einer Axt oder eines Beiles hervorgerufen werden (Penning 2006). Die Wundbeschaffenheit setzt sich dabei zusammen aus den Charakteristika nach scharfer und stumpfer Gewaltanwendung. So finden sich neben glattrandigen Wundrändern auch Gewebsbrücken in den tieferen Hautschichten (Eisenmenger 2004).

2.7 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung

Vorausgesetzt die Lokalisation der Krafteinwirkung ist identisch mit dem Ort der Verletzung handelt es sich um eine Form der direkten Gewalteinwirkung. Beispielsweise ist eine Fraktur des Nasenbeins nach einem Fastschlag ins Gesicht als durch direkte Gewalteinwirkung bedingt zu klassifizieren. Entsprechend finden sich bei der indirekten Gewalteinwirkung für die Krafteinwirkung und die daraus resultierende Verletzung mindestens zwei unterschiedliche Fundstellen (Wehner 2003). Dies wäre der Fall, wenn das Opfer nach einem Stoß, Schubs oder Beinstellen durch den Täter stürzen und sich durch das Auffangen mit den Händen Verletzungen zuziehen würde.

2.8 Was ist ein Opfer?

Laut Rat der Europäischen Union (2001) handelt es sich bei einer Person um ein „Opfer“, wenn diese unmittelbar durch ein aktives oder passives Verhalten anderer Schaden nimmt. Diese Schädigung äußert sich in einer Minderung „körperlicher oder geistiger Unversehrtheit, in seelischem Leid oder einem wirtschaftlichen Verlust“. Weiterhin muss die Handlung gegen das im Mitgliedstaat geltende Strafrecht verstoßen. Aus polizeilicher Sicht wird das Opfer als die Person definiert, gegen welche sich die „mit Strafe bedrohte Handlung unmittelbar richtet“ (Polizeiliche Kriminalstatistik 2005).

2.9 Körperverletzungsdelikte in Deutschland – Maß interpersoneller Gewalt ?

In den vergangenen 15 Jahren stieg die Zahl der in Deutschland polizeilich registrierten vorsätzlich leichten sowie gefährlichen und schweren Körperverletzungsdelikte kontinuierlich an. Der Strafbestand der vorsätzlich leichten Körperverletzung erhöhte sich seit 1993 um fast 200000 Fälle auf 368434 Fälle im Jahr 2007 (Bundesministerium des Innern 2008). Laut § 223 StGB werden hierunter körperliche Misshandlungen oder andere gesundheitliche Schädigungen eines Menschen durch einen Anderen zusammengefasst (Eser 2001). Grundsätzlich muss die vorsätzlich leichte Körperverletzung vom Strafbestand der Gewaltkriminalität abgegrenzt werden, da diese auch in den Kriminalstatistiken getrennt aufgeführt werden. Gewaltkriminalität umfasst dabei die Delikte der gefährlichen und schweren Körperverletzung, Raubdelikte, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung sowie Mord und Totschlag. Der Tatbestand einer gefährlichen Körperverletzung (StGB § 224) fordert ein lebensbedrohendes Vorgehen, das Verwenden von schädigenden Stoffen oder Waffen bzw. Werkzeugen, einen hinterlistigen Überfall und/ oder eine gemeinschaftliche Tat. Weiterhin handelt es sich um eine schwere Körperverletzung, wenn beim Opfer eine erhebliche somatische oder geistige Einschränkung vorliegt (StGB § 226). Dabei kann es sich

beispielsweise um den Verlust eines Sinnes oder Körperteiles handeln (Stree 2001). Laut Bundesministerium des Innern (2008) stiegen die polizeilich registrierten Vorfälle gefährlicher und schwerer Körperverletzungen seit 1997 um 45,8% an. Dieser dramatische Anstieg der Gewaltverbrechen scheint zwar nicht ausschließlich auf eine direkte Zunahme der Gewaltbereitschaft zurückführbar, trotzdem gehören Körperverletzungen mit einem Anteil von 8,7% an den Straftaten insgesamt zu den am häufigsten begangenen kriminellen Handlungen in Deutschland. Mitverantwortlich für die ständig wachsenden Gewaltzahlen wird neben einer zunehmenden Aufhellung des Dunkelfeldes durch polizeiliche Ermittlungen auch ein vermehrtes Anzeigeverhalten der Bevölkerung gemacht. Veränderte juristische Rahmenbedingungen, wie beispielsweise das Gewaltschutzgesetz vom 01.01.2002, begünstigen diese Entwicklung (Bundesministerium des Innern 2008).

2.10 Prävalenz der Gewalttaten

2.10.1 Frauen

In einer repräsentativen nationalen Studie gaben 37% von insgesamt 10264 interviewten Frauen an, seit dem 16. Lebensjahr schon einmal Opfer physischer Gewalthandlungen gewesen zu sein (Schröttle & Müller 2004). Bei einer Umfrage unter 806 Frauen in einer Notaufnahme in Berlin berichtete über die Hälfte der Befragten von mindestens einem Ereignis körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt in ihrem Leben (Brzank et al. 2005). Ähnliche Zahlen finden sich je nach Untersuchungsschwerpunkt auch in internationalen Arbeiten. Im Rahmen einer im Jahr 2007 veröffentlichten amerikanischen Arbeit wurden 1800 Frauen aus 48 US-Bundesstaaten telefonisch zu ihren persönlichen bisherigen Gewalterfahrungen befragt. Dabei berichteten die Frauen über verschiedenste Formen erlebter Gewalt. Diese umfassten wiederholte unerwünschte Kontaktaufnahmen durch den Täter bis hin zu Formen körperlicher und/ oder sexueller Gewalt durch bekannte oder unbekannte Personen. Über mindestens ein Gewalterlebnis seit dem 18. Lebensjahr berichteten 60% der Befragten (Moracco et al. 2007). In

Großbritannien ergab eine Befragung von 189 Frauen in einer Notfallambulanz eine Lebenszeitprävalenz für häusliche Gewalt von 34,8%. Allein im vorangegangenen Jahr hatten 6,1% der Frauen gewalttätige Übergriffe durch ihren Intimpartner erlebt (Sethi et al. 2004).

2.10.2 Männer

Lediglich jeder siebte von 266 befragten Männern in Deutschland berichtet von einer häuslichen und außerhäuslichen gewaltlosen Kindheit und Jugend. Während dieser Zeit erlitten 18% der Befragten durch Dritte verursachte gewaltbedingte Verletzungen, „wie zum Beispiel Schnittwunden, Knochenbrüche, Quetschwunden oder Verbrennungen“ (Jungnitz et al. 2004). Insgesamt finden sich nur wenige Studien, welche die Gewalterfahrungen von Männern beleuchten. Jedoch lässt sich eine Vielzahl von Opfern verzeichnen. Im Jahr 2005 wurden 19133 Männer in Hamburg Opfer von Rohheitsdelikten. Im Vergleich betraf dies im selben Zeitraum „nur“ 11533 Frauen (Polizeiliche Kriminalstatistik 2005). Seit jüngster Zeit rückt auch die Opferhilfe für gewaltbetroffene Männer in das öffentliche Bewusstsein. So wurde im Jahr 2002 in Oldenburg ein Männerhaus durch die Männer-Wohn-Hilfe (e.V.) gegründet. Auch in Berlin existiert eine solche Zuflucht für Betroffene.

2.11 Folgen von Gewalt: Kosten und langfristige Auswirkungen auf die Opfer

Zur Schätzung der anfallenden Kosten unterschieden Miller et al. (1993) zwischen direkten durch die somatische Behandlung der Verletzungen entstehenden Kosten, indirekten Verlusten durch Produktivitätsausfälle der Opfer und nicht zählbaren Kosten durch eine verminderte Lebensqualität nach erfahrener Gewalt. Letzteres wurde in Anlehnung an Schadensersatzforderungen und –zahlungen einer ungefähren finanziellen Dimension zugeordnet. So sollen den USA durch Gewalttaten jedes Jahr ein wirtschaftlicher Verlust von 84,1 Milliarden US- Dollar entstehen. Hinzu kommt,

dass durch die strafrechtliche Verfolgung der Täter und Gerichtskosten die Gesellschaft weitere finanzielle Lasten tragen muss (Miller et al. 1993, Krug et al. 2002a). Auch die durch die Betreuung von Familienmitgliedern, Polizeimitarbeitern sowie Sozialarbeitern mit posttraumatischen Belastungsstörungen entstehenden Ausgaben bezogen Miller et al. (1993) in ihre Kostenanalyse mit ein. Oft stehen allein die physischen Gesundheitskosten im Mittelpunkt der Betrachtungen, während die langfristigen psychischen Auswirkungen und Leidenswege der Opfer oft drastisch unterschätzt werden (Waters et al. 2004, Schneider 1994, Miller et al. 1993). Die gesundheitlichen Folgen nach erfahrener Gewalt sind besonders durch Befragungen von Frauen erforscht. So geben zwischen 56% und 80% der befragten Frauen je nach Art der erlebten Gewalt psychische Probleme als Spätfolgen an. Diese äußern sich in Form von „Schlafstörungen, erhöhte Ängste und vermindertes Selbstwertgefühl, über Niedergeschlagenheit und Depressionen bis hin zu Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen“ (Schröttle & Müller 2004).

2.12 Was wird auf nationaler und internationaler Ebene getan?

2.12.1 Deutschland

Innerhalb des Bundesgebietes gibt es bisher nur wenige Untersuchungen zur Gewaltprävalenz. Solcher Defizite zum Trotz sind seit den 1990er Jahren eine Vielzahl von Initiativen zur Gewaltbekämpfung und deren Prävention in Deutschland zu verzeichnen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004). „Häusliche Gewalt“ und „Gewalt gegen Frauen“ als Formen zwischenmenschlicher Gewalt bilden zurzeit einen Forschungsschwerpunkt. Durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) initiiert, konnten in den Jahren 1998 bis 2004 verschiedenste Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt in ganz Deutschland wissenschaftlich begleitet werden. In Schleswig- Holstein betraf dies allein zwölf regionale so genannte Kooperations- und Interventionskonzepte (KIKs) sowie vier regionale Programme zur Täterarbeit. Ein weiteres Interventionsprojekt

„CORA – Contra Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ startete mit fünf Interventionsstellen in Mecklenburg-Vorpommern. Im Jahr 2003 wurden im Rahmen einer ersten repräsentativen Studie rund 10000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren zum Thema „Frauen als Opfer von Gewalt in Deutschland“ befragt (Schröttle & Müller 2004). Ein Jahr später erschien eine erste Pilotstudie, in der rund 200 Männer zu ihren Erfahrungen als Opfer von Gewalt in verschiedensten Lebenssituationen interviewt wurden (Jungnitz et al. 2004). Laut Prof. Dr. Pfeiffer, Leiter des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V., arbeitet das Institut aktuell an einer durch das Bundesinnenministerium in Auftrag gegebenen umfassenden Studie zur Jugendgewalt in Deutschland. Insgesamt sollen 50000 Personen dazu befragt werden (Tetzner 2008). Neben diesen Arbeiten zur Beleuchtung des Ausmaßes der Gewaltopferproblematik innerhalb der nationalen Grenzen finden sich verschiedenste Ansätze der Sekundär- und Tertiärprävention. Beispielhaft sollen hier einige Initiativen genannt werden. Mit dem Interventionsprojekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen“ wurde im Jahr 1999 am Berliner Universitätsklinikum „Benjamin Franklin“ erstmals ein Programm ins Leben gerufen, welches die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit zuvor erlebter Gewalt verbessern will. Aktives Befragen der Betroffenen, Evaluation der Schutzbedürftigkeit, juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Hilfsangebote stehen hier im Vordergrund der Arbeit (Hellbernd et al. 2005). In Hamburg startete 1998 ein Modellprojekt zum Aufbau eines medizinischen Kompetenzzentrums für Opfer von Gewalt. Am Institut für Rechtsmedizin wurde eine kostenlose Untersuchungsstelle mit juristisch verwertbarer Dokumentation der Verletzungen mit oder ohne Anzeige bei der Polizei eingerichtet. Gründungsmotivation war die nur wenig ausgeprägte Vermittlung von Gewaltopfern von Ärzten und/ oder Opferhilfeorganisationen an die Rechtsmedizin zur Beweissicherung (Anders et al. 2006, Seifert et al. 2006 & 2004, Butchart et al. 2004). Die Ärztekammern verschiedener Bundesländer gründeten in den vergangenen Jahren Arbeitskreise zum Thema „Häusliche Gewalt“. Neben einer Funktion als Ansprechpartner und Ratgeber für das medizinische Personal, soll das Ziel der Arbeit neben genereller

Aufklärungsarbeit eine bessere Versorgung misshandelter Frauen sein (Ärztekammer Hamburg 2006, Schirmmacher 2003). Schließlich ermöglicht das im Jahr 2002 verabschiedete Gewaltschutzgesetz den Betroffenen und der Polizei eine rechtliche Grundlage für die Wegweisung der Täter und symbolisiert die politische Arbeit zur Stärkung der Opferrechte in Deutschland (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004).

2.12.2 Europa

Im Gegensatz zu Deutschland erklärte die Schweiz schon im Jahr 1993 Opferhilfe zu einer politischen Aufgabe. So wurde vor 15 Jahren ein Opferhilfegesetz verabschiedet, in welchem die Kantone dazu verpflichtet wurden, Beratungs- und Versorgungsangebote für Betroffene bereitzustellen (Schädler 2003). Aufgrund einer Vielzahl unterschiedlicher Projekte in ganz Europa werden im Folgenden nur einige beispielhaft vorgestellt. Im Jahr 1997 wurde durch die Europäische Kommission (2005) das Projekt „Daphne“ ins Leben gerufen. Das Programm hat in den vergangenen Jahren 303 Initiativen gegen Gewalt gegenüber Kindern, Jugendlichen und Frauen in Europa mit einer Summe von 20 Millionen EUR finanziert. Für die zweite Phase des Programms 2004 bis 2008 stehen insgesamt 50 Millionen EUR zur Verfügung. Verschiedene rechtsmedizinische Institute aus Frankreich, Deutschland, Belgien und Österreich haben sich für eines dieser Projekte zusammengeschlossen. Diese internationale Studie soll Daten aus den Jahren 2003 und 2004 zu rechtsmedizinischen Untersuchungen von Gewaltopfern zusammentragen und so einen Überblick über die aktuelle Situation zum Thema „Gewalt(opfer) in Europa“ schaffen. Erste Ergebnisse zeigen, dass besonders Frauen im Alter von 15 – 40 Jahren zu den am häufigsten Betroffenen zählten (Heinz 2005). Auch die Weltgesundheitsorganisation äußerte sich in ihrem Bericht „Injuries and violence in Europe“ zu den Problemen in der Versorgung von Gewaltopfern in Europa. So wird auf bestehende Missstände und ungenutzte Ressourcen insbesondere in der Akut- und Nachsorge von Gewaltopfern in den einzelnen Staaten und auch zwischen den europäischen Ländern hingewiesen (Sethi et al. 2005).

2.13 Schnittstelle Gewalt – Medizin: die Notaufnahme

Gewaltopfer beanspruchen in besonderem Maße Leistungen des Gesundheitssystems (Anders et al. 2006). Laut Schröttle & Müller (2004) lässt sich ein Drittel der Frauen nach erlebter physischer und sexueller Gewalt medizinisch versorgen. Weiterhin würden Opfer häuslicher Gewalt bis zu 37% ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Die ganzzeitig geöffneten und für jedermann zugänglichen Notaufnahmen bieten damit eine einzigartige Möglichkeit, mit Opfern nach Gewalttaten in Kontakt zu treten (Olson et al. 1996). Hierbei sollten nicht nur die akutmedizinische Versorgung, sondern auch Beratungsangebote oder die Vermittlung an Interventionsstellen im Mittelpunkt stehen (Seifert et al. 2006).

2.14 Anteil von Gewaltopfern in Notaufnahmen

In aktuellen Studien liegt der Anteil von Opfern gewaltbedingter Verletzungen, die in Notaufnahmen behandelt werden je nach Untersuchungsschwerpunkt – Gewalt zwischen einander bekannten und/ oder unbekanntem Personen - bei 1 bis 4 %. In Bergen/ Norwegen untersuchten Steen & Hunskaar (2004) den Anteil von Opfern physischer Gewalt, die in einer Notfallambulanz versorgt wurden. Im Erhebungszeitraum von zwei Jahren wurden 1803 Patienten - 1,3% der Patientenkontakte insgesamt - wegen gewaltbedingter Verletzungen behandelt. Im Rahmen einer Querschnittstudie aus dem Vereinigten Königreich wurden Patienten einer Akutambulanz zum Thema „häusliche Gewalt“ interviewt. Über zuvor erfahrene physische und nicht-physische Formen häuslicher Gewalt berichteten 1,2% der Befragten (Boyle & Todd 2003). Olson et al. (1996) ermittelten in einer Notaufnahme im Bundesstaat New Mexico/ USA, dass 3,0% der Patienten Opfer häuslicher Übergriffe waren. Eine andere amerikanische Studie befragte über 2 Jahre Patienten in einer Notaufnahme zu ihren persönlichen Erfahrungen mit häuslicher Gewalt. Ein Anteil von 25,7% der 2134 in einer Partnerschaft lebenden Männer und Frauen berichtete von erlebter Gewalt innerhalb des letzten Jahres. Insbesondere handelte es sich hierbei um physische Gewalt (58,0%), sexuelle Gewalt (24,1%), Androhung von

Waffengewalt (21,9%), Angst vor Schlägen (30,7%) oder Angst vor dem Partner, welcher das Opfer anschrie oder sich abwertend äußerte (75,2%) (Houry et al. 2008). Eine britische Arbeit, in der Daten eines Jahres von insgesamt 12 teilnehmenden Notaufnahmen ausgewertet wurden, dokumentierte einen Anteil von 1,9% von Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen (Downing et al. 2003). In einer Notaufnahme in Lancashire/England konnten 2,6% Gewaltopfer registriert werden. Dies waren innerhalb des Erhebungszeitraums von 3 Monaten doppelt so viele Opfer, als polizeilich im selben Zeitraum registriert worden waren (Howe & Crilly 2002). In England und Wales untersuchten Sivarajasingam und Shepherd (2001) das Vorkommen von gewaltbedingten Verletzungen in insgesamt 33 Notambulanzen über einen Zeitraum von drei Jahren. Von dem 4842936 umfassenden Gesamtpatientenkollektiv waren 121475 (2,5%) der Patienten Opfer gewalttätiger Übergriffe geworden. Über Gewalterlebnisse in der Vergangenheit berichteten 2,4% (235) der Patienten einer schottischen Notaufnahme (Wright & Kariya 1997).

2.15 Notaufnahmedaten als Ergänzung der Kriminalstatistiken?

Anhand der jährlich erscheinenden Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamtes Wiesbaden ist es möglich, die Prävalenz der Straftaten sowie ihren zeitlichen Verlauf zu verfolgen. Da allerdings nur die Delikte erfasst werden, welche polizeilich zur Anzeige gebracht wurden, handelt es sich hierbei bestenfalls um Mindestangaben, da viele der tatsächlich stattgefundenen Straftaten unentdeckt bleiben. Es wird also nur auf Daten basierend auf dem aufgeklärten Hellfeld zurückgegriffen (Wegener 2003, Du Chesne 2004). Butchart et al. (2004) machten ebenfalls darauf aufmerksam, dass Opferstudien zeigen, dass die tatsächlichen Zahlen von Geschädigten durch interpersonelle Gewalt erheblich über den polizeilichen Daten liegen. Zur Erhellung des Dunkelfeldes besonders von Gewaltdelikten bieten die Notaufnahmen eine einzigartige Möglichkeit zur ergänzenden Datenerfassung, da sich diese oftmals in behandlungsbedürftigen Verletzungen der Opfer und Täter widerspiegelt.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht im Gesundheitssektor, insbesondere in den Krankenhäusern, eine wichtige Informationsquelle, um beispielsweise den Verletzungshergang und die daraus resultierenden Verletzungen zu verstehen. Weiterhin sei das medizinische System ein wichtiger Ort zukünftiger Gewaltprävention (Butchart et al. 2004, Krug et al. 2002b).

Die vorliegende Arbeit soll Hinweise liefern, inwiefern Daten aus Notaufnahmen neben medizinischen auch wertvolle kriminalistische Informationen zu Gewaltopfern liefern können.

3 MATERIAL UND METHODEN

3.1 Material

Der zu untersuchende Zeitraum wurde auf sechs Monate – vom 01.11.2003 bis zum 30.04.2004 – festgelegt. Entsprechend dieser Vorgabe wurden die im Krankengeschichtenarchiv der Asklepios Klinik St. Georg gelagerten Patientenakten der chirurgischen Notaufnahme retrospektiv herausgearbeitet.

Wichtigste Grundlage der chirurgischen Unterlagen war der Notfallbericht, der in vorgefertigter Version bei jedem in der Notaufnahme vorstelligen Patienten vom behandelnden Arzt ausgefüllt wurde. Das Behandlungsprocedere in der Notaufnahme konnte so von der Anamnese über den klinischen Untersuchungsbefund, die weiteren diagnostischen Maßnahmen, Diagnose, Therapie und ggf. Weiterbehandlung nachvollzogen werden. Zusätzlich konnte auf Protokolle der Einsatzfahrzeuge, Einweisungen niedergelassener Ärzte, Befundberichte der bildgebenden Verfahren, Laborbestimmungen, Dokumentationen bei Ausnüchterung sowie Kurzarztbriefe bei Entlassung ambulanter Patienten zurückgegriffen werden. Im Falle einer stationären Behandlung wurden die entsprechenden Akten hinzugezogen. Hier konnten Operationsberichte, Anästhesie- sowie Intensivprotokolle, Laborwerte, mikrobiologische Untersuchungen, Bildgebungsbefunde, konsiliarische Dienste, Pflege- und Physiotherapieberichte sowie der zusammengefasste Krankheitsverlauf dem Entlassungsbrief bzw. Verlegungsbericht entnommen werden.

Das Institut für Rechtsmedizin bietet eine Untersuchung sowie Dokumentation der Verletzungen von Gewaltopfern mit und ohne polizeiliche Anzeige an. Die rechtsmedizinischen Untersuchungsberichte des Instituts wurden im Zeitraum der Erhebung eingesehen und auf eine Inanspruchnahme hin überprüft. Bei vorhandenen Gutachten zu den zuvor eingesehenen Fällen wurden diese mit den Untersuchungsbefunden der chirurgischen Abteilung verglichen, aufgearbeitet und unter rechtsmedizinischen Aspekten noch einmal überprüft sowie ggf. ergänzt.

Die angegebenen Tatorte wurden dem Einsatzort im Protokoll und der Anamnese im Notfallbogen entnommen. Mittels einer Karte von Hamburg und Umgebung (Landesbetrieb Geoinformation und Vermessung, Verwaltungsausgabe, Stand 2005, Maßstab 1: 60000) mit darin markierten Stadtteilgrenzen sowie Informationen aus der Bauprüfabteilung des Bezirksamtes Hamburg- Mitte wurden die Tatorte den Stadtteilen der Stadt Hamburg zugeordnet, um ein Verteilungsprofil erstellen zu können.

3.2 Kriterien zum Analyseeinschluss

Der Analyseeinschluss der Patienten erfolgte anhand der Informationen aus den Notfallberichten. Die Art der Verletzung, das Verletzungsmuster und begleitende Verletzungen, die Rückschlüsse auf eine Gewaltbeteiligung zuließen, wurden berücksichtigt.

Hiervon unabhängig und ergänzend wurden Daten erhoben zu gewaltassoziierten Verletzungen auf Seiten der Gewalttäter und Verletzungen beteiligter Polizisten bei Festnahmen der Täter.

Gab es in den eingesehenen Unterlagen keinen Anhalt auf ein gewaltassoziiertes Geschehen oder nur uneindeutige sowie unzureichende Informationen, wurden die Patienten von der Erhebung ausgeschlossen.

3.3 Methoden

In Anlehnung an die in der chirurgischen Notaufnahme verwendeten Notfallbögen wurde ein Erhebungsbogen entworfen und für jeden in die Analyse eingeschlossenen Patienten ausgefüllt. Ein Großteil dieses Entwurfes wurde aus der Medizinischen Dissertationsarbeit Kühne (2007) übernommen. Aus Gründen des Datenschutzes wurden die Bögen anonymisiert und mit fortlaufenden Identifikationsnummern versehen.

Die untersuchten Parameter wurden in eine Tabelle des Programms Microsoft Excel Version 2000 eingegeben und in das Statistikprogramm SPSS 12.0 for Windows transferiert und dort ausgewertet.

3.4 Untersuchte Parameter

An den durch den Notfallbogen vorgegebenen Variablen orientierte sich der entworfene Erhebungsbogen, wie in Tabelle 1 beschrieben.

Untersuchte Parameter		
Identifikationsnummer		
Geschlecht	männlich	weiblich
Alter zum Tatzeitpunkt		
Alkoholeinfluss	ja nein	keine Angabe
Alkoholisierungsgrad	Mundgeruch Rausch	Volltrunken keine Angabe
Alkoholbestimmung	Promillewert	
Weiterer Drogenmissbrauch	Freitext	
Transportmittel zur Einlieferung	Rettungswagen (RTW) Privat/ Taxi	Notarzt Polizei keine Angabe
Tatdatum und –zeitpunkt		
Behandlungsdatum		
Behandlungszeitpunkt		
Anamnese/ Sachverhalt	Freitext	
Täterangabe	ja	nein
Täterbeschreibung	Unbekannter (Ex)Lebenspartner näheres soziales Umfeld berufliches Umfeld	Polizei Selbstverursacher Sonstige
Täter	Freitext	
Täterformation	Einzelperson	Gruppe
Tatort	Stadtteil Nahverkehrsmittel	Sonstige
Gewalteinwirkung	direkt indirekt	direkt und indirekt unbekannt
Gewaltart	stumpf scharf thermisch	chemisch Schuss
Tatwerkzeug	Flaschen- und Glaswerkzeug Stichwerkzeug Schusswaffe Schlagwerkzeug Gelegenheitswerkzeug	Pfefferspray thermisches Werkzeug unbekanntes Werkzeug nicht benannter Gegenstand
Diagnostik	Röntgen Computertomographie Magnetresonanztomographie Sonographie Elektrokardiographie	Labor Urinstix Mikrobiologie Konsiliardienst
Rechtsmedizinische Untersuchung	ja	nein

Diagnose	Freitext	
Verletzte Körperregion	Gehirnschädel Gesicht Nacken Hals Thorax Rücken Wirbelsäule	Abdomen Becken Flanke Gesäß Hoden obere Extremität untere Extremität
Verletzungsart	Platzwunde Hämatom Fraktur Prellung Distorsion Stich-/ Schnittverletzungen Commotio	Contusio Schussverletzung Verbrennung Schürfung Bisswunde Infektion und Entzündung
Begleitverletzungen	ja	nein
Begleitverletzungen	Abwehrverletzungen Griffspuren Kratzspuren	Fesselungsspuren Würgemale
Lebensgefahr	akut potentiell	keine
Behandlungsart	ambulant stationär	verlegt
Nachbehandlung	ja	nein
Zusatzinformation	entlaufen	verweigert
Therapie	Freitext	
Therapie	Wundversorgung Verband Gips Reposition	Drainage Punktion Sonstige keine Therapie
Anästhesie	Lokalanästhesie Leitungsanästhesie	Vollnarkose
Tetanusimpfung	aktiv passiv	keine

Tabelle 1: Untersuchte Parameter

4 ERGEBNISSE

4.1 Anteil gewaltbedingter Verletzungen

Im Untersuchungszeitraum vom 01.11.2003 bis zum 30.04.2004 wurden insgesamt 3849 Patientenkontakte ermittelt. Der Anteil der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen lag hierbei bei 13,1% (503/3849). Die Mehrheit der Fälle (86,3%) stellte sich mit Verletzungen anderer Ursachen in der Notaufnahme vor. In 0,6% der Fälle (23/3849) war eine eindeutige Zuordnung der Patienten nicht möglich, da diese entweder die Notaufnahme vorzeitig verließen, die „10-Euro-Praxisgebühr“ nicht zahlen wollten oder der Anamnesebogen nicht ausgefüllt war.

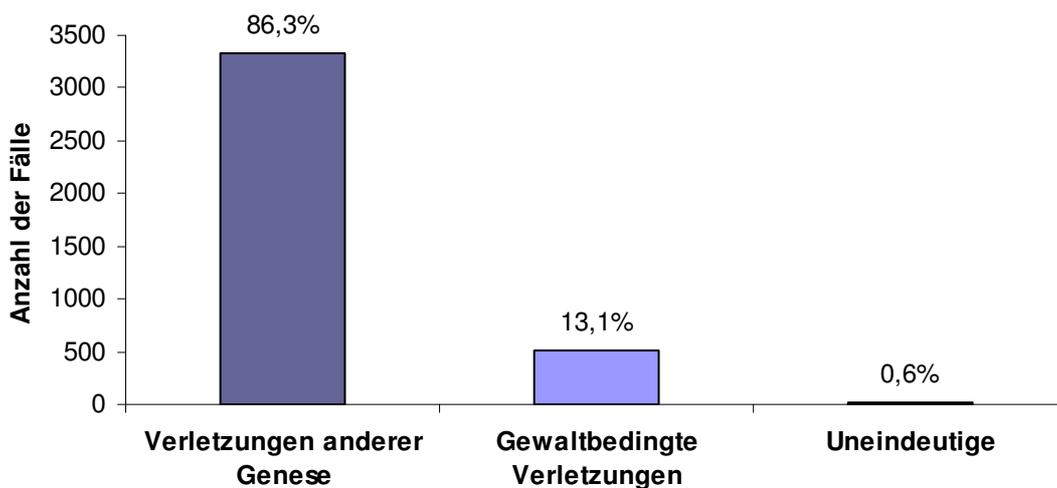


Abb. 2: Anteil gewaltbedingter Verletzungen (n= 503)

4.2 Geschlechtsverteilung

Männer wurden in 85,1% (428/503) der Fälle Opfer von Übergriffen. Wohingegen Frauen nur in 14,9% (75/503) betroffen waren. Dies entspricht einem Verhältnis zwischen Frauen und Männern von 1: 6.

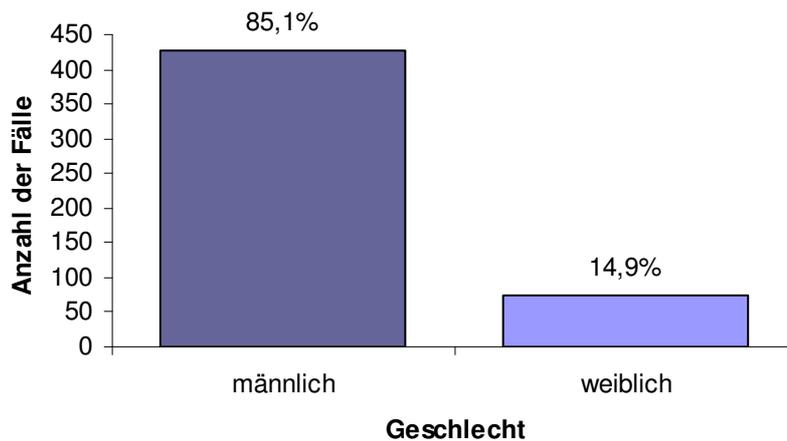


Abb. 3: Geschlechtsverteilung (n= 503)

4.3 Altersstruktur

Die Altersspanne zwischen dem jüngsten (12 Jahre) und ältesten (93 Jahre) Geschädigten beträgt 81 Jahre. Das Alter des Opfers wurde zum Zeitpunkt der Tat ermittelt. Nahezu sechzig Prozent der Geschädigten (250/433) waren zwischen 21 und 40 Jahre alt. Jeweils 72 (16,6%) und 75 (17,3%) Personen waren im Alter von 11 – 20 sowie 41 – 50 Jahren. Der Anteil der über 50-Jährigen lag bei < 10 Prozent. Bei rund jedem zehnten Patienten (n= 70) fand sich keine eindeutige Bezugsgröße (Tatzeitpunkt), um Angaben zum Alter machen zu können.

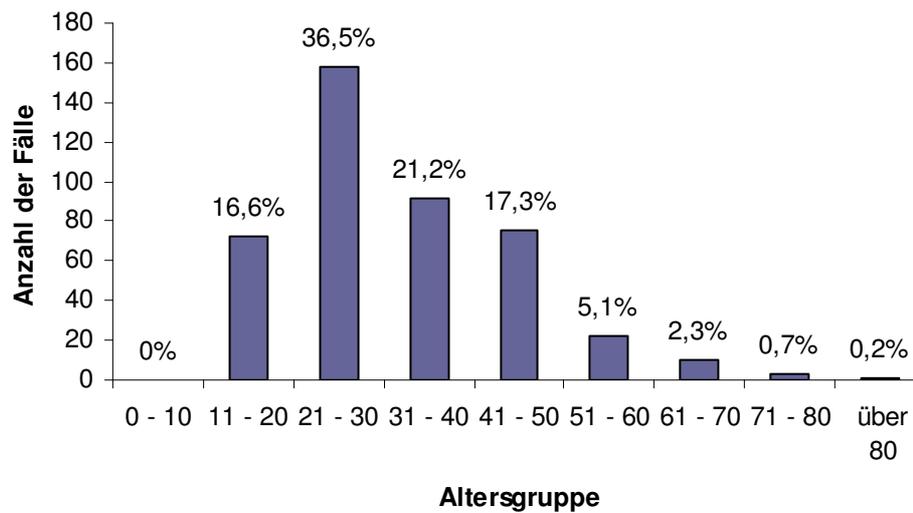


Abb. 4: Altersstruktur (n= 433)

4.4 Drogenkonsum der Opfer

4.4.1 Alkoholisierung

Das Item „Alkoholisierung“ unterscheidet zwischen folgenden Graden des Alkoholeinflusses: „Mundgeruch“, „Rausch“ und „Volltrunken“. Auf den Anamnesebögen wurde der Alkoholeinfluss der Opfer in 215 der 503 Fälle (42,7%) bejaht und in 18,5% (93/503) verneint. Keine Angaben zum Alkoholisierungsgrad des Geschädigten fanden sich in 38,8% (195/503).

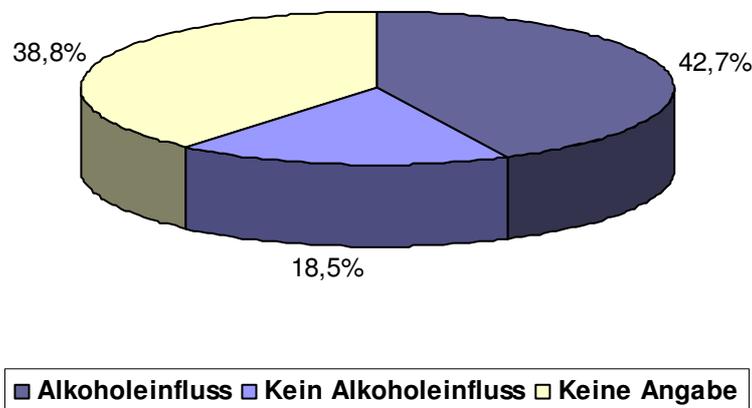


Abb. 5: Alkoholisierung der Opfer (n= 503)

Über ein Drittel (81/215) der alkoholisierten Gewaltopfer stellten sich laut Anamnesebogen mit Mundgeruch in der chirurgischen Notaufnahme vor. In 29,3% (63/215) der Fälle wurde der Alkoholisierungsgrad als Rausch sowie bei 16 der 215 (7,4%) Untersuchten als Volltrunkenheit eingestuft. Nach Einordnung in die Gruppe der alkoholisierten Gewaltopfer fand sich in 25,1% (54/215) keine nähere Differenzierung zum Ausmaß der Alkoholisierung. In einem Fall wurde der Alkoholeinfluss des Patienten zunächst bejaht. In der durchgeführten Laborbestimmung des Promillespiegels bestätigte sich der Verdacht jedoch nicht.

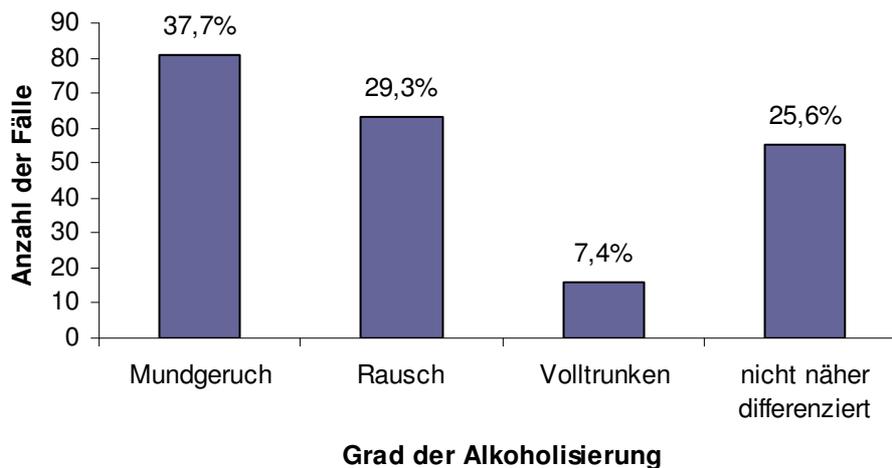


Abb. 6: Grad der Alkoholisierung (n= 215)

Drei der 503 Gewaltopfer (0,6%) waren so stark alkoholisiert, dass sie in der Ausnüchterungszelle der Notaufnahme untergebracht werden mussten. Zwei weitere Personen (0,4%) wurden in die zentrale Ausnüchterungsstelle für Betrunkene überführt. In der Geschlechtsdifferenzierung zeigte sich, dass nur 8,8% der Frauen (19/215) laut Anamnesebogen alkoholisiert waren. Im Gegensatz dazu standen die Männer mehrheitlich (196/215;91,2%) unter Alkoholeinfluss.

In 31 Fällen wurde eine Laborbestimmung des Blutalkoholspiegels durchgeführt. Die entsprechenden Promillewerte lagen hierbei zwischen < 0,01 und 4,13 ‰. Rund die Hälfte (17/31) der Werte befanden sich im Bereich zwischen 1,00 und 2,99 ‰.

4.4.2 Weiterer Drogenmissbrauch

Bei siebzehn Patientenkontakten wurden nähere Angaben zum Missbrauch anderer Drogen ermittelt. Dabei gaben drei Personen einen Haschisch-, sieben einen Kokain- und zwei einen Heroinkonsum an. In vier Fällen wurde ein chronischer Drogenabusus dokumentiert. Ein durchgeführter Urinsuchtest auf Drogen war negativ.

4.5 Transportmittel zur Einlieferung

Untersucht wurden die verschiedenen Transportmittel – Rettungswagen (RTW) mit/ ohne Notarzt, private Anfahrt oder per Taxi sowie Polizei -, welche zur Einlieferung der Geschädigten in die Notaufnahme führten. In 26 Fällen der 503 Verletzten wurden mehrere Beförderungsmittel kombiniert (siehe Tabelle 2).

Transportmittel	in Begleitung von	Anzahl der Fälle	
RTW		295	321
	+ Polizei	19	
	+ Notarzt	5	
	+ Polizei+ Notarzt	2	
Polizei			5
Privat, Taxi			131
keine Angabe			46
Gesamt			503

Tab. 2: Transportmittel zur Einlieferung (n= 503)

Ein Rettungswagen wurde in 295 der 503 Fälle (58,7%) benötigt. Per Taxi, im privaten Fahrzeug, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß erreichten 131/503 (26,0%) die Notaufnahme. In 26/503 (5,2%) Fällen wurden die Verletzten in Begleitung mehrerer Beförderungsmittel eingeliefert. Fünf Geschädigte (1,0%) wurden durch die Polizei in die Notaufnahme gebracht. Keinen Hinweis auf das genutzte Beförderungsmittel fand sich in 46/503 (9,2%).

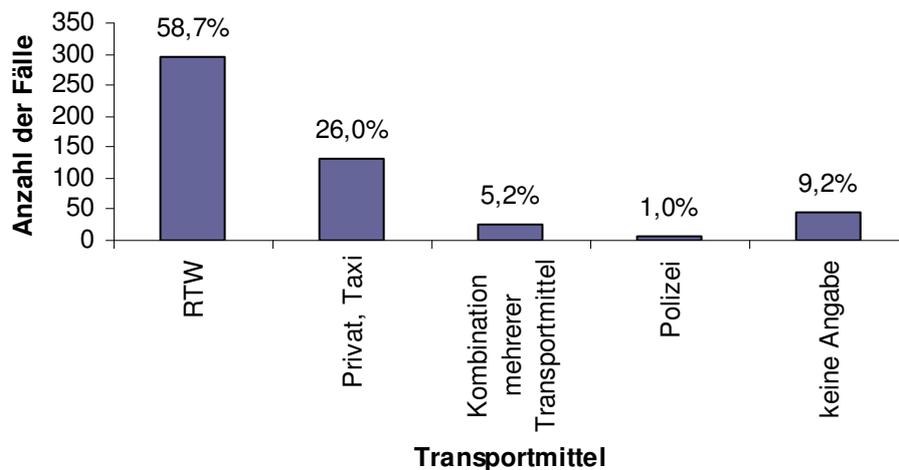


Abb. 7: Transportmittel zur Einlieferung (n= 503)

4.6 Ankunftszeiten

Die im Notfallbogen notierte Uhrzeit soll als Anhalt dienen, zu welcher Tageszeit die Gewaltopfer in welcher Häufigkeit die chirurgische Aufnahme aufsuchten. Die Zuordnung erfolgte in festgelegten Zeiträumen, innerhalb deren zwischen Vormittag (6.00 – 11.59 Uhr), Mittag/ Nachmittag (12.00 – 16.59 Uhr), Abend (17.00 – 21.59 Uhr), Nacht (22.00 – 1.59 Uhr) und Morgen (2.00 – 5.59 Uhr) unterschieden wurde. In 2,6% der Fälle (13/503) war keine Angabe zur Behandlungszeit vorhanden. Da die Zeiträume - orientierend an vorangegangenen Studien zur besseren Vergleichbarkeit - unterschiedlich groß gewählt wurden, sind für einen direkten Vergleich die Patientenzahlen pro Stunde berechnet und prozentual ins Verhältnis gesetzt worden (siehe Tabelle 3). Die Abbildung 8 verdeutlicht die stetige Zunahme der Inanspruchnahme einer medizinischen Notfallbehandlung über den gesamten Tagesverlauf. Am Vormittag (6.00 – 11.59 Uhr) sowie Mittag/ Nachmittag (12.00 – 16.59 Uhr) erscheinen durchschnittlich 13,6% bzw. 14,0% der Betroffenen. Gegen Abend (17.00 – 21.59 Uhr) und in der Nacht (22.00 – 1.59 Uhr) steigt das Patientenaufkommen von Verletzten auf 17,2% bzw. 22,5%. In den frühen Morgenstunden (2.00 – 5.59 Uhr) erreichen die Patientenzahlen mit 32,7% ihr

Maximum. Im Vergleich zur ersten Tageshälfte steigen die Patientenzahlen um mehr als das Doppelte.

Ankunftszeit	Zeitraum in Stunden	Anzahl der Fälle	Patienten pro Stunde	Anteil in %
Vormittag (6.00-11.59 Uhr)	6	87	14,5	13,6
Mittag/ Nachmittag (12.00–16.59 Uhr)	5	75	15	14,0
Abend (17.00–21.59 Uhr)	5	92	18,4	17,2
Nacht (22.00–1.59 Uhr)	4	96	24	22,5
Morgen (2.00–5.59 Uhr)	4	140	35	32,7

Tab. 3: Ankunftszeiten im Tagesverlauf (n=490)

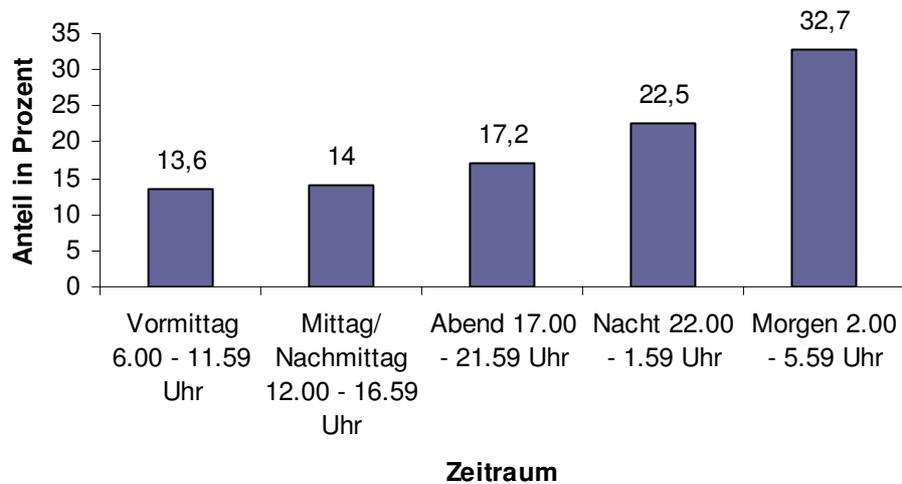


Abb. 8: Ankunftszeiten im Tagesverlauf (n= 490)

4.7 Behandlungstage

Die Inanspruchnahme der medizinischen Akutversorgung durch Opfer von Gewalt über die einzelnen Wochentage zeigt innerhalb der Arbeitswoche ein ähnliches Niveau. Dabei sind Mitte der Woche am Dienstag und Mittwoch mit

8,7% (44/503) und 8,5% (43/503) die wenigsten Patientenkontakte zu vermerken. Im Vergleich dazu steigen am Samstag (108/503) und Sonntag (117/503) die Besucherzahlen auf mehr als das Doppelte. Fast die Hälfte (44,8%) der Behandlungstage fällt so auf einen Wochenendtag. Montag (11,3%) und Freitag (12,9%) bilden als das Wochenende begrenzend einen prozentualen Übergang zur Arbeitswoche.

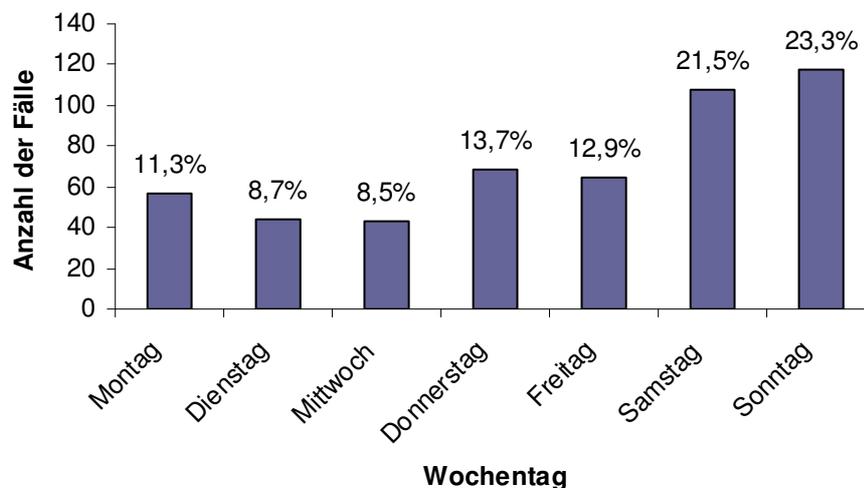


Abb. 9: Behandlungstage (n= 503)

4.8 Behandlungsmonate

Die Anzahl der Patientenkontakte pro Monat ist im halbjährlichen Untersuchungszeitraum nahezu gleich verteilt und ergibt keinen relevanten Unterschied. Im März wurden mit 70 Fällen am wenigsten Gewaltopfer behandelt. Dagegen sind im darauf folgenden Monat 31 dieser Patienten mehr untersucht worden.

Monat	Anzahl der Fälle	Anteil in %
November	76	15,1
Dezember	86	17,1
Januar	84	16,7
Februar	86	17,1
März	70	13,9
April	101	20,1
Gesamt	503	100

Tab. 4: Behandlungsmonate (n= 503)

4.9 Anamnese und Sachverhalt

Der Tathergang wurde den Angaben aus den Notfallbögen, den Anforderungsscheinen der diagnostischen Untersuchungen und den Krankenakten entnommen. Aufgrund von 99 Mehrfachnennungen beträgt die Gesamtmenge 602 Fälle. In der Mehrheit der Vorfälle handelte es sich um Schläge mit Händen und Fäusten (351/602;58,3%). Hierbei wurde in 199 Fällen die Aussage dokumentiert als „Schlag/ Schläge erhalten/ Prügel erhalten/ Überfall/ Angriff“. In weiteren 152 Fällen formulierte der Untersucher den Vorfall als „Schlägerei/ (tätliche) Auseinandersetzung/ Handgemenge/ Streit(erei)“. Ein Werkzeug wurde in 134/602 Fällen (22,3%) verwendet. Stürze und Tritte erlebten 8,1% (49/602) und 4,8% (29/602) der Opfer. In einem Fall berichtete eine Patientin, dass sie vergewaltigt worden sei. Der behandelnde Arzt dokumentierte seine Zweifel an dieser Aussage und vermutete eine psychische Erkrankung. Angaben zur weiterführenden Diagnostik wurden in diesem Fall nicht gemacht. Bei den in Tabelle 5 aufgeführten Kriegsverletzungen handelte es sich um posttraumatische Infektionen. Zum ursprünglichen Tathergang lagen keine genauen Informationen vor. In 0,2% (1/602) der Fälle konnte kein Tathergang ermittelt werden.

Anamnese/ Sachverhalt	Anzahl der Fälle	Anteil in %
Schläge mit Händen und Fäusten	351	58,3
Gebrauch eines Werkzeuges	134	22,3
Stürze	49	8,1
Tritte	29	4,8
Stöße/ Schubs	10	1,7
Kopfnüsse	10	1,7
Widerstand gegen Festnahme	4	0,7
Hand oder Finger verdreht bekommen	3	0,5
Menschenbiss	2	0,3
Würgeangriff	3	0,5
Fuß/ Bein gestellt bekommen	2	0,3
Kriegsverletzung	2	0,3
Vergewaltigung	1	0,2
Knie ins Genick bekommen	1	0,2
keine Angabe	1	0,2
Gesamt	602	100,0

Tab. 5: Tathergang (n= 602, Mehrfachnennungen möglich)

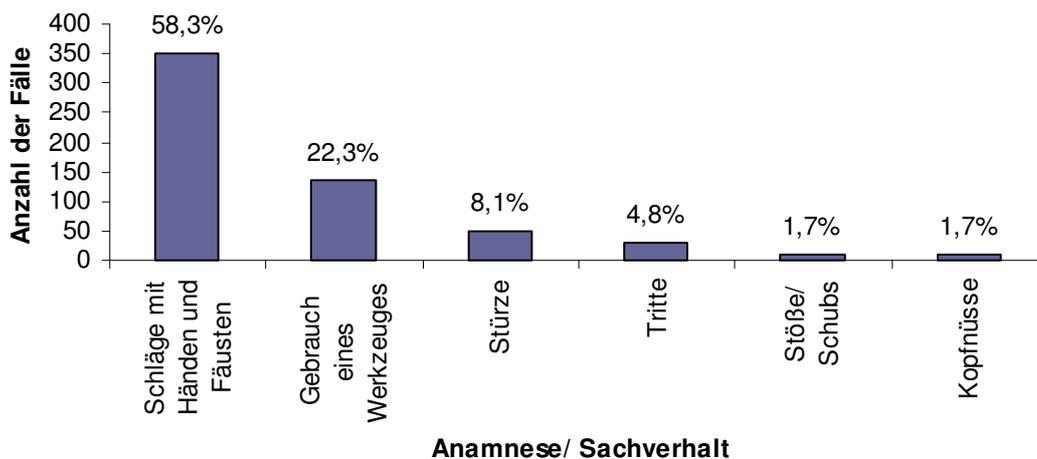


Abb. 10: Tathergang (n= 602, Mehrfachnennungen möglich, nur Häufigkeiten > 1%)

4.10 Angaben zu den Tätern

Nähere Informationen zum Täter wurden in 199 der 503 Patientenkontakte (39,6%) dokumentiert. In 60,4% der Fälle (304/503) waren auf den Anamnesebögen keinerlei Informationen zum Täter vermerkt worden.

4.10.1 Täteridentitäten

In drei Fällen wurden die Angaben zu den Täteridentitäten verschiedenen Gruppen zugeordnet, weshalb sich die Gesamtmenge der Täter mit näheren Informationen von 199 auf 202 erhöht. Dabei handelt es sich um die Gruppen „unbekannte Person und Polizeibeamter“, „Selbstschläger und keine Angabe zum Täter“ sowie „Exfreund und dessen Freundin“. Je nach Angabe wurden die Täter den entsprechenden Untergruppen zugeordnet. Die Person „Selbstschläger“ wurde durch einen Täter, zu welchem es keine näheren Informationen gab, angegriffen und hat sich selbst durch Gewalthandlungen gegenüber dem Täter Verletzungen zugezogen.

In 36,1% der Fälle (73/202) handelte es sich beim Täter um eine dem Opfer bekannte Person. In der Mehrheit der Fälle (129/202;63,9%) war die Identität

des Täters dem Opfer nicht bekannt. Dies betraf 48,1% (25/52) der betroffenen Frauen und 69,3% (104/150) der männlichen Geschädigten.

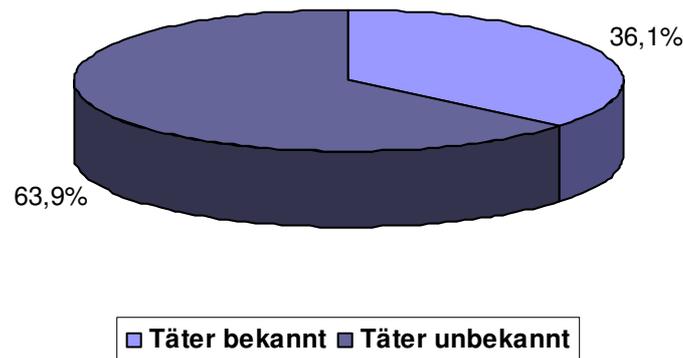


Abb. 11: Vorhandene Täterinformationen (n= 202, Mehrfachnennungen möglich)

In über einem Drittel der Fälle (36,1%) waren die Täter dem Opfer bekannt. 24 der 73 Täter (32,9%) waren Ex- oder gegenwärtige Lebenspartner bzw. Freund des Opfers. Anhand der semantischen Doppelbedeutung von Freund/ Freundin konnte hier nicht zwischen Bekannter/ Kumpel oder Intimpartner differenziert werden. Männliche Opfer wurden dabei in 4,0% (6/150) von deren Partnerinnen angegriffen. In einem Fall war der Täter männlichen Geschlechts. Bei den weiblichen Geschädigten war dies in 34,6% (18/52) der Fall. Familienangehörige verschuldeten in 5,5% der Fälle (4/73) die Inanspruchnahme des medizinischen Notfalldienstes. Bei den Opfern handelte es sich um eine weibliche und zwei männliche Personen. Rund 23,3% der Übergriffe (17/73) wurden von Personen aus dem näheren sozialen Umfeld verübt. Die männlichen Betroffenen wurden dabei in 8,7% (13/150) und die weiblichen Opfer in 7,7% (4/52) durch bekannte Personen angegriffen. Mitarbeiter aus dem Dienstleistungssektor sowie aus dem beruflichen Umfeld waren in 19,2% (14/73) Verursacher der Verletzungen. Bei den Opfern handelte es sich bis auf eine Ausnahme um männliche Personen. Polizeibeamte wurden in 10 der 73 Fälle (13,7%) als Täter benannt. Unter den Geschädigten waren

drei Frauen und sieben Männer. In drei Fällen (4,1%) haben sich die ausnahmslos männlichen Opfer durch die Festnahme der Polizei Verletzungen zugezogen. In zwei der drei Sachverhalte sprangen die Opfer bei der Flucht vor der Polizei aus dem 1. Stock bzw. aus 3 Metern Höhe. Eine Person leistete bei der Festnahme Widerstand und wurde auf einer Trage fixiert in die chirurgische Notaufnahme gebracht.

Täterinformation	Täterkategorie	Anzahl der Fälle	Untergruppen	Anzahl der Fälle
Täter bekannt	(Ex)Lebenspartner	24	Ehemann	9
			Exfreund	5
			Freund	4
			Freundin	2
			Ehefrau	2
			Lebensgefährtin	1
			Lebensgefährte	1
	Familienangehörige	4	Bruder	1
			Tochter	1
			Familienmitglied	1
			Cousin	1
	näheres soziales Umfeld	17	Bekannter	8
			Zimmergenosse/ Mitbewohner	4
			Freund des Mitbewohners	1
			Mitschüler	1
			Begleiter	1
			Ehemann der Freundin	1
			Freundin des Exfreundes	1
	Dienstleister/ berufliches Umfeld	14	Türsteher	5
			Taxifahrer	2
			Gast	2
			Zuhälter	1
			Dommitarbeiter	1
Postbote			1	
Vertragspartner			1	
Wachmann			1	
	Polizeibeamter	10		
	Festzunehmender	3		
	Selbstverursacher	1		
Täter unbekannt		129		
Vorhandene Täterinformationen insgesamt		202		

Tab. 6: Vorhandene Täterinformationen (n= 202, Mehrfachnennungen möglich)

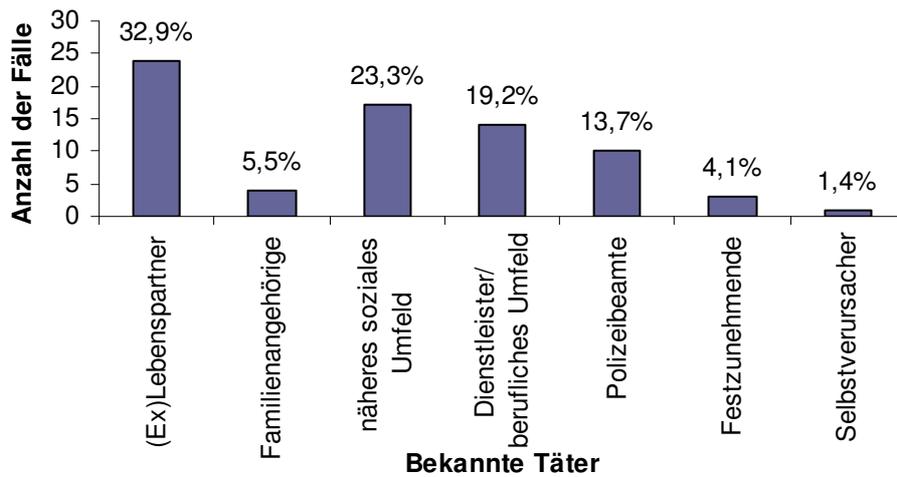


Abb. 12: Bekannte Täter (n= 73, Mehrfachnennungen möglich)

4.10.2 Täterformationen

Anhand von 109 Angaben erfolgte eine Zuordnung entsprechend der Anzahl der unbekannt oder bekannten Täter. In 70 Fällen (64,2%) lag eine Einzeltäterschaft vor. Ein Drittel der Übergriffe (32/109) wurde in Gruppen zu mindestens zwei Personen verübt. In sieben Fällen handelte es sich um die Täterangabe „Polizei“. Hier war eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

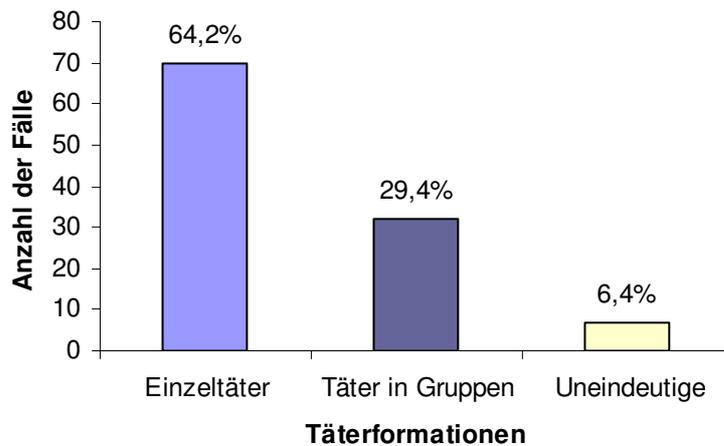


Abb. 13: Täterformationen (n= 109)

4.11 Tatorte

In rund zwei Dritteln der Fälle (348/503) konnte auf Hinweise zum Tatort zurückgegriffen werden. In über sechzig Prozent hatten sich die Gewaltopfer zuvor in den Stadtteilen St. Pauli und St. Georg aufgehalten. Weitere 11,2% kamen aus der Neu- sowie Altstadt in die chirurgische Notaufnahme. Sechs Patienten wurden in Bussen oder U- sowie S- Bahnen des Hamburger Nahverkehrs angegriffen, wodurch keine eindeutige Zuordnung zu einem Stadtteil möglich war. In 29 der 348 Fälle waren die Ortsangaben für eine Zuordnung zu ungenau. Hier wurden öffentliche Einrichtungen, wie Diskotheken, Kneipen und private Wohnungen als Tatorte angegeben.

Stadtteil	Anzahl der Fälle	Anteil in %
St. Pauli	137	39,4
St. Georg	88	25,3
Neustadt	25	7,2
Altstadt	14	4,0
Hammerbrook	7	2,0
Uhlenhorst	5	1,4
Rothenburgsort	4	1,2
Klostertor	4	1,2
Harburg	4	1,2
Hohenfelde	3	0,9
Barmbek	3	0,9
Dulsberg	3	0,9
Alsterdorf	2	0,6
Altona	2	0,6
Wandsbek	2	0,6
Billstedt	1	0,3
Finkenwerder	1	0,3
Eimsbüttel	1	0,3
Ottensen	1	0,3
Hamm	1	0,3
Borgfelde	1	0,3
Eilbek	1	0,3
Harvestehude	1	0,3
Osdorf	1	0,3
Rotherbaum	1	0,3
Bus und Bahn	6	1,7
Sonstige	29	8,3
Gesamt	348	100,0

Tab. 7: Tatorte (n= 348)

Die Abbildung 14 veranschaulicht die geographische Verteilung der Stadtteile innerhalb Hamburgs, in welchen die Gewaltopfer aus dem Krankenhaus St. Georg am häufigsten angegriffen worden waren. Das untersuchte Krankenhaus

befindet sich zentral gelegen im Stadtteil St. Georg (25,3%). Die häufigsten Tatorte befanden sich mehrheitlich in Stadtteilen in geographischer Nähe zum Krankenhausstandort.

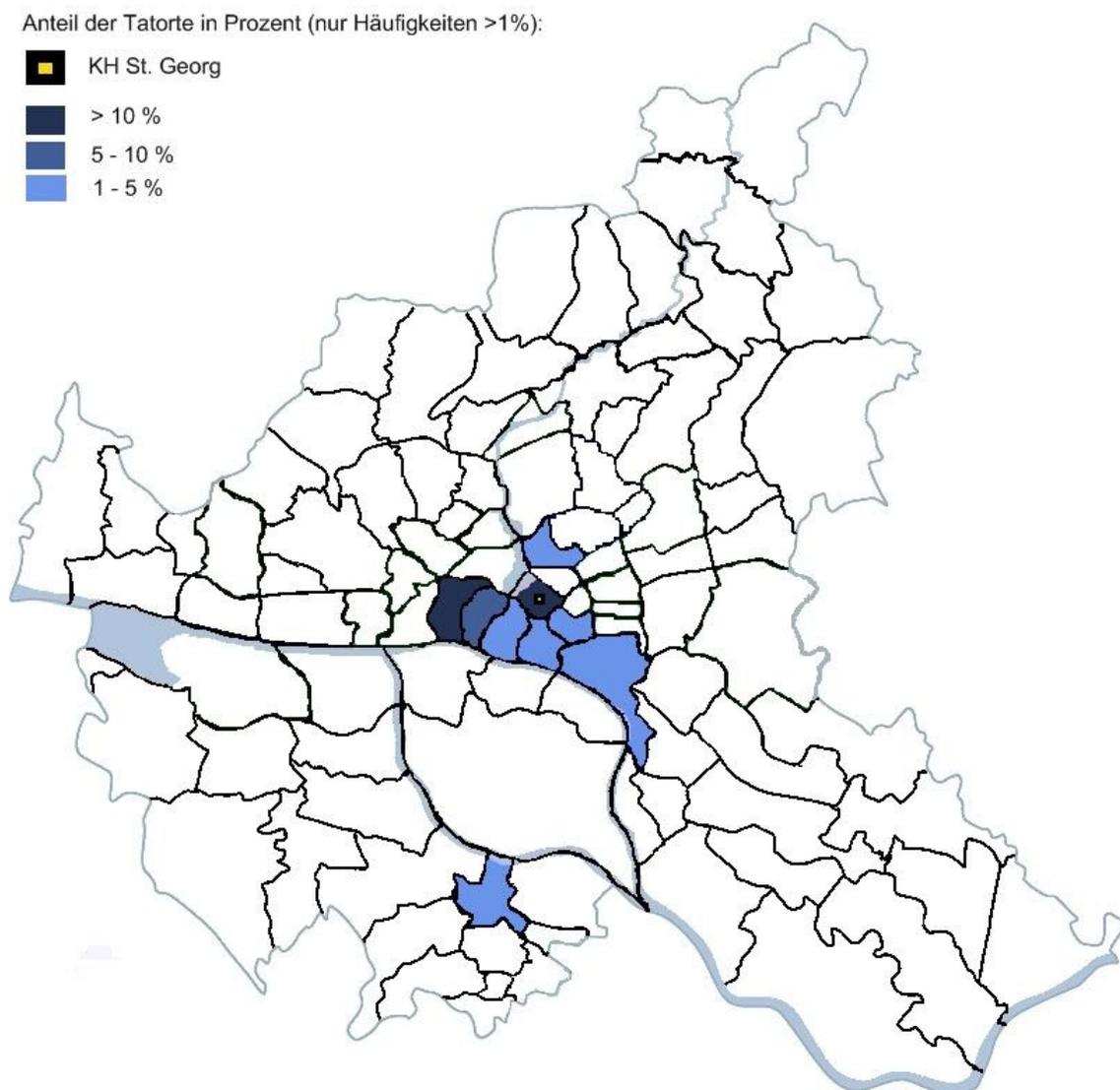


Abb. 14: Tatortverteilung in Hamburg (n= 348, nur Häufigkeiten >1%)

4.12 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung

Entsprechend des geschilderten Tatherganges und des Verletzungsmusters erfolgte die Klassifizierung der eingewirkten Gewalt in direkt und indirekt. Bei

der Mehrheit der Rohheiten mit 87,5% (440/503) handelte es sich um eine direkte Gewalteinwirkung. Nur in 3,2% (16/503) verletzte sich das Opfer allein durch die indirekte Einwirkung von Gewalt. Verletzungen durch direkte sowie indirekte Gewaltvorgänge wurden in 45 der 503 Fälle (9,0%) dokumentiert. Keine Angaben zum genauen Tathergang nach Kriegsverletzung fanden sich in 0,4% (2/503) der Gesamtmenge.

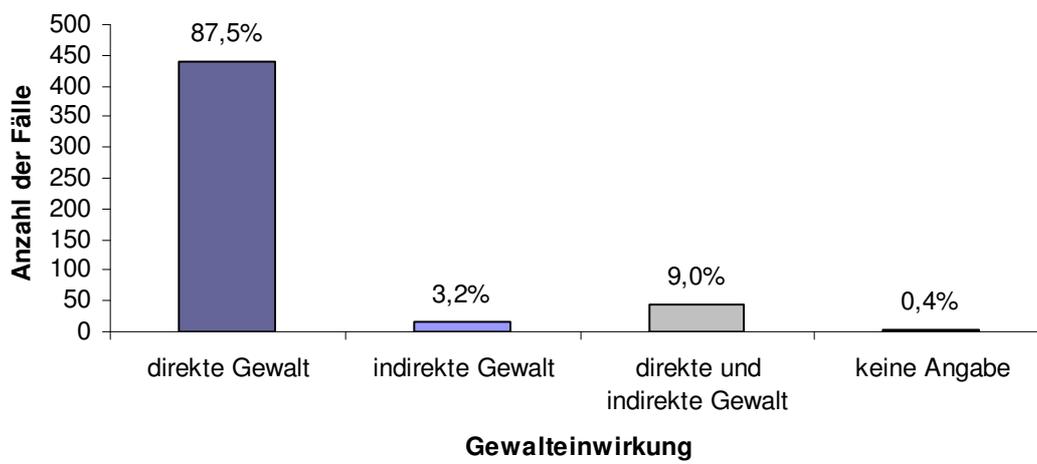


Abb. 15: Gewalteinwirkung (n= 503)

4.13 Gewaltart

Durch Mehrfachnennungen erhöht sich die Gesamtmenge von 503 Fällen auf 540 Fälle. Mehrheitlich (468/540;86,7%) wurden die Verletzungen der Patienten durch stumpfe Gewalt hervorgerufen. Jeder zehnte Untersuchte (62/540;11,5%) wies Verletzungen auf, welche durch scharfe Gewalt verursacht wurden. Drei Patienten (0,6%) erlitten Verletzungen durch thermische Einwirkungen, nachdem sie mit Feuerwerkskörpern beworfen wurden. Weitere 0,6% der Geschädigten wurden mit Pfefferspray attackiert. Die Gruppe der Schussverletzungen setzt sich aus zwei Opfern zusammen. Ein Betroffener erlitt nach der Schussverletzung eine posttraumatische Wundinfektion und wurde im Untersuchungszeitraum entsprechend behandelt. Der andere Geschädigte berichtete in der Notaufnahme, dass auf ihn geschossen wurde.

Allerdings wies der Patient selbst keine Schussverletzung auf, und der untersuchende Arzt bezweifelte diese Angabe. In 0,4% (2/540) war die ursprüngliche Gewaltart bei angegebener Kriegsverletzung nicht ermittelbar.

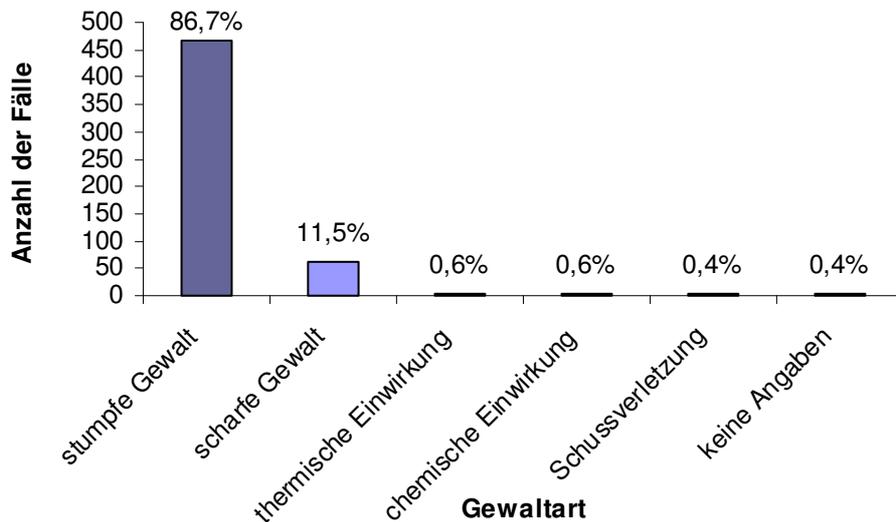


Abb. 16: Gewaltart (n= 540, Mehrfachnennungen möglich)

4.14 Tatwerkzeuge

Bei jeder dritten tötlichen Auseinandersetzung (134/503;26,6%) war ein Werkzeug in die Tat verwickelt. In 369 der 503 Fälle war laut Anamnesebogen kein Werkzeug in Gebrauch gewesen. In einem Fall wurden zwei verschiedene Werkzeuge unterschiedlicher Kategorien verwendet, so dass sich die Gesamtmenge von 134 Werkzeugen auf 135 Werkzeuge erhöht. Die am häufigsten beteiligte Werkzeugkategorie waren in 29,6% (40/135) die Flaschen- und Glaswerkzeuge. Dazu gehörten in besonderem Maße die Flaschen (27/40) sowie die zerbrochene Flaschen (8/40). Die Kategorie „Stichwerkzeuge“ war in 28 der 135 (20,7%) verwendeten Werkzeuge vertreten. Hier waren ausschließlich Messer gebraucht worden. Mit ähnlicher Häufigkeit wurden in 17,0% (23/135) Schlagwerkzeuge benutzt. Besonders Eisenstangen (6/23) und Schlagstöcke (5/23) wurden mit einer Häufigkeit von 47,8% (11/23) verwendet. In jedem zehnten Fall (17/135) kamen Gelegenheitsgegenstände zum Einsatz.

Barhocker und Aschenbecher wurden dabei in 23,5% (4/17) benutzt. In 5,9% (8/135) unter den gebrauchten Werkzeugen war der verwendete Gegenstand dem Opfer unbekannt oder nicht mehr rememberlich. In drei der acht unbekanntem Werkzeuge (37,5%) konnte hierbei nicht mehr zwischen einer Glasscherbe oder einem Messer unterschieden werden. Pfefferspray, thermisches Werkzeug (Feuerwerkskörper) und Schusswaffen wurden in derselben Häufigkeit (je 3/135;2,2%) angewendet. Eine der Schusswaffen wurde allerdings als Schlagwerkzeug verwendet. In jedem zehnten Fall (13/135;9,6%) kann der Gebrauch eines nicht benannten Gegenstandes aufgrund der Verletzungen nur vermutet werden. Die genaue Auflistung der Einzelhäufigkeiten ist in nachstehender Tabelle 8 aufgeführt.

Werkzeugkategorie	Einzelhäufigkeiten	Anzahl der Fälle
1. Flaschen- und Glaswerkzeug	Flaschen 27/40, zerbrochene Flaschen 8/40, Bierglas 2/40, Scherben 1/40, zerbrochenes Glas 1/40, Trinkglas 1/40	40/135 (29,6%)
2. Stichwerkzeug	Messer 28/28	28/135 (20,7%)
3. Schusswaffe	Revolver 1/3, Gaspistole 1/3, Schusswaffe 1/3	3/135 (2,2%)
4. Schlagwerkzeug	Eisenstange 6/23, Schlagstock 5/23, Baseballschläger 3/23, Metallstange 2/23, Stange 1/23, Holzlatte 1/23, Tischbein 1/23, Totschläger 1/23, Stuhlbein 1/23, Gartenharke 1/23, Hammer 1/23	23/135 (17,0%)
5. Gelegenheitswerkzeug	Barhocker 2/17, Aschenbecher 2/17, instrumentalisierter Tresen 2/17, Kanüle 1/17, Spiegel 1/17, instrumentalisierte Säule 1/17, Kaffeebecher 1/17, Radio 1/17, Tablett 1/17, Bierkrug 1/17, Stahlhelm 1/17, Bierkiste 1/17, Kaffeekanne 1/17, Blumentopf 1/17	17/135 (12,6%)
6. Pfefferspray	Pfefferspray 3/3	3/135 (2,2%)
7. thermisches Werkzeug	Feuerwerkskörper 3/3	3/135 (2,2%)
8. unbekanntes Werkzeug	Glasscherbe oder Messer 3/8, unbekannter Gegenstand 2/8, schwerer Gegenstand 1/8, stumpfer Gegenstand 1/8, zerbrochene Flasche oder Messer 1/8,	8/135 (5,9%)
9. Sonstige	nicht benannter Gegenstand 13/13	13/135 (9,6%)

Tab. 8: Tatwerkzeugkategorien (n= 135, Mehrfachnennungen möglich)

4.15 Diagnostische Untersuchungen

Alle im Rahmen der Diagnostik durchgeführten Untersuchungen wurden in Einzelkategorien zusammengefasst. In der Abbildung sind diese ohne Berücksichtigung der Einzelhäufigkeiten, also jeweils als Anforderung pro Patient, dargestellt. Die Röntgendiagnostik stellt mit Abstand die häufigste durchgeführte Untersuchung dar (351/503;69,8%).

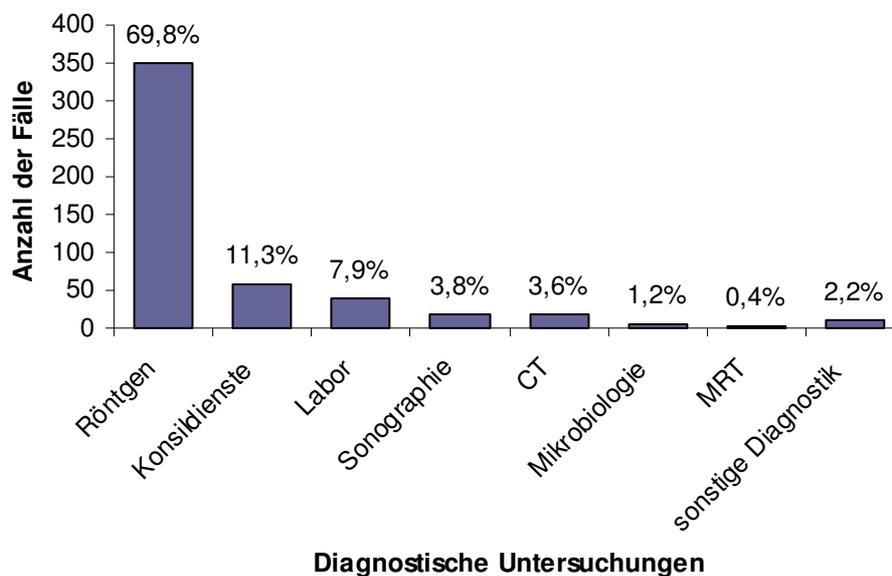


Abb. 17: Diagnostische Untersuchungen (n= 503)

4.15.1 Röntgen

Die Mehrheit der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen (351/503;69,8%) wurde geröntgt. Die Gruppe der 152 nicht durchgeführten Röntgenuntersuchungen enthält 32 Betroffene, bei denen der Arzt jedoch eine Indikation für die Untersuchung gestellt hatte. Das Röntgen fand hier nicht statt, weil 15 Patienten (15/152;9,9%) die Untersuchung ablehnten und weitere 17 Gewaltopfer (17/152;11,2%) vor dem Röntgen die Notaufnahme vorzeitig verließen.

Untersuchung	Untergruppe	Anzahl der Fälle		Anteil in %
Röntgen		351		69,8
kein Röntgen	keine Indikation	120	152	30,2
	entlaufen	17		
	abgelehnt	15		
Gesamt		503		100

Tab. 9: Röntgen (n= 503)

Die Zuordnung der geröntgten Körperregionen fand allein nach dem angegebenen Körperteil, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Anzahl der Röntgenbilder, statt. Aufgrund von Mehrfachnennungen erhöht sich die Gesamtmenge auf 534 Untersuchungen. Am häufigsten wurde der Hirn- (247/534;46,3%) und der Gesichtsschädel (123/534;23,0%) sowie die obere Extremität inklusive der Schulter und Clavicula (78/534;14,6%) geröntgt. Auf die radiologische Diagnostik des Schädels insgesamt fallen somit 69,3% (370/534) der Gesamtuntersuchungen. Die Wirbelsäule wurde mittels 32 (6,0%) Untersuchungen und der Thorax inklusive der Teilaufnahmen, wie knöcherner Hemithorax oder einzelner Rippen, mittels 31 (5,8%) Aufnahmen untersucht. Die am wenigsten geröntgten Körperregionen waren die untere Extremität (18/534;3,4%) und mit sieben Aufnahmen die Becken- und Hüftregion (1,3%) sowie zwei Abdomenübersichtsaufnahmen (0,4%).

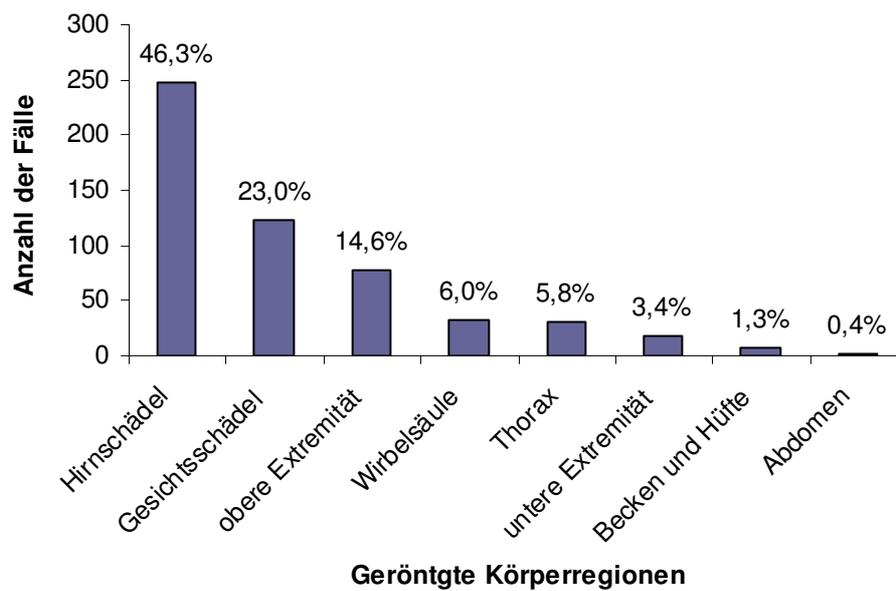


Abb. 18: Geröntgte Körperregionen (n= 534, Mehrfachnennungen möglich)

4.15.2 Computertomographie (CT)

In der Mehrheit der Fälle (485/503;96,4%) wurde keine Computertomographie durchgeführt. Nur bei 3,6% der Patienten (18/503) erfolgte mindestens eine CT-Untersuchung, wovon 10 der Patienten stationär behandelt wurden. Am häufigsten war mit 21 der 27 Einzeluntersuchungen eine kranielle Computertomographie indiziert. Eine differenzierte Auflistung der Untersuchungen siehe Tabelle 10.

CT- Aufnahmen	Anzahl der Fälle	Anzahl der Einzeluntersuchungen
CCT	14	21
CT Thorax	2	2
CT Abdomen	2	2
CT Gesichtsschädel	1	1
CT nicht näher differenziert	1	1
Gesamt	20	27

Tab. 10: CT- Aufnahmen (n= 20, Mehrfachnennungen möglich)

4.15.3 Magnetresonanztomographie (MRT)

Zwei der insgesamt 503 Patienten (0,4%) wurden mittels MRT untersucht. Es entstanden bei einem der Patienten 2 Aufnahmen vom Kopf sowie beim anderen Patienten eine Aufnahme der Wirbelsäule. In allen anderen Fällen (501/503;99,6%) wurde von einer Magnetresonanztomographie abgesehen.

4.15.4 Sonographie

In 3,8% (19/503) wurden Patienten sonographiert. Aufgrund von Untersuchungen mehrerer Organsysteme an einzelnen Patienten wurden 14 Abdomen- und 4 Ultraschalluntersuchungen der oberen/ unteren Extremität sowie jeweils zwei Kontrollen der Nieren und Pleura dokumentiert. Das Perikard, Hoden und Hals wurden jeweils ein Mal sonographiert.

4.15.5 Labor

Nahezu jeder zehnte Geschädigte (40/503;8,0%) benötigte eine Laboruntersuchung. Die Tabelle 11 listet die einzelnen Untersuchungen auf. Nicht berücksichtigt wurden Blutalkoholbestimmungen (31/503), da diese teilweise von der Polizei selbst veranlasst worden waren.

Labordiagnostik	Anzahl der Patienten pro Untersuchung
großes Blutbild	18
Blutgruppenbestimmung	16
HIV- Serologie	7
Hepatitis- Serologie	6
Schwangerschaftstest	2
Gesamt	49

Tab. 11: Labordiagnostik (n= 49, Mehrfachnennungen möglich)

4.15.6 Mikrobiologie

Sechs der 503 Gewaltopfer (1,2%) benötigten mikrobiologische Untersuchungen. Aufgrund von verschiedenen Bestimmungen einzelner Patienten erhöht sich die Gesamtmenge. So wurde in fünf Fällen ein (Wund-) Abstrich und in zwei Fällen eine Urinkultur dokumentiert. Ein Patient erhielt zusätzlich Blut- und Liquorkulturuntersuchungen sowie mikrobiologische Analysen des Trachealsekretes.

4.15.7 Sonstige Diagnostik

Elf der 503 Patienten (2,2%) erhielten weitere diagnostische Untersuchungen. Hierbei handelte es sich um sechs Urinuntersuchungen mittels Urinteststreifen und vier Urindrogenscreening- Tests sowie fünf Elektrokardiographien (EKG).

4.15.8 Konsiliardienste

Jeder zehnte Patient (57/503;11,3%) wurde einer Chirurgie fremden Fachrichtung vorgestellt. Aufgrund von mehrfacher konsiliarischer Inanspruchnahme einzelner Patienten erhöht sich die Zahl der tatsächlichen Konsiliardienste auf 71. Eine Auflistung der Einzelhäufigkeiten findet sich in

nachstehender Tabelle 12. In der Tabelle nicht berücksichtigt wurden zwei Patienten, die eine Vorstellung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) abgelehnt oder die Untersuchung in der HNO nicht wahrgenommen hatten.

Konsiliardienst	Anzahl der Fälle
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	41/71 (57,7%)
Neurologie	16/71 (22,5%)
Sozialer Dienst	5/71 (7,0%)
Urologie	3/71 (4,2%)
Augenheilkunde	3/71 (4,2%)
Dermatologie	1/71 (1,4%)
Innere Medizin	1/71 (1,4%)
Zahn-Mund-Kieferchirurgie	1/71 (1,4%)
Gesamt	71/71 (100%)

Tab. 12: Konsiliardienste (n= 71, Mehrfachnennungen möglich)

4.15.9 Rechtsmedizinische Gutachten

In 2,4% der Fälle (12/503) fand während oder nach dem Aufenthalt im Krankenhaus St. Georg eine rechtsmedizinische Untersuchung statt. Die Mehrheit der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen (491/503;97,6%) hatte zu keiner Zeit Kontakt mit der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle. Acht der zwölf dokumentierten Patienten, zu denen ein rechtsmedizinisches Gutachten vorlag, waren zuvor ambulant behandelt worden. Ein Patient wurde nach Einholen einer Zweitmeinung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dort stationär aufgenommen. In zwei Dritteln der Fälle fand die rechtsmedizinische Untersuchung am Tag des Vorfalls bzw. am nächsten Tag statt. Zwischen Vorfällen und rechtsmedizinischen Gutachten vergingen maximal fünf Tage. Eine Gegenüberstellung der wichtigsten Ergebnisse zeigt die Tabelle 13.

	Angaben Notfallbogen	Angaben Rechtsmedizin
1	<p><u>Sachverhalt:</u> Überfall mit Schlägen durch unbekannte Personen</p> <p><u>Diagnose:</u> multiple Prellungen, Fesselspuren an beiden Handgelenken</p> <p><u>Behandlungsart:</u> ambulant</p>	<p>Rechtsmedizinische Untersuchung fünf Tage nach Vorfall: Verletzungen am Auge als Folge stumpfer Gewalteinwirkung, Verletzungen am Oberarm links ggf. durch festes Zugreifen, Verletzungen an den Handgelenken ggf. durch Selbstverletzung, Geschehensablauf sollte kritisch hinterfragt werden</p> <p><u>Ergänzung zum Notfallbogen:</u> kein Anhalt für Fesselspuren, ggf. Selbstverletzung</p>
2	<p><u>Sachverhalt:</u> Überfall mit Schlägen mit einem schweren Gegenstand und Sturz</p> <p><u>Diagnose:</u> Kopfplatzwunde, Prellung Ellenbogen, Hämatom Ohr links</p> <p><u>Behandlungsart:</u> ambulant</p>	<p>Rechtsmedizinische Untersuchung am Tag des Vorfalls: Verletzungen als Folge massiver stumpfer äußerer Gewalteinwirkung, insbesondere im Bereich des Kopfes, Verletzungen am Handrücken sind Abwehrverletzungen</p> <p><u>Ergänzung zum Notfallbogen:</u> Täter: zwei unbekannte Personen, Waffe: Griff eines langen schraubenzieherartigen Werkzeuges</p>
3	<p><u>Sachverhalt:</u> wiederholte Gewaltanwendung durch Ehemann, Tritt in den Thorax erhalten</p> <p><u>Diagnose:</u> Thoraxwandprellung, diverse Hämatome</p> <p><u>Behandlungsart:</u> ambulant</p>	<p>Rechtsmedizinische Untersuchung am Tag des Vorfalls: Patientin wurde mehrfach von ihrem alkoholabhängigen Ehemann geschlagen und bedroht, letztmalig mit dem Fuß in den Thorax getreten, dabei mit dem Rücken gegen einen Spiegel geknallt, Verletzungen als Folge direkter und indirekter Gewalteinwirkung, hat schon wiederholt Anzeigen getätigt</p>
4	<p><u>Sachverhalt:</u> Schläge auf den Kopf erhalten</p> <p><u>Diagnose:</u> Contusio cerebri, Contusionsblutung, dislozierte Nasenbeinfraktur, Rippenfraktur, Brillenhämatom, Kokainintoxikation, chronischer Kokain- und Nikotinabusus</p> <p><u>Behandlungsart:</u> stationär</p>	<p>Rechtsmedizinische Untersuchung vom Tag des Vorfalls: Verletzungen durch mehrfache äußere stumpfe Gewalteinwirkung, potentiell lebensbedrohliche Hirnverletzung</p>
5	<p><u>Sachverhalt:</u> Täter stach Patient in die linke Halsseite, dabei gestürzt und mit dem Kopf auf ein parkendes Auto gefallen</p> <p><u>Diagnose:</u> Hydrocephalus internus mit</p>	<p>Rechtsmedizinische Untersuchung am Tag des Vorfalls: keine gesicherten Befunde, die eine Kausalität zwischen einem (fraglichen) Sturz gegen ein Fahrzeug und der Verschlechterung des</p>

	Ventrikelblutung unklarer Genese, Verdacht auf chronischen i.v.-Kokainabusus, langjähriger Drogen- und Alkoholmissbrauch, rechtshirnige Läsion, schwere neurogene Schluckstörung, Messerstichverletzung linke Halsseite <u>Behandlungsart:</u> stationär	Gesundheitszustandes erkennen lassen, zeitliche Koinzidenz von Vorfall zu innerer Erkrankung
6	<u>Sachverhalt:</u> Schläge erhalten <u>Diagnose:</u> Knieprellung <u>Behandlungsart:</u> ambulant	Rechtsmedizinische Untersuchung einen Tag nach Vorfall: Patient berichtet im Krankenhaus St. Georg nicht körperlich untersucht und therapiert worden zu sein; Diagnosen werden im UKE erweitert auf Commotio cerebri (mit 24 Stunden stationärer Überwachung), Prellung Mittelgesicht links und Prellung Endglied Digitus 5 links, Konsil Neurologie und Gynäkologie
7	<u>Sachverhalt:</u> Messerstecherei durch fünf unbekannte Personen <u>Diagnose:</u> Schnittverletzung distaler Unterarm links mit Durchtrennung der Beugesehnen Digitus 3, partielle Durchtrennung des Nervus medianus, Durchtrennung des Musculus flexor carpi radialis, Stichverletzung rechter Unterbauch, Stichverletzung linke Thoraxwand ventral und dorsal <u>Behandlungsart:</u> stationär	Rechtsmedizinische Untersuchung zwei Tage nach Vorfall: Verletzungen durch mehrfach scharfe und eine stumpfe Gewalteinwirkung, lebensgefährliche Verletzungen, die ohne ärztliche Hilfe zum Tode geführt hätten <u>Ergänzung zum Notfallbericht:</u> stumpfe Gewalt durch Kopfnuss und Sturz, Täter: Bekannter und Cousin
8	<u>Sachverhalt:</u> Schläge durch den Ehemann <u>Diagnose:</u> Schädelprellung, Schlüsselbeinprellung <u>Behandlungsart:</u> ambulant	Rechtsmedizinische Untersuchung drei Tage nach Vorfall: Kratzspuren am Halsansatz sowie Schluckbeschwerden können durch Würgevorgang verursacht worden sein <u>Ergänzung zum Notfallbericht:</u> Opfer wurde zum wiederholten Male vom Ehemann geschlagen, Würgeversuch
9	<u>Sachverhalt:</u> Prügel erhalten mit zerbrochener Flasche <u>Diagnose:</u> multiple Schnittverletzungen über dem gesamten Schädel, Schädelprellung <u>Behandlungsart:</u> ambulant	Rechtsmedizinische Untersuchung vier Tage nach Vorfall: Befunde sind Folge mehrfacher stumpfer und scharfer äußerer Gewalteinwirkung <u>Ergänzung zum Notfallbericht:</u> Täter: Mitbewohner und dessen Freund
10	<u>Sachverhalt:</u> Messerstichattacke <u>Diagnose:</u> Messerstichverletzung links	Rechtsmedizinische Untersuchung einen Tag nach Vorfall: Verletzungen durch eine stumpfe und eine scharfe

	thorakal, 7/8 Interkostalraum Hämatopneumothorax links, akute Alkoholintoxikation <u>Behandlungsart:</u> stationär	Gewalteinwirkung mit Lebensgefahr durch Pneumothorax <u>Ergänzung zum Notfallbericht:</u> ein unbekannter Täter
11	<u>Sachverhalt:</u> Schlag auf den Kopf mit Gartenharke <u>Diagnose:</u> Kopfplatzwunde, Schnittwunden frontal, Schädelprellung, <u>Behandlungsart:</u> ambulant	Rechtsmedizinische Untersuchung am Tag des Vorfalles: Spuren von stumpfer sowie halbscharfer Gewalteinwirkung <u>Ergänzung des Notfallberichtes:</u> Patient wurde angepöbelt und erhielt zuerst einen Schlag auf den Kopf mit einem Blumentopf, dann mit Rückseite von Harke, Täter: Frau und Mann
12	<u>Sachverhalt:</u> Schlägerei mit Messerstichattacke und Sturz <u>Diagnose:</u> Schädelprellung, Schnittwunde Hals rechts <u>Behandlungsart:</u> ambulant	Rechtsmedizinische Untersuchung einen Tag nach Vorfall: das Leben potentiell bedrohenden Angriff gegen den Hals <u>Ergänzung des Notfallberichtes:</u> kein Alkoholeinfluss des Opfers, unbekannter Einzeltäter

Tab. 13: Vergleich Notfallbögen mit den rechtsmedizinischen Gutachten

4.16 Diagnosen

In diesem Kapitel sind die Lokalisation der verletzten Körperregion, die Art der sowie die Schwere der Verletzungen aller Gewaltopfer, ob ambulant oder stationär behandelt, beschrieben. Zusätzlich werden in Kapitel 4.17.6 neben den therapeutischen Maßnahmen der stationären Patienten auch die dazugehörigen, spezifischen Diagnosen beschrieben.

4.16.1 Verletzte Körperregionen

Aufgrund von multifokalen Verletzungen bei Patienten erhöht sich die Gesamtmenge von 503 auf 735. Die am häufigsten verletzten Körperregionen wurden im Kopfbereich und an den Extremitäten diagnostiziert. So trugen 28,7% der Patienten (211/735) Verletzungen im Bereich des Hirnschädels und 33,7% (248/735) im Gesicht davon. Zusammengefasst entfallen 63,5% (467/735) der verletzten Körperregionen auf den Kopf- sowie Halsbereich (Gesicht, Hirnschädel, Hals, Nacken). An der oberen Extremität zogen sich 129

(17,6%), an der unteren Extremität 46 der Betroffenen (6,3%) Verletzungen zu. Rund jeder zehnte Geschädigte (11,2%) wies gewaltbedingte Verletzungen am Rumpf (Thorax vorn, Rücken, Wirbelsäule, Abdomen, Becken, Flanke) auf.

Verletzte Körperregion	Anzahl der Fälle	Anteil in %
Gesicht	248	33,7
Hirnschädel	211	28,7
obere Extremität	129	17,6
untere Extremität	46	6,3
Thorax vorn	38	5,2
Wirbelsäule	20	2,7
Abdomen	8	1,1
Rücken	7	1,0
Becken	6	0,8
Hals	6	0,8
Flanke	4	0,5
Gesäß	3	0,4
Hoden	2	0,3
Nacken	2	0,3
keine Zuordnung	5	0,7
Gesamt	735	100

Tab. 14: Verletzte Körperregionen (n= 735, Mehrfachnennungen möglich)

In zwanzig der dokumentierten Wirbelsäulenverletzungen waren drei der Schädigungen auf mehrere Höhen lokalisiert, so dass sich die Gesamtmenge von 20 auf 23 erhöht. Mehr als zwei Drittel (16/23;69,6%) dieser Verletzungen lagen im Bereich der Halswirbelsäule. Die Häufigkeiten der thorakalen und

lumbalen Anteile waren mit jeweils 13,0% (3/23) ausgewogen. In zwei Fällen wurden keine näheren Angaben zur Höhenlokalisation gemacht.

Zwei der Patienten ohne eindeutige Zuordnung der betroffenen Körperregion hatten vor Abschluss der Diagnostik die Notaufnahme vorzeitig entlassen. Im Falle von jeweils drei Patienten war keine Diagnose dokumentiert worden oder kein pathologischer Befund erhoben worden. In einem Fall wurde lediglich der Pflegezustand als desolat beschrieben.

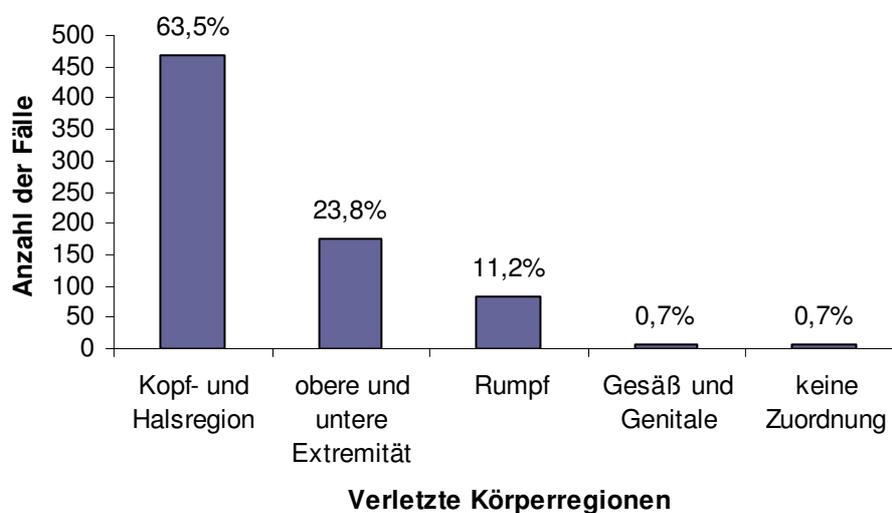


Abb. 19: Verletzte Körperregionen (n= 735, Mehrfachnennungen möglich)

4.16.2 Verletzungsart

Aufgrund von Verletzungsmustern verschiedener Arten erhöht sich die Gesamtmenge von 503 auf 762. Die häufigste Verletzungsart war die Prellung (251/762;32,9%) und die Platzwunde, inklusive Risswunden (199/762;26,1%). Frakturen wurden in 83 der 762 Fälle (10,9%) dokumentiert. Hierunter wurden auch knöcherne Absprengungen und Zahnfrakturen zusammengefasst. Stich- sowie Schnittverletzungen wurden 61 mal (8,0%) und Schürfwunden 57 mal (7,5%) dokumentiert. Eine Auflistung der weiteren Einzelhäufigkeiten zeigt die Tabelle 15.

Verletzungsart	Anzahl der Fälle	Anteil in %
Prellung	251	32,9
Platzwunde	199	26,1
Fraktur	83	10,9
Stich-/ Schnittverletzung	61	8,0
Schürfwunde	57	7,5
Hämatom	53	7,0
Distorsion	20	2,6
Commotio	7	0,9
thermische Verletzung	3	0,4
Contusio	2	0,3
Bisswunde	2	0,3
Schussverletzung	1	0,1
Sonstige	23	3,0
Gesamt	762	100,0

Tab. 15: Verletzungsart (n= 762, Mehrfachnennungen möglich)

In der Kategorie „Sonstige“ sind zwei Patienten zusammengefasst, die vor Diagnosestellung die Notaufnahme vorzeitig verließen. Bei jeweils einem Patienten wurde die Verletzungsart nicht dokumentiert oder wurden keine wesentlichen Pathologika festgestellt. Ebenfalls einmalig sind „Kopfschmerzen, desolater Pflegezustand und psychische Erkrankung“ als einzige Information benannt worden. Weiterhin sind in dieser Kategorie zwei Patienten mit Achillessehnenruptur und ein Verletzter mit Schulterluxation zusammengefasst. Vier Verletzte stellten sich allein mit Kratzwunden vor und sind in der Kategorie der Begleitverletzungen (Kapitel 4.16.3) aufgeführt.

4.16.3 Begleitverletzungen

Begleitverletzungen wurden bei 18 der untersuchten 503 Patienten (3,6%) dokumentiert. In der Mehrheit der Fälle (485/503;96,4%) waren keine Begleitverletzungen beschrieben worden. Die häufigsten Begleitverletzungen und in der Hälfte der Fälle zutreffend waren Kratzspuren (9/18). Abwehrverletzungen wurden in 27,8% (5/18) und Griffspuren in 11,1% (2/18) dokumentiert. In jeweils einem Fall fanden sich Würgemale (5,6%) und Fesselungsspuren (5,6%). Laut Einschätzung des rechtsmedizinischen Gutachtens (siehe Kapitel 4.15.9) handelte es sich im Falle der Fesselungsspuren jedoch um selbst beigefügte Verletzungen.

Begleitverletzung	Anzahl der Fälle	Anteil in %
Kratzspuren	9	50,0
Abwehrverletzungen	5	27,8
Griffspuren	2	11,1
Würgemale	1	5,6
Fesselungsspuren	1	5,6
Gesamt	18	100

Tab. 16: Begleitverletzungen (n= 18)

4.16.4 Lebensgefährlichkeit der Verletzungen

Die Mehrheit der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen (483/503;96,0%) befand sich zu keiner Zeit in einem lebensbedrohlichem Zustand. In zwanzig der 503 Fälle (4,0%) wurde eine potentiell lebensbedrohliche Diagnose gestellt. Diese werden in der Tabelle 17 einzeln aufgeführt.

Potentiell lebensgefährliche Verletzungen	
1	Contusio cerebri, Contusionsblutung, dislozierte Nasenbeinfraktur, Rippenfraktur, Brillenhämatom, Kokainintoxikation, chronischer Kokain-/ Nikotinabusus
2	Hydrocephalus internus mit Ventrikelblutung unklarer Genese, V.a. chronischen i.v.-Kokainabusus, langjähriger Drogen- und Alkoholmissbrauch, rechtshirnige Läsion, schwere neurogene Schluckstörung, Messerstichverletzung linke Halsseite
3	Rippenfrakturen 8-9 links, Thorax- und Flankenprellung, ventraler Pneumothorax, Schädelprellung, Gesichtsprellung
4	Abdominelle Messerstichverletzung
5	Dislozierte Fraktur 8. Rippe, fraglich 7.Rippe, Spitzenpneumothorax links, chronischer Alkoholmissbrauch
6	Schnittverletzung linker distaler Unterarm mit Durchtrennung der Beugesehnen Digitus 3, partielle Durchtrennung des Nervus medianus, Durchtrennung des Musculus flexor carpi radialis, Stichverletzung rechter Unterbauch, Stichverletzung linke Thoraxwand ventral und dorsal
7	Messerstichverletzung linker Mittelbauch, Commotio cerebri, Krampfanfall, Prellungen und Schürfungen frontal
8	Schnittwunde Nacken
9	Traumatische Stirnhöhlenvorderwandimpression links, Monokelhämatom links
10	Messerstichverletzung links thorakal
11	Stichverletzung Thorax links
12	Stichwunde Hals links und Gesicht links
13	Messerstichverletzung links thorakal, 7/8 Interkostalraum Hämatopneumothorax links, akute Alkoholintoxikation
14	Commotio cerebri
15	Commotio cerebri, Nasenbeinfraktur, fragliche Orbitabodenfraktur links
16	Commotio cerebri, Kopfplatzwunde frontal, Monokelhämatom links
17	Multiple Prellungen der Halswirbelsäule und Oberschenkel links, Intoxikation mit Haschisch, Verdacht auf Commotio cerebri
18	Commotio cerebri, Kopfplatzwunde frontal
19	Hämatom Schläfe rechts, Jochbogenprellung, Hämatom Auge rechts, Verdacht auf Commotio cerebri, suprakalottäres Hämatom
20	Schädelprellung, Schnittwunde Hals rechts

Tab. 17: Potentiell lebensgefährliche Verletzungen

4.17 Therapie

4.17.1 Behandlungsart (ambulant vs. stationär)

Nur 4,8% (24/503) der Opfer mussten stationär behandelt werden. Weitere 474 der 503 Fälle (94,2%) benötigten lediglich eine ambulante medizinische Versorgung. Zwei Patienten (0,4%) wurden in die Asklepios Klinik Barmbek verlegt. Ebenso viele Personen wurden in die zentrale Ausnüchterungsstelle für Betrunkene überführt. Ein Patient wurde in die Zahn- Mund- und Kieferklinik (ZMK) verlegt.

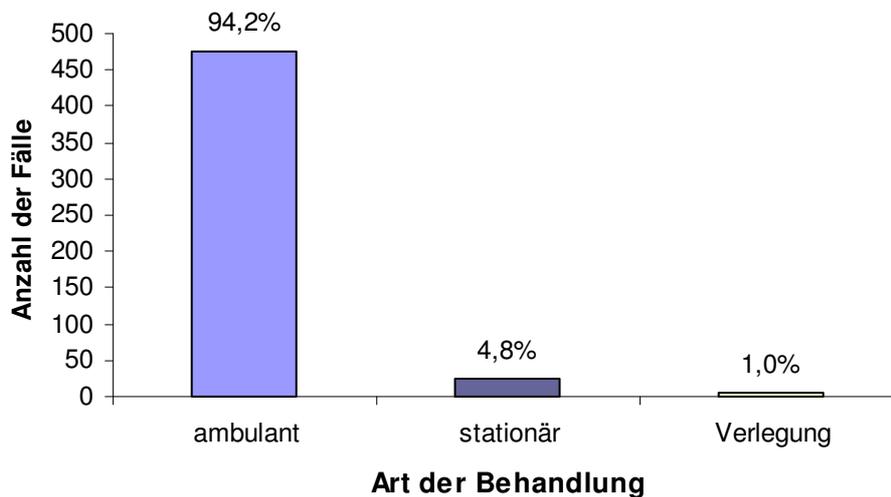


Abb. 20: Art der Behandlung (n= 503)

Zwei Patienten (0,4%) der untersuchten Kohorte lehnten trotz vorhandener Indikation eine stationäre Behandlung ab.

4.17.2 Nachbehandlungen

In der Gesamtmenge (n= 503) sind ebenfalls ambulante Nachbehandlungen enthalten. Darunter sind die Patientenkontakte zusammengefasst, welche in einem eindeutigen inhaltlichen sowie zeitlichen Zusammenhang zu einer vorangegangenen Gewalttat mit entsprechender Inanspruchnahme des

medizinischen Notfalldienstes standen. Dies war in 16 der 503 Patientenkontakte (3,2%) der Fall. Dabei suchten die Geschädigten die Notaufnahme erneut auf, weil zusätzliche Beschwerden, wie Schmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen oder Nachblutungen auftraten. In anderen Fällen wurden die Patienten zur Wundkontrolle oder zum Verbandwechsel erneut einbestellt.

4.17.3 Entlaufene Patienten

Insgesamt verließen 38 der 503 Patienten (7,6%) die Notaufnahme vor Abschluss der Behandlung. Ein Patient wurde wegen aggressiven Verhaltens vom Wachdienst hinausbegleitet. Drei der Patienten verließen ohne ärztliche Absprache nach erfolgter stationärer Aufnahme das Krankenhaus.

4.17.4 Versorgungsbedarf

Rund zwei Drittel der Geschädigten (359/503;71,4%) erhielten eine entsprechende Therapie. In 28,6% der Fälle (144/503) wurde nicht therapiert, wovon in 129 der 144 Patienten (89,6%) keine medizinische Behandlung notwendig war, drei Gewaltopfer (2,1%) eine Therapie ablehnten und zwölf der 144 Patienten (8,3%) vor den therapeutischen Maßnahmen die Notaufnahme verließen.

4.17.5 Therapie der ambulanten Patienten

Von den insgesamt 474 ambulanten Patienten wurden 331 therapeutisch versorgt. Somit war in 69,8% eine medizinische Versorgung indiziert. In 256 Fällen (65,3%) wurde eine Wundversorgung durchgeführt. Hierunter wurde die Reinigung und Desinfektion sowie ggf. die Adaptation der Wundränder mittels Naht, Steristrips (sterile Pflasterstreifen) oder Fibrinkleber zusammengefasst. Verschiedene Verbände, wie Pflaster(zug)verband, Heparin- und Voltarensalbenverband, PVP- Jod- (Antiseptikum) Verband, elastische Wickelung, Druck- und Rucksackverband, Gilchrist- Verband und Schanze`sche

Krawatte (zirkulärer Verband zur Ruhigstellung der Halswirbelsäule) wurden bei 55 der ambulanten Patientenkontakte verwendet. Ein Gips wurde in 18 Fällen angelegt. Die drei dokumentierten Repositionen wurden nach Schulterluxation, dislozierter distaler Unterarmfraktur sowie dislozierter Mittelhandfraktur angewendet. Weiterhin wurde jeweils eine Drainage nach Stichverletzung an der Schulter und am Thorax angelegt. In einem Fall wurde ein Kniegelenk nach Distorsion und bei Hämarthros (blutiger Gelenkerguss) punktiert. In 57 Patientenfällen wurden die Betroffenen konservativ mittels Schmerztherapie, Kühlung oder ggf. Überwachung und Ausnüchterung in der Zelle versorgt. Insgesamt erhielten 143 der 331 ambulant versorgten Patienten (43,2%) eine Anästhesie. Mehrheitlich handelte es sich dabei um eine lokale Anästhesie (141/143;98,6%). Zwei Patienten benötigten eine Vollnarkose für die Reposition nach Schulterluxation sowie nach dislozierter distaler Unterarmfraktur.

	Anzahl der Fälle	Therapie	Anzahl	Anteil in %
Therapie erhalten	331	Wundversorgung	256	65,3
		Verband	55	14,0
		Gipsanlage	18	4,6
		Reposition	3	0,8
		Drainage	2	0,5
		Punktion	1	0,3
		Sonstiges	57	14,5
		Gesamt	392	100,0
	keine Therapie	143		
	Gesamt	474		

Tab. 18: Therapie der ambulanten Patienten (n= 474)

4.17.6 Therapie der stationären Patienten

Die kumulative Liegezeit der 24 stationär behandelten Patienten betrug 212 Tage. Die mediane Verweildauer lag bei 5 Tagen. Drei der 24 Betroffenen (12,5%) mussten passager intensivmedizinisch betreut werden. Es handelte sich um eine intensivmedizinische Liegedauer von 43 Tagen. Eine Aufschlüsselung der Patientengruppe in der Reihenfolge des Erscheinens im Untersuchungszeitraum nach Diagnose und stationärer Liegedauer zeigt die nachstehende Tabelle 19.

Diagnosen der stationär behandelten Patienten		Liegedauer in Tagen
1	Claviculafraktur, Oberschenkelhämatom, Prellung Schulter, Knie und Tibia	18
2	Schädelprellung, Nasenrückenschürfung, akute Alkoholintoxikation	3
3	Contusio cerebri, Contusionsblutung, dislozierte Nasenbeinfraktur, Rippenfraktur, Monokelhämatom beidseits, Kokainintoxikation, chronischer Kokain- und Nikotinabusus	12
4	Rippenfraktur 9 und 10 links	4
5	Commotio cerebri, Nasenbeinfraktur, Orbitabodenfraktur links	1
6	Hydrocephalus internus mit Ventrikelblutung unklarer Genese, Verdacht auf chronischen i.v.-Kokainabusus, langjähriger Drogen- und Alkoholmissbrauch, rechtshirnige Läsion, schwere neurogene Schluckstörung, Messerstichverletzung linke Halsseite	72
7	Rippenfrakturen 8-9 links, Thorax- und Flankenprellung, ventraler Pneumothorax, Schädelprellung, Gesichtsprellung	9
8	Multiple Gesichtsprellungen, Hämatom Auge und Nasenbein, Schädel- und Wirbelsäulenprellung, Alkoholintoxikation	5
9	Abdominelle Messerstichverletzung	2
10	Komplexer Kniegelenksbinnenschaden, knöcherner Ausriss des Fibulaköpfchens mit Seitenband und Bizepssehne, vordere Kreuzbandruptur, hintere Kreuzbanddehnung, geringer Erguss, Hämatom Kniegelenk	12
11	Subcapitale Humerusfraktur rechts	16
12	Dislozierte Fraktur 8. Rippe, fraglich 7. Rippe, Spitzenpneumothorax links, chronischer Alkoholismus	6
13	Achillessehnenruptur rechts	6
14	Schnittverletzung links distaler Unterarm mit Durchtrennung der Beugesehnen Digitus 3, partielle Durchtrennung des N. medianus, Durchtrennung des M. flexor carpi radialis, Stichverletzung rechter Unterbauch und Thoraxwand links ventral und dorsal	10
15	Messerstichverletzung linker Mittelbauch, Commotio cerebri, Krampfanfall, Prellungen und Schürfungen frontal	1
16	Patellamehrfragmentfraktur rechts, Schürfung Stirn rechts, Schleimhauteinriss Unterlippe rechts	5
17	Rückenprellung, Mischintoxikation, intravenöser Drogenabusus	2
18	Nasenbeinfraktur, schwere Gesichtsprellungen, Othämatom links, Bulbusprellung rechts, Rückenprellungen	4
19	Stirnhöhlenvorderwandimpression, Monokelhämatom links	8
20	Messerstichverletzung links thorakal	1
21	Commotio cerebri, Kopfplatzwunde frontal	2
22	Messerstichverletzung links thorakal, 7/8 Interkostalraum Hämatopneumothorax links, akute Alkoholintoxikation	10
23	Nasenbeinfraktur, multiple Prellungen an Gesicht, Thorax und Flanken, Hämatom Oberschenkel links, passagere Mikrohämaturie	1
24	Tibiakopfimpersionsfraktur links, distale Radiusfraktur, nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur rechts	2

Tab. 19: Diagnosen der stationären Patienten und Liegedauer (n= 24)

Aufgrund von Mehrfachbehandlungen erhöht sich die Gesamtmenge auf 42 therapeutische Maßnahmen. Die Wund- und Verbandsversorgung der stationären Patienten stand mit einem Anteil von 40,5% (17/42) und 14,3% (6/42) im Vordergrund der Behandlung. In 6 Fällen (14,3%) stellten die Ärzte die Indikation zur Drainageanlage. Repositionen und Gipsverbände wurden in jeweils 3 Fällen (7,1%) angewandt. Nur vereinzelt vorkommende therapeutische Anwendungen wurden in 16,7% unter „Sonstiges“ zusammengefasst. Anästhesieverfahren waren in 13 Fällen notwendig. Diese wurden im Rahmen von operativen Verfahren sowie zur Wundversorgung eingesetzt. Eine Intubationsnarkose wurde im Falle von 9, lokale und spinale Anästhesien wurden bei 2 Patienten angewandt. Bei den operativen Maßnahmen handelte es sich um eine Hämatomausräumung, eine Bohrlochtrepanation mit Ventrikeldrainage, jeweils eine explorative Laparoskopie sowie –tomie nach abdomineller Messerstichverletzung, vier osteosynthetische Versorgungen verschiedener knöcherner Frakturen, eine Achillessehnennaht nach Ruptur, eine Beugesehennaht nach Schnittverletzung sowie eine minimalinvasive Rekonstruktion nach Impressionsfraktur der Stirnhöhlevorderwand.

4.17.7 Tetanusschutzimpfung

Ein Anteil von 22,3% der Untersuchten (112/503) erhielt in der chirurgischen Notaufnahme eine Tetanusschutzimpfung. Davon wurden 70 Patienten (62,5%) aktiv mit Tetanus- Toxoid immunisiert, und 42 Verletzte (37,5%) wurden simultan geimpft (Tetanus- Toxoid und Tetanushyperimmunglobulin). Keine Primärprophylaxe wurde in 39,8% der Fälle (200/503) durchgeführt. Fünf der zweihundert Patienten ohne Primärprophylaxe (2,5%) lehnten die Impfung ab, ein Patient (0,5%) verließ die Notaufnahme vorzeitig. Im Falle von 191 Patienten (38,0%) fand sich im Anamnesebogen keine Angabe zur Tetanusschutzimpfung.

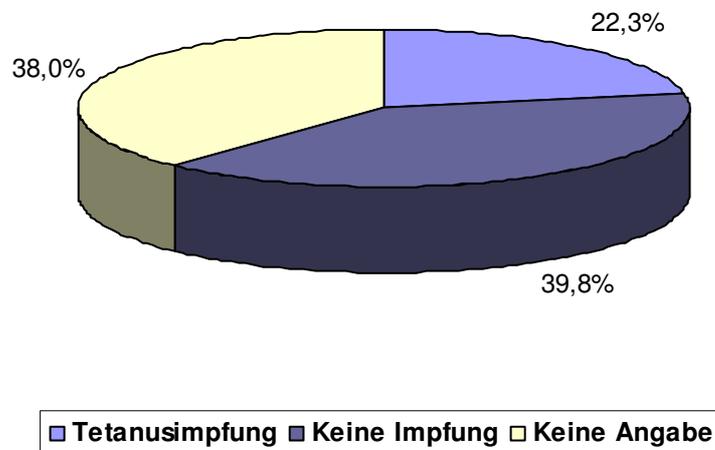


Abb. 21: Tetanusschutzimpfung (n= 503)

4.18 Nebengruppenuntersuchung

Als Nebenerhebungen wurden aus dem Gesamtkollektiv zusätzlich folgende zwei Kohorten herausgearbeitet:

1. Täterverletzungen

Im Rahmen von Gewalthandlungen erlittene Verletzungen der Täter wurden in 13/3849 (0,3%) Fällen dokumentiert.

2. Dienstunfälle der Polizei

In 8 von 3849 (0,2%) wurden Dienstunfälle von Polizisten bei der Verfolgung von Festzunehmenden sowie Verletzungen im Rahmen von Widerstandshandlungen im Rahmen der Festnahme beschrieben.

Patientengruppe		Anzahl der Fälle	Anteil in %
Gewaltbedingte Opferverletzungen		503	13,1
	Täterverletzungen	13	0,3
	Dienstunfälle der Polizei	8	0,2
	Verletzungen anderer Ursache	3302	85,8
Uneindeutige		23	0,6
Patientenkontakte gesamt		3849	100

Tab. 20: Zusammensetzung des Gesamtkollektivs (n= 3849)

4.18.1 Täterverletzungen

In dreizehn Fällen (0,3%) wurden Verletzungen auf Seiten der Täter dokumentiert. Bis auf einen weiblichen Täter waren alle Übergriffe durch Personen männlichen Geschlechts verübt worden. Mit Ausnahme eines Täters, welcher mit frontaler Platzwunde die Notaufnahme aufsuchte, beklagten alle Täter Verletzungen im Bereich der Hand und Finger. Hierbei handelte es sich um Prellungen, Frakturen sowie Schnittwunden. Nach ambulanter Wundversorgung konnten alle Patienten nach Hause entlassen werden. Zwei Betroffene benötigten eine spätere handchirurgische Versorgung.

4.18.2 Dienstunfälle der Polizei

Die acht im Erhebungszeitraum dokumentierten polizeilichen Dienstunfälle betrafen ausschließlich männliche Polizisten. Fünf der Betroffenen verletzten sich im Rahmen von Widerstandshandlungen bei Festnahmen. Ein Polizist stürzte bei der Verfolgung eines Festzunehmenden, ein anderer wurde von einem Demonstranten verletzt. Bei einem weiteren Verletzten gab es keine näheren Angaben zum Tathergang. Alle ausnahmslos durch stumpfe

Gewalteinwirkung hervorgerufenen Verletzungen konnten ambulant versorgt werden. Bis auf eine gering dislozierte Radiusfraktur handelte es sich bei der Art der Verletzungen um Prellungen sowie Schürfwunden an der oberen und unteren Extremität. In einem Fall wurde eine Hodenprellung dokumentiert.

5 DISKUSSION

5.1 Methodenkritik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine rein retrospektive Betrachtung. Eine Abhängigkeit bezüglich Vollständigkeit und Qualität der dokumentierten Daten war somit vorgegeben. Ein zuvor festgelegter Fragebogen (siehe Material und Methoden) wurde verwendet, und die archivierten Notfallbögen wurden auf entsprechende Informationen hin untersucht. Diese Herangehensweise stützt sich zu allen weiteren Erhebungen auf die durch den behandelnden Arzt niedergeschriebenen Informationen. Es besteht laut Paragraph 10 der „Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“ eine Dokumentationspflicht des behandelnden Arztes gegenüber seinen Patienten (Bundesärztekammer 2006). Dabei sollen die Niederschriften einerseits als Gedächtnisstützen für den Arzt und andererseits als lückenloser Nachweis der Behandlung des Patienten dienen, wobei Letzteres besonders im Falle juristischer Auseinandersetzungen von Bedeutung sein kann. Jedoch beschrieben Houry et al. (1999) gerade bei gewaltbedingten Verletzungen eine unzureichende Dokumentation durch das ärztliche Personal, insbesondere lückenhafte Informationen zum Täter, Lokalisation und Art der Verletzung und zur ggf. verwendeten Tatwaffe. Die Nachvollziehbarkeit und der Dokumentationswert der teils stichpunktartigen Wortgruppen in den ausgewerteten Notfallbögen wurde vermutlich beeinflusst von der Gewissenhaftigkeit des Arztes sowie der zur Verfügungen stehende Zeit und dem jeweiligen Patientenaufkommen. So muss angenommen werden, dass der Untersucher zu nächtlichen Stoßzeiten in der Notaufnahme weniger eine umfassende Anamnese erheben und dokumentieren, sondern sich vielmehr auf die Art der Verletzung und deren adäquate medizinische Versorgung beschränken wird. Ebenfalls zu beachten ist das unterschiedliche Niveau der Untersucher durch die Mitarbeit von Medizinstudenten bei jeweils unterschiedlichem Stand der Ausbildung (Houry et al. 1999). Da das

Krankenhaus St. Georg ein akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg ist, sind regelmäßig Medizinstudenten in der Notaufnahme tätig und mit Aufnahmeuntersuchungen der Patienten sowie der Befunddokumentation betraut. Selbstverständlich werden die untersuchten Patientenfälle mit dem verantwortlichen Arzt besprochen. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass nicht sämtliche Anamnesen wiederholt werden können und der Geschädigte durch den behandelnden Arzt nicht komplett nachuntersucht werden kann und somit wichtige Hinweise auf ein gewaltassoziiertes Verbrechen möglicherweise unentdeckt bleiben. Weiterhin ist laut Brzank et al. (2005) sowie Mc Cauley et al. (1998) das direkte Ansprechen der Patienten auf Gewalterlebnisse durch den Arzt eine unverzichtbare Voraussetzung für das Erkennen dieser Patientengruppe. So berichten viele Patienten nicht von sich aus von den erlebten Geschehnissen, sondern hoffen auf ein direktes Nachfragen durch das medizinische Personal. Daneben ist der untersuchende Arzt angehalten, die Schilderungen zum Verletzungshergang sowie zu den vorliegenden Verletzungen auf Plausibilität zu prüfen. So können einerseits gewaltbedingte Verletzungen durch das Opfer als banaler Unfall beschrieben werden, andererseits können auch Gewalttaten vorgetäuscht werden. Beispielsweise berichtete in der vorliegenden Arbeit ein Patient, dass auf ihn geschossen wurde. Der untersuchende Arzt vermerkte jedoch seine Zweifel am geschilderten Unfallgeschehen (allerdings wurden keine Gründe dafür benannt). Ein wichtiges Instrument der Plausibilitätsprüfung stellt eine umfassende körperliche Untersuchung dar, um nicht zunächst unwesentliche Begleitverletzungen zu übersehen. Dies ist voraussetzend für die Erhellung des Dunkelfeldes der Gewaltkriminalitätsoffer (Mattig 2004). Auf der anderen Seite spielt eine wahrheitsgemäße Aussage eigeninitiativ oder auf Nachfrage zur Identifikation des Geschädigten als Gewaltopfer eine entscheidende Rolle. Beachtet werden muss hierbei, dass sich der Geschädigte nicht immer unbedingt in der Opferrolle sieht und dem Untersucher deshalb wichtige Informationen vorenthält. Jungnitz et al. (2004) beschrieben die Problematik der fehlenden Opfereinsicht sowie Gewaltassoziation des Ereignisses insbesondere bei männlichen Personen. Diese würden sich innerhalb von tätlichen

Auseinandersetzungen nicht in der Rolle des Opfers, sondern vielmehr auf der Täterseite sehen und die Rohheiten mehr als Profilierung sowie als „seinen Mann stehen“ bezeichnen und deshalb die Tat nicht als einen Gewaltakt einschätzen. Weiterhin machten Jungnitz et al. (2004) die Erziehung sowie die gesellschaftliche Sicht, welche Streitereien unter Männern als „normal“ deklarieren würde, für diese Meinungsbildung verantwortlich. Das verminderte Verständnis unter Männern, körperliche Übergriffe auch tatsächlich als gewalttätige Aktionen zu charakterisieren, erschwert letztendlich das Erkennen der Übergriffe und somit auch ggf. juristische Konsequenzen für die Täter sowie Hilfsangebote für die Opfer.

In welchem Umfang die genannten Voraussetzungen zutrafen, bleibt offen. Zusammenfassend muss daher davon ausgegangen werden, dass es sich bei den erhobenen Daten - bezogen auf das untersuchte Gesamtkollektiv - um Mindestangaben zum Gewaltvorkommen handelt. Die Hauptursachen sind in einer möglicherweise fehlenden bzw. unvollständigen Dokumentation auf ärztlicher Seite sowie in falschen bzw. unvollständigen Angaben auf Seite der Patienten zu sehen. Zudem erfasst die Studie lediglich die Daten einer chirurgischen Notaufnahme einer deutschen Großstadt und darf daher keinesfalls als repräsentativ angesehen werden. Diese Arbeit beschränkt sich daher mittels einer vorwiegend deskriptiven Darstellung auf eine bloße Momentaufnahme des beschriebenen Sachverhaltes.

5.2 Einordnung der vorliegenden Untersuchung in die Literatur

Insgesamt wurden 3849 Notfallbögen aus dem sechsmonatigen Untersuchungszeitraum ausgewertet. Hiervon wurden 503 Fälle in die Auswertung eingeschlossen. Da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, insbesondere die der chirurgischen Notaufnahme, durch den Geschädigten eine Voraussetzung für den Studieneinschluss war, handelt es sich bei dem untersuchten Patientenkollektiv vor allem um Opfer physischer Übergriffe. Gewaltentäußerungen psychischer Art, wie beispielsweise Bedrohungen, Demütigungen oder Vernachlässigung werden in der

vorliegenden Arbeit bestenfalls als Begleitphänomene körperlicher Gewalt betrachtet. Vor diesem Hintergrund scheint die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit bisher veröffentlichten Studien aufgrund verschiedener Studiendesigns nur eingeschränkt möglich (Olson et al. 1996). Ein wesentlicher Grund für die Inhomogenität der Arbeiten ist die bereits in der Einleitung erwähnte uneinheitliche Definition von Gewalt (Europäische Kommission 2005, Steen & Hunskaar 2004, Krug et al. 2002b, Concha- Eastman 2001) und damit der Zielgruppe. Dies hat zur Konsequenz, dass einzelne Studienkonzepte ganz unterschiedliche Patientengruppen unter dem Begriff „Gewaltopfer“ zusammenfassen. So wurden in der Untersuchung von Steen & Hunskaar (2004) ausschließlich Opfer mit Verletzungen beschrieben, welche durch das Einwirken physischer Gewalt entstanden sind. Alle Patienten mit Symptomen nach erfahrener psychischer Gewalt wurden aus der Studie ausgeschlossen. Im Gegensatz dazu erfasste die britische Untersuchung von Boyle & Todd aus dem Jahr 2002 allein den Anteil von Opfern häuslicher Gewalt, hier allerdings unter Einschluss von psychischer Gewalt. Weiterhin unterschieden Exadaktylos et al. (2007) und Downing et al. (2003) in ihren Untersuchungen nicht zwischen gewaltbedingten Verletzungen auf Seiten der Opfer oder Täter, sondern fassten diese in einer Gruppe zusammen. Saltzman et al. (2007) erfassten ausschließlich Opfer sexueller Gewalt. Auch der Erhebungszeitraum sowie die Anzahl der teilnehmenden Notaufnahmen differieren zum Teil beträchtlich. So umfassen die Untersuchungen einen Zeitraum von nur wenigen Wochen (Boyle & Todd 2003) bis zu mehreren Jahren (Exadaktylos et al. 2007, Saltzman et al. 2007, Sivarajasingam & Shepherd 2001). Dabei flossen Daten von jeweils einer (Exadaktylos et al. 2007, Boyle & Todd 2003, Howe & Crilly 2002, Kühne 2007, Steen & Hunskaar 2004, Wright & Kariya 1997, Olson et al. 1996) bis zu 33 (Sivarajasingam & Shepherd 2001) oder 66 Notaufnahmen (Saltzman et al. 2007) mit in die Erhebungen ein. Die Dauer der Untersuchung sowie die Anzahl der involvierten Notaufnahmen beeinflussen entsprechend die Dimension des untersuchten Gesamtkollektivs und damit letztendlich auch den Anteil der Gewaltopfer. So befragten Boyle & Todd (2003) 256 Patienten, wovon drei (1,2%) aktuell nach erlebter häuslicher Gewalt die Notaufnahme aufsuchten.

Eine ganz andere Dimension umfassen die Studien aus England/ Wales sowie Großbritannien, wo insgesamt 4842936 (Sivarajasigam & Shepherd 2001) bzw. 887289 (Downing et al. 2003) Patientenkontakte gezählt wurden und 121475 (2,5%) bzw. 17055 (1,9%) Geschädigte dokumentiert werden konnten. Weiterhin unterscheiden sich die Studien in den zu untersuchenden Items. Dabei fanden sich in der Literatur umfassende Angaben zum Geschlecht sowie Alter der Geschädigten (Exadaktylos et al. 2007, Saltzman et al. 2007, Kühne 2007, Steen & Hunskaar 2004, Downing et al. 2003, Howe & Crilly 2002, Sivarajasigam & Shepherd 2001, Wright & Kariya 1997, Olson et al. 1996). Hinweise zum Tatzeitpunkt (Kühne 2007, Steen & Hunskaar 2004, Downing et al. 2003, Sivarajasigam & Shepherd 2001, Wright & Kariya 1997) sowie zu den verwendeten Tatwaffen (Exadaktylos et al. 2007, Kühne 2007, Steen & Hunskaar 2004, Howe & Crilly 2002, Wright & Kariya 1997) wurden ebenfalls häufig untersucht. Zu allen folgenden Items wurden in den veröffentlichten Arbeiten jeweils vereinzelt und damit nur kleine Datenmengen erhoben. Hierzu zählten nähere Informationen zum Tathergang (Kühne 2007, Howe & Crilly 2002, Wright & Kariya 1997), zur Alkoholisierung der Opfer (Steen & Hunskaar 2004, Wright & Kariya 1997), zu den Tätern (Kühne 2007, Saltzman et al. 2007, Steen & Hunskaar 2004, Wright & Kariya 1997) und den Tatorten (Saltzman et al. 2007, Howe & Crilly 2002, Wright & Kariya 1997), zur Art der Verletzung (Kühne 2007, Downing et al. 2003, Wright & Kariya 1997) sowie deren Lokalisation (Exadaktylos et al. 2007, Kühne 2007, Saltzman et al. 2007, Wright & Kariya 1997). Eine weitergehende Beschreibung zu den diagnostischen Untersuchungen und den therapeutischen Interventionen waren in den bisher publizierten Arbeiten nicht von großem Interesse. So finden sich nur wenige Studien, welche Informationen zur Behandlungsart (stationär oder ambulant) von Gewaltopfern liefern (Exadaktylos et al. 2007, Saltzman et al. 2007, Downing et al. 2003, Wright & Kariya 1997). Die vorliegende Arbeit versucht einen vollständigen und damit ganzheitlichen Überblick der zuvor beschriebenen Thematik zu geben und alle genannten Felder abzudecken. Eine kurze Übersicht der aktuellen nationalen und internationalen Arbeiten gibt die folgende Tabelle 21.

Autoren und Erscheinungsjahr	Land	Studiendesign	Größe des Gesamtkollektives	Anteil gewaltbedingter Verletzungen
Olson et al. (1996)	USA	Prospektive 3- monatige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern häuslicher Gewalt	4073	123 (3,0%)
Wright & Kariya (1997)	Schottland	Prospektive 2- monatige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	9815	235 (2,4%)
Sivarajasingam & Shepherd (2001)	England & Wales	Prospektive 3- jährige Untersuchung von 33 Notaufnahmen zu Opfern physischer Gewalt	4842936	121475 (2,5%)
Howe & Crilly (2002)	England	Prospektive 3- monatige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	11861	305 (2,6%)
Boyle & Todd (2003)	Großbritannien	Prospektive 2- wöchige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern häuslicher Gewalt physischer und psychischer Natur	256	3 (1,2%)
Downing et al. (2003)	Großbritannien	Prospektive 1- jährige Untersuchung von 12 Notaufnahmen zu Opfern physischer Gewalt	887289	17055 (1,9%)
Steen & Hunskaar (2004)	Norwegen	Prospektive 2- jährige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	138692	1803 (1,3%)
Exadaktylos et al. (2007)	Schweiz	Retrospektive 6- jährige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	174000	1190 (<1,0%)
Saltzman et al. (2007)	USA	Deskriptive 2- jährige Untersuchung 66 Notaufnahmen zu Opfern sexueller Gewalt	3451402	143648 (4,2%)
Kühne Med. Dissertation (2007)	Deutschland	Retrospektive 6- monatige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	8274	290 (3,5%)
Süße Med. Dissertation (2008)	Deutschland	Retrospektive 6- monatige Untersuchung einer Notaufnahme zu Opfern physischer Gewalt	3849	503 (13,1%)

Tab.21: Überblick aktueller Studien zum Thema „Gewaltopfer in Notaufnahmen“

5.3 Anteil von Gewaltopfern in Notaufnahmen

Wie in der Tabelle 21 gegenübergestellt, liegen die Anteile von Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen in Notaufnahmen aus nationalen und internationalen Untersuchungen zwischen 1 und 4%. Die geringsten Zahlen von Gewaltopfern fanden sich mit <1% (Exadaktylos et al. 2007) in der Schweiz, 1,2% (Boyle & Todd 2003) und 1,9% (Downing et al. 2003) in Großbritannien sowie 1,3% (Steen & Hunskaar 2004) in Norwegen. Im Mittelfeld der Häufigkeiten lagen mit 2,4% die schottische Studie von Wright & Kariya (1997), mit 2,5% eine Arbeit aus England und Wales (Sivarajasingam & Shepherd 2001) sowie mit einem Gewaltopferanteil von 2,6% eine Untersuchung aus England (Howe & Crilly 2002) und 3,0% eine amerikanische Arbeit (Olson et al. 1996). Mit einem Geschädigtenanteil von 3,5% und 4,2% fanden sich die höchsten Zahlen in einer chirurgischen urbanen Notaufnahme in Deutschland (Kühne 2007) und in den USA (Saltzman et al. 2007). Vor dem Hintergrund ganz unterschiedlicher Studienkonzepte und Zielgruppen kann diese Gegenüberstellung nur als Anhalt für eine ungefähre Dimension des Problems gesehen werden. Mit einem Gewaltopferanteil von 13% ist der bisher in der Literatur beschriebene Anteil von Gewaltopfern in Notaufnahmen, wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben, um mehr als das Drei- bis Vierfache übertroffen. Mögliche Ursachen beleuchtet das folgende Kapitel 5.4.

5.4 Standortproblematik der untersuchten Notaufnahme

Das Einzugsgebiet sowie der Standort der Notaufnahme scheinen einen ganz entscheidenden Einfluss auf die zu erwartenden Ergebnisse zu haben. Steen & Hunskaar (2004) untersuchten das Vorkommen von gewaltbedingten Verletzungen in Bergen, einer Stadt mit 200000 Einwohnern. Das Krankenhaus der schottischen Studie von Wright & Kariya (1997) versorgte einen ähnlichen Populationsbereich. Hier wurde ein Gebiet mit 201000 Einwohnern untersucht. Es ist davon auszugehen, dass ein Vergleich zwischen kleinstädtischen Regionen mit wenigen hunderttausend Einwohnern und - wie in der vorliegenden Arbeit - Hamburg, der zweitgrößten Stadt Deutschlands, mit rund

1,7 Millionen Einwohnern (Polizeiliche Kriminalstatistik 2005) nur mit Kompromissbildung einhergehen kann. Vielmehr muss schon bei Untersuchungen in Notaufnahmen innerhalb ein und derselben Stadt mit erheblichen Änderungen der Häufigkeitsverteilung gerechnet werden. Dies verdeutlichen die Ergebnisse der Medizinischen Dissertationsarbeit von Kühne (2007). Im gut situierten Stadtteil Hamburg-Eppendorf wurde über denselben Erhebungszeitraum, wie in der vorliegenden Arbeit der Gewaltopferanteil der chirurgischen Notaufnahme am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf untersucht. Mit einem Anteil von 3,5% wurden hier fast viermal weniger Opfer mit gewaltbedingten Verletzungen behandelt, als zur selben Zeit im Krankenhaus St. Georg. Ausschlaggebend hierfür ist vermutlich der Standort des ältesten Krankenhauses in Hamburg (AK St. Georg Qualitätsbericht 2004), welches in einem sozial schwächeren Stadtteil im Zentrum Hamburgs mit im Vergleich zu Eppendorf höherer Kriminalitätsrate liegt. So wurden laut Statistischen Landesamt im Jahr 2004 im Eppendorfer Stadtteil 67 Gewaltdelikte (3 je 1000 der Bevölkerung) dokumentiert. In St. Georg wurden im selben Zeitraum 580 Gewaltdelikte (56 je 1000 der Bevölkerung) gezählt (Behörde für Inneres 2005). Zusätzlich ist das Patienten Klientel im Krankenhaus St. Georg geprägt durch die geographische Nähe zum Hauptbahnhof sowie zur Vergnügungsmeile und dem „Rotlichtviertel“ auf St. Pauli. Vogel et al. (1997) verglichen Röntgenbilder und –befunde der Jahrgänge 1979 und 1989 im Hafenklinikum Hamburg bezüglich Hinweisen auf gewaltbedingte Verletzungen. Das Hafenklinikum befand sich im Stadtteil St. Pauli. Der Anteil der Geschädigten am gesamten Patientengut lag damals bei 9,93% (1979) und 9,14% (1989). Mit der Schließung des Krankenhauses im Jahr 1997 versorgen nun die umliegenden Krankenhäuser, wie das Krankenhaus St. Georg, den Bereich des Rotlichtmilieus. Auf engstem Raum finden sich zahlreiche öffentliche Lokalitäten, wie Bars, Nachtclubs, Diskotheken und Kneipen. Allein die Konzentration dieser Lokale stellt ein potentiell Areal für gewalttätige Handlungen dar. So zeigte eine dänische Arbeit, dass 75% der Gewalttaten gegen Männer und 40% der Übergriffe auf Frauen in stadtzentrennahen Gaststätten stattfinden (Ingemann-Hansen & Brink 2004).

Andererseits muss laut Polizeilicher Kriminalstatistik (2005) berücksichtigt werden, dass in Vergnügungsvierteln immer mit einem hohen Besucherstrom zu rechnen ist, woraus sich aus der dazu verhältnismäßig geringen Einwohnerzahl eine „überdurchschnittlich hohe Häufigkeitszahl bezüglich Straftaten in dieser Polizeidirektion“ ergeben. Weiterhin beeinflusst die Arbeit und Präsenz der Polizei vor Ort die registrierten Delikte (Behörde für Inneres 2005).

5.5 Charakterisierung des Opferkollektives

5.5.1 Geschlechtsverteilung

Die Geschlechtsverteilung der Gewaltopfer geht mit einem 85%-igen Anteil (428/503) deutlich zulasten des männlichen Geschlechts. Nur 75 der 503 Geschädigten (14,9%) waren Frauen, was einem Verhältnis von Frauen zu Männern von 1: 6 entspricht. In der nationalen und internationalen Literatur bestätigt sich die Tendenz einer vorwiegend männlichen Involvierung in die Thematik. So waren in Schottland 80% der Gewaltopfer männlichen Geschlechts (Wright & Kriya 1997), in England und Wales 74% (Sivarajasingam & Shepherd 2001), England 74% (Howe & Crilly 2002), Großbritannien 67% (Downing et al. 2003), Norwegen 76% (Steen & Hunskaar 2004) und Deutschland 73% (Kühne 2007). Neben einer Studie aus der Schweiz (Exadaktylos et al. 2007), in welcher 89% der Opfer männlich waren, scheint der Anteil von 85% männlichen Opfern im Vergleich zu anderen Studienergebnissen trotz ähnlicher Dimension besonders hoch. Vermutlich spielt hierbei der Standort des Krankenhauses eine wesentliche Rolle. Da in dem Krankenhaus nahe liegenden Vergnügungsviertel St. Pauli viele der Etablissementangebote speziell auf das männliche Publikum ausgerichtet sind, halten sich Männer möglicherweise häufiger in dieser Gegend auf und könnten im Opferklientel dadurch überrepräsentiert sein.

5.5.2 Altersstruktur

Die am stärksten betroffene Altersgruppe stellt die der jungen Erwachsenen dar. So befanden sich fast vierzig Prozent der Geschädigten (158/433) im Alter zwischen 21 und 30 Jahren. Jeweils rund zwanzig Prozent der Opfer befanden sich in der jüngeren (11 – 20 Jahre) oder älteren (31 – 40 Jahre) Lebensdekade. Somit scheinen sich besonders Personen in der zweiten bis vierten Lebensdekade in der Risikogruppe zu befinden. Dies bestätigt sich auch in der nationalen und internationalen Literatur. In einer retrospektiven Studie aus der Schweiz waren die Geschädigten im Mittel 27 Jahre alt (Exadaktylos et al. 2007). Auch in einer Befragung von 266 Männern in Deutschland durch Jungnitz et al. (2004) war das Risiko für Gewalterlebnisse besonders bei den 18- bis 25- Jährigen hoch. In der Untersuchung von Wright & Kariya (1997) lag das mittlere Alter der Geschädigten bei 28 Jahren. Fast zwei Drittel der Opfer waren zwischen 20 und 45 Jahre. Auch bei Olson et al. (1996) waren die Geschädigten im medianen Alter von 28,5 Jahren. Downing et al. beschrieben im Jahr 2003 und 2005 ein ähnliches Verteilungsmuster. Das mittlere Alter der Gewaltopfer lag hier zwischen 27 und 29 Jahren mit dem höchsten Anteil von rund vierzig Prozent je nach Geschlecht in der Altersgruppe der 25- bis 44- Jährigen. Laut Howe & Crilly (2002) waren 37% der Gewaltopfer im Alter zwischen 16 und 24 Jahren. In Norwegen waren weibliche Opfer gewalttätiger Übergriffe im Mittel 33 Jahre, während männliche Geschädigte durchschnittlich 5 Jahre jünger waren. Der Hauptanteil der Betroffenen war im Alter zwischen 15 und 24 Jahren (Steen & Hunskaar 2004). Auch in der Studie von Sivarajasirgam & Shepherd (2001) waren in der Gruppe der 18- bis 30- Jährigen die meisten Opfer zu verzeichnen. Ingemann-Hansen & Brink (2004) untersuchten Opfer von Gewalttaten in Stadtmittebereichen und in den Stadtrandbezirken. Im Stadtzentrum verletzten sich männliche Opfer zwischen 15 – 24 und 25 – 49 Jahren deutlich häufiger als dieselben Altersgruppen in den Außenbereichen der Stadt. Wie auch in der vorliegenden Arbeit erfolgte hier vermutlich eine Mobilisierung der jungen Erwachsenengruppe in die Gegenden mit einer hohen Dichte öffentlicher Lokale. Somit sind insbesondere

junge Menschen aufgrund der alterstypischen Freizeitgestaltung örtlich vorselektioniert und so vermutlich in der Opfergruppe überrepräsentiert.

5.5.3 Alkoholisierung

In 61,2% der Fälle (308/503) fanden sich Angaben zum Grad der Alkoholisierung der Patienten. Durch den untersuchenden Arzt wurden hiervon 215 Geschädigte (42,7%) als unter Alkoholeinfluss stehend eingeschätzt. In der näheren Differenzierung dokumentierte der Arzt in 81 Fällen einen alkoholischen Mundgeruch (*foetor alcoholicus*), 63 Patienten befanden sich im Stadium eines Alkoholrausches und 16 Geschädigte wurden als volltrunken eingestuft. Nur 18,5% (93/503) der Betroffenen hatten laut Untersucher keinen Alkohol konsumiert. Da es sich bis auf wenige Ausnahmen (31/503), in denen ein Blutalkoholspiegel bestimmt worden war, um eine rein subjektive Einschätzung des Arztes handelte, können die Angaben nur als orientierend angesehen werden. Die Schwierigkeit der klinischen Beurteilung besteht darin, dass mit regelmäßigem Alkoholkonsum eine Gewöhnung des Körpers an den Alkohol stattfindet, die klinischen Symptome geringer ausfallen und damit der tatsächliche Alkoholisierungsgrad unterschätzt werden kann. Beispielsweise erhielt ein alkoholisierter Patient aus dem Krankenhaus St. Georg die niedrigste Kategorie „Mundgeruch“. Tatsächlich ergab die Promillebestimmung aber einen Wert von 4,05‰. Auch Steen & Hunskaar (2004) machten auf die Unzuverlässigkeit dieser Einschätzungen aufmerksam. In der Literatur wurde die Assoziation von Alkohol und Gewaltgeschehen mehrfach beschrieben. In der Untersuchung von Wright & Kariya (1997) und Steen & Hunskaar (2004) hatten 69% der Geschädigten in den der Tat vorangehenden Stunden Alkohol konsumiert. In der vorliegenden Arbeit wurden besonders Jugendliche und junge Erwachsene Opfer von Gewalttaten. Vermutlich unterschätzen viele Konsumierende durch fehlende Erfahrung die Wirkung des Alkohols. Hinzu kommt ein gerade bei Jugendlichen risikobereites Handeln, um die eigenen Grenzen auszutesten sowie ein oft erheblicher Gruppenzwang bis hin zu regelrechten als Wettbewerb ausgetragenen Besäufnissen. Shepherd et al. (2006) zeigten, dass Jugendliche mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum ein

dreifach erhöhtes Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden. Weiterhin ist beim Aufeinandertreffen alkoholierter Personen gerade im Nachhinein der genaue Tatablauf oft schwer nachzuvollziehen. Eine eindeutige Opfer- Täter-Zuordnung ist oftmals nicht möglich, da sich die gewalttätigen Übergriffe meist durch ein provokantes Verhalten und einen enthemmten Gemütszustand bei den Opfern und bei den Tätern heraus entwickeln. Eine sich dadurch ergebene gewisse Mitverantwortung an den Lokal- sowie Straßenschlägereien kann nach den Schilderungen der Opfer (siehe auch Kapitel 4.9) vermutet werden. Weiterhin wird die Arbeit des Arztes erschwert, da die Geschädigten in alkoholisiertem Zustand oft nur unscharfe Angaben zum Tathergang machen können sowie bei stärkeren Alkoholisierungszuständen Erinnerungslücken auftreten können. Die Mehrheit der Geschädigten wurde auf der Vergnügungsmeile auf St. Pauli mit einer hohen Dichte an Lokalitäten mit Alkoholausschank angegriffen. In der Literatur finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem vermehrten Auftreten von Gewalttaten speziell an Orten mit Alkoholausgaben. In Großbritannien war die Alkoholausgabe bis zum Jahr 2003 in öffentlichen Lokalitäten durch ein Schankgesetz zeitlich limitiert (Downing et al. 2003). So wurde der Verkauf alkoholischer Getränke je nach Ortschaft zwischen 23.30 Uhr und 2.00 Uhr beendet. In den Stunden nach Schließung der Lokale (2.00 bis 4.00 Uhr) zählten Downing et al. (2003) 52,2% der Patientenkontakte mit gewaltbedingten Verletzungen. Verantwortlich wurde der exzessive Alkoholgenuss kurz vor Beginn der Sperrstunde gemacht. Ebenso zeigte eine Arbeit aus der dänischen Stadt Aarhus, dass Gewalttaten in Umgebungen mit hohem Alkoholausschank deutlich zunehmen. So waren 85% der im Stadtzentrum und nur 53% der im Stadtrandbereich angegriffenen Männer alkoholisiert, was vermutlich durch die höhere Dichte von Gaststätten und Kneipen mit Alkoholausgaben in den zentral gelegenen Stadtgebieten zu erklären war (Ingemann-Hansen & Brink 2004).

5.5.4 Behandlungszeiten

Über den Tagesverlauf stieg die Zahl der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen stetig an. Am Vormittag (6.00 – 11.59 Uhr) nahmen 13,6% der

Betroffenen die Notaufnahme in Anspruch. Im Gegensatz dazu wurden 55,2% der Gewaltopfer in der Nacht und den frühen Morgenstunden zwischen 22.00 und 5.59 Uhr behandelt. Insgesamt waren 44,8% der Geschädigten an einem Samstag und Sonntag in der Notaufnahme medizinisch versorgt worden. An den verbleibenden Wochentagen pendelte sich das Patientenaufkommen zwischen 8,5% bis 13,7% ein. Das nachweislich erhöhte Patientenaufkommen in den nächtlichen Stunden und an den Wochenendtagen fordert eine personelle Anpassung, insbesondere der Ärzte, des Pflegepersonals und der Mitarbeiter des sozialen Dienstes.

Die einzelnen Wochentage waren innerhalb des 6- monatigen Untersuchungszeitraums mit jeweils 26 Tagen gleichmäßig verteilt. Die im Untersuchungszeitraum gelegenen Feiertage können das Patientenaufkommen an den verschiedenen Wochentagen beeinflusst haben, dieses war jedoch relativ gleichmäßig verteilt. So lagen im Jahr 2003 die Weihnachtsfeiertage (24.12.03 - 26.12.03) an den Tagen Mittwoch bis Freitag, Silvester 2003 (31.12.03) fiel auf einen Mittwoch, Neujahr (01.01.2004) auf einen Donnerstag und die Osterfeiertage (09.04.04 - 12.04.04) dauerten von Karfreitag bis Ostermontag an. Wright & Kariya (1997) zeigte, dass das Risiko für gewalttätige Übergriffe zwischen 20.00 und 4.00Uhr am höchsten ist. In diesem Zeitraum fanden 63% der gezählten Rohheiten statt. In der britischen Untersuchung wurden die meisten Opfer Freitag- und Samstagnacht zwischen 21.00 und 2.59Uhr behandelt, bei einem generellen Anstieg der Geschädigten am Wochenende (Downing et al. 2003). In der Notaufnahme in Bern wurden an den beiden Wochenendtagen im Jahr 2001 insgesamt 40% der Geschädigten behandelt. Sechs Jahre später stieg der prozentuale Anteil auf über 55% (Exadaktylos et al. 2007). Auch in der Untersuchung von Olson et al. (1996) beanspruchten 31,7% der Geschädigten den medizinischen Dienst zwischen 23.00 und 7.00Uhr. Das erhöhte Vorkommen von Gewaltopfern insbesondere in den nächtlichen Wochenendstunden scheint multifaktoriell bedingt zu sein. So greift die medizinische Grundversorgung der allgemeinen Arztpraxen der niedergelassenen Ärzte in der Nacht und an den Wochenenden nicht, was automatisch ein erhöhtes Patientenaufkommen in den Notaufnahmen und den

Notfallpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung zu Folge hat. Daneben sind im Allgemeinen die Arbeitszeiten der Bevölkerung mit Beginn der Abendstunden beendet. Diese stehen wie auch das Wochenende zur freien Verfügung. Besonders die Gruppe der ausgehfreudigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen begibt sich in dieser Zeit in die Vergnügungsviertel. Zu den späten Abend- und frühen Morgenstunden erreichen die Alkoholspiegel sowie der Ermüdungsgrad der feiernden Menschen ihren Höhepunkt, wodurch eine realistische Einschätzung in die eigenen Fähigkeiten und potentiell bedrohliche Situationen vermindert erscheinen und zwischenmenschliche Konflikte spontan eskalieren können. Eine daraus folgende Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wird maximal wahrscheinlich.

Wie schon in der Eppendorfer Untersuchung (Kühne 2007) festgestellt, fanden sich auch in der vorliegenden Arbeit keine Hinweise dafür, dass einzelne Monate in der Häufigkeitsverteilung deutlich dominierten. Dafür verantwortlich scheinen ähnliche Rahmenbedingungen beider Studien zu sein, die einen Zeitraum von 6 Monaten untersuchten, in denen Daten vor allem aus den kalten Monaten des Jahres (November bis April) ausgewertet wurden. Interessante Ergebnisse könnte ggf. eine vergleichende Arbeit aus den Sommermonaten liefern, da sich aufgrund des wärmeren Wetters vermehrt Menschen in der Öffentlichkeit bewegen und aufeinander treffen. Das vermutlich höhere Konfliktpotential könnte sich auch in den Gewaltopferzahlen niederschlagen.

5.6 Angaben zu den Tätern

5.6.1 Täteridentitäten

Nähere Informationen zur Person des Täters fanden sich in 39,6% der Fälle. Aus diesen Angaben geht hervor, dass die Mehrheit der Angreifer (63,9%) dem Opfer unbekannt war. Diese Opfergruppe setzt sich zusammen aus 69,3% (104/150) Männern und 48,1% (25/52) Frauen. Ähnliche Ergebnisse erzielten Steen & Hunskaar (2004), wo 59% der männlichen Gewaltopfer von Unbekannten, jedoch nur 25% der Frauen von Fremden angegriffen wurden. In über einem Drittel der Fälle waren die Täter dem Opfer bekannt. Bei den Tätern handelte es sich in 32,9% (24/73) um den Ex- oder gegenwärtigen

Lebenspartner bzw. Freund des Opfers. Da aufgrund der semantischen Doppelbedeutung von Freund/ Freundin nicht zwischen Bekannter/ Kumpel oder Intimpartner differenziert werden kann, sind die Zahlen bestenfalls als orientierend zu bewerten. Männliche Opfer wurden in 4,0% (6/150) von deren Partnerinnen angegriffen. In einem Fall handelte es sich um einen männlichen Täter. In der Gruppe der weiblichen Geschädigten war in 34,6% (18/52) der ehemalige oder aktuelle Partner der Angreifer. Dies entspricht einer Steigerung um den Faktor 8. Weiterhin bleibt festzuhalten, dass nur in der Kategorie „(Ex-) Lebenspartner“ der Großteil der Opfer (34,6%) weiblich war. In allen anderen Gruppen vorhandener Täterangaben handelte es sich um vorwiegend männliche Geschädigte. Schröttler & Müller (2004) beschrieben, dass die Hälfte von gewalttätigen Übergriffen gegenüber Frauen jenseits des 16. Lebensjahres durch den (Ex-) Partner begangen wurde. Beschränkten sie sich allein auf die Gruppe von Opfern sexueller Übergriffe, fiel ebenfalls auf, dass die Mehrheit der Täter aus dem sozialen Umfeld stammte. Auch Saltzman et al. (2007) dokumentierten, dass nur eine Minderheit von 1,6% der Täter bei sexueller Gewalt fremde Personen waren. Familienangehörige verschuldeten in der vorliegenden Arbeit in 5,5% der Fälle (4/73) die Inanspruchnahme des medizinischen Notfalldienstes. Bei den betroffenen Opfern handelte es sich um eine weibliche und zwei männliche Personen. Rund 23,3% der Übergriffe (17/73) wurden von Personen aus dem näheren sozialen Umfeld verübt. Die Geschlechtsverteilung der Opfer war hier nahezu ausgeglichen. Die männlichen Betroffenen wurden dabei in 8,7% (13/150) und die weiblichen Opfer in 7,7% (4/52) durch ihnen bekannte Personen angegriffen. In einer amerikanischen Arbeit berichteten 98,4% der Opfer sexueller Gewalt, dass es sich beim Täter um einen Freund oder Bekannten (22,4%), den (Ehe-) Partner (4,2%), ein Elternteil (9,8%) oder um eine Person handelte, mit welcher das Opfer in anderer Weise in Beziehung stand (12,9%) (Saltzman et al. 2007). Mitarbeiter aus dem Dienstleistungssektor sowie aus dem beruflichen Umfeld verursachten in 19,2% (14/73) die Verletzungen durch gewalttätige Übergriffe. Bei den Opfern handelte es sich bis auf eine Ausnahme um männliche Personen. Polizeibeamte wurden in 10 der 73 Fälle (13,7%) als Täter benannt. Unter den

Geschädigten waren drei Frauen und sieben Männer. In drei Fällen (4,1%) haben sich die ausnahmslos männlichen Opfer durch die Festnahme der Polizei Verletzungen zugezogen. In zwei der drei Sachverhalte sprangen die Opfer bei der Flucht vor der Polizei aus dem 1. Stock bzw. aus 3 Metern Höhe. Eine Person leistete bei der Festnahme Widerstand und wurde auf einer Trage fixiert in die chirurgische Notaufnahme gebracht. Gewalttätige Übergriffe auf Männer in öffentlichen Räumen werden in über 80% durch Täter männlichen Geschlechts begangen. Sie sind dem Opfer in der Mehrheit der Fälle unbekannt. Hingegen werden die Übergriffe in den privaten Räumen gleichhäufig durch Männer wie durch Frauen begangen (Jungnitz et al. 2004). Wie im Kapitel 4.11 beschrieben, stammte ein Großteil der Geschädigten aus dem Stadtteil St. Pauli mit einer hohen Dichte an Lokalen und Gaststätten. Da Männer bevorzugt in der Öffentlichkeit angegriffen werden (Steen & Hunskaar 2004, Jungnitz et al. 2004, Howe & Crilly 2002, Wright & Kariya 1997) und in dieser Arbeit 85,1% der Opfer männlichen Geschlechts waren, scheint der deutliche Anteil an unbekanntem Tätern nachvollziehbar.

5.6.2 Täterformationen

In zwei Dritteln der Fälle (64,2%) handelte es sich beim Angreifer um eine Einzelperson, während in einem Drittel (29,4%) die Täter in Gruppen zu zweit oder mehreren Personen agierten. In Norwegen verursachten in 74% der Fälle Einzeltäter die Rohheiten (Steen & Hunskaar 2004). Saltzman et al. (2007) dokumentierten nur in 6,7% der Fälle von sexueller Gewalt mehrere Täter. Die Ursache der Diskrepanz liegt wahrscheinlich im unterschiedlichen Versorgungsbereich sowie in der untersuchten Opfergruppe der Krankenhäuser. Die Asklepios Klinik St. Georg versorgt viele Verletzte aus dem nahe liegenden Vergnügungsviertel St. Pauli. Dabei wurden vermutlich besonders viele Täter in Gruppen in den Notfallbögen registriert, da sich die jungen Erwachsenen zum Feiern auf der Vergnügungsmeile üblicherweise in Gruppen versammeln und so auch gemeinsam in Konfliktsituationen involviert werden.

5.7 Tatorte

Die Zuordnung der Tatorte erfolgte entsprechend den Hamburger Stadtteilen. Obwohl das untersuchte Krankenhaus im Stadtteil St. Georg liegt, wurden 39,4% (137/348) der Patienten im Stadtteil St. Pauli verletzt. Der Anteil an Geschädigten aus St. Georg fand sich mit 25,3% (88/348) nur an der zweithäufigsten Stelle der Tatorte. Die regionale Nähe zur Vergnügungsmeile, dem „Rotlichtmilieu und Hausbesetzungsszene“ in St. Pauli bedingen dabei ein erhöhtes Aufkommen von gewalttätigen Übergriffen (Vogel et al. 1997). Aufgrund eines hohen Besucherstroms junger, alkoholierter Menschen steigt das Risiko für gewalttätige Übergriffe. Auch die Polizeiliche Kriminalstatistik Hamburg (2005) belegt die Vorreiterstellung der Stadtteile St. Pauli und St. Georg bezüglich der regionalen Verteilung von Straftaten im Bezirk Hamburg-Mitte. So fanden 45,1% aller Straftaten des Jahres 2005 in diesen beiden Stadtteilen statt. Mitverantwortlich für die hohen Zahlen scheint ebenfalls die Lage des Hamburger Hauptbahnhofes im Stadtteil St. Georg. Die zentral gelegenen Stadtteile Neu- sowie Altstadt, die sich zwischen den Stadtteilen St. Pauli und St. Georg befinden, sind mit rund jedem zehnten Gewaltdelikt ebenfalls den risikobehafteten Regionen zuzuordnen. Einfluss gebend scheint hier die geographische Lage der Stadtmitte zu sein, weswegen hier mit einer erhöhten Mobilität von Menschen und damit auch einem erhöhten Risiko für Gewalttaten zu rechnen ist. Alle anderen Stadtteile sind als Tatorte bezüglich der Patientenversorgung im untersuchten Krankenhaus als unwesentlich einzuordnen.

5.8 Transportmittel zur Einlieferung

Am häufigsten (58,7%) wurden die Geschädigten mittels eines Rettungswagens in die Notaufnahme eingeliefert. In der Eppendorfer Untersuchung (Kühne 2007) war dies nur in 34,8% der Fall. Downing et al. (2003) kamen mit einem Anteil von 30,2% zu ähnlichen Ergebnissen. Rohheitsdelikte präsentieren sich oftmals als Ausnahmesituationen für die Betroffenen und stellen sich somit als Notfälle dar. Die offensichtlich vermehrte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes im Patientenkollektiv aus St. Georg erklärt sich vermutlich

dadurch, dass hier besonders viele Übergriffe im öffentlichen Raum der Stadtteile St. Georg und St. Pauli (siehe auch Kapitel 5.8) stattfanden. Bei tätlichen Auseinandersetzungen in Lokalisationen sind die oftmals alkoholisierten (42,7%) Opfer in den nächtlichen Stunden (Kapitel 4.6) auf Hilfe Dritter angewiesen. Nahezu ein Drittel (26,0%) erreichte die Ambulanz im privaten Fahrzeug, mit Hilfe öffentlicher Verkehrsmittel, zu Fuß oder per Taxi. In der Arbeit von Kühne (2007) betraf dies doppelt so viele Geschädigte (59,0%).

5.9 Tathergang und resultierende Verletzungen

5.9.1 Anamnese und Sachverhalt

Abhängig von den durch die Gewaltopfer berichteten Geschehnissen sowie dem Anamnesegespräch durch den Arzt erfolgte eine Kategorisierung des geschilderten Sachverhaltes. Die häufigsten Übergriffe mit einem Anteil von 58,3% (351/602) präsentierten sich dabei als „Schläge mit Händen und Fäusten“. In der Notaufnahme des Universitätsklinikum Hamburg berichteten hiervon 62,8% der Opfer (Kühne 2007), im Hamburger Hafenkrankehaus 71,6% der Geschädigten (Vogel et al. 1997). Da es sich in der Mehrheit der Fälle um affektgesteuerte Rohheiten handelte, liegt es nahe, dass eine Auseinandersetzung allein mit den vorhandenen Mitteln und Möglichkeiten des eigenen Körpers ausgetragen wurde. In 56,7% der Fälle (199/351) wurde das Ereignis als „Schlag/ Schläge erhalten/ Prügel erhalten/ Überfall/ Angriff“ beschrieben, wobei die Art der Formulierungen auf eine defensive Rolle des Opfers hinweisen könnte. Im Gegensatz dazu wurde in 43,3% (152/351) der Sachverhalt als „Schlägerei/ (tätliche) Auseinandersetzung/ Handgemenge/ Streit(erei)“ dokumentiert. Das hier genutzte Vokabular scheint den Geschädigten durch ein offensiveres Verhalten mit in die Tat zu involvieren. Eine sichere Differenzierung ist hierdurch jedoch nicht gewährleistet. Stürze (49/602) und Tritte (29/602) waren in 8,1% bzw. 4,8% der Fälle als Sachverhalt benannt worden. Die Verletzungsgenese wurde von Howe & Crilly (2002) in 73% und von Wright & Kariya (1997) in 43% der Fälle als durch Faustschläge und Fußtritte verursacht beschrieben. In 134 Fällen war ein Werkzeug mit in die

Tat involviert (Kapitel 4.14). Alle weiteren Formen von Übergriffen sind aufgrund des geringen Auftretens als vernachlässigbar zu betrachten.

5.9.2 Tatwerkzeuge

In 134 von 503 Fällen (26,6%) sind Werkzeuge durch den Täter benutzt worden. Howe & Crilly (2002) kamen mit 27%, Steen & Hunskaar (2004) mit 21% zu einem ähnlichen Ergebnis. In der Eppendorfer Notaufnahme berichteten nur 16,2% der Geschädigten von einem Tatwaffengebrauch (Kühne 2007). Bezogen auf die Aussagen der Patienten aus dem Krankenhaus St. Georg handelte es sich bei den Tatwaffen am häufigsten (29,6%) um Flaschen- und Glaswerkzeuge. Der Gebrauch von Flaschen sowie Trinkgläsern lässt hierbei einen der Tat vorangegangenen Alkoholkonsum vermuten. Dieser begünstigt eine Gewalttat. In einer Region mit hoher Dichte an öffentlichen Lokalen und Alkoholausschank sind mehr Angriffe mit gläsernen Werkzeugen zu erwarten, da diese reichlich vor Ort vorhanden sind und in spontanen Eskalationen benutzt werden können. Dies erklärt vermutlich die Diskrepanz mit den Angaben anderer Untersuchungen, welche sich zwischen 15% (Wright & Kariya 1997), 9% (Howe & Crilly 2002) und 7% (Steen & Hunskaar 2004) befanden und damit deutlich unter den Ergebnissen aus St. Georg liegen. Stichwerkzeuge wurden in 20,7% der Fälle, laut Wright & Kariya (1997) in 23%, Vogel et al. (1997) 6,6%, Steen & Hunskaar (2004) in 3% und Howe & Crilly (2002) in 2% verwendet. Angriffe mit Schlagwerkzeugen wurden in dieser Arbeit in 17,0%, nach Howe & Crilly (2002) 15%, Vogel et al. (1997) 9,3% und Steen & Hunskaar (2004) in 9% dokumentiert. Dabei lässt der Einsatz von Messern sowie Baseball- oder Totschlägern ein gewaltbereites Handeln oder zumindest einen gewissen Vorsatz auf Seiten der Täter vermuten. Jeder zehnte Angriff mit einem Werkzeug erfolgte mit einem Gelegenheitsgegenstand, wie beispielsweise einen Kaffee- oder Aschenbecher. Diese scheinen aus einem spontanen Konflikt heraus, im Affekt vom Täter benutzt worden zu sein, weil sie in greifbarer Nähe am Tatort vorzufinden waren. Die zum Teil erheblichen Spannweiten der gebrauchten Werkzeuge in den verschiedenen Studien scheinen einerseits auf unterschiedliche Bezugsgrößen (Anteil an den Angriffen

insgesamt oder an den Werkzeugen) und auf den Standort des untersuchten Krankenhauses zurückzuführen zu sein.

5.9.3 Direkte und indirekte Gewalteinwirkung

In 87,5% der Fälle (440/503) entstanden die Verletzungen durch das direkte Einwirken von Gewalt. Kühne (2007) dokumentierte mit einem 85,9%igen Anteil dieser Form der Gewalteinwirkung eine ähnliche Dimension der Problematik. Das Vorherrschen aggressiver Übergriffe durch die Täter mit dem offensichtlichen Ziel, dem Opfer aktiv Schaden zuzufügen, wird hierdurch verdeutlicht. Da ein Großteil der Taten im Vergnügungsviertel St. Pauli mit vielen Lokalitäten mit Alkoholausschank stattfand und die Opfer selbst zu einem erheblichen Anteil alkoholisiert waren (siehe Kapitel 4.4.1), muss davon ausgegangen werden, dass auch viele der Täter alkoholisiert waren. Dies ist insofern relevant, da alkoholisierte Personen weniger Hemmungen für das Begehen einer Gewalttat verspüren und der Alkoholisierungsgrad die Art der Tatausführung sowie das daraus entstehende Ausmaß der Verletzungen beeinflusst (Pillmann et al. 2000). Durch gleichzeitig direkte wie auch indirekte gewalttätige Übergriffe mussten sich 9,0% (45/503) der Gewaltopfer in medizinische Behandlung begeben. Nur 16 der 503 (3,2%) Geschädigten zogen sich ihre Verletzungen allein durch indirekte Gewalteinwirkungen (z.B. Verletzungen nach Schubsen) zu, womit diese Gewaltform für die Verletzungen der Opfergruppe nur als wenig relevant einzustufen ist. Mit nur 6,6% waren auch im Eppendorfer Untersuchungsklientel wenige Verletzungen dieser Art erhoben worden (Kühne 2007). Jedoch resultieren im indirekten Verletzungsvorgang durch weniger aggressive Krafteinwirkung auch weniger klinisch relevante Verletzungen, wodurch der Anteil an indirekter Gewalt vermutlich unterrepräsentiert ist. Voraussetzung für das Erkennen dieser Gruppe ist, dass der Arzt einerseits den genauen Verletzungshergang erfragt und andererseits eine umfassende körperliche Untersuchung durchführt.

5.9.4 Gewaltart

Nahezu das gesamte Opferklientel (468/540;86,7%) wies Verletzungen durch das Einwirken stumpfer Gewalt auf. Dies kann als Hinweis vorwiegend affektgesteuerter Übergriffe interpretiert werden, da bei spontaner Gewaltanwendung der Angriff durch Körpereinsatz des Täters durchgeführt wurde. Rund jede zehnte Gewalttat (62/540) präsentierte sich durch den Einsatz scharfer Gewalt. Bei den verwendeten Werkzeugen handelte es sich in 45,2% um Stichwerkzeuge, in 21,0% um nicht benannte Tatwaffen, wo allerdings die Art der Verletzung das Einwirken scharfer Gewalt vermuten lässt, in 17,7% der Fälle um Flaschen- und Glaswerkzeuge, in 9,7% um Gelegenheitswerkzeuge, in 6,5% um dem Opfer unbekannte Werkzeuge und in 1,6% um ein Schlagwerkzeug. Der Anteil gläserner Tatwaffen scheint auf die vorwiegend stattgefundenen Lokalschlägereien zurückführbar. Jedoch weist das häufige Verwenden von Stichwaffen – es handelte sich ausnahmslos um Messer - entweder auf einen Vorsatz des Täters oder zumindest auf ein gewaltbereites Verhalten sowie aggressives Potential desselben hin. Wright & Kariya (1997) machten darauf aufmerksam, dass das Tragen eines Messers bei schottischen Jugendlichen das Gefühl „Mann zu sein“ stärkt. Allgemein scheinen Waffen besonders auf junge Menschen eine Faszination auszuüben. Sie vermitteln ein Machtgefühl und werden durch das Beisichtragen und ihre Verwendung genutzt, um Grenzen in der Gesellschaft auszutesten.

5.9.5 Verletzte Körperregionen

Zwei Drittel der Verletzungen (495/735) waren im Bereich des Kopfes lokalisiert. Auch Downing et al. (2003) zeigten, dass die Angriffe bei 69,2% der Männer und 59,0% der Frauen auf den Kopf- sowie Halsbereich abzielten. In der Untersuchung von Kühne (2007) war dies sogar in 70,6%, laut Downing et al. (2005) in 77,6%, Exadaktylos et al. (2007) in 61% sowie bei Brzank et al. (2005) in 59,5% der Fälle. Hellbernd et al. (2005) fanden in mehr als 80% der Fälle Verletzungen am Kopf und/ oder im Bereich der oberen Körperhälfte. Diese Tendenz lässt sich auch aus einer anderen Perspektive bestätigen. So

wertete Ramm (2005) die Ursachen von in der Nordwestdeutschen Kieferklinik Hamburg operativ versorgten Unterkieferfrakturen aus. In 50,7% der 288 Fälle waren die Verletzungen durch Gewalttaten hervorgerufen worden. Der Kopf scheint in Augenhöhe des Täters ein bevorzugtes Angriffsziel zu sein und beherbergt wichtige zentrale Schaltstellen und Sinnesorgane, wodurch bei Gewaltanwendung eine effektive Handlungsunfähigkeit beim Opfer erreicht werden kann. Zusätzlich ist das Gesicht eines Menschen das Charakteristikum einer Person, gegen die der Täter im Rahmen des Gewaltaktes auf direktem Wege vorgeht. Downing et al. (2005) machten darauf aufmerksam, dass eine adäquate Einschätzung von Kopfverletzungen bei alkoholisierten Personen erschwert sei. Es ist somit wahrscheinlich, dass in der untersuchten Patientengruppe aus St. Georg, die zu einem Anteil von 42,7% in alkoholisierten Zustand die Notaufnahme aufsuchten, der tatsächliche Anteil höher lag.

Auf die Extremitäten entfielen 175 der 735 (23,8%) verletzten Körperregionen, wobei in 129 Fällen (17,6%) die obere Extremität betroffen war. Auch in der Eppendorfer Gewaltkohorte waren Arme und Beine am zweithäufigsten (20,6%) betroffen. In der Arbeit aus der Schweiz waren die Extremitäten in 24% (2001) bis 28% (2006) der Fälle verletzt worden (Exadaktylos et al. 2007). Da die Extremitäten in der Mehrheit der Fälle dem Angriffsakt als auch der Verteidigung dienen, scheinen Verletzungen in diesem Bereich nachvollziehbar. Im Rumpfbereich wurden 6,3% der Verletzungen dokumentiert. Obwohl der Anteil an der Gesamtmenge ein geringes Ausmaß hatte, sind besonders Rohheitsdelikte mit scharfer Gewalt gegen den Thorax und das Abdomen als gefährlich einzustufen, da hier viele lebenswichtige Organe lokalisiert sind und somit leicht potentiell lebensbedrohliche Verletzungen resultieren können. Alle anderen verletzten Körperregionen sind in vernachlässigbaren Häufigkeiten in Erscheinung getreten.

5.9.6 Verletzungsart

Bei den häufigsten Verletzungen, mit denen sich die Geschädigten in der Notaufnahme präsentierten, handelte es sich in 32,9% (251/762) um Prellungen

und in um 26,1% (199/762) Platzwunden. Auch in der Untersuchung von Kühne (2007) sowie Brzank et al. (2005) waren Prellungen mit 46,6% bzw. 44,2% eine der häufigsten Verletzungsform. Frakturen inklusive knöcherner Absprengungen sowie Zahnfrakturen wurden in rund jedem zehnten Fall (83/762) dokumentiert. Wright & Kariya (1997) beschrieb mit 10% eine ähnliche Dimension der Frakturen, wohingegen sich in weiteren Arbeiten Häufigkeiten zwischen 7,3% (Brzank et al. 2005) und 18,9% (Kühne 2007) fanden. Das Entstehen einer knöchernen Fraktur setzt eine gewisse Intensität der einwirkenden Kraft voraus und kann somit als ein Akt besonders aggressiver Übergriffe gewertet werden. In 7,0% (53/762) diagnostizierte der untersuchende Arzt in St. Georg Hämatome. Kühne (2007) fand diese bei 2,3% der Geschädigten. Für das Erkennen dieser Verletzungsform ist eine zeitliche Latenz zwischen Angriff und Inspektion entscheidend, welche das Hämatom für den Untersucher erst sichtbar macht. Daher sind Hämatome gewiss unterrepräsentiert. Zudem besteht hier meist kein medizinischer Handlungsbedarf, so dass eine ausführliche Dokumentation eventuell unterblieb. Stich- oder Schnittverletzungen wurden in 8,0% der Fälle (61/762) dokumentiert und spiegeln ein entsprechendes Auftreten der scharfen Gewalt wider (siehe auch Kapitel 4.13). Wright & Kariya (1997) beschrieb dieses Verletzungsmuster bei 15% seiner Patienten mit Einfach- und 20% der Geschädigten mit Mehrfachverletzungen. Brzank et al. (2005) stellten in 9,6% der Fälle Stich- aber auch Schuss- sowie Brandverletzungen fest. Kratzwunden sind in der schottischen Arbeit in bis zu 28% der Fälle dokumentiert worden (Wright & Kariya 1997). In der vorliegenden Arbeit wurden Kratzspuren gesondert unter dem Phänomen der Begleitverletzungen zusammengefasst. Nur 9 solcher Verletzungen (1,8%) konnten beschrieben werden. Die Diskrepanz der erhobenen Daten ist vermutlich in den unterschiedlichen Studiendesigns begründet. Beispielsweise motivierte der prospektive Studienaufbau von Wright & Kariya (1997) die Untersucher zu einer vorbildlichen Inspektion sowie Dokumentation der Verletzungen. Eine retrospektive Auswertung kann nur auf vorhandene Daten zurückgreifen, die im medizinischen Alltag entstanden sind. Vermutlich sind Kratzspuren für den Arzt

einer chirurgischen Notaufnahme im Angesicht schwerwiegender Verletzungen bezüglich der Dokumentation vernachlässigbar und damit in der Arbeit unterrepräsentiert. Bei den fünf dokumentierten Abwehrverletzungen handelte es sich mehrheitlich (4/5) um so genannte „Abwehrgreifverletzungen“ (Pollak 2003). Diese typischerweise auf der palmaren Seite der Hand lokalisierten Verletzungen entstehen im Rahmen einer aktiven Verteidigungshandlung des Opfers und präsentierten sich hier in Schnittverletzungen nach Angriffen mit Stichwerkzeugen.

5.9.7 Schweregrad der Verletzungen

In 96% (483/503) der Fälle fand sich kein Anhalt für das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Verletzung. In der Arbeit von Kühne (2007) galt dies für 84,9% der Patienten, allerdings wiesen dort 9,7% der Gewaltopfer das Leben potentiell bedrohliche Verletzungen auf. In der vorliegenden Arbeit war der Anteil mit 20 Geschädigten (4,0%) nur halb so groß. Aufgrund der geringen Fallzahlen kann hier ein Zusammenhang nur vermutet werden. Da die Mehrheit der Angriffe wahrscheinlich im Affekt unter Alkoholeinfluss entstanden ist, scheint eine Lebensbedrohlichkeit der Verletzung eher zufällig und damit meist unbeabsichtigt entstanden zu sein. Laut Pillmann et al. (2000) beeinflusst besonders das Ausmaß der Alkoholisierung die Aggressivität des Übergriffs sowie die resultierende Bedrohlichkeit der Verletzung. Der alkoholisierte Täter kann die Situation nicht mehr adäquat einschätzen und die Konsequenzen seines Handelns nicht überblicken. Die Einteilung des Schweregrades der Verletzungen wurde in der vorliegenden Arbeit anhand der klinischen Diagnose gestellt (siehe auch Kapitel 4.16.3). Downing et al. (2005) orientierte sich zusätzlich am Glasgow Coma Scale (GCS). Interessant hierbei war, dass trotz eines Anteils von bis zu 77,6% an Kopfverletzungen nur 1% der Geschädigten einen GCS von 8 oder weniger aufwies. Für diese Diskrepanz wurde unter anderem eine erschwerte klinische Einschätzung zum GCS besonders alkoholisierter Patienten verantwortlich gemacht.

5.10 Diagnostische Untersuchungen

Insgesamt finden sich in der internationalen wie nationalen Literatur nur wenige Vergleichsdaten zu diagnostischen Untersuchungen von Gewaltopfern. Vielmehr richtet sich der Fokus der Studien besonders auf das Erkennen der Gewaltopfergruppe, den Tathergang sowie die daraus entstandenen Verletzungen. In den folgenden Kapiteln werden erste Eindrücke über die Bedeutung verschiedener diagnostischer Verfahren in der Versorgung von Gewaltopfern beschrieben.

5.10.1 Röntgen

Die häufigste und damit wichtigste diagnostische Untersuchung stellt mit einem Anteil von 69,8% das konventionelle Röntgen dar. In der Arbeit von Kühne (2007) war die radiologische Diagnostik mit 86% Anteil sämtlicher Untersuchungsmethoden ebenfalls die Bedeutendste in der Diagnostik. In mehr als zwei Dritteln (351/503) der Geschädigten aus der Klinik St. Georg stellte der untersuchende Arzt die entsprechende Indikation zur Untersuchung. In weiteren 32 Fällen fand trotz bestehender Indikation keine röntgenologische Untersuchung statt, weil 17 Patienten zuvor die Notaufnahme verließen und 15 Gewaltopfer die Untersuchung ablehnten. Somit wurde in nahezu 80% der Fälle die medizinische Notwendigkeit einer radiologischen Untersuchung festgestellt. Keine andere diagnostische Untersuchung wurde so häufig angeordnet. Hierdurch zeigt sich, dass in einem großen Teil der Fälle ein Ausschluss knöcherner Verletzungen als notwendig betrachtet wurde. Entsprechend den Häufigkeitsverteilungen der verletzten Körperregionen wurde in 69,3% der Röntgenuntersuchungen der Kopfbereich, in 14,6% die obere Extremität und in 6,0% sowie in 5,8% die Wirbelsäule bzw. der Thoraxbereich geröntgt. Die Vorteile der röntgenologischen Diagnostik begründen sich dabei in der 24h-Verfügbarkeit der Geräte, der vergleichsweise – im Gegensatz zur Computertomographie - geringen Strahlenbelastung, kostengünstigen Prozedur sowie in kurzen Untersuchungszeiten mit prompter Verfügbarkeit der Röntgenbilder.

5.10.2 Weitere diagnostische Untersuchungen

Computer- und kernspintomographisch wurden nur 3,6% bzw. 0,4% der Gewaltopfer untersucht. Somit scheinen die CT- wie auch die MRT-Untersuchungen wenig bedeutend für die Akutdiagnostik gewaltbedingter Verletzungen zu sein. Die Untersuchungen sind kostenintensiv, oft nicht jederzeit verfügbar sowie im Allgemeinen aufwendiger im Untersuchungsablauf sowie in der Auswertung der Bilder. Auch Kühne (2007) zeigte, dass die Computertomographie mit einem 5%igen Anteil an der Gesamtdiagnostik einen eher geringen Stellenwert in der Notfalldiagnostik von Gewaltopfern haben.

Das Blut von vierzig Patienten (8,0%) wurde laborchemisch untersucht. Hierbei handelte es sich neben Blutbild- und Blutgruppenbestimmungen bei Opfern mit vermehrtem Blutverlust nach Übergriffen um Fragestellungen mit infektiologischem Hintergrund (HIV, Hepatitis), wo eine Übertragung von Körpersekreten stattgefunden hatte oder für möglich gehalten wurde. Weitere diagnostische Untersuchungen, wie Sonographie, Elektrokardiographie (EKG), mikrobiologische Untersuchungen sowie Urinuntersuchungen mittels Teststreifen wurden nur vereinzelt angewendet und spielen damit nur eine untergeordnete Rolle.

5.10.3 Konsiliardienste

In 11,3% der Fälle (57/503) wurden die Patienten interdisziplinär vorgestellt. Vorrangig wurden dabei die Fachdisziplinen der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) und der Neurologie mit 57,7% und 22,5% in Anspruch genommen. Hier spiegeln sich die häufigen Kopfverletzungen wider. Besonders Verletzungen im Bereich des Gesichtes machten eine HNO- ärztliche Vorstellung notwendig. Die häufigen Angriffe auf den Hirnschädel wurden im Rahmen der Verletzungssuche den neurologischen Ärzten vorgestellt, um ggf. vorhandene Ausfallerscheinungen nicht zu übersehen. Auch in der Arbeit von Kühne (2007) waren HNO- sowie neurologische Ärzte mit einem Konsiliaranteil von 24,3% sowie 20,8% die am häufigsten in Anspruch genommenen Fachrichtungen in der Abklärung gewaltbedingter Verletzungen. Somit stehen

neben den chirurgisch tätigen Ärzten auch Mediziner anderer Fachrichtungen in der Verantwortung eine adäquate Versorgung von Gewaltopfern zu leisten.

5.11 Therapie und Versorgungsaufwand

5.11.1 Behandlungsart (ambulant vs. stationär)

Eine ambulante medizinische Versorgung erhielten 474 der 503 (94,2%) Geschädigten. In 4,8% der Fälle (24/503) forderte der Gesundheitszustand der Patienten eine stationäre Behandlung. Zwei Patienten lehnten eine stationäre Behandlung ab. Im Untersuchungszeitraum betrug die kumulative Liegedauer dieser Patienten insgesamt 212 Tage bei einer medianen Verweildauer von 5 Tagen. In der Arbeit von Kühne (2007) wurden 89,0% der Gewaltopfer ambulant und sogar 11,0% stationär behandelt. Mit einer Gesamtliegezeit von 187 Tagen und medianen Verweildauer von 3,5 Tagen verbrachten die Patienten aus dem Universitätsklinikum Eppendorf jedoch insgesamt 25 Tage weniger im Krankenhaus mit durchschnittlich 1,5 Tage kürzeren Aufenthalten, obwohl hier ursprünglich 6,2% mehr Patienten stationär aufgenommen worden waren. Einfluss gebend scheint unter anderem der Schweregrad der Verletzungen der einzelnen Patienten zu sein. Wie im Kapitel 4.16.3 erläutert, waren in St. Georg mit 4,0% nur halb so viele Gewaltopfer mit potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen diagnostiziert worden, wie im selben Zeitraum mit 9,7% im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). In absoluten Zahlen handelte es sich am UKE um 28 und in St. Georg um 20 Gewaltopfer mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. Mit 8 Patienten mehr am UKE trotz weniger Gesamtliegezeit und Verweildauer müssen die Geschädigten aus dem Krankenhaus St. Georg insgesamt schwerer betroffen gewesen sein, ohne dass sich dies aus den Diagnosen alleine ableiten ließe. Im Patientenkontext von Wright & Kariya (1997) wurden 27% der Gewaltopfer stationär behandelt. Hierfür wurde der überdurchschnittlich häufige Gebrauch von Messern bei Gewalthandlungen in der Umgebung von Strathclyde verantwortlich gemacht. In den West Midlands wurden 75,3% ambulant behandelt und 7,1% stationär - bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 2 Tagen - aufgenommen. Weiterhin

wurden 13,0% nach der Erstversorgung in der Notaufnahme in einer „out-patients-clinic“ medizinisch nach betreut. Hierbei handelt es sich um eine dem Krankenhaus angegliederte Ambulanz, in welcher entweder vom Hausarzt zugewiesene Patienten vorgestellt oder nach stationärem Aufenthalt notwendige Nachkontrollen durchgeführt werden (Downing et al. 2003). In der Untersuchung von Exadaktylos et al. (2007) wurden 78% der Patienten innerhalb von 24 Stunden wieder entlassen, entsprechend hielten sich 12% der Geschädigten länger als einen Tag im Krankenhaus auf.

5.11.2 Abgebrochene Patientenversorgung

Drei der 144 Gewaltopfer (2,1%), die keine therapeutischen Maßnahmen erhielten, lehnten ihre Behandlung ab. In der Arbeit von Downing et al. (2005) lehnten 4,7%, laut Arbeit von Wright & Kariya (1997) lehnten 2,1% der Patienten eine medizinische Versorgung ab. Weiterhin verließen im Krankenhaus St. Georg 7,6% (38/503) der Geschädigten vor Abschluss der Behandlung die Notaufnahme. In den West Midlands wurden 3,1% der Patienten nicht behandelt, weil diese entweder die Notaufnahme vorzeitig verließen oder die Intervention ablehnten (Downing et al. 2003). Mögliche Gründe für dieses Verhalten scheinen die langen Wartezeiten (James et al. 2006) sowie Angst vor unangenehmen Fragen durch den Untersucher zu sein (Sethi et al. 2004).

5.11.3 Therapeutische Maßnahmen

Daten zur konkreten medizinischen Versorgung gewaltassoziierter Verletzungen finden sich in der Literatur nur vereinzelt. Im untersuchten Krankenhaus benötigten 71,4% (359/503) der Gewaltopfer eine medizinische Behandlung. Somit fand sich bei weniger als einem Drittel (144/503) der Patienten kein entsprechender Versorgungsbedarf. Das von Hellbernd et al. (2005) untersuchte Opferklientel benötigte in über 57% ärztliche Hilfe. Hierdurch zeigt sich, dass ein Großteil der Opfer in Kontakt mit dem

medizinischen Versorgungssystem tritt und unabhängig von der Schwere der Attacke medizinische Leistungen benötigt.

5.11.4 Therapie der ambulanten Patienten

Die Mehrheit der ambulant versorgten Gewaltopfer (331/474) benötigte eine therapeutische Intervention. Hierbei handelte es sich vorwiegend um eine lokale Wundversorgung (65,3%) mittels Naht, Steristrips (sterile Pflasterstreifen) oder Fibrinkleber. Im Krankenhaus St. Georg diagnostizierten die Ärzte bei einem Viertel (26,1%) der Patienten Platzwunden. Dies erklärt die entsprechend häufig durchgeführte chirurgische Wundversorgung. Kühne (2007) unterteilte verschiedene Formen der Wundbehandlung, wie die Wunddesinfektion (2,4%), Wundverschluss durch Naht (7,2%) und Steristrips (2,8%). Eine weitere häufige Behandlung war die Anlage eines Verbandes (14,0%) oder einer Gipsschiene (4,6%). In der Notaufnahme im Universitätskrankenhaus Eppendorf wurden mit 5,2% (12/290) ähnliche Ergebnisse dokumentiert (Kühne 2007). Konservative Maßnahmen, wie Schmerztherapie, Kühlung oder passagere Überwachung erhielten 57 Patienten (14,5%). Es ist davon auszugehen, dass der tatsächliche prozentuale Anteil symptomatischer Therapien erheblich höher war, da bei interventionellen Behandlungen (siehe oben) zusätzlich durchgeführte konservative Maßnahmen nicht immer gesondert im Notfallbogen aufgeführt werden. Es erfolgte nur in vereinzelten Fällen eine Reposition (0,8%) nach dislozierter Fraktur, eine Drainageanlage (0,5%) nach Stichverletzungen sowie eine Gelenkpunktion (0,3%) nach Distorsion. Zusammenfassend zeigt sich in der ambulanten Versorgung von Gewaltopfern ein Schwerpunkt in der Lokalthherapie der Verletzungen.

5.11.5 Therapie der stationären Patienten

Wie auch bei den ambulanten Patienten standen in 40,5% der stationär behandelten Patienten (17/42) die Wundversorgung und in 14,3% (6/42) die Verbandsanlage im Vordergrund der lokalen Behandlung. Allerdings wurden Drainagen in 14,3% der Fälle (6/24) angelegt. Bei den ambulant versorgten Gewaltopfern war dies nur in 0,5% der Fälle. Dieser sprunghafte Anstieg ist

vermutlich durch die Schwere der Verletzungen der stationär behandelten Patienten zu erklären, wodurch die Wahrscheinlichkeit invasiver Maßnahmen steigt. In der Arbeit von Kühne (2007) betraf dies lediglich 0,7% der Patienten. Repositionen und Gipsanlagen erfolgten im Krankenhaus St. Georg zu jeweils 7,1% (3/42).

Eine operative Versorgung war bei 10 der 24 stationär aufgenommenen Patienten (41,6%) indiziert, wobei ein Geschädigter zweifach operiert werden musste. Hierbei handelte es sich um eine Hämatomausräumung, eine Bohrlochtrepanation, jeweils eine explorative Laparoskopie sowie -tomie, vier osteosynthetische Versorgungen verschiedener knöcherner Frakturen, eine Achillessehennaht nach Ruptur, eine Beugesehennaht nach Schnittverletzung sowie um eine minimalinvasiven Rekonstruktion einer Stirnhöhlenvorderwandimpression. Mit einem Anteil von 20,3% (43/212) an der stationären Gesamtliegedauer beanspruchte die Intensivmedizin einen erheblichen Teil an der medizinischen Versorgung der Geschädigten und damit auch an den anfallenden Kosten. Im gut situierten Eppendorfer Stadtteil wurde nur bei 5 der 290 Gewaltopfer (1,7%) die Indikation für eine Operation gestellt (Kühne 2007).

5.11.6 Tetanusschutzimpfung

Rund ein Viertel der Geschädigten (112/503) wurde in der chirurgischen Notaufnahme gegen Tetanus geimpft. Im Untersuchungsklientel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erfolgte eine Tetanusimpfung nur in 16,6% der Fälle (Kühne 2007). Nach Frink et al. (2006) und laut den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (Robert Koch Institut 2007) ist für die Impfindikation die Größe sowie Kontamination der Wunde ausschlaggebend. Ebenfalls abhängig von der Indikation ist der bestehende Impfschutz des Verletzten. Hierbei ist der Untersucher auf eine adäquate Antwort vom Patienten angewiesen. Bei einer Alkoholisierungsrate von 42,7% in der untersuchten Patientengruppe war dies sicher nur unzureichend sicherzustellen, was mit einer in Zweifelsfällen großzügigeren Indikationsstellung einherging und die höhere Impfrate erklärt. Eine aktive

Immunisierung wurde bei 70 der Patienten und eine Simultanimpfung bei weiteren 42 Gewaltopfern durchgeführt. In 39,8% der Fälle (200/503) fand sich keine Indikation zur Tetanusschutzimpfung, weil entweder ein entsprechender Immunschutz bestand oder die Art der Verletzung eine Impfung nicht erforderte. Keine Angaben zum Tetanusschutz fanden sich in 38,0% der Fälle (191/503).

5.11.7 Rechtsmedizinische Gutachten

Ein rechtsmedizinisches Gutachten wurde nur in 2,4% (12/503) der Fälle innerhalb von maximal 5 Tagen nach dem Vorfall eingeholt. Dabei kontaktierten die Geschädigten in zwei Dritteln der Fälle (8/12) das Institut für Rechtsmedizin innerhalb von 24 Stunden und in den weiteren 33,3% (4/12) im Zeitraum von 2 bis maximal 5 Tagen. Auch erste publizierte Daten aus dem rechtsmedizinischen Institut Hamburg bestätigen diese Zahlen (Seifert et al. 2004). In der Arbeit aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beanspruchten 17,9% der Gewaltopfer das Angebot der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle (Kühne 2007). Die Ärzte am UKE sind informiert über die Möglichkeiten der Rechtsmedizin, welche sich in unmittelbarer Nähe zur chirurgischen Notaufnahme befindet. Dadurch ist die Inanspruchnahme eines solchen Angebots auch für die Betroffenen mit wenigen Unannehmlichkeiten verbunden und damit unkomplizierter. Im Gegensatz dazu befindet sich das Krankenhaus St. Georg in einem zu dem Institut für Rechtsmedizin weiter entfernten Stadtteil Hamburgs. Zu der räumlichen Distanz sind die Geschädigten meist darauf angewiesen, von ihrem behandelnden Arzt über die Existenz und die Bedeutung eines rechtsmedizinischen Gutachtens ggf. für spätere juristische Schritte aufmerksam gemacht zu werden. In welchem Umfang die Ärzte einerseits über die Angebote der Rechtsmedizin informiert waren und andererseits Vorstellungen der Gewaltopfer im Institut für Rechtsmedizin anregen bleibt offen. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Opfer aus dem Krankenhaus St. Georg durch Kneipenschlägereien zu Schaden gekommen war und damit vermutlich von den untersuchenden Ärzten nicht

unmittelbar als Zielgruppe für rechtsmedizinische Gutachten angesehen wurde, wie es beispielsweise bei Opfern häuslicher Gewalt der Fall ist.

Verglichen mit den rechtsmedizinischen Gutachten fielen in der Auswertung der Notfallbögen aus der chirurgischen Notaufnahme besonders Defizite in der vollständigen Dokumentation insbesondere zum Tathergang, zu den verwendeten Tatwaffen, den involvierten Tätern sowie ggf. zur Vorgeschichte auf. Auf ähnliche Unzulänglichkeiten machten auch Houry et al. (1999) aufmerksam. Daneben wurden in den Notfallbögen des Krankenhauses St. Georg charakteristische Verletzungsmuster beim Opfer zum Teil falsch interpretiert. Beispielsweise beurteilte der Untersucher in der Notaufnahme in einem Fall Verletzungen an den Handgelenken als Fesselungsspuren, welche laut rechtsmedizinischen Gutachten wahrscheinlich im Rahmen eines selbstverletzenden Verhaltens entstanden waren. Dies verdeutlicht die Relevanz eines rechtsmedizinischen Gutachtens gerade zur Beurteilung gewaltassoziiertes Verletzungen, aber auch den Schulungsbedarf des medizinischen Personals. Informationen zur Vorgeschichte des Opfers, beispielsweise über wiederholte Gewaltanwendungen in der Vergangenheit insbesondere bei Opfern häuslicher Gewalt fanden sich selten. Weiterhin sprechen die wenigen dokumentierten Begleitverletzungen (siehe Kapitel 4.16.3) dafür, dass sich der untersuchende Arzt in der Dokumentation der Verletzungen allein auf die vordergründigen und medizinisch relevanten Teile beschränkte. Daneben fanden sich oftmals in den Diagnosen lediglich Bezeichnungen, wie „multiple Prellungen, Schnittwunden ect.“. Die Zusammenfassung ähnlicher sowie multifokaler Verletzungsmuster reduziert dabei die Nachvollziehbarkeit des tatsächlichen Ausmaßes der Verletzungen, wodurch dem Opfer im Falle juristischer Schritte durch die unvollständige Dokumentation Nachteile entstehen könnten.

5.12 Nebengruppenuntersuchung

5.12.1 Täterverletzungen

Nur in 0,3% der Fälle (13/3849) wurden gewaltassoziierte Verletzungen der Angreifer dokumentiert. Beispielsweise berichtete ein Täter, dass er sich an seinem eigenen Messer Schnittverletzungen zugezogen hatte. Ein weiterer Patient mit einer frontalen Platzwunde war beim Versuch einer Person das Portemonnaie zu entreißen, gestürzt. Für das Identifizieren des Verletzten als Verursacher mussten der Geschädigte oder andere Beteiligte wahrheitsgemäß Angaben zum Tathergang gemacht haben. Inwiefern dies zutrifft bleibt offen, zumal nur auf die dokumentierten schriftlichen Informationen zurückgegriffen werden konnte. Weiterhin ist davon auszugehen, dass der behandelnde Arzt die Rolle des Patienten im Gewaltgeschehen neben den vordergründigen somatischen Schädigungen vermutlich als nebensächlich bewertete. Da die Übergänge zwischen Opfern und Tätern zum Teil fließend sein können und eine Einschätzung durch Unbeteiligte gerade im Nachhinein schwierig sein kann, wurde auf eine Differenzierung zwischen Täter und Opfern in verschiedenen Studien (Exadaktylos et al. 2007, Downing et al. 2003) verzichtet. Auch in der Opfergruppe aus St. Georg berichteten Betroffene, selbst zugeschlagen zu haben. Den dreizehn Tätern gegenübergestellt, lässt die Vielzahl der Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen (n= 503) vermuten, dass sich unter den „Opfern“ weitere (Mit-) Täter befinden, die sich nicht als solche offenbarten. Im Rahmen ggf. rechtsmedizinischer und kriminalistischer Aufklärung von Gewaltdelikten, aber auch vor dem Hintergrund einer Vielzahl von Hilfsangeboten für die Täter (z.B. Antiaggressionstraining) ist eine Sensibilisierung der Ärzte, die Rolle des Verletzten im Gewaltgeschehen zu erfragen, als sinnvoll zu bewerten.

5.12.2 Dienstunfälle der Polizei

In acht Fällen (0,2%) verletzten sich Polizisten durch eine direkte oder indirekte Beteiligung der Täter. Dabei handelte es sich mehrheitlich (5/8) um Widerstandshandlungen bei Festnahmen. Polizisten sind mit Ausüben ihrer

beruflichen Tätigkeit einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt. Mittels Schulungen (Konfliktmanagement, Selbstverteidigung ect.) und spezieller Schutzkleidung als präventive Maßnahmen bemüht sich die Polizei das zweifellos bestehende Berufsrisiko zu minimieren.

5.13 Defizite in der Versorgung von Gewaltopfern, Konsequenzen und Lösungsansätze

5.13.1 Medizinisches Personal in der Schlüsselrolle

Medizinerinnen und Mediziner können und sollen in Ausübung ihrer Tätigkeit misshandelte Patienten identifizieren und neben der medizinischen Versorgung auch Hilfsangebote empfehlen sowie an entsprechende Beratungseinrichtungen verweisen (Seifert et al. 2006, Butchart et al. 2004, Schirmmayer 2003). Nehmen gewaltbetroffene Frauen Hilfsangebote in Anspruch, sind Ärzte und Ärztinnen oftmals die ersten Ansprechpartner und somit in einer Schlüsselposition (Anders et al. 2006, Seifert et al. 2006, Butchart et al. 2004, Schröttle & Müller 2004, Krug et al. 2002b). Laut einer S.I.G.N.A.L.-Umfrage sind Ärzte für 67% der Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, wichtige Ansprechpersonen. Allerdings berichteten die Opfer, dass diese nur in 7,5% der Fälle von ihrem Arzt konkret nach erlebter Gewalt gefragt worden waren (Brzank et al. 2005). Diese Diskrepanz spiegelt sich auch in einer Studie aus Baltimore/ Maryland wider. Die Mehrheit der Frauen mit gewalttätigen Partnern (86%) besuchte im vorangegangenen Jahr die Sprechstunde ihres Hausarztes, doch nur ein Drittel (38%) der Betroffenen hatte die Problematik dort thematisiert. Andererseits würden 76% der Betroffenen wahrheitsgemäß antworten, wenn sie in einem Fragebogen dazu befragt würden (Mc Cauley et al. 1998). Laut einer Umfrage in einer Notaufnahme des Vereinigten Königreichs wollen Betroffene in 67% der Fälle vom Arzt, 62% von der Krankenschwester und nur 26% vom Empfangspersonal zu erlebter Gewalt befragt werden. Interviews mit Medizinern zeigen, dass sich die Ärzte dessen grundsätzlich bewusst sind, andererseits die tatsächliche Relevanz im Alltag unterschätzen. So äußerten sich im Rahmen einer kanadischen Studie 186

orthopädische Chirurgen über ihre Vorstellungen und Meinungen zum Thema "häusliche Gewalt". Nur 11% der Ärzte sahen es nicht als ihre Aufgabe, bei persönlichen Konflikten ihres Patienten zu interagieren, und nur 9% der Befragten empfanden die Frage nach Gewalt in der Partnerschaft als zu privat. Nahezu alle Befragten (95%) vermuteten in ihrer Umgebung einen Anteil von <10% der Betroffenen, jedoch schätzten 80% der Ärzte, dass sie nur in <1% der Fälle in ihrer ärztlichen Tätigkeit damit auch konfrontiert werden würden (Bhandari et al. 2008). Eine Möglichkeit, die Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis zu überbrücken, wäre beispielsweise eine generelle Aufnahme des Gewaltthemas in die Aufnahmebögen der Notaufnahmen (Olson et al. 1996). Einerseits würde die Gewaltthematik mehr in die Köpfe der Untersuchenden rücken und durch den täglichen Gebrauch eine gewisse Enttabuisierung erfahren. Andererseits wäre es Opfern möglich, sich zu offenbaren, da sich ihnen auf direktem Wege potentielle Ansprechpartner präsentieren würden. Etwa zwei Drittel der Befragten (67%) sind der Meinung, dass die Bekämpfung von Gewalt eine Aufgabe des Gesundheitssystems und dessen Einrichtungen sei (Howe et al. 2002). Hier zeigt sich die verantwortungsvolle Aufgabe, die an das gesamte medizinische Personal gestellt und seitens der Opfer eingefordert wird.

5.13.2 Angriffspunkte einer Gewaltopfer- orientierten Patientenversorgung

Aus den bis zum heutigen Zeitpunkt publizierten Daten geht hervor, dass insgesamt nur wenige und unvollständige Informationen von Gewaltopfern aus Notaufnahmen vorliegen. Ein Geschädigtenanteil am Patientengut einer Notfallambulanz von über 10% veranschaulicht jedoch die Brisanz und auch Relevanz der Gewaltthematik im aktuellen Zeitgeschehen. Da das Gewaltvorkommen von ganz unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten (Einwohnerzahl, Demographie der Bevölkerung ect.) beeinflusst erscheint, darf das Ausmaß gewaltverursachter Verletzungen im Patienten Klientel einer einzigen Klinik weder auf ein Stadtgebiet, noch auf ein ganzes Land verallgemeinert werden. Vielmehr müssen vor Ort potentielle Risikofaktoren für das Entstehen von Gewalttaten ausgemacht werden, um individuelle Lösungsansätze finden zu können. Das Krankenhaus St. Georg bietet ein

klassisches Beispiel für ein regional erhöhtes Patientenaufkommen nach Gewalttaten. Die Notaufnahme des Hauses sieht sich durch die unmittelbare Nähe zu einem Vergnügungsviertel vor allem mit jungen Opfern insbesondere nach Kneipen- oder Straßenschlägereien konfrontiert. Weiterhin treffen die vornehmlich männlichen Geschädigten zu einem erheblichen Prozentsatz (42,7%) in alkoholisiertem Zustand und das vorzugsweise in den nächtlichen bis frühmorgendlichen Stunden (22.00 – 5.59) in der Notfallambulanz ein.

5.13.3 Personelle Voraussetzungen und Aufgaben

Um eine adäquate medizinische Versorgung der Betroffenen gewährleisten zu können, stellen sich an das Krankenhaus besondere personelle wie auch fachliche Anforderungen. Das zentral gelegene Krankenhaus St. Georg versorgt akutmedizinische Notfälle im 24h- Rhythmus sieben Tage die Woche auf höchster Versorgungsstufe und untersucht etwa 20000 Patienten jedes Jahr (AK St. Georg Qualitätsbericht 2004). Das erhöhte Aufkommen der Gewaltopfer vor allem in den nächtlichen sowie frühmorgendlichen Stunden erfordert zunächst ausreichende personelle Kapazitäten auf ärztlicher und pflegerischer Seite. Zusätzlich sollte sich die Arbeit des vor Ort tätigen Sozialdienstes auf das vermehrt nächtliche Patientenaufkommen ausrichten, da hier im Gegensatz zum Tagesverlauf mehr als doppelt so viele Geschädigte in der Notaufnahme behandelt wurden. Ohne einen adäquaten Personalschlüssel scheint der notwendige Versorgungsaufwand (ausführliche Anamnese zum Tathergang, den Tätern, zu den Tatwaffen, umfassende körperliche Untersuchung und nachvollziehbare Dokumentation der Verletzungen, Beratungsangebote, Hilfestellungen) kaum durchführbar (Olson et al. 1996). Die lückenlose Aufzeichnung der Tatumstände sowie der Verletzungen durch den untersuchenden Arzt spielt eine entscheidende Rolle für eine spätere gerichtliche Verwendung. Dabei sollte der Untersucher auf subjektive Eindrücke und Kommentare verzichten (Seifert et al. 2006). Houry et al. (1999) untersuchten die ärztliche Falldokumentation von Patienten mit gewaltbedingten Verletzungen in der Notaufnahme auf Vollständigkeit und Relevanz. Insbesondere Informationen zum Täter, zur Lokalisation und Beschreibung der

Verletzung und ggf. zum verwendeten Werkzeug oder Gegenstand wurden untersucht. Es stellte sich heraus, dass die durch den Untersucher niedergeschriebenen Angaben nicht angemessen ausführlich sind. Im Vergleich der Notfallbögen mit den rechtsmedizinischen Gutachten (Kapitel 4.15.9) bestätigten sich entsprechende Dokumentationsmängel. Zusammenfassend besteht ein grundsätzlicher Bedarf daran, die Dokumentation von Patienten mit gewaltassoziierten Verletzungen im Gesundheitswesen zu verbessern und das ärztliche Personal diesbezüglich zu sensibilisieren (Brzank et al. 2006).

5.13.4 Fortbildung des medizinischen Personals

Eine gezielte Schulung des medizinischen Personals für den Umgang mit Gewaltopfern muss unbedingt angestrebt werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004, Butchart et al. 2004). In der Literatur finden sich hierzu Untersuchungen, welche einerseits Defizite im Erkennen von Gewaltopfern aufdecken und andererseits ein besonderes Interesse der Mitarbeiter an einer entsprechenden Weiterbildung feststellen. So untersuchte eine Studie aus England, zu welchen Anteilen Ärzte und Pflegepersonal Patienten als Opfer von Gewalt identifizierten. Von 305 Gewaltopfern wurden 236 (77%) von einem Arzt und 173 (57%) durch eine Krankenschwester erkannt (Howe & Crilly 2002). Eine Arbeit von Mc Leer & Anwar aus dem Jahr 1989 untersuchte den Anteil gewaltbetroffener Frauen in einer Notaufnahme in Pennsylvania. Vor Beginn der Studie wurde über retrospektive Auswertungen ein 5,6%-iger Anteil dieser Patientengruppe ermittelt. Nachdem das medizinische Fachpersonal gezielt für Interviews geschult und ein Protokoll mit direkten Fragen nach Gewalterlebnissen verwendet wurde, stieg der Anteil der erfassten misshandelten Patientinnen auf 30%. Der drastische Anstieg der prozentualen Anteile verdeutlicht den Bedarf, aber auch das Potential des oft heterogen geschulten Personals, welches speziell auf die Arbeit mit Gewaltopfern vorzubereiten ist. Die unspezifischen und so nur schwer erkennbaren gewaltassoziierten Beschwerden der Frauen stellen eine besondere Herausforderung an die medizinischen Mitarbeiter dar, welche sich der Situation möglicherweise nicht gewachsen fühlen (Seifert et al.

2006). Da ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher und sexueller Gewalterfahrung und physischen Symptomen auch über den beendeten Missbrauch hinaus besteht, ist das Erkennen solcher Patienten nicht nur für etwaige Hilfestellungen bedeutsam. Auch um falsche Diagnosen, Komorbiditäten und unnötige Therapien zu verhindern, müssen die Gewalttätigkeiten erkannt werden (Eby et al. 1995). Bezogen auf das Identifizieren von Gewaltopfern stehen jedoch alle potentiellen Kontaktpersonen in der Verantwortung. Insbesondere betrifft dies Ärzte verschiedenster Fachrichtungen (Anders et al. 2006, Seifert et al. 2006). Da jeder zehnte Geschädigte konsiliarisch zumeist einem Neurologen oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt vorgestellt worden war, müssen besonders diese Fachrichtungen auf ihre bedeutsame Rolle aufmerksam gemacht und in die Weiterbildungsmaßnahmen mit einbezogen werden. Doch dies gilt nicht nur für die Mitarbeiter des Krankenhauses, auch das Rettungsdienstpersonal kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Die Aufgabe des Notfallpersonals besteht dabei primär in der Identifikation der Gewaltsituation als Voraussetzung für nachfolgende interdisziplinäre Hilfeleistungen und Beratungsangebote. Im Falle häuslicher Gewalt erhält der Rettungsdienst einen realistischen Einblick in die privaten Räumlichkeiten der Opfer und der Täter. Indem das Opfer aus der gewalttätigen Umgebung herausgenommen wird, kann auch ohne polizeiliche Anwesenheit die meist konfliktreiche Situation entschärft werden. Um diese Möglichkeiten ausnutzen zu können, muss auch in Zukunft eine verbesserte Kooperation zwischen Rettungsdienst und Mitarbeitern der Notaufnahme im Interesse der Opfer angestrebt werden (Poloczek & Schmitt 2002). Speziell geschultes medizinisches Personal ist die Voraussetzung für eine kompetente und adäquate Versorgung von Gewaltopfern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004). Viele verschiedene Aspekte, wie Umgang mit den oftmals verängstigten Patienten sowie das Verhalten des Personals angesichts berichteter Gewalthandlungen müssen hierbei beachtet werden (Hellbernd et al. 2005). Die Defizite im Verhalten und Umgang mit dem Opfer, aber auch mit dem Täter in der oft brisanten Situation sowie fehlende Konzepte bestehen beim Rettungsdienstpersonal (Poloczek & Schmitt 2002) als auch

beim Krankenhauspersonal. Befragungen des Personals einer Notaufnahme in Berlin bestätigten den Bedarf und vorhandenes Interesse an Fortbildungen zum Umgang mit Gewaltopfern. In Weiterbildungsveranstaltungen könnten zusätzlich konkrete Hilfestellungen zu Handlungsmöglichkeiten gegeben und ggf. gleichzeitig Bedenken bezüglich wachsenden Arbeitsaufwands entgegengewirkt werden (Hellbernd et al. 2005). In einer kanadischen Arbeit berichteten 73% der befragten orthopädischen Chirurgen, dass in ihren Kliniken keinerlei Leitlinien für das Erkennen und die Versorgung von Gewaltopfern existieren würden. Jedoch waren 91% der Ärzte der Meinung, dass Wissen über häusliche Gewalt für ihren beruflichen Alltag bedeutsam sei (Bhandari et al. 2008). In verschiedenen Gruppendiskussionen mit gewaltbetroffenen Frauen wurde auf die mangelnden Kenntnisse im Umgang mit Betroffenen seitens des medizinischen Personals hingewiesen und der Wunsch nach speziell geschultem Personal geäußert. Dies betraf insbesondere das Erkennen der Verletzungen als durch das Einwirken von Gewalt verursacht wie auch mangelnde Empathie, wenn sich die Patientinnen zum Tathergang offenbarten (Schrötte & Müller 2004). Eine Expertenrunde zum Thema „häusliche und sexuelle Gewalt“ fordert gezielte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für das medizinische Personal, um bestehende Wissenslücken schließen zu können. Weiterhin soll Gewalt zukünftig in der Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals deutlicher thematisiert werden (Brzank et al. 2006). Auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) fordert eine verstärkte Wissensvermittlung zum Thema „Gewaltopfer“ in der Ausbildung potentieller Kontaktpersonen. Eine amerikanische Arbeit konnte Bedenken, nachdem das routinemäßige Erfragen von Patienten nach Gewalterlebnissen sich nachteilig auf die Opfer auswirken könnte, nicht bestätigen. So untersuchten Houry et al. (2008) in einer prospektiven Studie, inwiefern generelle Befragungen von Patienten in Notaufnahmen nach vorhandener häuslicher Gewalt für die Opfer hilfreich seien oder gar die häusliche Situation verschärfen würden. Schließlich konnten keine Hinweise dafür gefunden werden, dass sich das Screening negativ auf die Befragten auswirke. Vielmehr hatte ein Drittel der Opfer 3 Monate nach der Befragung

Kontakt zu Opferhilfeorganisationen aufgenommen. Neben der Ansprache der Geschädigten und der medizinischen Versorgung spielt gerade in der Akutsituation auch die Vermittlung des Opfers an die Polizei, eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle oder an Opferhilfeorganisationen eine zentrale Rolle (Artus 2007, Seifert et al. 2006). Daher empfiehlt es sich für alle tätigen Ärzte, sich um bestehende Hilfsangebote für Opfer in ihrer Umgebung zu informieren und entsprechende Kontaktlisten sowie Broschüren vorrätig zu haben (Seifert et al. 2006).

5.13.5 Gewalt gegen das medizinische Personal

Gewalttätige Übergriffe können auch direkt in den Notaufnahmen entstehen, sich gegen Mitpatienten, aber auch gegen das medizinische Personal richten und sollen nicht unerwähnt bleiben. In den Notfallbögen aus dem Krankenhaus St. Georg finden sich hierzu Beispiele. So musste ein Patient, der wegen gewaltbedingten Verletzungen die Notaufnahme aufgesucht hatte, wegen aggressiven Verhaltens in Begleitung des Wachdienstes die Räumlichkeiten der Ambulanz verlassen. Ein anderer Patient hatte im Wartebereich der Notaufnahme einen Mitpatienten geschlagen.

Gegen Mitarbeiter des medizinischen Dienstes gerichtete Feindseligkeiten sind ein wenig beleuchtetes Problem. Erst seit etwa 10 Jahren lassen sich entsprechende wissenschaftliche Darstellungen zu diesem Thema finden (Püschel & Cordes 2001). Eine britische Studie aus dem Jahr 2006 untersuchte das Auftreten von gewalttätigen Übergriffen auf Mitarbeiter einer Notaufnahme. Im einjährigen Untersuchungszeitraum wurden, inklusive Mehrfachtäter, 218 Angriffe gezählt. Der Hauptanteil der Täter waren Patienten (88,2%), gefolgt von Verwandten oder anderen Besuchern (11,8%). Im Rahmen der Ursachenforschung wurden etwa bei jedem zehnten Fall die langen Wartezeiten in der Aufnahme ausgemacht. Die Mehrheit der Vorfälle (89,9%) äußerte sich in Beschimpfungen, in etwa der Hälfte der Fälle bedrohten die Täter das Personal. Zu tatsächlicher Gewaltanwendung oder versuchten Übergriffen kam es in 32,1% der Fälle (James et al. 2006). Wichtige präventive Maßnahmen sind neben einer reizarmen Umgebung und einem freundlich-

zugewandten Umgangston vor allem die Aufklärung der Patienten mit Hinweis auf ggf. längere Wartezeiten.

5.13.6 Langfristige Auswirkungen auf die Opfer

Grundsätzlich sind die kurz- und langfristigen Folgen nach erlebter Gewalt abhängig vom Opfer und dessen individuellen Ressourcen sowie von der Schwere des Übergriffes. Weiterhin diskutierte Schädler (2003) in seiner Arbeit die unterschiedlichen Folgen auf die Opfer nach den Gewalttaten. So hielten 10,5% der Geschädigten – im Gegensatz zu Opfern von Eigentums- bzw. Vermögensdelikten – die körperlichen oder medizinischen Beeinträchtigungen als den schwerwiegendsten persönlichen Schaden. Die psychischen Belastungen empfanden sogar 79% der befragten Gewaltopfer und auch 25% der Betroffenen von Vermögensdelikten als die gravierendste Beeinträchtigung. Eine schwedische Studie untersuchte die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Notaufnahme von 117 durch ihren (Ex-/ Ehe-) Partner misshandelte Frauen. Die Zahl der Frauen, die sich während des 15-jährigen Beobachtungszeitraums in stationäre Behandlungen begaben, war in der Gruppe der Misshandelten um fast ein Drittel höher. Noch deutlicher zeigten sich die Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. So benötigten 90 der Betroffenen insgesamt 420 mal ärztliche Hilfe in Krankenhäusern, während in der Kontrollgruppe nur 58 der Frauen 119 mal in einem Krankenhaus aufgrund somatischer Beschwerden behandelt wurden. In psychiatrische Behandlung begaben sich in der Opfergruppe 69 Personen. Häufige Einweisungsdiagnosen waren hier Alkoholismus, Depressionen sowie Suizidversuche. In der Kontrollgruppe betraf dies lediglich eine Frau (Bergman & Brismar 1991). Eine Longitudinalstudie aus den USA untersuchte den Zusammenhang zwischen erlebter Gewalt in Partnerschaften und späteren Gesundheitsstörungen. Dazu wurden 110 Frauen aus Hilfeeinrichtungen im Alter von 17 bis 61 Jahren mehrfach über einen Zeitraum von 2 Jahren befragt. Beinahe die gesamte Kohorte (99%) litt an klinisch manifesten Symptomen. Hierbei handelte es sich meist um unspezifische Beschwerden, wie Kraftlosigkeit (88%), Schlafstörungen (77%), Kopfschmerzen (77%) und

Rückenschmerzen (63%). Die Frauen selbst sahen ihre körperlichen Symptome in einem Zusammenhang mit der zuvor erlebten körperlichen und sexuellen Gewalt (Eby et al. 1995). McCauley et al. (1998) bestätigten ein identisches Beschwerdespektrum. Auch hier brachten die befragten Frauen ihre klinischen Symptome mit dem erlebten Missbrauch durch den Partner in Zusammenhang. Allerdings war ihnen diese Wechselbeziehung bei erstmaligem Auftreten der körperlichen Probleme meist nicht bewusst. Hier sind die ärztlichen Kompetenzen im Erkennen einer möglichen Hintergrundproblematik gefragt.

5.13.7 Ansichten und Wünsche der Opfer

Untersuchungen der vergangenen Jahre bestätigen, dass das direkte Stellen von Fragen nach Misshandlung unter Opfern, aber auch unter den nicht betroffenen Patientinnen grundsätzlich erwünscht ist. Die Mehrheit der in einer Notaufnahme von Pennsylvania befragten betroffenen Frauen antwortete bereitwillig auf die gestellten Fragen und schien sogar erleichtert. Frauen ohne Gewalterfahrungen antworteten, ohne verärgert zu sein (McLeer & Anwar 1989). Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch mittels aktuellerer Studien bestätigen. In einer Befragung von 281 Patienten einer Notaufnahme in South Lancashire/ UK waren 67% der Befragten mit routinemäßig gestellten Fragen zu erlebter Gewalt einverstanden. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten zwischen Männern und Frauen. Falls die Befragten selbst Opfer eines gewalttätigen Übergriffes werden würden, würden sogar 20% mehr von der vorangegangenen Tat erzählen, wenn sie direkt danach gefragt werden würden (Howe et al. 2002). Frauen wünschen zu mehr als zwei Dritteln im Rahmen des allgemeinen ärztlichen Aufnahmegespräches, zu ihren Gewalterfahrungen befragt zu werden. Eine entsprechend generelle Nachfrage in der Notaufnahme befürworteten 76% als „prinzipiell wichtig“ oder „unangenehm, trotzdem wichtig“ (Brzank et al. 2005). In einer anderen britischen Studie mit ähnlicher Fragestellung störten sich über drei Viertel der Frauen nicht an den Fragen, und 34,7% befürworteten diese Vorgehensweise beim Besuch in der Notfallambulanz. Nur eine Minderheit von 1,6% der Befragten sprach sich dagegen aus und zog das Ausklammern von Fragen

dieser Art aus dem Anamnesegespräch vor (Sethi et al. 2004). Gewaltopfer hoffen auf ein konkretes Nachfragen seitens der Ärzte zu den meist nur oberflächlich geschilderten Problemen. Scham- und Schuldgefühle wie auch die Angst vor der Reaktion des Arztes behindern ein offensiveres Verhalten im ärztlichen Gespräch. Dazu kommt oft der meist auch zutreffende Eindruck, dass der behandelnde Arzt zu beschäftigt wirke, unter Zeitdruck arbeite und mit seinen Gedanken nicht gänzlich beim Patienten sei. Der Mehrheit der Betroffenen ist das Geschlecht des Arztes, dem sie sich anvertrauen würden, unwichtig (McCauley et al. 1998). In der Untersuchung zur Gewalterfahrung von deutschen Männern fiel auf, dass nur besonders schwere Übergriffe tatsächlich als „Gewalt“ wahrgenommen werden. Ein gewisses Maß an tätlichen Auseinandersetzungen wird als „normal“ und als zum männlichen Umgang miteinander gehörend eingeordnet. Körperliche Übergriffe und Rangeleien unter Männern werden nicht als gewalttätig eingestuft und die Involvierten nicht als Opfer, sondern durch zum Teil selbstprovozierendes Verhalten auch als Täter wahrgenommen. Dies verzerrt die tatsächliche Prävalenz und erschwert die Untersuchung des männlichen Klientels (Jungnitz et al. 2004). Somit muss sich der Arzt durch eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung ein umfassendes Bild vom Patienten machen, um auch heruntergespielte oder verharmloste Sachverhalte als durch Gewalt verursacht erkennen zu können.

5.13.8 Lokalpolitischer Präventionsansatz 1: Restriktion der Alkoholausgabe

Ein erheblicher Anteil (42,7%) der jugendlichen Geschädigten und jungen Erwachsenen suchte die Notaufnahme in alkoholisiertem Zustand auf. Da in weiteren 38,8% keine genauen Angaben zum Alkoholisierungsgrad der Patienten dokumentiert waren, ist der tatsächliche Anteil um ein Vielfaches höher zu erwarten. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Täter aus dem Vergnügungsviertel St. Pauli sowie aus dem Problemstadtteil St. Georg ebenfalls oftmals unter Alkoholeinfluss standen. In der vorliegenden Studie wurden dazu keine Daten erhoben. Da Pillmann et al. (2000) nachwiesen, dass

das Ausmaß des Alkoholkonsums der Täter mit der Art der Ausführung und demnach ebenso mit der Ernsthaftigkeit der daraus entstehenden Verletzungen korreliert, scheint der Alkoholisierungsgrad der Angreifer von erheblicher Bedeutung zu sein. Der Anteil alkoholisierter Täter ist jedoch schwer zu erheben, da diese üblicherweise für eine Befragung nicht zur Verfügung stehen. Die Einschätzungen der Opfer können dabei Hinweise auf das Ausmaß der Problematik geben. So schätzten 53% der Opfer einer norwegischen Studie ihren Täter als alkoholisiert ein. Allerdings konnte knapp ein Drittel der Geschädigten hierzu keine Auskunft geben (Steen & Hunskaar 2004). Eine Frauenbefragung durch Schröttler & Müller (2004) ergab, dass in 55% der Gewaltsituationen der Täter höchstwahrscheinlich unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stand. Zusammenfassend ist Alkoholkonsum ein gravierender Risikofaktor für das Entstehen von Gewaltsituationen, weshalb besonders Regionen mit erhöhtem Ausschank als potentielle Entstehungsorte von Gewalttätigkeiten zu betrachten sind. Eine zusätzliche potentielle Gefahr stellen Angebote der Lokalitäten dar, welche zu einem unkontrollierten Alkoholkonsum verleiten. Bei so genannten „Flatrate“- oder „All-you-can-drink“- Partys zahlen die Kunden einen Pauschalpreis und können danach beliebig viele Getränke zu sich nehmen. Andere Veranstaltungen werben mit Billigpreisen für alkoholische Getränke (z.B. 99 Cent- Partys) und sprechen damit besonders junge Leute mit geringen Einkommen an (Schüler, Auszubildende, Studenten). Auch Alkopop-Getränke verleiten zu einer unkontrollierten Alkoholaufnahme. Diese Mischgetränke aus zum Teil hochprozentigen Alkoholika und süßen Limonaden verdecken den Alkoholgeschmack und führen einerseits dadurch zu einem zügellosen Konsum, andererseits sind sie attraktive Genussmittel für Jugendliche, welche den Geschmack von Bier oder Wein nicht mögen. Besonders junge Menschen müssen damit Zielgruppe von öffentlicher Aufklärungsarbeit über kurz- sowie langfristigen Folgen eines kontinuierlichen Alkoholgenusses sein. Weiterhin muss die Abgabe von Alkoholika an minderjährige Jugendliche kontrolliert und konsequent unterbunden werden. Die Einführung einer Sperrstunde und damit einer möglichen Restriktion des Alkoholkonsums, wie beispielsweise bis ins Jahr 2005 in Großbritannien

praktiziert, scheint nur wenig Einfluss auf die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung zu haben. Besonders in den letzten Stunden vor der Ausgabesperre konsumieren die Betroffenen exzessiv Alkohol, womit lediglich eine zeitliche Verlagerung der Gewalttaten in die späten Abendstunden stattfindet. Der „Runde Tisch gegen Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit“ hat 2007 ein Handlungskonzept für den Bereich St. Pauli entworfen. Einerseits soll die Ausgabe von hochprozentigen Alkoholika an Minderjährige strenger kontrolliert werden, andererseits sollen die Straßen-Verkaufsstellen ab 23.00 Uhr keine Glasflaschen und Alkoholika mehr ausgeben. Dies soll zunächst auf einer freiwilligen Selbstverpflichtung der Verkäufer basieren (Behörde für Inneres 2007a). Neben den grundsätzlichen Angriffspunkten der Alkoholrestriktion stellt sich die Frage zusätzlicher Sonderregelungen für den erhöhten Ausschank, wie im Vergnügungsviertel St. Pauli praktiziert wird. Zu diskutieren ist ein Verbot der Ausgabe von hochprozentigen Alkoholgetränken, eine regional begrenzte Preiserhöhung sowie ein Verbot von Veranstaltungen mit dem offensichtlichen Ziel eines überdurchschnittlichen Alkoholkonsums der Gäste (Flatrate- oder 99 Cent- Partys).

5.13.9 Lokalpolitischer Präventionsansatz 2: Waffenverbot in Risikogebieten

Nahezu jeder dritte gewalttätige Übergriff (26,6%) war assoziiert mit dem Gebrauch eines Tatwerkzeuges. Knapp die Hälfte dieser Rohheiten wurde mit einer Waffe (typische Stich-, Schuss- und Schlagwerkzeuge) begangen. Im Dezember 2007 beschloss der Hamburger Senat aufgrund von eskalierender Gewalt ein deutschlandweit einmaliges Waffenverbot für den Bereich der Reeperbahn und den Hansaplatz im Stadtbereich St. Pauli (Behörde für Inneres 2007b). Dies betrifft nicht nur das Mitführen von Messern, Schusswaffen oder Schlagwerkzeugen, sondern auch Nagelscheren und anderer scharfer Gebrauchsgegenstände. Eine erneute Erhebung von Gewaltopfern in der Notaufnahme St. Georg nach Etablierung dieser Maßnahme könnte den Nutzen dieser Maßnahme ggf. belegen. Weiterhin ist die regional begrenzte

Einführung von PET- Flaschen im Vergnügungsviertel in der öffentlichen Diskussion. Damit könnten die Verletzungen nach Übergriffen mit zerbrochenen Bierflaschen und Trinkgläsern eingedämmt werden. Die vorliegende Arbeit unterstreicht die Relevanz der beschriebenen Thematik. Über ein Drittel der genutzten Tatgegenstände bestanden aus Flaschen sowie Glaswerkzeugen. Ein Verbot von Waffen sowie das Einführen von PET- Flaschen könnten werkzeugassoziierte Gewaltübergriffe von 26,6% auf ein Minimum und damit auch die Schwere der daraus resultierenden Verletzungen reduzieren.

5.13.10 Ausblick: Chancen und Angriffspunkte der Gewaltdatenerhebung in Notaufnahmen

In Deutschland existieren bisher nur wenige Daten zur Prävalenz von Gewaltopfern sowie deren Versorgungszustand und –bedarf. Insbesondere muss die Forschung auf diesem Gebiet gefördert und müssen potentielle Kontaktpersonen dieser Patientengruppe sensibilisiert und geschult werden (Brzank et al. 2006). Notaufnahmen können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. So könnten beispielsweise mit Hilfe epidemiologischer Daten aus Notaufnahmen Entwicklungstendenzen der zwischenmenschlichen Gewalt verfolgt werden (Downing et al. 2005, Howe & Crilly 2002, Sivarajasingam & Shepherd 2001, Houry et al. 1999). Die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen des Gesundheitssystems durch Gewaltopfer ist nicht unwesentlich (Anders et al. 2006). Um Verletzungen aus körperlicher und sexueller Gewalt behandeln zu lassen, beansprucht laut einer deutschlandweiten Frauenbefragung etwa ein Drittel medizinische Hilfe, Frauen mit gewalttätigen Partnern benötigen sie sogar bis zu 37% (Schröttle & Müller 2004).

Für Opfer von Gewalt treten hier insbesondere die chirurgischen Notaufnahmen in den Mittelpunkt der Untersuchungen. Im Rahmen eines Gewaltinterventionsprojektes in Berlin wurde deutlich, dass die Mehrzahl der Dokumentationen von gewaltbedingten Verletzungen aus der chirurgischen Notaufnahme des Krankenhauses stammten (Hellbernd et al. 2005).

Howe und Crilly (2002) untersuchten in einer Notaufnahme in Lancashire/England die Inzidenz und den Prozess der Identifizierung von Patienten, welche Opfer von Gewalttaten geworden waren. In diesen erhobenen epidemiologischen Daten sah er eine Möglichkeit, um Vergleiche mit polizeilichen Kriminalitätsstatistiken ziehen zu können. Für eine langfristig erfolgreiche Erhebung solcher Zahlen in Notaufnahmen müssten allerdings standardisierte Vorgänge etabliert werden, um zukünftig routinemäßig bearbeitet werden zu können. Die so erhobenen Daten würden eine einmalige Gelegenheit darstellen, das Dunkelfeld der polizeilich nicht erhobenen Taten zu verkleinern und das tatsächliche Ausmaß des Problems in unserer Gesellschaft festzustellen. Da das Erkennen der Gewaltopfer die Voraussetzung für alle folgenden Prozesse ist - ob auf medizinischer, epidemiologischer oder präventiver Ebene - , sollte hier gezielt geschult werden. Einen ähnlichen Ansatzpunkt evaluierte eine Studie aus den West Midlands, in der die Möglichkeit untersucht wurde, Daten vom Rettungsdienst sowie von sieben Notfallambulanzen zu verbinden. Arbeitsmotivation war die wenig umfassenden und kaum vernetzten Aufzeichnungen von gewaltbedingten Vorfällen im Vereinigten Königreich. Die in den Notaufnahmen erhobenen Zahlen wurden als zuverlässigere Schätzungen im Gegensatz zu anderen Statistiken beschrieben und steigerten das Maß an verfügbaren Informationen (Downing et al. 2005).

Neben der rein medizinischen Funktion einer Notaufnahme stellt sie auch eine wichtige soziale Institution dar. Sie unterscheidet sich von anderen sozialen Bedarfseinrichtungen durch ihre zeitlich unbegrenzte Öffnung, der garantierten Verfügbarkeit und der bedingungslos möglichen Inanspruchnahme für jedermann. So kritisieren Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, die meist eingeschränkte Erreichbarkeit der Hilfseinrichtungen und das Nichtgerechwerden der akuten Situation bei diesen Einrichtungen (Schrötte & Müller 2004, Gordon 1999). Die Schwelle, das Angebot einer Notaufnahme in Anspruch zu nehmen, ist sehr niedrig und erreicht eine breite Masse. Sie stellt gerade so in der Ausnahmesituation nach erlebter Gewalt einen wichtigen Anlaufpunkt für die Opfer dar und das ohne unkalkulierbare Konsequenzen –

wie es möglicherweise im Falle einer polizeilichen Anzeige der Fall ist - fürchten zu müssen. Dieser Funktion und der daraus folgenden Verantwortung und Verpflichtung muss Rechnung getragen, und das hieraus hervorgehende Potential darf nicht unterschätzt werden (Gordon 1999, Goodwin & Shepherd 2000, Schröttle & Müller 2004). Die Vorteile der Datenerhebungen von Notfallambulanzen im Gegensatz zu Kriminalstatistiken sind, dass sie unabhängig von dem Anzeigen und der Wahrnehmung einer Straftat sind und sich allein auf die vorhandenen Verletzungen beziehen. Sie sind als reine Faktensammlungen zu betrachten und unabhängig vom Anzeigeverhalten der Opfer. Darüber hinaus können Datenaufzeichnungen aus Notaufnahmen über Gewalt in der Gesellschaft zeitnah erhoben werden. Sie spiegeln den realistischen Behandlungs- und damit auch Betreuungsbedarf von Gewaltopfern wider. Somit bieten sie als Anlaufstelle für Gewaltopfer die Möglichkeit, mit entsprechenden Maßnahmen zu reagieren, deren Erfolg zu überprüfen und somit zur Sicherheit in der Gemeinschaft beizutragen (Sivarajasingam & Shepherd 2001). Concha-Eastman (2001) sieht in der Prävention die zukünftige Aufgabe, der sich die medizinischen Versorgungsstätten und insbesondere die Notfallambulanzen stellen müssen. Der Zuständigkeitsbereich medizinischer Einrichtungen sollte von der rein somatischen Versorgung der Patienten auf Vorsorge und Verhinderung von Gewalttaten ausgeweitet werden. Zur Einschätzung der Dimension des Gewaltvorkommens müssen dafür weiterhin Daten erhoben und zusammengetragen werden.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Das Phänomen „Gewalt“ wird erst seit jüngster Zeit in unserer Gesellschaft öffentlich thematisiert und wissenschaftlich bearbeitet. So existieren nur wenige Zahlen und darüber hinaus gehende Informationen über die Betroffenen.

Im medizinischen System bieten Notaufnahmen als potentielle Anlaufstellen für Gewaltopfer eine wichtige Möglichkeit der Datenerhebung. Die in dieser Arbeit untersuchte chirurgische Notaufnahme ist besonders durch ihre zentrale Lage in einer deutschen Millionenstadt und geographische Nähe zur Hauptbahnhofegend sowie einem Rotlicht- und Vergnügungsviertel charakterisiert. Im untersuchten Zeitraum vom 01.11.2003 bis 30.04.2004 (6 Monate) wurden 503 der 3849 Patienten (13,1%) als Opfer gewalttätiger Übergriffe dokumentiert. Mehrheitlich handelte es sich bei den Betroffenen um Männer (428/503;85,1%). Nur 14,9% (75/503) waren weiblichen Geschlechts. Nahezu 60% der Geschädigten (250/433) waren zum Tatzeitpunkt zwischen 21 und 40 Jahre alt. In 42,7% der Fälle (215/503) standen die Betroffenen unter Alkoholeinfluss. Über die Hälfte der Verletzten (236/490;55,2%) beanspruchte den medizinischen Notfalldienst in den nächtlichen Stunden zwischen 22.00 und 5.59 Uhr. Am Wochenende suchten 44,8% der Gewaltopfer (225/503) die Notaufnahme auf. Häufigste Tatorte waren die Stadtteile St. Pauli (39,4%) und St. Georg (25,3%). In 39,6% der Fälle lagen Angaben zu den Tätern vor. Es handelte sich in 63,9% um Unbekannte und in 36,1% um bekannte Personen. In 29,4% der Fälle agierten die Täter in Gruppen. Die Opfer berichteten in 58,3% der Fälle mit Händen und Fäusten geschlagen worden zu sein. In 134 Fällen war ein Tatwerkzeug verwendet worden. Dabei handelte es sich am häufigsten um Flaschen- und Glaswerkzeuge (29,6%) und Stichwaffen (20,7%). Demzufolge wurden 86,7% der Betroffenen Opfer stumpfer und 11,5% scharfer Gewalt. Die resultierenden Verletzungen waren mehrheitlich an der Kopf- und Halsregion (63,5%) sowie an der oberen und unteren Extremität (23,8%) lokalisiert. Am häufigsten wurden Prellungen (32,9%), Platzwunden (26,1%) und Frakturen (10,9%) diagnostiziert. In 20 Fällen (4,0%) lagen potentiell lebensgefährliche Verletzungen vor. Vierundzwanzig Betroffene (4,8%) wurden

stationär aufgenommen mit einer medianen Verweildauer von 5 Tagen. Ein rechtsmedizinisches Gutachten wurde nur in 2,4% der Fälle (12/503) erstellt. Durch die besondere geographische Lage wird die Notaufnahme der Asklepios Klinik St. Georg mit einem Gewaltopferanteil von 13,1% konfrontiert. Im Vergleich mit internationalen Studien sind das mehr als drei- bis viermal so viele Betroffene. Daraus ergeben sich vor allem personelle Anforderungen, insbesondere eine Gewaltopfer-orientierte Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals sowie strukturelle Anpassung an das erhöhte Patientenaufkommen in den nächtlichen Stunden sowie den Wochenendtagen. Der geringe Anteil an rechtsmedizinischen Gutachten fordert einerseits eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, andererseits müssen sich die Kontaktpersonen ihrer Vermittler- und Beraterfunktion gegenüber den Betroffenen bewusst werden. Daten aus Notaufnahmen bieten vergleichende und ergänzende Informationen zu den Polizeilichen Kriminalstatistiken, da sie unabhängig vom Anzeigeverhalten der Betroffenen den zeitnahen Versorgungsbedarf von Gewaltopfern anzeigen. Neben einer rein somatisch orientierten Behandlung wird sich der Zuständigkeitsbereich von Notaufnahmen zukünftig auch auf gewaltpräventive Aufgaben ausweiten müssen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

AK St. Georg Qualitätsbericht (2004) LBK Hamburg

Anders S, Seifert D, Heinmann A, Zinke M, Püschel K (2006) Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. Hamburger Ärzteblatt 4: 190-193

Artus J (2007) Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis. Med. Dissertation. Institut für Rechtsmedizin und Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg

Ärztammer Hamburg (2006) Leitfaden „Häusliche Gewalt“ Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Hrsg. Ärztkammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg September 2006 (Abruf vom 01.11.07: <http://kvhh.de>)

Behörde für Inneres Hamburg (2005) Hamburger Stadtteil-Profile 2005 (St. Georg und Eppendorf) (Abruf vom 11.07.08: www.innenbehoerde.hamburg.de)

Behörde für Inneres Hamburg (2007a) Pressemitteilung vom 30.11.2007. Alkoholproblematik: Handlungskonzept für St. Pauli beschlossen (Abruf vom 11.07.08: www.innenbehoerde.hamburg.de)

Behörde für Inneres Hamburg (2007b) Pressemitteilung vom 04.12.2007. Waffenverbot für Reeperbahn und Hansaplatz beschlossen (Abruf vom 11.07.08 www.innenbehoerde.hamburg.de)

Bergman B, Brismar B (1991) A 5-year follow-up study of 117 battered women. Am J Public Health 81: 1486-1489

Bhandari M, Sprague S, Tornetta P, D'Aurora V, Schemitsch E, Shearer H, Brink O, Mathews D, Dosanjh S and on Behalf of the Violence Against Women Health Research Collaborative (2008) (Mis)perceptions about intimate partner violence in wome presenting for orthopaedic care: a survey of Canadian orthopaedic surgeons. J Bone Joint Surg Am. 90:1590-1597

Boyle A, Todd C (2003) Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. Emerg Med J 20: 438-442

Boyle A, Robinson S, Atkinson P (2004) Domestic violence in emergency medicine patients. Emerg Med J 21: 9-13

Bratzke H (2003) Stumpfe Gewalt. In: Madea B (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 110-123

Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G (2005) Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf, Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/Rettungsstelle. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48: 337-345

Brzank P, Hahn D, Hellbernd H (2006) „Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage innerhalb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden? Bericht über ein Expertengespräch. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49: 824–832

Bundesministerium des Innern (2008) Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 (Abruf vom 11.07.08: www.bmi.bund.de)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG) Nachdruck November 2006 (Abruf vom 28.04.07: www.bmfsfj.de)

Bundesärztekammer (2006) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, S. 12 (Abruf vom 01.07.08: www.bundesaerztekammer.de)

Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A (2004) Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva

Concha-Eastman A (2001) Violence: a challenge for public health and for all. J Epidemiol Community Health 55: 597-599

Downing A, Wilson R, Cooke M (2005) Linkage of ambulance service and accident and emergency data: a study of assault patients in the west midlands region of the UK. Int J Care Injured 36: 738-744

Downing A, Cotterill S, Wilson R (2003) The epidemiology of assault across the West Midlands. Emerg Med J 20: 434-437

Du Chesne A (2004) Statistik des nichtnatürlichen Todes. In: Brinkmann B & Madea B (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin (Band 1) Springer Berlin Heidelberg New York, S. 229-232

Eby KK, Campbell JC, Sullivan CM, Davidson WS (1995) Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. Health Care Women Int (16): 563-576

Eisenmenger W (2004) Spitze, scharfe und halbscharfe Gewalt. In: Brinkmann B & Madea B (Hrsg.) Handbuch für gerichtliche Medizin (Band 1) Springer Berlin Heidelberg New York, S. 571-591

Eser A (2001) § 223 Körperverletzung. In: Schönke A & Schröder H (Hrsg.) Strafgesetzbuch Kommentar. 26. Auflage, Verlag C.H.Beck München 2001, S. 1797-1825

Europäische Kommission (2005) Daphne 1997-2003 - Ein Erfahrungsbericht – Europa bekämpft Gewalt gegenüber Kindern und Frauen. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft (Abruf vom 24.07.08: <http://europa.eu.int>)

Exadaktylos AK, Häuselmann S, Zimmermann H (2007) Are times getting tougher? A six-year survey of urban violence-related injuries in a Swiss university hospital. *Swiss Med Wkly* 137: 525–530

Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinmann A (2004) Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin* 3: 193-198

Frink M, Müller CW, Ziesing S, Krettek C (2006) Tetanusprophylaxe in der Notaufnahme. *Unfallchirurg* 11: 977-983

Goodwin V, Shepherd JP (2000) The development of an assault patient questionnaire to allow accident and emergency departments to contribute to crime and disorder act local crime audits. *J Accid Emerg Med* 17: 196-198

Gordon JA (1999) The hospital emergency department as a social welfare institution. *Ann Emerg Med* 33: 321-325

Heinz M (2005) Studie EU-Untersuchung. *Weißer Ring* 2: 12-13

Hellbernd H, Brzank P, May A, Maschewsky-Schneider U (2005) Das S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. *Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48: 329-336

Houry D, Feldhaus KM, Nyquist SR, Abbott J, Pons PT (1999) Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Ann Emerg Med* 34: 715-719

Houry D, Kaslow NJ, Kembell RS, McNutt LA, Cerulli C, Straus H, Rosenberg E, Lu C, Rhodes KV (2008) Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *Ann Emerg Med* 51 (4): 433-442

Howe A, Crilly M (2002) Identification and characteristics of victims of violence identified by emergency physicians, triage nurses, and the police. *Inj Prev* 8: 321-323

Howe A, Crilly M, Fairhurst (2002) Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. *Emerg Med J* 19: 138-140

Ingemann-Hansen & Brink (2004) City centre violence. *J Clin Forensic Med* 11: 303-307

James A, Madeley R, Dove A (2006) Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J* 23: 431-434

Jungnitz L, Lenz HJ, Puchert R, Puhe H, Walter W (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwidererfahrungen von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Abruf vom 02.05.07: www.bmfsfj.de)

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (2002a) The world report on violence and health. *Lancet* 360: 1083-1088

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002b) World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organisation

Kühne O (2007) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg- Eppendorf. Med. Dissertation, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg

Mattig W (2004) Einleitung Stumpfe Gewalt. In: Brinkmann B & Madea B (Hrsg.) *Handbuch gerichtliche Medizin (Band 1)*, Springer Berlin Heidelberg New York, S. 335-337

McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE (1998) Inside "Pandora's Box" abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 13: 549-555

McLeer SV, Anwar R (1989) A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health* 79: 65-66

Mercy JA, Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB (2003) Violence and health: The United States in a global perspective. *Am J of Public Health* 92 (12) 256-261

Miller TR, Cohen MA, Rossman SB (1993) Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs* 12 (4): 186-197

Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JAL (2007) Women's experience with violence: a national study. *Women's Health Issues* 17: 3-12

Oehmichen M, Madea B (2003) Scharfe Gewalt. In: Madea B (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin. Springer Berlin Heidelberg New York, S. 124-132

Olson L, Anctil C, Fullerton L, Brillman J, Arbuckle J, Sklar D (1996) Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Ann Emerg Med* 27 (6) 741-746

Penning R (2006) Rechtsmedizin systematisch. UNI-MED (Klinische Lehrbuchreihe) Bremen

Pillmann F, Ullrich S, Draba S, Sannemüller U, Marneros A (2000) Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz. *Nervenarzt* 71: 715-721

Pollak S (2003) Körperverletzung. In: Madea B (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin. Springer Berlin Heidelberg New York, S. 279-287

Poloczek S, Schmitt TK (2002) Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmed* 5: 498-504

Polizeiliche Kriminalstatistik (2005) Polizei Hamburg. Landeskriminalamt Hamburg, Stand Februar 2006

Püschel K, Cordes O (2001) Gewalt gegen Ärzte. Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. Eine Analyse von 21 Angriffen während der Berufsausübung. Psychiater besonders häufig betroffen. *Dtsch Arztebl Jg.* 98 (4) 153-157

Ramm S (2005) Retrospektive Untersuchung von operativ versorgten Unterkieferfrakturen in der Nordwestdeutschen Kieferklinik von 1997 bis 2000. Med. Dissertation, Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Nordwestdeutsche Kieferklinik), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg

Rat der Europäischen Union (2001) Rahmenbeschluss des Rates vom 15. März 2001 über die Stellung des Opfers im Strafverfahren. *Amtsblatt Nr. L 082 vom 22.03.2001 S. 1-4*

Robert Koch Institut (2007) *Epidemiologisches Bulletin*. Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch Institut: Empfehlung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch Institut 30: 284

Saltzman LE, Basile KC, Mahendra RR, Steenkamp M, Ingram E, Ikeda R (2007) National estimates of sexual violence treated in emergency departments. *Ann Emerg Med* 49 (2) 210-217

Schädler W (2003) Praxis von Opernhilfe und Opferschutz. In: Egg R & Minthe E (Hrsg.) Opfer von Straftaten – Kriminologische, rechtliche und praktische Aspekte – Kriminologie und Praxis (KUP) Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ) Band 40, S. 57-68

Schirmmacher G (2003) Ohne Gewalt leben – Sie haben ein Recht darauf! Medizinerinnen und Mediziner an einer Schlüsselstelle für den Schutz misshandelter Frauen. In: Georgia Schwerpunkt, Gewalt gegen Frauen, Zeitschrift des Frauen- und Gleichstellungsbüro des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen, Heft 5: 9-11 (Abruf vom 15.01.07: www.mi.med.uni-goettingen.de/frauenbuero)

Schneider HJ (1994) Kriminologie der Gewalt. Hirzel, Stuttgart Leipzig

Schrötte M & Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Abruf vom 28.04.07: www.bmfsfj.de)

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

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Arztebl Jg. 103 (33) 2168-2173

Sethi D, Watts S, Zwi A, Watson J, McCarthy C (2004) Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. Emerg Med J 21: 180-184

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P (2005) Europe injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Summary. World health organisation Europe

Shepherd JP, Sutherland I, Newcombe RG (2006) Relations between alcohol, violence and victimisation in adolescence. J Adolesc 29: 539-553

Sivarajasingam V, Sheperd JP (2001) Trends in community in England and Wales 1995-1998: an accident and emergency department prospective. Emerg Med J 18: 105-109

Steen K, Hunskaar S (2004) Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. Med Sci Monit 10(2): CR 75-79

Stree W (2001) § 224 Gefährliche Körperverletzung und § 226 Schwere Körperverletzung. In: Schönke A & Schröder H (Hrsg.) Strafgesetzbuch Kommentar. 26. Auflage, Verlag C.H.Beck München 2001, S. 1826-1831 und 1836-1840

Täschner KL (2003) Forensische Psychopathologie – Diagnostik und Begutachtung. In: Madea B & Brinkmann B (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin, Band 2, Springer Berlin Heidelberg New York, S. 739-808

Tetzner M (2008) Jugendkriminalität Praxis contra Wahlkampf. Interview mit dem Leiter des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. Prof. Dr. Christian Pfeiffer. Deutsche Polizei 2: 12-14

Vogel H, Hartmann CH, Bergunde D (1997) Aggression gegen Personen. In: Vogel H (Hrsg.) Gewalt im Röntgenbild. Befunde zu Krieg, Folter und Verbrechen, eco med, S. 213-259

Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A (2004) The economic dimensions of interpersonal violence. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva

Wegener R (2003) Kriminologie. In: Madea B (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin, Springer Berlin Heidelberg New York, S. 91-94

Wehner HD (2003) Allgemeine Traumatomechanik. In: Madea B (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin, Springer Berlin Heidelberg New York, S. 94-98

Wright J, Kariya A (1997) Assault patients attending a scottish accident and emergency department. J R Soc Med 90: 322-332

8 DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin Hamburg, danke ich für das Überlassen eines so interessanten und aktuellen Themas sowie für die zur Verfügungstellung der rechtsmedizinischen Akten.

Besonders möchte ich meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Dr. med. Sven Anders, Institut für Rechtsmedizin, danken, der mir jederzeit in bemerkenswerter Weise als Ansprechpartner zur Verfügung stand und es verstand mit seiner positiven Art die Arbeit stetig voranzubringen.

Herrn Prof. Dr. rer. nat. Hans-Peter Beck-Bornholdt danke ich für die lehrreichen und vor allem motivierenden Doktorandenseminare und die hilfreiche Begleitung bei dieser Arbeit.

Außerdem möchte ich mich herzlich bedanken bei Herrn Dr. med. Jürgen Madert, Leitender Oberarzt, Chirurgisch- Traumatologisches Zentrum, Asklepios Klinik St. Georg, sowie Frau Elke Kranert, Archiv-Leitung, Krankengeschichtenarchiv, Asklepios Klinik St. Georg, und ihrem Team für die Bereitstellung der Akten sowie die freundliche Unterstützung.

Weiterhin bedanke ich mich bei Frau Andrea Dohse-Großer, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, und Herrn Dr. med. Axel Heinemann, Oberarzt, Institut für Rechtsmedizin, für die Hilfe bei der Erstellung der SPSS- Tabelle.

Frau Dipl. Ing. Roswitha Koch, Abteilungsleiterin Fachamt Bauprüfung, Bauaufsicht West, Bezirksamt Hamburg-Mitte, danke ich für die hilfreichen Informationen für die Zuordnung der Tatorte zu den Stadtteilen.

Schließlich danke ich meiner Familie und meinen Freunden für die stete Unterstützung und Motivation, wodurch diese Arbeit wesentlich positiv beeinflusst wurde.

9 LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name Andrea Süße
Geburtsdatum 26.08.1981
Geburtsort Bergen auf Rügen

Schulabschluss

Frühjahr 2000 Goethe- Gymnasium, Schwerin
Allgemeine Hochschulreife

Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)

10/ 00 – 03/ 01 SOS- Dorfgemeinschaft Grimmen- Hohenwieden

Studium

2001 - 2008 Studium der Humanmedizin, Universität Hamburg
03/ 2004 Ärztliche Vorprüfung (Erster Abschnitt der Ärztlichen
Prüfung)
06/ 2008 Hochschulabschluss (Zweiter Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung)

Famulaturen

09/ 2004 Gynäkologie und Geburtshilfe,
St.-Willehad-Hospital, Wilhelmshaven
11/ 2005 Allgemeinmedizinische Praxis,
Dr. med. Andreas Grothusen, Hamburg
08/ 2006 Innere Medizin/ Gastroenterologie,
Städtische Kliniken Höchst, Frankfurt am Main
09/ 2006 Neurologie, Universitätsklinik Innsbruck, Österreich

Praktisches Jahr

02 – 06/ 2007 Chirurgie, Asklepios Klinik Nord, Hamburg
06 – 09/ 2007 Neurologie, Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg
10/ 07 – 01/ 08 Innere Medizin, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

10 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig 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 bei einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Andrea Süße