

Aus dem Institut für Rechtsmedizin des
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. Klaus Püschel



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

**Die derzeitige Situation in der rechtsmedizinischen Versorgung von
Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa –
eine Pilotstudie**

PROMOTION

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
in dem Fachbereich Medizin der
Universität Hamburg

Vorgelegt von Jan-Peter Grassmann
aus Hamburg 2008

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 16.02.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der
Universität Hamburg

Prüfungsausschuss:

Der Vorsitzende: Prof. Dr. med. K. Püschel

2. Gutachter: PD Dr. med. W. Lehmann

3. Gutachter: Prof. Dr. Beck-Bornholdt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Material und Methoden	11
2.1 Abschnitt A: Grundsätzliche Bandbreite an angebotenen Leistungen. 12	
2.2 Abschnitt B: Für Patienten zugängliche Dienstleistungen im Einzelnen	13
2.3 Abschnitt C: Rechtsmedizinisches Zentrum für Gewaltopfer – Differenzierung der untersuchten Opfergruppen.....	14
2.4 Abschnitt D: Rechtsmedizinische und allgemeine medizinische Rahmenbedingungen	14
2.5 Abschnitt E: Strategien der Öffentlichkeitsarbeit	15
2.6 Abschnitt F: Freie Anregungen und Kommentare	15
3. Ergebnisse	16
3.1 Abschnitt A: Allgemeine Resonanz und grundsätzliche Bandbreite an angebotenen Leistungen	16
3.2 Abschnitt B: Für Patienten zugängliche Angebote im Einzelnen.....	21
3.2.1 Öffnungszeiten / Verfügbarkeit.....	21
3.2.2 Auftraggeber der Untersuchungen	22
3.2.3 Leistungsspektrum im einzelnen.....	23
3.3 Abschnitt C: Rechtsmedizinisches Zentrum für Gewaltopfer – Differenzierung der untersuchten Opfergruppen.....	26
3.4 Abschnitt D: Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen.....	27
3.4.1 Finanzierung der rechtsmedizinischen Leistungen.....	27
3.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	28
3.5 Abschnitt E: Strategien der Öffentlichkeitsarbeit	28
3.6 Abschnitt F: Freie Kommentare und Anregungen	29
4. Diskussion	31
5. Anhang – der Fragebogen	38

Abbildungsverzeichnis	48
Tabellenverzeichnis.....	49
Literaturverzeichnis.....	50
Lebenslauf.....	54
Erklärung	55
Danksagung.....	56

1. Einleitung

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf etablierte seit Ende der neunziger Jahre ein Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg (Seifert et al. 2004). In diesem Zusammenhang war es in den Jahren 2004/2005 an einer Health Country Studie im Rahmen des sog. Daphne- Programms beteiligt.

Eines der zentralen Ziele dieses paneuropäischen EU- Projektes „European Violence Prävention in Health Network“ im Rahmen des von der Europäischen Union (General-Direktion Justiz und Inneres, Referat A5, Charta der Grundrechte) unterstützten Daphne Programms, war es, durch Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen rechtsmedizinischen Instituten in unterschiedlichen Ländern eine gemeinsame Basis für die multifaktorielle Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt zu fördern. Dadurch soll die contributive Rolle der Rechtsmedizin im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Gewaltopfern verstärkt und zudem der präventive Einfluss der Rechtsmedizin betont werden. Prozessabläufe sollten anhand der gewonnenen Daten und Verknüpfungen gemeinsam erarbeitet, neue Qualitätsstandards definiert werden. Weiteres Ziel war eine Machbarkeitsstudie, die die Möglichkeit eines einheitlichen Dokumentationsstandards für die rechtsmedizinische Opferuntersuchung prüfen sollte.

Ferner war die bessere und standardisierte europaweite Betreuung von Gewaltopfern Gegenstand der Bemühungen des Daphne Projektes.

Das Hauptaugenmerk des Daphne Projektes lag in der Erhebung von epidemiologischen Daten mittels einer ersten grenzübergreifenden, multizentrischen, mit Gewalt gegen Kinder und Frauen befassten Studie. Ferner soll anhand dieser Datenerhebung und deren Interpretation eine Dialoggrundlage für europäische rechtsmedizinische Institute in Hinblick auf

die Versorgung von Gewaltopfern und Gründung von Partnerschaften durch das Erkennen gemeinsamer Interessen geschaffen werden.

Basierend auf den erhobenen Daten soll zudem eine fundamentale Unterstützung der Gewaltprävention im Gesundheitsnetzwerk etabliert werden, die einen additiven Beitrag zur Entwicklung von europäischen Versorgungsstandards für Gewaltopfer leistet. Dieser Studie lag die Hypothese zugrunde, dass rechtsmedizinische Institute ihren Platz in der interdisziplinären Versorgung von Gewaltopfern innehaben und dass diese Rolle bis dato unterbewertet und Ressourcen nicht suffizient genutzt werden. Die Rechtsmedizin wird in zunehmendem Maße gefordert, eine adäquate Verletzungsdokumentation zu erheben (Franke et al. 2004).

Zwischenmenschliche Gewalt stellt in der heutigen Zeit ein gravierendes Problem dar. In den USA z.B. ist davon auszugehen, dass jede fünfte Frau Opfer von Gewalt wird bzw. wurde (McCauley et al. 1995). Auch in Deutschland wurde häusliche Gewalt als Gesundheitsrisikofaktor erkannt (Bünger et al. 2003) und auf die Notwendigkeit einer multiprofessionellen medizinischen Versorgung hingewiesen (Janke-Hoppe et al. 2002), (Herrmann et al. 2002), (Tutsch-Bauer et al. 1998). Zudem reagieren Ärzte in Notfallambulanzen oft zu passiv bei offensichtlichen Folgen häuslicher Gewalt (Warshaw et al. 1989).

Neben der Erhebung bzw. Diskussion von epidemiologischen Daten und den daraus zu schließenden Folgerungen bezüglich der zu setzenden Standards in der Versorgung von Gewaltopfern basierend auf eigenen Erfahrungen der am Daphne Projekt beteiligten Institute stand eine Situationsanalyse etablierter Handlungspraxis von Rechtsmedizinern in Europa im Mittelpunkt. Diese ist Gegenstand der vorliegenden Dissertation. Für die Situationsanalyse waren folgende Fragen handlungsleitend:

- Ist der gegenwärtige Versorgungsstandard im Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg als repräsentativ für die

momentane Situation von rechtsmedizinischen Instituten innerhalb der Europäischen Union zu betrachten?

- Sind rechtsmedizinische Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Patientenevaluation und deren Versorgung als Schnittstellen innerhalb der Gewaltopferbetreuung im Gesundheitssektor zu definieren, von der zusätzliche konsiliarische Angebote für Gewaltopfer ausgehen, die von anderen Einrichtungen wahrgenommen werden können?
- In wie weit wird die rechtsmedizinische Versorgung von Gewaltopfern von nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen beeinflusst?
- Existieren spezifische Muster von rechtsmedizinischen Handlungsabläufen im Vergleich zwischen alten (sog. EU-15-Staaten), neu hinzugekommenen seit 2004 und Nicht-EU Staaten?

Die vorliegende Dissertation konzentriert sich auf diese Situationsanalyse, die im Rahmen des angesprochenen Daphne Projektes als Pilotstudie konzipiert war.

Um einen Überblick über die aktuelle Situation der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt zu gewinnen, wurde von der Daphne Projektgruppe ein Fragebogen entworfen und an die Direktoren zahlreicher rechtsmedizinischer Institute gesandt. Die Erwartungen der Projektgruppe bestand darin, dass wichtige neue Erkenntnisse für europäische Gewaltpräventionsprogramme geliefert werden und dass die Studie helfen würde, regionale Partnerschaften unter Einbezug von rechtsmedizinischen Kompetenzen und Erfahrungen zu schaffen (Phinney 2002). Des Weiteren sollte es im Fortlauf ermöglicht werden, die Interaktionsschwelle zwischen Rechtsmedizinern und Klinikärzten bzw. sonstigen kommunalen und freien Einrichtungen in der Versorgung von Gewaltopfern zu senken. In Hamburg wurde die klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung von Opfern zwischenmenschlicher

Gewalt 1998 als niederschwelliges Angebot ins Leben gerufen (Seifert et al. 2004). Alle Opfer von Gewalt werden hier auf eigenen Wunsch, unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei, im Institut für Rechtsmedizin, für die Opfer kostenlos, untersucht. Gegenstand der Untersuchung ist die Dokumentation von Verletzungen, Sicherung von Spuren und die Erstellung von rechtsmedizinischen, gerichtsverwertbaren Gutachten. Ferner wurden dabei im interdisziplinären Verbund mit anderen Abteilungen des Universitätsklinikums Konzepte für spezifische Opfergruppen entwickelt. Das Projekt wurde im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit begleitet (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2000). So wurden z.B. Fortbildungsveranstaltungen für die Polizei und Mitarbeiter der chirurgischen Ambulanzen der großen Hamburger Krankenhäuser durchgeführt.

Eine amerikanische Studie beispielsweise konnte zeigen, dass bereits drei kurze, standardisierte Fragen Klinikern das Erkennen von versteckter häuslicher Gewalt deutlich erleichtern konnte (Feldhaus et al. 1997). Eine weitere amerikanische Studie wies daraufhin, dass Patienten durchaus überzeugt sind, dass geschulte Ärzte in Ambulanzen in der Lage seien, die Folgen häuslicher Gewalt zu behandeln (Friedman et al. 1992), wohingegen Ärzte in Notfallambulanzen ihrerseits auf die Notwendigkeit hinwiesen, standardisierte Fragen und Behandlungskonzepte in Bezug auf die Versorgung von Gewaltopfern zu etablieren (Gerbert et al. 1999).

Um die geschädigten Personen direkt zu erreichen, wurden Flyer entworfen, die an den Hamburger Polizeiwachen und in Notfallambulanzen ausgelegt und über die Kassenärztliche Vereinigung an niedergelassene Kollegen verteilt wurden. Die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle bietet ein auch an Sonn- und Feiertagen bestehendes 24-Stunden-Konzept an. Die Untersuchung und Begutachtung der

Verletzung sowie die Fotodokumentation und Sicherung von biologischen Spuren sind für die Patienten kostenlos. Bei sexuellen Übergriffen ist eine Beratung bzgl. des Infektionsrisikos von sexuell übertragbaren Krankheiten wie z.B. HIV und Hepatitiden obligat. Nach Rücksprache mit Mitarbeitern des Instituts für Mikrobiologie wird, falls notwendig, die Indikation für eine HIV-Prophylaxe und Aktiv-/Passiv -Impfung gegen Hepatitis B gestellt sowie im Klinikum verabreicht. Seit 2003 gibt es zudem das Angebot einer psychologischen Krisenintervention und Beratung im Anschluss an die Untersuchung oder zu einem späteren Zeitpunkt. In Fällen ohne polizeilichen Auftrag, in denen der Patient initial keine Strafanzeige erstatten möchte, liegt es allein in seiner Entscheidung, was mit dem rechtsmedizinischen Gutachten und den gesicherten Spuren geschieht. Die Zahl der untersuchten Opfer zwischenmenschlicher Gewalt hat seit dem Zeitpunkt des Beginns der Untersuchungen einen stetigen Zuwachs von ursprünglich 46 im Jahre 1999 auf 1150 im Jahre 2007 verzeichnet. Dieser permanente Anstieg zeigt zum einen den bestehenden Bedarf von rechtsmedizinischen Untersuchungsambulanzen wie auch die steigende Bereitschaft der Bevölkerung, das Angebot einer rechtsmedizinischen Beratung bzw. Untersuchung in Anspruch zu nehmen.

Gewalt insbesondere gegen Frauen wird zunehmend als Risikofaktor im Rahmen der physischen wie psychischen Gesundheit erkannt (Krantz et al. 2005). Interaktionen mit Gewaltopfern, vor allem wenn sie sich direkt auf den Vorfall beziehen und in der ersten Zeit danach stattfinden, müssen verständnisvoll und transparent sein und dem Opfer eine größtmögliche Handlungskontrolle und –spielraum ermöglichen (Fischer et al. 1998). Adäquate Hilfe für Frauen, die misshandelt wurden, ist nur möglich, wenn Gewalt als Ursache von Problemen erkannt wird. Frauen geben nur in seltenen Fällen Gewalterfahrungen als Ursache ihrer Gesundheitsprobleme an, weil sie sich schämen oder Angst haben vor

dem Öffentlichwerden ihrer Situation. Trotzdem geben sie verdeckt oder offen eine Reihe von Hinweisen auf Gewalterfahrungen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002).

Es liegt auf der Hand, dass die institutionelle Anwendung von forensischer Dokumentation und Beurteilung international unterschiedlich geregelt ist. In den Vereinigten Staaten von Amerika z.B. werden klinisch-forensische Untersuchungen nicht von einem hauptamtlichen Rechtsmediziner durchgeführt, sondern in der Regel von einem speziell geschulten Arzt der chirurgischen Notaufnahme (Campbell et al. 2001).

Aber auch in Europa gibt es verschiedene Lösungen, so dass eine der Hauptfragen des Projektes das Ausmaß der Einbindung der Rechtsmedizin in der Arbeit mit lebenden Gewaltopfern im europäischen Vergleich war, da die ausschließliche Einbindung von allgemeinen Ambulanzärzten bei der Identifizierung von z.B. häuslicher Gewalt als insuffizient angesehen wird (Gerbert et al. 1999) und ebenfalls auch kontinentübergreifend in den USA seit Jahren ein bekanntes Problem darstellt (Randell et al. 1990), (Alpert et al. 1995).

Ferner sollte festgestellt werden, mit welchen Mitteln das konkrete Angebot einer Opferuntersuchung zur Verletzungsdokumentation durch Rechtsmediziner in den einzelnen Ländern bekannt gemacht wird (Graß et al. 2004).

2. Material und Methoden

Es wurde ein Fragebogen von der Projektarbeitsgruppe entworfen, der die Aufgabe hatte, die Rolle der Rechtsmedizin in der Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt darzustellen und zu evaluieren. Die Projektgruppe erachtete es als wichtig, im Besonderen den aktuellen Stand der Versorgung von Frauen und Kindern /Jugendlichen im Besonderen zu untersuchen. In Zusammenarbeit mit der Abteilung zur Verhütung von Gewalt und Verletzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entstand der Fragebogen. Die Verbreitung des Fragebogens orientierte sich maßgeblich an der Zielgruppe rechtsmedizinischer, forensischer Einrichtungen, die in erster Linie an universitäre Strukturen angegliedert sind. Die Konzeption des Fragebogens war nicht auf jene Länder bezogen, die anstelle von rechtsmedizinischen Institutionen andere alternativ beauftragte Autoritäten bei forensisch relevanten Thematiken zu Rate ziehen oder Länder, wie z.B. im Angloamerikanischen Raum, wo das Leichenbeschauersystem das verbindende Glied zwischen rechtsmedizinischen und rechtsausführenden Institutionen darstellt. Das Bestreben war, zahlreiche Institute europaweit zu erfassen und deren Teilnahme an dieser Studie zu ermöglichen. Um eine repräsentative Auswahl zu erreichen, wurden die angeschriebenen Institute anhand des Europäischen Verzeichnisses der Rechtsmedizinisch-Forensischen Institute, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, ermittelt.

In dem ersten Durchgang wurde der Fragebogen im Sommer 2004 via E-Mail an die Direktoren von 203 Rechtsmedizinischen Instituten adressiert, sofern eine gültige E-Mail Adresse zu recherchieren war. Da der Rücklauf im ersten Durchgang sich nicht als zufriedenstellend darstellte, wurden nach Ablauf der Rücksendefrist erneut via Post bzw. Fax die Institute angeschrieben, die sich bisher noch nicht an der Studie beteiligt hatten. Des Weiteren wurde

versucht, bei den nicht teilnehmenden Instituten telefonisch zu hinterfragen, warum es bisher nicht zu einem Beantworten des Fragebogens gekommen war, insbesondere ob eventuell Verständnisschwierigkeiten von Studienziel oder einzelnen Fragekomplexen zu Grunde liegen. Entsprechend schloss sich der ggf. eine telefonische Beratung an.

Diese Studie schließt Institute von Staaten ein, die als traditionelle EU Staaten (Beitritt vor 2003, sog. EU-15-Staaten), neue EU Staaten (Beitritt nach 2003) und als Nicht EU Staaten (Stand 2003/2004) kategorisiert werden können. Aus folgenden Ländern nahm trotz intensiver Bemühung kein Institut für Rechtsmedizin teil: Albanien, Niederlande, Türkei, Malta und Litauen.

Der Fragebogen beinhaltet kombinierte Fragen, die sowohl multiple choice- wie auch frei kommentierte Antwortmöglichkeiten zulassen.

Er besteht im Wesentlichen aus den fünf folgenden Abschnitten (siehe auch Anhang):

2.1 Abschnitt A: Grundsätzliche Bandbreite an angebotenen Leistungen

Die erste Frage bezieht sich auf die Möglichkeit, ob Gewaltopfer überhaupt im jeweiligen Rechtsmedizinischen Institut oder von dessen Mitarbeitern an einem anderen geeigneten Ort untersucht werden. Ferner zielt dieser Teil darauf ab, zu erfahren, wo genau die Untersuchungen stattfinden:

- innerhalb des eigenen Institutes
- außerhalb des Institutes
- in anderen medizinischen, angegliederten Abteilungen der jeweiligen Klinik
- in anderen Krankenhäusern ohne universitärem Hintergrund

- bei anderen Akteuren / Kriseninterventionszentren wie z. B. Frauenhäusern oder auf Polizeiwachen

2.2 Abschnitt B: Für Patienten zugängliche Dienstleistungen im Einzelnen

Neben den üblicherweise angebotenen Dienstleistungen wie Sicherung von Beweismitteln und der Dokumentation von Verletzungen wird in diesem Abschnitt hinterfragt, welcher Service den Patienten zudem angeboten wird:

- Die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung
- Die Kontaktherstellung zu anderen Institutionen, wie z. B. Opferhilfen
- Das Anbieten einer psychologischen Betreuung bzw. einer Krisenintervention

Ferner beinhaltet dieser Abschnitt auch Fragen bezüglich des möglichen Zeitrahmens, in dem Opfer eine rechtsmedizinische Beratung bzw. Untersuchung in Anspruch nehmen können und wie die Sicherheitsstandards in den einzelnen Untersuchungsstellen definiert sind.

Von Interesse war weiterhin zu erfahren, wie hoch die „Hürde“ für Gewaltopfer ist, rechtsmedizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Besteht die Möglichkeit bzw. das Angebot für Gewaltopfer, eine rechtsmedizinische Beratungsstelle unabhängig von juristischen Verfahren in Anspruch zu nehmen oder setzt dies eine Anzeige und nachfolgende Beauftragung durch die Auftrag der Polizei und /oder durch andere offizielle Institutionen voraus?

2.3 Abschnitt C: **Rechtsmedizinisches Zentrum für Gewaltopfer – Differenzierung der untersuchten Opfergruppen**

An dieser Stelle werden Informationen bezüglich des Opferklientels wie auch des Spektrums an untersuchten Gewaltformen gewonnen. Es wird erfragt, hinsichtlich welcher Formen von Gewalt Opfer in rechtsmedizinischen Institutionen evaluiert werden. Sind die Institutionen neben dem Aspekt physischer oder sexualisierter Gewalt auch auf Dokumentation, Versorgung und Beratung psychischer Gewalt wie z. B. Stalking eingestellt?

2.4 Abschnitt D: **Rechtsmedizinische und allgemeine medizinische Rahmenbedingungen**

Gegenstand dieses Abschnittes ist die Frage nach der Finanzierung der rechtsmedizinischen Leistungen. So wurde z.B. versucht in Erfahrung zu bringen, ob es mögliche Versicherungssysteme gibt, die dieses Feld abdecken. Ein anderer zu untersuchender Aspekt war das Ausmaß an gesetzlicher Limitierung bzw. Vorgaben bei rechtsmedizinischen Untersuchungen:

Ist es z.B. Rechtsmedizinern in einigen Ländern gesetzlich untersagt, Gewaltopfer ohne offiziellen Auftrag zu untersuchen?

In Fällen, in denen Opfer selbständig eine rechtsmedizinische Beratung in Anspruch nehmen:

Sind die konsultierten Rechtsmediziner gesetzlich verpflichtet, die gewonnenen Ergebnisse der Polizei und/ oder anderen offiziellen Institutionen zu melden?

2.5 Abschnitt E: Strategien der Öffentlichkeitsarbeit

Die Studienteilnehmer wurden gebeten, die Öffentlichkeitsarbeit zu schildern, mit denen das jeweilige rechtsmedizinische Angebot der Bevölkerung bewusst und zugänglich gemacht wird. Im Fragebogen vorgeschlagene Antwortmöglichkeiten beinhalteten z.B. Websites, Informationsblätter, Newsletter von Gesundheitsinstitutionen etc.

2.6 Abschnitt F: Freie Anregungen und Kommentare

An dieser Stelle wurde den teilnehmenden Instituten die Möglichkeit gegeben, abseits von den multiple choice Fragen des Surveys Ergänzungen beizufügen, die ihrer Meinung nach im Kontext von Relevanz waren.

Die Projektdurchführung sah vor, dass mittels einer Datenbank (Excel-basiert) der Rücklauf der Erhebungsbögen kontrolliert wurde. Bei Überschreitung der definierten Rücksendefrist wurden schriftliche und /oder telefonische Versuche gestartet, alternative Ansprechpartner in den angeschriebenen Institutionen ausfindig zu machen. Insgesamt wurden bis zu drei Kontaktversuche unternommen, wenn aus einer Institution kein Rücklauf, oder auch keine Nicht-Teilnahme-Erklärung, zu verzeichnen war.

Die Rücklauf-Erhebungsbögen wurden auf Plausibilität hin kontrolliert und die Antworten einschließlich freier Kommentare in einer MS-Access Datenbank erfasst. Die statistisch deskriptive Auswertung erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS 10.0.

3. Ergebnisse

Vorbemerkung:

Da der Fragebogen nicht zwischen den geschlechtsspezifischen, verschiedenen rechtsmedizinischen Untersuchungsmethoden differenziert, werden sowohl Frauen, Jugendliche und Kinder wie auch Männer unter dem Begriff „Gewaltopfer“ zusammengefasst.

3.1 Abschnitt A:

Allgemeine Resonanz und grundsätzliche Bandbreite an angebotenen Leistungen

Der Fragebogen wurde an 203 Institute für Rechtsmedizin in 26 Länder verschickt. Die 26 Länder gliedern sich in 15 traditionelle EU-Mitgliedsstaaten, von denen sich Institute aus Frankreich, Deutschland, Österreich, Belgien, Dänemark, Spanien, Griechenland, Italien, Portugal, Schweden und aus dem Vereinigten Königreich an der Studie beteiligten. Institute aus Finnland, Luxemburg Irland und den Niederlanden waren trotz mehrfacher Anfrage nicht zu einer Teilnahme zu bewegen. Von den „neuen“ EU-Mitgliedsstaaten (Stand 2004) waren Institute aus Estland, Ungarn, Polen, Tschechische Republik und der Slowakei an einer Mitarbeit im Rahmen dieses Projektes interessiert und sendeten Fragebögen zurück. Aus dieser Gruppe erfolgte keine Beteiligung aus Slowenien. Als „Nicht“ EU-Mitgliedsstaaten (Stand 2004) konnten rechtsmedizinische Institute aus der Schweiz, Kroatien, Rumänien, Serbien-Montenegro und Norwegen für eine Teilnahme an dieser Studie gewonnen werden. Aus Russland wurde keine Antwort vermerkt. Von den initial 203 angeschriebenen Instituten beteiligten sich 91, welches einer Antwortrate von 44,8% entspricht.

Befragung Europäischer Institute (n= 203)

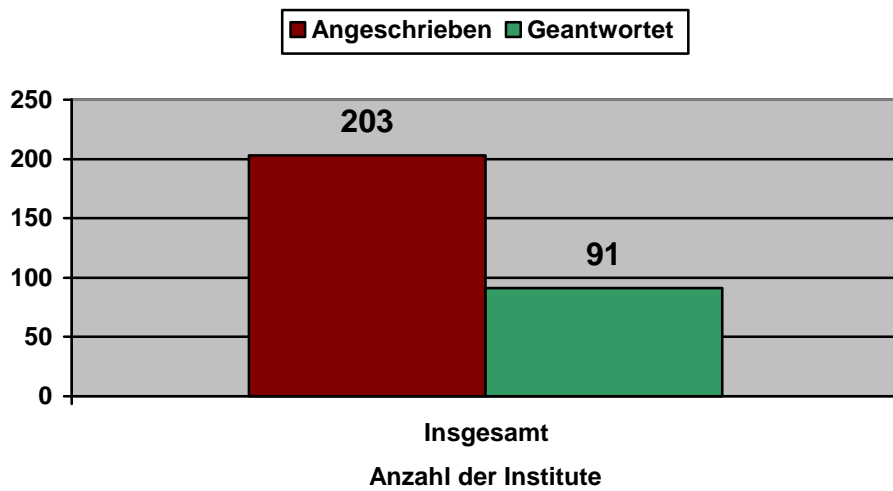


Abbildung 1 – Anzahl der angeschriebenen Institute

Befragung nach Ländern (n=26)

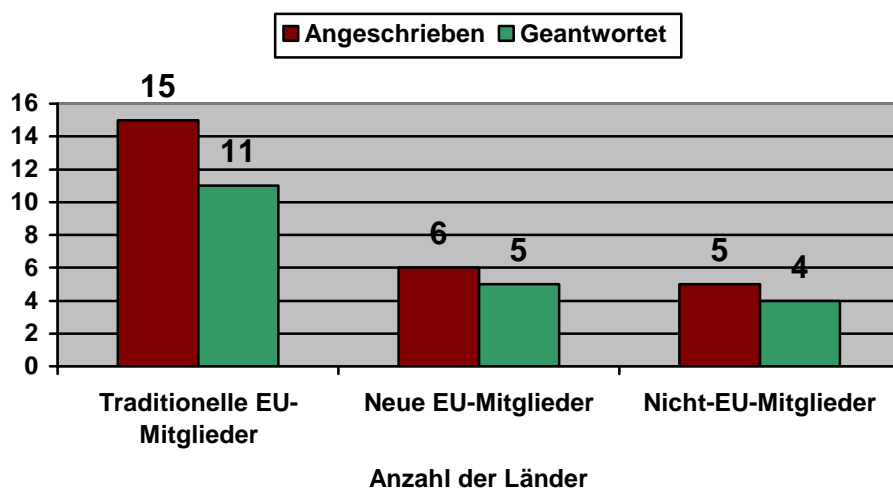


Abbildung 2 – Angeschriebene Länder nach Gruppen

Keine Antworten kamen aus:

- Finnland
- Luxemburg

- Irland
- Slowenien
- Russland
- Niederlande

Aus folgenden 11 traditionellen EU-Mitgliedsstaaten antworteten jeweils mindestens ein Institut für Rechtsmedizin (Antwortrate: 11 von 15 Ländern, insgesamt 46% aller angeschriebenen Teilnehmer):

Land	Angeschriebene Institute (n = 123)	Zahl der Antworten	%
Frankreich	14	12	86
Deutschland	36	27	75
Österreich	5	3	60
Belgien	7	2	29
Dänemark (DK)	3	2	67
Spanien (ES)	7	1	14
Griechenland (GR)	3	2	67
Italien (IT)	30	8	27
Portugal (PT)	4	2	50
Schweden (SW)	7	4	57
Vereinigtes Königreich (UK)	7	2	29

Tabelle 1 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (trad. EU-Staaten)

Aus folgenden, neuen EU-Mitgliedsstaaten kamen Antworten:
 (Antwortrate: 5 von 6 Ländern, 36% der angeschriebenen
 rechtsmedizinischen Institute)

Land	Angeschriebene Institute (n =45)	Zahl der Antworten	%
Tschechische Republik (CZ)	10	3	33
Estland (EST)	2	1	50
Ungarn (HUN)	9	2	22
Polen (POL)	13	4	31
Slowakei (SK)	11	5	45

Tabelle 2 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (neue EU-Staaten)

Von den Nicht-EU-Mitgliedsstaaten kamen aus folgenden Ländern
 Antworten (Antwortrate: 5 von 6 Ländern, 58% der angeschriebenen
 rechtsmedizinischen Institute):

Land	Angeschriebene Institute (n =19)	Zahl der Antworten	%
Schweiz (CH)	7	4	57
Kroatien (CR)	2	1	50
Rumänien (RO)	7	4	57
Serbien Montenegro (SM)	1	1	100
Norwegen (NOR)	2	1	50

Tabelle 3 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (nicht-EU-Staaten)

96% der teilnehmenden Institute (n=87) berichteten, dass sie überlebende Opfer zwischenmenschlicher Gewalt untersuchen würden. Keine solchen Untersuchungen werden von Instituten aus folgenden Städten angeboten:

- Prag (CZ)
- Ferrara (IT)
- Breslau (SK)
- Glasgow (UK)

Sowohl in Frankreich wie auch in Deutschland gaben die teilnehmenden Institute zu 100% an, in diesem Bereich tätig zu sein.

Zur Frage, ob Untersuchungen auch außerhalb der eigenen Institution möglich seien gab es folgende Auskünfte:

Von den 87 untersuchenden Instituten finden bei 83 (95%) die Untersuchungen in eigenen Räumlichkeiten statt (trad. EU 95%, neue EU 100%, Nicht EU 90%).

84 (92%) aller Institute, aus denen Antworten kamen, sind in der Lage, externe Serviceleistungen außerhalb des jeweiligen Institutes zu gewährleisten (trad. EU 95,3%, neue EU 92,3%, Nicht EU 72,7%).

In einem Institut werden Untersuchungen nur konsiliarisch außerhalb der eigenen Institution angeboten.

3.2 Abschnitt B: Für Patienten zugängliche Angebote im Einzelnen

3.2.1 Öffnungszeiten /Verfügbarkeit

63 (72,4 %) Institute ermöglichen einen 24-Stunden-Service für Untersuchungen und Beratungen mit oder ohne vorher vereinbarten Termin (trad. EU n=51 (81 %), neue EU n=3 (23,1 %), Nicht EU n= 9 (81,8 %)).

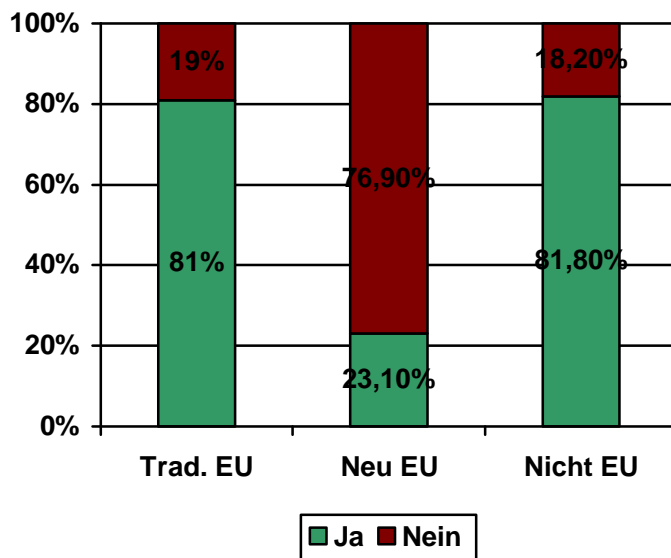


Abbildung 3 – Verfügbarkeit eines 24-h-Angebotes

Ein zeitlich beschränktes Untersuchungsangebot auch ohne vorherige Terminvergabe wird gemäß Datenlage von 38 Instituten (43,7 %) ermöglicht (trad. EU n=25 (39,7 %), neue EU n= 7 (53,8 %), Nicht EU n= 6 (54,5 %)). Die daraus resultierende Unstimmigkeit in Hinblick auf die Gesamtanzahl der untersuchenden Institute lässt die Vermutung zu, dass es innerhalb der betreffenden Institute keine einheitliche Regelung bzgl. des zeitlichen Zuganges zum Untersuchungsangebot gibt.

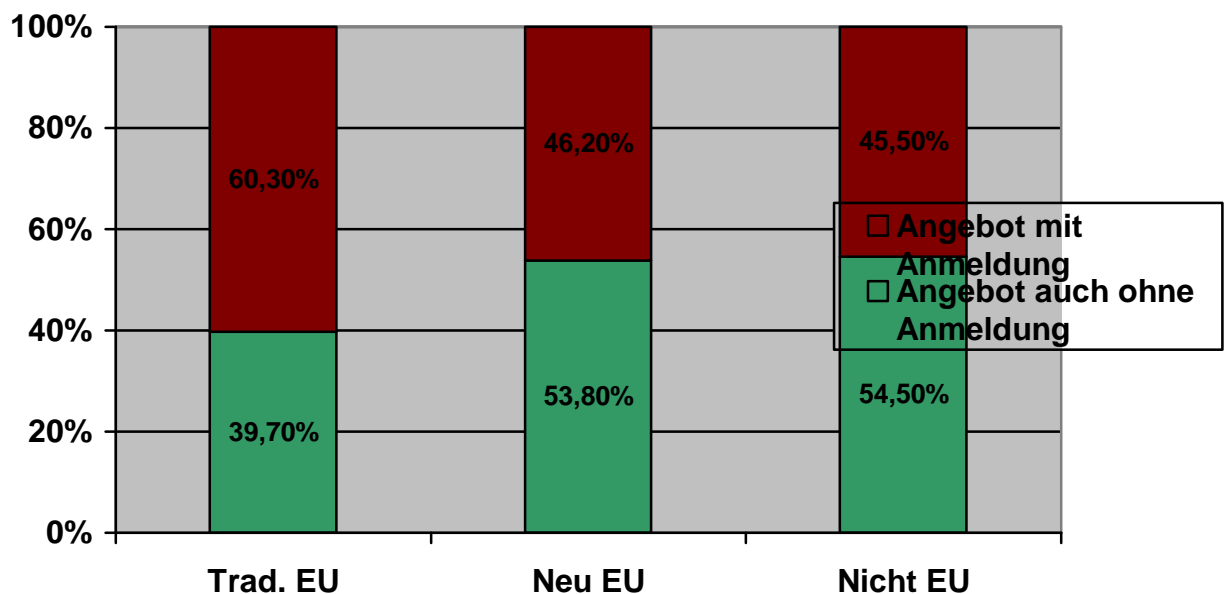


Abbildung 4 – Zeitlich beschränktes Angebot auch ohne Anmeldung?

3.2.2 Auftraggeber der Untersuchungen

Neben den Institutionen Polizei / Staatsanwaltschaft können rechtsmedizinische Untersuchungen von folgenden Einrichtungen in Auftrag gegeben werden:

- Zivilgerichte (61 Institute, 71,8%) – in Nicht-EU-Staaten nur 45,5%
- Familiengerichte (49 Institute, 58,3%) – nicht existent in Nicht-EU-Staaten
- andere Autoritäten, die für den Schutz von Jugendlichen und Kindern verantwortlich sind (Jugendwohlfahrtsorganisationen, Sozialdienste, Opferberatungszentren, Lehrer) (64 Institute, 75,3%) – traditionelle EU 77%, Neue EU 53,8%, Nicht EU 90,9%.

3.2.3 Leistungsspektrum im einzelnen

Neben dem Serviceangebot, welches grundsätzlich in jedem rechtsmedizinischen Institut angeboten wird, wie Dokumentation von Verletzungsmustern, rechtsmedizinischen Beratungsgesprächen, Probenanalyse und -asservierung, war es von besonderem Interesse zu erfahren, bis zu welchem Ausmaß zusätzliche Dienstleistungen, die in der Regel nicht in das alltägliche Leistungsspektrum gehören, Opfern von zwischenmenschlicher Gewalt zugänglich sind.

19 der an der Studie teilnehmenden Institute gaben an, eine kompetente psychologische Betreuung für Gewaltopfer anzubieten (21,1%). Dies setzt sich wie folgt zusammen:

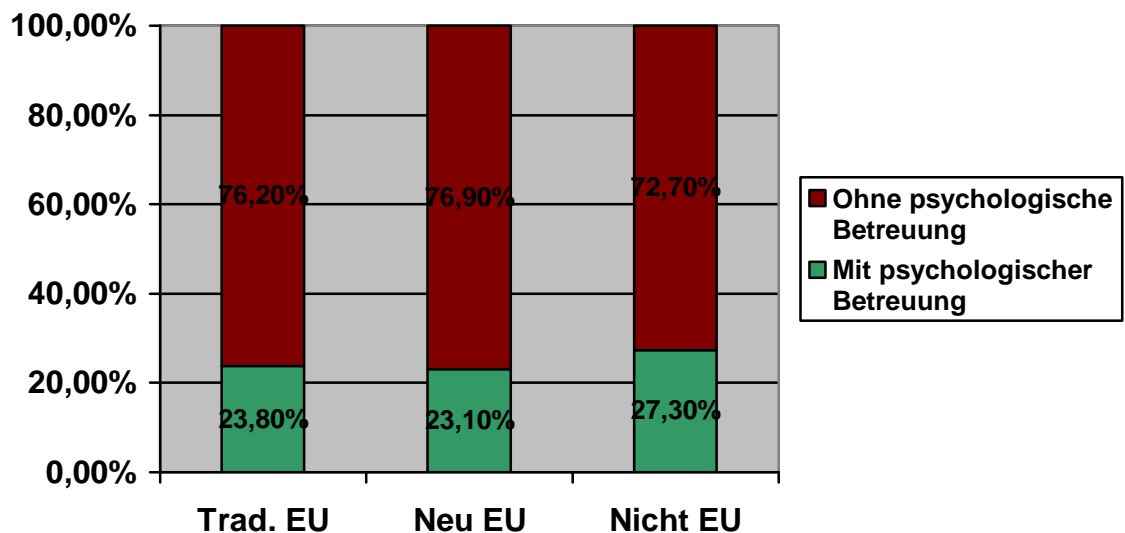


Abbildung 5 – Angebot einer psychologischen Betreuung

33 (37,9%) der Institute berichteten, dass die Möglichkeit bestünde, Gewaltopfer konsiliarisch in anderen Institutionen, die in die medizinische

Versorgung von Patienten involviert sind, vorzustellen (trad. EU n=27 (42,9%), neue EU n= 4 (30,8%), Nicht EU n=2 (18,2 %)).

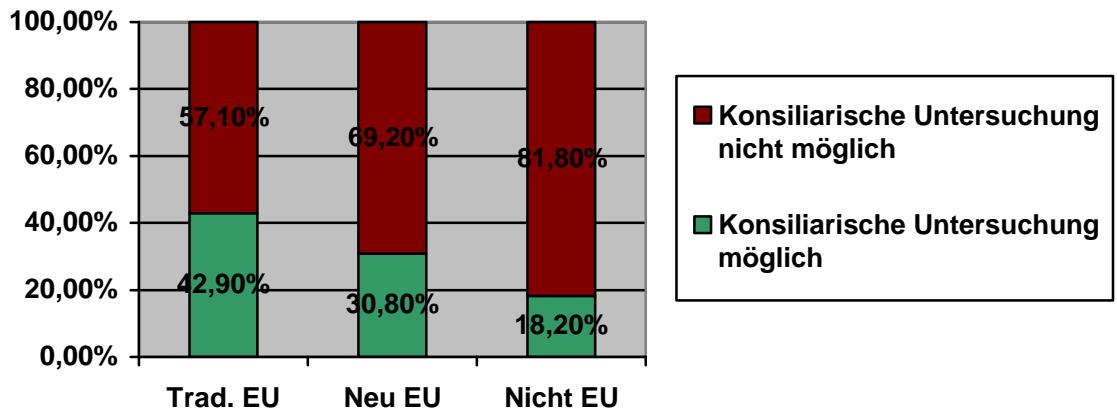


Abbildung 6 – Angebot konsiliarischer Untersuchungen

Aus 70% der zurückgesendeten Fragebögen ging hervor, dass die Institute Gewaltopfer im Anschluss an die rechtsmedizinische Beratung und Untersuchung an weiterbetreuende soziale Einrichtungen weiterleiten (trad. EU n=26 (83,9%), neue EU n=1 (33,3%), Nicht EU n=1 (16,7 %)).

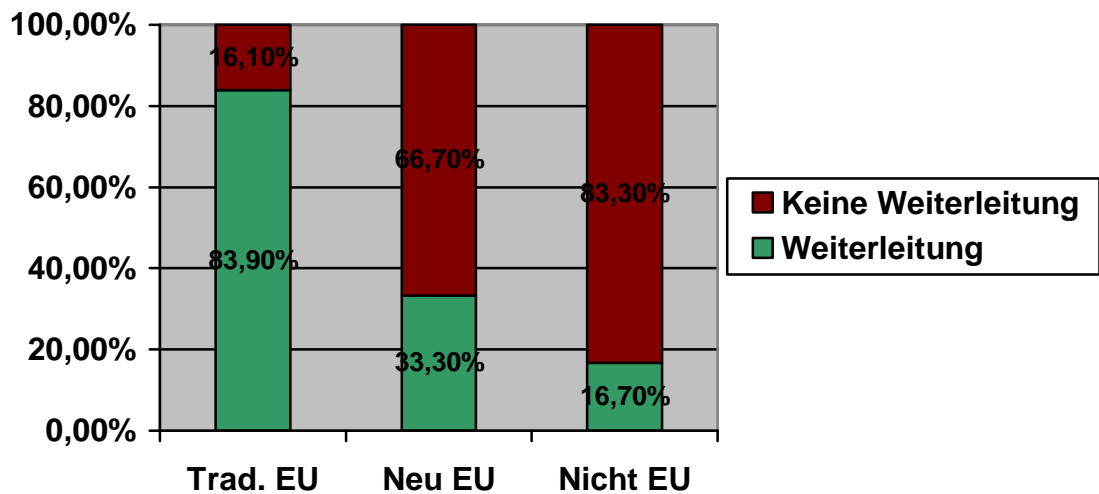


Abbildung 7 – Weiterleitung an soziale Beratungseinrichtungen

Speziell auf die Weiterleitung in Frauenhäuser angesprochen, gaben 67,5% an, misshandelte Frauen auf die Möglichkeit des Aufsuchens eines Frauenhauses zu verweisen (trad. EU n=21 (67,7%), neue EU n=2 (66,7%), nicht EU n=4 (66,7%)).

39 antwortende Institute und damit mit 44,8% annähernd die Hälfte gaben an, dass es möglich sei, dem zu Untersuchenden umgehend ein rechtsmedizinisches Kurzgutachten bzw. einen Befund im Anschluss an die Untersuchung auszuhändigen.

Von den 73 Instituten (65,5%), die eine Versorgung von Opfern sexueller Gewalt in ihrem Leistungsspektrum aufweisen (s.u.), bieten lediglich 11 (15,1%) den zu Untersuchenden Screening-Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten an:

- Trad. EU n=9 (14%)
- Neue EU n=1 (7%)
- Nicht EU n=1 (9%)

Die Möglichkeit einer Postexpositionsprophylaxe in Hinblick auf sexuell übertragbare Krankheiten wird nur von 7 (9,6%) der Institute erwähnt .

- Trad. EU n=6 (9%)
- Neue EU n=1 (7%)
- Nicht EU n=0

Die Testung einer fraglichen Schwangerschaft wird von 17 aller befragten Institute (23,3%) (trad. EU n=13 (22,8%), neue EU n=3 (37,5%) bejaht, Nicht EU n=1 (11,1%) und die Beratung bezüglich eines Schwangerschaftsabbruches von 8 Institutionen (11%) (trad. EU n=7 (12,3%), neue EU n=1 (12,5%), Nicht EU n=0 angeboten.

Angebote für Opfer	n=	Prozent
Untersuchung auf sexuell übertragbare Krankheiten (sexual transmitted diseases = STD)	11	15,1%
Prophylaxe für STD	7	9,6%
Schwangerschaftstests	17	23,3%
Schwangerschaftsabbruchberatung	8	11,0%

Tabelle 4 – Angebote für Opfer sexualisierter Gewalt

3.3 Abschnitt C: **Rechtsmedizinisches Zentrum für Gewaltopfer – Differenzierung der untersuchten Opfergruppen**

12 (14%) aller Responder bieten Opferuntersuchungen hinsichtlich aller drei vorherrschenden Gewaltarten (physische, sexuell motivierte und

psychologische Gewalt) an (trad. EU n=9 (14,5%), neue EU n=1 (7,7%), Nicht EU n=2 (18,2%)).

65 der Institute (72,1%) bieten ausschließlich Untersuchungen und Beratungen im Bereich von physisch und sexuell motivierten Gewaltdelikten an. 12 Institute (14%) bieten nur Service für Opfer körperlicher Gewalt, sind jedoch nicht für Opfer sexueller Gewalt zuständig.

An dieser Stelle zeigt sich wiederholt gemäß Datenauswertung eine unstimmige Gesamtinstitutszahl. Trotz intensiver Recherche war eine einheitliche Ergebnislage nicht zu erreichen, sodass widersprüchliche Aussagen der Teilnehmer zur Kenntnis genommen werden mussten.

3.4 Abschnitt D: Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen

3.4.1 Finanzierung der rechtsmedizinischen Leistungen

Sämtliche bestehende Versicherungssysteme (allgemeine oder private Krankenversicherungen und Sozialkassen) übernehmen unter Umständen die bei einer rechtsmedizinischen Untersuchung anfallenden Kosten in Frankreich, Ungarn, Norwegen, Schweiz, Griechenland, Italien und Portugal. Das entspricht mit 21 von 91 Instituten 24% der Responder bzw. 4 der 11 EU-15-Staaten, sowie 7 aller 21 Länder aus denen Antworten vorlagen.

79 (91,9%) der Institute gaben an, dass die rechtsmedizinischen Leistungen aus Budgets der beauftragenden Organe der Rechtssprechung bzw. von Hilfsorganen des Rechtssystems bezahlt würden (trad. EU n=56 (90,3%), neue EU n=13 (100%), Nicht EU n=10 (90,9%)).

38 (44,2%) der Institute berichteten, dass teilweise Krankenhäuser bzw. die der rechtsmedizinischen Abteilungen angegliederten Universitäten die Untersuchungen finanzieren (alte EU n=31 (50%), neue EU n=2 (15,4%), Nicht EU n=5 (45,5 %)).

31 Institute (36%) gaben an, dass das Gewaltopfer als Auftraggeber der Untersuchung die Möglichkeit hat, für die rechtsmedizinischen Leistungen aufzukommen (trad. EU n=19 (30,6%), neue EU n=7 (53,8 %), Nicht EU n=5 (45,5 %)).

3.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Opfer können unabhängig von der Justiz bzw. den rechtsausführenden Organen eine rechtsmedizinische Beratung bzw. Untersuchung bei 61 (67%) der an der Studie teilnehmenden Institute in Auftrag geben (trad. EU n=41 (65,1%), neue EU n=11(76,9%), Nicht EU n=9 (81,8 %)).

32 (36,8%) der befragten Institute gaben an, dass in der Praxis das vermeintliche Gewaltopfer zuerst die Polizei benachrichtigen müsse, bevor eine rechtsmedizinische Untersuchung erfolgen könne (trad. EU n=25 (39,7%), neue EU n=5 (38,5%), Nicht EU n=2 (18,2 %)). Bei Betrachtung der Gesamtsumme fällt ein Widerspruch ins Auge, der bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden muss. Mehrere Institute äußerten sich hier in den zugrundeliegenden Fragekomplexen widersprüchlich.

3.5 Abschnitt E: Strategien der Öffentlichkeitsarbeit

Von den involvierten rechtsmedizinischen Instituten berichteten 24 (26,7%), dass Informationsmöglichkeiten für die Öffentlichkeit durch eine eigens kreierte Website geschaffen wurden. 21 (23,3%) gaben an,

Informationsmaterial bezüglich der Opferuntersuchungen und entsprechender Maßnahmen in gedruckter Form bereitzustellen. 29 (31,4%) verweisen mit eigener Information auf regionale Frauenhäuser, 23 (25,6%) auf spezielle Vergewaltigungs- bzw. Kriseninterventionszentren zur Information.

36 (39,5%) verweisen darauf, dass Informationen durch örtliche Rechtsberatungen stattfinden. 9 (10,5%) weisen auf angegliederte Gesundheitsdienste hin, die Gewaltopfer auf die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Dokumentation und Befunderhebung aufmerksam machen und so über diese Bereiche informieren.

3.6 Abschnitt F: Freie Kommentare und Anregungen

Lediglich 12 Responder aus Schweden n=2, Rumänien n=2, Polen n=1, Norwegen n=1, Griechenland n=1, Frankreich n=1, Spanien n=1 und Deutschland n=3 nutzten die Möglichkeit, freie Kommentare und Anregungen zu äußern.

Mehrheitlich ist der Wunsch nach einem europäischen, standardisierten Procedere hinsichtlich der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt zu vernehmen. Ferner bedeute die Tatsache, dass die Finanzierung von rechtsmedizinischer Dienstleistung auf diesem Gebiet in vielen Fällen ungeklärt sei bzw. keine langfristigen Planungsmöglichkeiten bestünden, dass eine suffiziente rechtsmedizinische Betreuung in diversen Instituten Optimierungspotential aufweise ?

Das Rechtsmedizinische Institut in Bergen, Norwegen, wies auf ein weiteres Problem hin. Dort würden die rechtsmedizinischen Kapazitäten nur ungenügend genutzt, da die Polizei, wahrscheinlich aufgrund eines bestehenden Informationsmangels, viele Gewaltopfer statt zur

rechtsmedizinischen Untersuchung zu niedergelassenen Ärzten schicke, die auf diesem Gebiet nicht über entsprechende Fortbildungen verfügten.

Ein rechtsmedizinisches Institut in Frankreich berichtete ferner, dass aufgrund von personellen Engpässen die Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt nicht suffizient durchführbar sei.

Ein deutsches Institut für Rechtsmedizin wies unter anderem darauf hin, dass bereits ein funktionelles, lokales Netzwerk bzgl. der Gewaltopferversorgung bestünde und dass sie selbst ein vollwertiger Partner in diesem Verbund seien.

4. Diskussion

Die große Mehrzahl der Rechtsmedizinischen Institute Europas ist in der Lage, mindestens eine Basisversorgung von Gewaltopfern bestehend aus qualifizierter Untersuchung, Beweismittelsammlung und deren Sicherung sowie das Anfertigen einer gerichtsverwertbaren Expertise anzubieten.

96 % der Responder bieten rechtsmedizinische Untersuchungen an. Beweisen läßt sich die Repräsentativität dieser Aussage nicht. Es ist davon auszugehen, dass die Rate der Institute ohne jedes Angebot bei den Non-Respondern deutlich höher liegt. Es ist jedoch nicht zu vermuten, dass es innerhalb eines Landes sehr verschiedene prinzipielle Rollenauffassungen gibt. Deshalb darf man postulieren, dass tatsächlich die weitaus meisten Institute in Europa lebende Gewaltopfer untersuchen.

In Hinblick auf die Qualifikation von Rechtsmedizinern gilt es als sicher anzunehmen, dass sie in Belangen der Absicherung des Rechtsschutzes für Opfer von Gewalt durchaus über die nötige Kompetenz verfügen, auch wenn deren Rolle im Rahmen des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems individuell definiert wird.

Diese Aussage trifft sowohl für die traditionellen EU Staaten, die neu hinzugekommenen EU Staaten wie auch teilweise für die EU-Beitrittskandidaten zu, die an der oben genannten Studie teilgenommen haben.

Aus den Antworten der an der Studie teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute ging hervor, dass Servicemodelle angeboten werden, die ein hohes Maß an Personalkapazitäten voraussetzt. So berichteten 72 % (n=65), dass sie ein 24-Stunden-Bereitschaftskonzept praktizieren würden; über 90% gaben an, dass die Möglichkeit einer Opferuntersuchung außerhalb des jeweiligen Institutes bestünde. Dieses aufsuchende Prinzip erscheint als großer Vorteil

gegenüber anderen Akteuren der Gewaltopferhilfe, die eine reine „Komm-Struktur“ aufweisen. In Aarhus/ Dänemark beispielsweise besteht schon seit den neunziger Jahren ein interdisziplinäres Zentrum zur Versorgung Opfer sexueller Gewalt unter Einbeziehung von Rechtsmedizinerinnen (Ingemann-Hansen et al. 2005).

7 Tage/24 h Angebote sind sehr wichtig, da andere Hilfsangebote für Gewaltopfer häufig zeitlich eingeschränkt zur Verfügung stehen. Insbesondere am Wochenende besteht ein erhöhter Bedarf an rechtsmedizinischer Expertise, wenn die Gewalt kumuliert. Dies sollte v. a. in den neuen EU-Staaten, generell aber in allen, ausgebaut werden.

Des Weiteren können längst nicht alle Einrichtungen z.B. Kinder- und Jugendschutzeinrichtungen uneingeschränkt rechtsmedizinische Expertise einholen (Brinkmann et al. 2003). Dies ist angesichts oft sehr undurchschaubarer Verdachtsfälle der (sexuellen) Misshandlung bei denen Objektivierung gefragt ist, ein Problem (Rönneberg et al. 2000).

Ferner wurde ersichtlich, dass psychologische Betreuung auf breiter Basis fehlt. Die Möglichkeit psychische Folgeschäden (PTSD- Posttraumatic Stress Disorder) nach erlebter Gewalt von Erwachsenen und Kindern durch unmittelbare Ansprache und „in-house“- Angebote zu reduzieren, wird in der Mehrheit nur zu einem sehr geringem Maße angewandt. Im Vergleich dazu bieten eine Vielzahl von Traumazentren in den Vereinigten Staaten von Amerika beispielsweise eine enge konsiliarische psychologische Unterstützung von Gewaltopfern an (Eisenstat et al. 1999).

Rechtsmedizinische Institute sind in vielen Ländern dem Rechtswesen unterstellt, in anderen Ländern wie in Deutschland Teil der Universitätskliniken. Gleichzeitig verkörpern sie aber auch einen Teil des Gesundheitsapparates. Diese Position prädestiniert die Rechtsmedizin, in Verbindung mit anderen Gesundheitsinstitutionen und Interessengruppen zu

treten, die sich der Bekämpfung und der Prävention von Gewalt widmen (Gahr et al. 2005).

An diesem Punkt lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Rechtsmedizinische Experten sind in der Lage, ihr Wissen bezüglich der Bewertung von interpersonellen Gewaltstraftaten auf andere Professionen zu übertragen und sollten somit ihren definierten Platz innerhalb des Versorgungsnetzwerkes inne haben. Unabhängig davon, ob Opfer zwischenmenschlicher Gewalt eine öffentliche oder eine private Anlaufstelle aufsuchen, sollte eine rechtsmedizinische Involvierung als obligat betrachtet werden.
- Rechtsmedizinische Institute könnten in Hinblick auf das Etablieren eines europäischen Beobachtungsnetzwerkes bezüglich gewaltassoziiertes Gesundheitsprobleme wertvolle Beiträge leisten; insbesondere wenn eine niedrige Zugangsschwelle zu rechtsmedizinischen Untersuchungen besteht und die Zahl der Untersuchungen von überlebenden Opfern erhöht werden kann. Die Rechtsmedizin als Institution im Gesundheitswesen verfügt über vielfältige Möglichkeiten der Datengewinnung und deren Interpretation im zeitlichen und gesellschaftlichen Kontext. Das öffentliche Gesundheitssystem sollte sich dieser Option in zunehmendem Maße bewusst werden und darauf vermehrt zurückgreifen.
- Darüber hinaus verfügt die Rechtsmedizin als eine Disziplin im Gesundheitsverbund über Fachwissen bezüglich der Versorgung von Gewaltopfern und über Basiswissen, welches anderen Akteuren, die sich alltäglich mit Angeboten zur Betreuung von Folgen zwischenmenschlicher Gewalt auseinandersetzen, von Nutzen sein könnte. An Kliniken angeschlossene wie auch in privater Trägerschaft

befindliche Ansprechpartner für Opfer zwischenmenschlicher Gewalt sollten neben dem kommunalen Gewaltpräventions-Netzwerk auf die fachliche Kompetenz von rechtsmedizinischen Instituten vermehrt zurückgreifen. Eine intensivierete Öffentlichkeitsarbeit spielt diesbezüglich eine entscheidende Rolle.

Darüber hinaus gilt es zu überdenken, inwiefern die Rechtsmedizin im Netzwerk der überregionalen Gewaltprävention weiter zu verankern ist (Fischer et al. 1998). Zum einen ist es notwendig, die Verknüpfung zu anderen Gesundheitsinstitutionen zu verstärken in Fällen, in denen bereits die gesetzliche Exekutive involviert ist und zum anderen muss die Rechtsmedizin in der Opferbegleitung unabhängig von der Frage einer polizeilichen Anzeige eine exponiertere Stellung einnehmen. Ein italienisches Projekt aus Padua konnte zeigen, dass die Einbeziehung von Rechtsmedizinern bzgl. der Opferversorgung im Rahmen des Clinical Risk Managements die Qualität jener Versorgung verbesserte (Comacchio et al. 2005).

Ferner wird die Frage aufgeworfen, in welchem Umfang die Rechtsmedizin in der Lage sein wird, Opfer adäquat und ohne Einschränkungen fachlich zu betreuen und zu untersuchen, wenn diese zögern, initial die Polizei oder andere entsprechende Autoritäten zu informieren. Die obligate Einbindung der Polizei ist in vielen Ländern, wie die Studie gezeigt hat, ein mögliches Hindernis.

Weiter muss eruiert werden, wie die Rechtsmedizin dazu beitragen kann, die Chancen auf Zuflucht bzw. Schutz vor dem Aggressor z.B. bereits vor einer Anhörung vor Gericht zu verbessern. Die rasche Durchsetzung einer Eil-Schutzanordnung beispielsweise basierend auf einer rechtsmedizinischen Expertise hat eine größere Chance auf Erfolg (BMFSFJ 2002).

Die Gründe eines limitierten Zuganges zu rechtsmedizinischen Konsultationen für Gewaltopfer bestehen vielfach darin, dass im Vorfeld nicht die Bahnung eines solchen Ablaufes durch Vertreter des Rechtsstaates in die Wege geleitet wird. Lediglich 45 % (n=41) der Studienteilnehmer gaben an, dass Gewaltopfer die Option haben, unabhängig rechtsmedizinischen Rat einzuholen und ein gerichtsverwertbares Gutachten erstellen zu lassen. Diese Tatsache lässt die Schlussfolgerung zu, dass in Rechtssystemen, in denen der Rechtsmediziner gesetzlich verpflichtet ist, den zuständigen Behörden den Kontakt zu Gewaltopfern anzuzeigen, diese zum Teil darauf verzichten, rechtsmedizinisch versorgt zu werden, aus Angst weitere Unannehmlichkeiten im Anschluss erdulden zu müssen.

Ziel muss es sein, unbegrenzten Zugang für Gewaltopfer zu Untersuchungsstellen zu gewährleisten sowie die Autonomie des Opfers in der Frage zu wahren, ob eine Berichterstattung an die Polizei erfolgen soll bzw. ob das erstellte Gutachten für die Strafverfolgung zu Grunde gelegt wird. Diese Ziele werden häufig durch formale Probleme eingeschränkt wie z.B. die unklare Kostenübernahme für die Untersuchung ohne vorherige Involvierung von Polizei und Justiz. Die Rechtsmedizin befindet sich hinsichtlich dieses Aspektes in einer intermediären Interessenposition, d.h., dass die Rechtsmedizin einerseits als neutraler, unabhängiger Gutachter vor Gericht fungiert, sich zum anderen jedoch auch als eine ärztliche Disziplin begreift, in der eine Fürsorge- und Sorgfaltspflicht für den Patienten, in diesem Falle des Opfer, besteht. Es ist offensichtlich, dass aus dem oben genannten Grund in einigen Ländern wie z.B. Schweden daher eine Trennung zwischen dem rechtsmedizinischen Gutachterwesen und der eigentlichen Patienten- bzw. Opferbetreuung vorzufinden ist. Andererseits zeigen die Erfahrungen des Institutes für Rechtsmedizin in Hamburg, dass Interessenkollisionen keineswegs die Regel sind, sondern in der Praxis

insbesondere den Status des Gutachters weniger schwächen als vielfach angenommen wird (Seifert et al. 2004).

Schlussendlich ist festzustellen, dass die Rechtsmedizin als Institution ihren Möglichkeiten, den Opfern eine niedrigere Zugangsschwelle unter geltenden legislativen Rahmenbedingungen anzubieten, nicht immer gerecht wird bzw. werden kann.

Die Ergebnisse der Pilotstudie veranschaulichen das große Potential hinsichtlich einer festen Positionierung der Rechtsmedizin innerhalb des Gewaltpräventionsnetzwerkes. Es gelang, Vorreiter auf dem Feld der rechtsmedizinischen Beteiligung in Belangen der Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt innerhalb Europas zu identifizieren. Hier sind die Mehrzahl der Institute in Deutschland und in Frankreich hervorzuheben.

Die Bedeutung einer unabhängigen rechtsmedizinischen Untersuchungs- und Dokumentationsmöglichkeit für die Opfer von zwischenmenschlicher Gewalt ist von entscheidender Bedeutung, um Schwellenängste der Opfer zu minimieren. Darunter wird die Rolle des Ambulanzarztes, der den Erstkontakt zum Opfer aufbaut, nicht geschwächt (Schmuel et al. 1998).

Mancherorts in Europa besteht ein Zwang zur Anzeige einer entsprechenden Straftat, da sonst eine rechtsmedizinische Untersuchung nicht möglich ist. Die Ursache hierfür mag die Absicherung der entsprechenden Institute sein, solche Untersuchungen auch finanziert zu bekommen, da es keine andere Mittel z.B. aus öffentlicher Hand gibt. In anderen Fällen kann fehlende Handlungssicherheit zugrunde liegen, wie mit der Rechtsmedizin bekanntwerdenden Gewalttaten vorzugehen ist, wenn die Rechtsmedizin in einzelnen Ländern als verlängerter Arm eines Ermittlungssystems aufzufassen ist.

Eine Erleichterung des Zugangs zu diesen Dienstleistungen stellt ein solches Vorgehen nicht dar.

Vielerorts stellt die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Opferhilfsangeboten eine Grundsäule der rechtsmedizinischen Leistungen dar (Graß et al. 2004).

Eine Vergleichbarkeit der rechtsmedizinischen Angebote ist aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse nur sehr eingeschränkt möglich. Die Herangehensweise an die Untersuchung und Dokumentation solcher Gewalttaten ist zu unterschiedlich.

Inkonsistente Antworten innerhalb der Institute eines Landes sollten Anlass zu weiteren Untersuchungen sein.

In Frankreich z.B. bieten lediglich 8 von 12 Instituten eine 24-Stunden-Betreuung an, 3 von 12 Instituten setzten des Weiteren eine Involvierung der Polizei im Rahmen einer Untersuchung als obligat voraus.

Es bleibt die Frage offen, ob der Fragebogen, der in dieser Studie Verwendung fand, möglicherweise ungeeignet war, eine notwendige weitere Differenzierung von bestimmten Szenarien zu erleichtern, so dass sich innerhalb eines Landes in ihrer Kausalität nicht aufklärende heterogene Statements ergaben oder wie weit im jeweiligen Rechtssystem Auslegungsspielräume vorhanden sind. In Deutschland z.B. haben wenige rechtsmedizinische Institute mittlerweile eine Gewaltopferambulanz eingerichtet (Seifert et al. 2004). Andere hingegen haben bis zum jetzigen Zeitpunkt darauf verzichtet, obwohl rechtlich keine Einwände diesbezüglich bestehen.

Eine Standardisierung solcher Angebote ist mit Sicherheit erstrebenswert.

Es fehlen diesbezügliche Goldstandard- Entwicklungen im Sinne von europäischen Leitlinien für die Untersuchung von Gewaltopfern. Die WHO-Empfehlungen sind sehr gut, aber mit globaler Perspektive geschrieben (World Report on Violence and Health WHO 2002).

5. Anhang – der Fragebogen

Questionnaire

SITUATIONAL ANALYSIS OF MEDICO-LEGAL AND HEALTH SERVICES FOR VICTIMS OF INTERPERSONAL VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CHILDREN BY THE

EUROPEAN VIOLENCE PREVENTION IN HEALTH NETWORK^{1/2}

This questionnaire is addressed to institutes of forensic medicine in Europe.

We are carrying out this survey as part of a situational analysis of medico-legal and health services for surviving victims of interpersonal violence – particularly violence against women and children. It is part of a year-long study funded 2003–2004 by the European DAPHNE Programme to Combat Violence against Children, Youths and Women. Our project includes epidemiological research, the first multi-centre forensic medicine study conducted at a pan-European level. The ultimate purpose of our work is to create the basis for a sustainable European Violence Prevention in Health Network between forensic physicians, other health actors, victim advocates, law enforcement, the judiciary and policy-making.

This questionnaire will help us understand to what extent forensic medicine has been able to establish evaluation and/or care for victims of interpersonal violence in Europe. We want to determine the depth of the forensic medical community's participation in growing multi-sectoral efforts to combat interpersonal violence. We hope, with your help, to find venues that forensic medicine still needs to explore. The goal for forensic medicine is to contribute more effectively to health care for women and children whose lives – and health – are affected by violence.

Finally we have designed this questionnaire as a networking tool. We hope that it will encourage forensic medicine to embark on new forms of cooperation in the community, to link up with other clinicians and institutions outside the health fields.

We shall provide respondents with a report that should be useful in confirming good practice, identifying gaps and directing health service reforms in your own work setting. We can discuss the findings together at the Bordeaux Victimology Colloquium we are planning for the 22nd of October 2004 in BORDEAUX. Please save the date!

Now we would appreciate your taking a moment to respond to the following questions. The data collection will be held strictly confidential.

¹ The European Violence Prevention in Health Network is currently a group of forensic medicine institutes, a public health research and continuing education unit and a social welfare ministry – we initiated the Network in France, Germany, Belgium and Austria, have branched out thus far to Great Britain, Italy and Spain. *We invite you to join us.*

² Many thanks go to Ms Alison Phinney, MPH, of the World Health Organisation, and Dr. med. Dragana Seifert, for their insightful guidance in the preparing of this questionnaire. Any errors of design are, of course, of our own making.

Please return the file as soon as possible, preferably by the 21st of May 2004, by email
to:

Dres. med. Axel Heinemann and Judith Schröer
Institute of Forensic Medicine
University Hospital Hamburg Eppendorf
Butenfeld 34
D- 22529 Hamburg
[mailto: heinemann@uke.uni-hamburg.de](mailto:heinemann@uke.uni-hamburg.de)

(Fax +49 40 42803 3934;

Tel.+49 40 42803 6324 / 6326)

Name and address of your institute:

Name /email /telephone number of person to contact:

Position of respondent:

The data collected in this survey will be held strictly confidential. The personal coordinates collected here will be used for further communication in the European Violence Prevention in Health Network, unless you prefer otherwise.

Please do not use my coordinates for networking purposes.

Yes /no /very short answers will suffice, but please do take as much space as you need! Multiple answers are permitted!

A) Medico-legal centre for victims of violence – structure of forensic services

1. Are surviving victims of violence examined in your institution /by your staff?

yes ?

no

(If no: does the examination of surviving victims of violence in your institute/by your staff in hospital /clinic appear feasible?)

short-term yes no

mid-term yes no

long-term yes no

If you answered question No. 1 with "no", please stop here and <mailto:heinemann@uke.uni-hamburg.de>

If you answered question No. 1 with "yes", please continue:

2. Do you perform forensic examinations of violence victims

in (your) institute of legal medicine?

outside (your) institution?

3. Do you provide forensic examinations of victims of violence outside your institute/specialised trauma out-patient (ambulatory) department:

other departments in your hospital

other hospitals

police stations

intervention centres (i.e. centres that provide counselling and referrals and perhaps coordinate other violence intervention and protection services in the community)

elsewhere (please specify where): ?

B) Medico-legal centre for victims of violence – patient services provided

1. Please specify the type of service you offer (check all appropriate boxes):

<i>Type of service</i>	<i>Only external service outside your institution? (e.g. in another department of your hospital or elsewhere)</i>
Documentation of the nature of injuries <input type="checkbox"/> for courts <input type="checkbox"/> for prosecutor's office <input type="checkbox"/> for police <input type="checkbox"/> for other physicians <input type="checkbox"/> provided to the victim directly	<input type="checkbox"/> only external service/not in-house
Expertise / medical opinion focusing on reconstructive details such as wound age, cause of injury, credibility of victim's report <input type="checkbox"/> for courts <input type="checkbox"/> for prosecutor's office <input type="checkbox"/> for police <input type="checkbox"/> for other physicians <input type="checkbox"/> provided to the victim directly	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<i>Type of service</i>	<i>Only external service outside your institution? (e.g. in another department of your hospital or elsewhere)</i>
<input type="checkbox"/> Specimen trials and storage (e.g. for DNA analysis)	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Radiology or other imaging techniques	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Dressings/Wound management	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Assessment of the psychological state of the victim	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Screening for Sexually Transmitted Infections (STIs)	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> STI prophylaxis	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Referral for STI treatment	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> In cases of sexualized violence, discuss testing for pregnancy	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Offer emergency contraceptives	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house

<input type="checkbox"/> Provide abortion counselling	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Counselling for HIV	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Testing for HIV	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Victim referral to other health services such as calling ahead for an appointment (please specify which services you refer to): <input type="checkbox"/> Psychological /trauma crisis intervention <input type="checkbox"/> Gynaecology <input type="checkbox"/> other health disciplines, please specify:	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house
<input type="checkbox"/> Victim referral to victim and /or legal aid services (please specify which services you refer to): <input type="checkbox"/> social services <input type="checkbox"/> womens' shelter /rape crisis centre <input type="checkbox"/> legal aid association /legal counsel <input type="checkbox"/> other victim aid services, please specify:	<input type="checkbox"/> only external service/ not in-house

- **Please describe your availability, how victims of violence reach you:**

How can victims contact you?

walk-in service with prior appointment without appointment

on call service (telephone contact with real person) yes no

on call service (answering machine) yes no

- **When can victims be seen for an examination (what are your opening hours)(multiple coding)?**

7 days a week yes no

only on local work days yes no

24-hours a day yes no

only during local office hours yes no

other selected times (please specify):

- **Who can request an examination? (check all that apply)**

The victim? yes no

Can the victim be seen independently of law enforcement / a legal proceeding?

yes no

Must the victim first call the police or other authority? yes no

Can the victim be seen through referrals from other physicians? yes no

Police? yes no

Prosecutor's office? yes no

Civil court? yes no

Family court? yes no

Criminal court? yes no

Authorities responsible for protection of children/young persons? yes no

Others? Please specify:

- **Do you have safety measures to prevent and contend with violent incidents in your examination setting?(check all that apply)**

guards alarms portable phones restricted public access

separate victim waiting area separate victim exam area

other, please specify

C) Medico-legal centre for victims of violence – *victim population served*

1. *For whom do you offer services? Please describe limitations if any (e.g. age groups)*

2. *What spectrum of violence do you evaluate? (check all that apply)*

physical injury sexual psychological (for example *stalking*) other (please specify):

D) Legal and Public Health Framework

1. *Is your medico-legal clinical work covered by insurance schemes in your country – please specify, marking all that apply:*

public health insurance	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
private health insurance	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no
social insurance	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no

2. *If you are not funded by health or social insurance schemes, are your victim evaluation and care services paid for by the:*

- Police
- Public prosecutor
- Global hospital budget
- University / research unit
- Grant money (funding from the government or a private foundation; donations)
- a public fund designated to compensate victims of violence
- the victim
- the aggressor
- other, please specify: ?

3. *Are forensic physicians forbidden by law from examining violence victims unless they are requested to do so by law enforcement, prosecution authorities, the courts or other governmental agencies?*

yes no

4. *Is forensic medicine exclusively a research unit of the clinic?*

yes no

5. **Are you required by law to report cases of violence to the police or other authorities if the victims request the forensic exam?**

yes (please specify in which cases):

no

6. **Do you provide data on your services for violence victims to other agencies for research and /or violence prevention and intervention planning purposes, e.g.**

research institutes, universities

health agencies

statistic offices

other (please specify):

no

(If no: does providing data on your services for research and /or planning purposes appear feasible?)

short-term yes no

mid-term yes no

long-term yes no

E) Medico-Legal Violence Prevention Structure / Strategy

How do violence victims in your community find you / which organisations refer to you?

- Printed material – flyers, posters, stickers etc., please specify, including the information where these are distributed?
- Website – links between your site and those of support services etc., please give us your website address:
- Health profession association /health insurer newsletters etc.
- Media coverage, please specify:
- Other public relations:
- Women’s violence protection associations /women’s shelters
- Rape crisis centres
- Legal advocacy associations
- Police
- Courts

F) Is there anything else you want to share with us?

You may have found ways to establish a role for forensic medicine, to install or reinforce violence intervention and prevention in health settings, and to cooperate with non-health actors in your community, that we have not caught with any of the above questions. You may also know of other forensic services that we should involve in the European Violence Prevention in Health Network. Please share your good ideas and contacts with us here:

Thank you very much for participating in this survey!

Dres. med. Judith Schröer, Axel Heinemann, Institute of Forensic Medicine, Hamburg, Nancy Gage-Lindner, Esq., Hesse Department of Social Welfare, Wiesbaden

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Anzahl der angeschriebenen Institute	17
Abbildung 2 – Angeschriebene Länder nach Gruppen	17
Abbildung 3 – Verfügbarkeit eines 24-h-Angebotes	21
Abbildung 4 – Zeitlich beschränktes Angebot auch ohne Anmeldung?	22
Abbildung 5 – Angebot einer psychologischen Betreuung.....	23
Abbildung 6 – Angebot konsiliarischer Untersuchungen	24
Abbildung 7 – Weiterleitung an soziale Beratungseinrichtungen	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (trad. EU-Staaten)	18
Tabelle 2 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (neue EU-Staaten)	19
Tabelle 3 – Angeschriebene Länder und Anzahl der Antworten (nicht-EU-Staaten)	19
Tabelle 4 – Angebote für Opfer sexualisierter Gewalt	26

Literaturverzeichnis

1. Graß H, Rothschild MA (2004) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14:188–192
2. World report on violence and health: summary. Geneva, World Health Organisation 2002
3. Schmucler E, Schenker JG (1998) Violence against women- the physician's role Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 80:239–245
4. Standards und Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung zum Thema „Häusliche Gewalt“ BMFSFJ (2002)
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=4978.html>
5. Ingemann-Hansen O, Brink O, Knudsen M (2005) Presentation of the Aarhus County Sexual Abuse Center. Sixth International Symposium of Advances in Legal Medicine (ISALM) Hamburg. Rechtsmedizin Volume 15, Number 4
6. Comacchio A, Moreni P, Aprile A, Benciolini P (2005) Clinical Risk Management in health care: Role of the legal medicine in promoting an integrated approach. Sixth International Symposium of Advances in Legal Medicine (ISALM) Hamburg. Rechtsmedizin Volume 15, Number 4
7. Gahr B, Grass H, Breitmeier D, Kleemann WJ (2005) Untersuchung von Gewaltopfern – Lebendbegutachtungen in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. Archiv für Kriminologie 216: 7-14
8. Krantz G, Garcia-Moreno C (2005) Violence against women. Journal of Epidemiology and Community Health 59 (10): 818–21

9. Gerbert B, Abercrombie PA (1999) Qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med.* 131 (8): 578–84
10. Phinney A (2002) Forensic medicine and the health sector response to violence. Dept. of Injuries and Violence Prevention. World Health Organisation
11. Brinkmann B, Madea B (2003) Kindesmisshandlung. Handbuch gerichtliche Medizin Bd 2 Springer, Berlin Heidelberg New York S 113|ff
12. Campbell J, Jones AS, Dienemann J et al.(2001) Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 162:1157–1163
13. Fischer G, Düchting C (1998) Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein – Westfalens S 7–9
14. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2000). Hamburger Leitfaden für Arztpraxen – Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, 2. Aufl., Eigendruck, Hamburg
15. Randell T. (1990) Domestic violence intervention calls for more than treating injuries *JAMA* 264:939–944
16. Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinemann A (2004) Gewaltforschung zum Thema häusliche Gewalt aus kriminologischer Sicht *Rechtsmedizin* 14:193–198
17. Alpert EJ (1995) Violence in intimate relationships and the practising internist new „disease” or new agenda? *Ann Intern Med* 123:774–781
18. Eisenstat SA, Bancroft L (1999) Domestic violence. *N Engl J Med* 341 : 886–891
19. Feldhaus K, Koziol-McLain J, Amsbury HL et al.(1997) Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department *JAMA* 277:1357–1361

20. Rönnerberg AK, Hammarström A (2000) Barriers within the health care system dealing with sexualized violence: a literature review. *Scand J Public Health* 28. 222–229
21. Seifert D, Anders S, Franke B, Schröer J, Gehl A, Heinemann A, Püschel K (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg *Rechtsmedizin* 14:182–187
22. Friedmann LS, Samet JH, Roberts MS et al. (1992) Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 152: 1186–1190
23. McCauley J, Kern DE, Kolodner et al. (1995) The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 123: 737–746
24. Brünger B, Starke D, Weber M (2003) Häusliche Gewalt macht krank! Was können Ärzte und Ärztinnen tun? *Westf Aerztebl* 10:16–18
25. Janke-Hoppe K (2002) Ärztliche Hilfe bei häuslicher Gewalt. *Rhein Aerztebl* 8: 11–13
26. Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch von Kindern. Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. *Monatsschr. Kinderheilkd* 150 1344–1356
27. Tutsch-Bauer E, Rauch E, Pennig R (1998) Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. *Dtsch Aerztebl* 95: A–1027–1032
28. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002) Standards und Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt. Broschürenstelle BMFSFJ Nr. 92/2002

29. Warshaw C (1989) Limitations of the medical model in the care of battered women. *Gender Soc.* 3: 506–517
30. Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Abercrombie P (1999) A qualitative analysis of how physicians approach the identification of victims. *Ann Intern Med* 131:578-584

Lebenslauf

Jan-Peter Grassmann

Geburtsdatum: 25. Juni 1976
Geburtsort: Hamburg
Anschrift: Krahkampweg 89 a
40221 Düsseldorf
Email: jan.grassmann@med.uni-duesseldorf.de
Familienstand: ledig

1982 – 1986 Grundschole Weddelbrook
1986 – 1993 Jürgen- Fuhlendorf- Gymnasium Bad Bramstedt
1993 – 1994 Highland Highschool Pocatello, Idaho, USA
1994 – 1997 Oberstufe und Abitur Jürgen-Fuhlendorf-Gymnasium
1997 – 1998 Zivildienst Rheumaklinik Bad Bramstedt
1999 – 2006 Studium der Humanmedizin am
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und am
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

2001 Ärztliche Vorprüfung
2002 I. Staatsexamen
2005 II. Staatsexamen
2006 III. Staatsexamen
Seit 2006 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Unfall-
und Handchirurgie Universitätsklinikum Düsseldorf

Düsseldorf im Dezember 2008

Erklärung

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

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

Jan-Peter Grassmann

Hamburg im Dezember 2008

Danksagung

Bei Herrn Prof.Dr.med. K. Püschel möchte ich mich für die Bereitstellung des Themas zur Dissertation bedanken.

Mein besonderer Dank für die umfassende Betreuung sowie für die Hilfe bei der statistischen Auswertung von Daten gilt Herrn Dr.med. A. Heinemann und Frau Dr.med. J. Schröer.

Ich danke meiner wachsenden Familie und meinen Freunden für die konstante Unterstützung und Motivation.

Zusammenfassung

Die Dissertation mit dem Titel „Die derzeitige Situation in der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Pilotstudie“ verfolgte das Ziel, anhand eines Fragebogens epidemiologische Daten im Rahmen der Gewaltopferversorgung im europäischen Vergleich zu erheben. Neben der Datenerhebung und den daraus zu schließenden Folgerungen bezüglich der zu setzenden Standards in der Versorgung von Gewaltopfern basierend auf eigenen Erfahrungen der an der Umfrage teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute stand eine Situationsanalyse etablierter Handlungspraxis von Rechtsmedizinern im Mittelpunkt.

Es wurde ein Fragebogen entworfen, der die Aufgabe hatte, die Rolle der Rechtsmedizin in der Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt darzustellen und zu evaluieren. Der Fragebogen wurde an 203 Institute für Rechtsmedizin in 26 Länder verschickt. Die 26 Länder gliederten sich in 15 „Traditionelle“ EU-Mitgliedstaaten, 5 „Neue“ EU-Mitgliedstaaten (Stand 2004) und in 6 „Nicht“ EU-Mitgliedstaaten. Von den angeschriebenen Instituten beteiligten sich 91, welches einer Antwortrate von 44,8 % entsprach. Festzustellen war, dass die große Mehrzahl der rechtsmedizinischen Institute in Europa in der Lage ist, mindestens eine Basisversorgung von Gewaltopfern bestehend aus qualifizierter Untersuchung, Beweismittelsammlung und deren Sicherung sowie das Anfertigen einer gerichtsverwertbaren Expertise anzubieten.

Anhand dieser Pilotstudie gelang es, Vorreiter auf dem Feld der rechtsmedizinischen Beteiligung in Belangen der Gewaltopferversorgung innerhalb Europas zu identifizieren. Dennoch bestehen erhebliche nationale Unterschiede in der Versorgung von Gewaltopfern.

Eine Standardisierung solcher Versorgungsangebote ist mit Sicherheit erstrebenswert im europäischen Kontext.