

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Sexualdelikte in Hamburg

Forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte

Eine Auswertung staatsanwaltschaftlicher

Verfahrensakten aus dem Jahr 1997

Dissertation

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

vorgelegt von

Tina Seifert

aus Hamburg

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 30.06.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel
Prüfungsausschuss: 2. Gutachter: Prof. Dr. Hans-P. Beck-Bornholdt
Prüfungsausschuss: 3. Gutachter: PD Dr. Peer Briken

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	3
<i>1 Einleitung und Aufgabenstellung</i>	5
<i>2 Material und Methoden</i>	6
<i>3 Ergebnisse</i>	13
3.1 Anklagevorwürfe, Urteile	14
3.2 Schulbildung und beruflicher Stand der Täter	16
3.3 Familienstand der Täter	19
3.4 Nationalität der Täter und Opfer	20
3.5 Altersverteilung der Täter und Opfer, Altersverhältnis	21
3.6 Einfluss von Alkohol und Drogen	25
3.7 Täter-Opfer-Beziehung	27
3.8 Zeitpunkt der Anzeigeerstattung	28
3.9 Zusammenhang Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeerstattung	30
3.10 Tatorte	32
3.11 Tatzeitpunkte	33
3.12 Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem	34
3.13 Art der Gewaltanwendung	36
3.14 Folgen der Gewaltanwendung	37
3.15 Geständnisse	39
3.16 Existiert eine Korrelation zwischen dem Geständnis der Täter und der vorangegangenen Vorstellung der Opfer in medizinischen Einrichtungen?	39
<i>4 Kasuistik</i>	41
4.1 Fall 1	41
4.2 Fall 2	43
4.3 Fall 3	44
4.4 Fall 4	45
4.5 Fall 5	47
4.6 Fall 6	48

4.7 Fall 7.....	50
4.8 Fall 8.....	51
4.8 Fall 9.....	52
4.10 Fall 10.....	54
4.11 Fall 11.....	56
4.12 Fall 12.....	58
5 Diskussion.....	59
5.1 Sozialer Status der Täter.....	59
5.2 Nationalität der Täter und Opfer.....	62
5.3 Altersverteilung der Täter und Opfer.....	62
5.4 Geschlechterverteilung sowie sexuelle Gewalt gegen Männer.....	64
5.5 Sexualisierte Gewalt gegen betagte Menschen.....	66
5.6 Alkoholeinfluss und Drogenkonsum bei Tätern und Opfern.....	67
5.7 Zusammenhang Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeerstattung.....	68
5.8 Tatorte und Tatzeitpunkte.....	72
5.9 Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem und Dokumentation.....	73
5.10 Gewaltanwendung und Verletzungsfolgen.....	75
5.11 Geständnisse seitens der Täter und fragliche Korrelation zur Vorstellung der Opfer in medizinischen Einrichtungen nach der Tat.....	78
5.12 Schlussfolgerungen und Grenzen der Auswertung.....	80
6 Zusammenfassung.....	82
7 Literaturverzeichnis.....	84
8 Danksagung.....	92
9 Lebenslauf.....	93
10 Eidesstattliche Versicherung.....	93

1 Einleitung und Aufgabenstellung

Weltweite Statistiken zeigen, dass jede fünfte Frau in ihrem Leben mindestens einmal Opfer einer Vergewaltigung oder versuchten Vergewaltigung wird (vgl. McDONALD [38], WELCH et al. [66]). Trotz verbesserter medizinisch-forensischer Dokumentation in Bezug auf Sexualstraftaten ist insgesamt keine Veränderung des Problems zu erkennen. Die Häufigkeit von sexueller Gewalt gegen Frauen ist global zunehmend, dennoch wird das Problem häufig unterschätzt, da ein Großteil der Sexualstraftaten nicht angezeigt wird. Berichterstattung bzw. Strafanzeigen durch die Opfer schwanken länderspezifisch sehr. In den USA werden z. B. 16% aller Sexualstraftaten zur Anzeige gebracht bzw. an eine entsprechende Hilfsorganisation herangetragen, in Südafrika beträgt die Rate lediglich 3% (vgl. auch McDONALD [38]).

Sexuelle Viktimisierung wird häufig nur mit jungen Frauen in Zusammenhang gebracht, jedoch werden auch Männer und betagte Menschen Opfer von sexueller Gewalt.

Neben den physischen Verletzungsfolgen durch die Gewaltanwendung können ungewollte Schwangerschaft wie auch sexuell übertragbare Erkrankungen Folgen der sexuellen Gewalt sein. Häufig unterschätzt werden psychische Folgeschäden wie z. B. Depressionen und Posttraumatische Stresssyndrome (vgl. auch WELCH et al. [66]).

Jeder, der in der medizinischen Versorgung tätig ist, kann mit Opfern sexueller Gewaltverbrechen konfrontiert werden. Dem Hausarzt wie auch dem Mitarbeiter der zentralen Notaufnahme von Krankenhäusern kommt als primärer Ansprechpartner eine besondere Rolle zu.

Seit Herbst 1998 existiert im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eine Untersuchungsstelle für Opfer von körperlicher und / oder sexueller Gewalt, die unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei oder einer Opferhilfsorganisation tätig wird. Neben der Untersuchung, Dokumentation sowie gutachterlichen Stellungnahme bezüglich der Verletzungsfolgen können die Geschädigten bei Bedarf an weitere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen vermittelt werden. Auch werden zeitnah Interventionen in Bezug auf Infektionsschutz

eingeleitet. Weiteres Ziel des Projektes ist, Opfer von Gewalt besser zu erfassen und den Umgang mit dieser Personengruppe u. a. durch Fortbildungsveranstaltungen im ambulanten Bereich wie auch im Bereich der Akutkrankenhäuser zu verbessern.

Die Aufgabenstellung in der vorliegenden Arbeit bestand darin, Straftaten mit sexuellem Bezug im Erwachsenenbereich (mit Ausnahme von Tötungsdelikten), die in Hamburg begangen wurden, retrospektiv hinsichtlich forensisch-medizinischer und kriminologischer Aspekte auszuwerten.

2 Material und Methoden

Im Rahmen der Arbeit wurden Strafverfahren im Bereich der Sexualdelikte (sexueller Missbrauch, sexuelle Nötigung, versuchte(r) Missbrauch / Nötigung sowie Beleidigung auf sexueller Basis) im Erwachsenenbereich ausgewertet. Hierzu erfolgte ein Studium staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten in Bezug auf Sexualdelikte, die in Hamburg begangen und beim Amts- bzw. Landgericht Hamburg verhandelt wurden. Da nur abgeschlossene Strafverfahren untersucht werden sollten, war zum Zeitpunkt der Datenerfassung die Einsicht in Akten der Strafverfahren möglich, die im Jahr 1997 staatsanwaltschaftlich verfolgt worden waren, das heißt, die Delikte hatten sich 1997 oder früher ereignet. Ausgenommen von der Auswertung waren Tötungsdelikte, Sexualstraftaten in Zusammenhang mit Kindern sowie primär eingestellte Strafverfahren. Da eine Datenerhebung in Bezug auf primär eingestellte Verfahren erwartungsgemäß unvollständig ausfällt (z. B. in Hinblick auf die Kriterien „Strafmaß“, „Täter-Opfer-Ausgleich“, „Schuldfähigkeit“ etc.), wurden diese eingestellten Verfahren nur quantitativ erfasst, eine Datenerfassung mittels u. g. Erhebungsbogen erfolgte nicht. Eine Ausnahme hiervon wurde in 7 Verfahren gemacht, die wegen eines anderen Verfahrens oder eines Urteils in anderer Sache vorläufig eingestellt wurden, da diese Verfahren insoweit fortgeschritten waren, dass die Datenerhebung weitgehend vollständig möglich war. Diese 7 Verfahren wurden teilweise in die Gesamtauswertung einbezogen.

Die Akten lagen zur Einsicht bei der Staatsanwaltschaft Hamburg, Gorch-Fock-Wall 11, in 20355 Hamburg, vor und konnten nach entsprechender Anfrage aus dem Archiv der Staatsanwaltschaft eingesehen werden. Eine Genehmigung zur Akteneinsicht durch die Staatsanwaltschaft Hamburg lag vor.

Im Jahr 1997 sind 370 Strafverfahren bei Sexualdelikten verfolgt worden, davon konnten 128 Verfahrensakten aus dem Archiv der Staatsanwaltschaft des Landgerichtes Hamburg entsprechend o. g. Kriterien in die Untersuchung einbezogen werden. Von den übrigen 242 Verfahren war im Vorfeld bekannt, dass sie eingestellt wurden und daher für die Auswertung nicht geeignet waren. Von den 128 Verfahrensakten konnten 91 Akten zur Einsicht aus dem Archiv zur Verfügung gestellt werden. Davon gingen 5 Akten nicht in die Auswertung ein, da sich bei der Durchsicht dieser Fälle herausstellte, dass auch diese Verfahren primär eingestellt wurden und die Datenerhebung unzureichend gewesen wäre. Weitere 5 Fälle wurden im Verlauf nicht in die weitere Auswertung mit einbezogen, da es sich nicht um Strafverfahren im Bereich der Sexualdelikte handelte (sondern z. B. ausschließlich Körperverletzung etc.). Entscheidend für das Kriterium „Sexualdelikt“ war der Anklagevorwurf.

Insgesamt konnten demnach 81 ausgewertete Fälle im Rahmen der Arbeit verwendet werden.

Nach folgenden Kriterien erfolgte die Auswertung der Verfahrensakten:

1. Täter- / Opferprofile

- Alter
- Geschlecht
- Beruf / Einkommen / soziale Lage
- Schul-/Berufsbildung
- Nationalität
- Familienhintergrund/-stand
- Beziehung zueinander
- Vorstrafen
- Drogen / Alkohol

- körperliche Überlegenheit
- körperliche Erkrankungen
- psychiatrische Auffälligkeiten
- Tätertypologie / Motivation

2. Verletzungsmuster

psychische Gewalt:

- Bedrohung
- Erpressung / Nötigung
- Freiheitsentzug
- Vernachlässigung

physische Gewalt:

- stumpfe Gewalt
- halbscharfe Gewalt
- scharfe Gewalt (Bedrohung, Verletzung)
- Gebrauch einer Schusswaffe
- Gewalt gegen den Hals
- Haltespuren / Griffspuren
- Fixierungsverletzungen
- Lokalisation
- Ein- oder Mehrzeitigkeit
- genitale Verletzungen
- Folgen der sexuellen Misshandlung (Schwangerschaft, Infektionen etc.)
- materielle Schäden
- eingeschaltete Ärzte: Krankenhaus, niedergelassene Ärzte, Rechtsmedizin

3. Tathergang

- Tatbestände
- Tatdauer
- Tatort
- Tageszeit
- Wiederholung (Häufigkeit, Frequenz)
- beteiligte Personen

4. Verfahrensausgang

- Zeitlicher Abstand der Tat zur Anzeige
- Anklage
- Urteil (Differenz zur Anklage?)
- Strafmaß
- Schuldfähigkeit (Alkohol, Drogen)
- Haftstrafe / Unterbringung / Therapie
- Täter-Opfer-Ausgleich

In Bezug auf diese Kriterien wurde für jede Verfahrensakte der u. g. Auswertungsbogen angelegt.

Datenerfassung zur Auswertung abgeschlossener Strafverfahren bei Sexuädelikten

Nr.: **Aktenzeichen:**

1. Täterprofil

Geschlecht: männlich / weiblich

Alter zur Tatzeit:

Nationalität: deutsch / nicht deutsch:

Familienstand: ledig / getrennt lebend / verheiratet / in Partnerschaft lebend / geschieden / verwitwet / Kinder:

Schulbildung: ohne / Sonderschule / Hauptschule / Realschule, Gesamtschule / Berufsschule, Handelsschule / Gymnasium, Fachschule / Hochschule Fachhochschule / Sonstiges:

Erwerbstätigkeit: ja / nein / arbeitssuchend / Beruf:

Einfluss von: Alkohol / Drogen:
Beziehung zum Opfer: Ehepartner, Lebensgefährte / verwandt / gut bekannt /
flüchtig bekannt / fremd
Existenz einer intimen Beziehung zum Opfer: ja / nein / Dauer:
Vorstrafen: ja / nein / Anzahl: Art:

körperliche Überlegenheit: ja / nein
körperliche Erkrankungen:

psychische Erkrankungen / Auffälligkeiten:

mögliche Motivation, Tätertypologie: sexueller Gewinn / Zorn, Aggression /
Sadismus / Gelegenheit / Rachsucht / hohe soziale Kompetenz / niedrige soziale
Kompetenz / Sonstiges:
Sonstiges:

2. Opferprofil

Geschlecht: männlich / weiblich
Alter zur Tatzeit:
Nationalität: deutsch / nicht deutsch:
Familienstand: ledig / getrennt lebend / verheiratet / in Partnerschaft lebend /
geschieden / verwitwet / Kinder:
Schulbildung: keine / Sonderschule / Hauptschule / Realschule, Gesamtschule
/ Berufsschule, Handelsschule / Gymnasium, Fachschule / Hochschule,
Fachhochschule / Sonstiges:
Erwerbstätigkeit: ja / nein / arbeitssuchend / Beruf:
Einfluss von Alkohol / Drogen:
körperliche, psychische Erkrankungen:

Sonstiges:

3. Verletzungsmuster

physische Gewalt (Bedrohung / Verletzung):

stumpfe Gewalt: ja / nein / einmalig / mehrfach / geformt / ungeformt
Hilfsmittel: Bedrohung:
Lokalisation:

halbscharfe Gewalt: ja / nein / einmalig / mehrfach
Hilfsmittel: Bedrohung:
Lokalisation:

scharfe Gewalt: ja / nein / einmalig / mehrfach
Hilfsmittel: Bedrohung:
Lokalisation:

Schusswaffe: ja / nein / Art der Waffe: Bedrohung:
Verletzungen:

Gewalt gegen den Hals: ja / nein / einmalig / mehrfach / würgen / drosseln
Sonstiges:

Hilfsmittel: Bedrohung:
Halte- Griffspuren: ja / nein / Lokalisation:

Fixierungsverletzungen: ja / nein / Lokalisation:

Hilfsmittel:

Folgen der Verletzungen:

genitale Gewalt / Verletzungen:

Verkehr vaginal: versucht / vollendet / einmalig / mehrfach:

Verkehr anal: versucht / vollendet / einmalig / mehrfach:

Verkehr oral: versucht / vollendet / einmalig / mehrfach:

Schürfwunden: Vulva / Damm / Anus

Kratzwunden: Vulva / Damm / Anus

Blutungen: Vulva / Damm / Anus

Einrisse: Vulva / Damm / Anus

Fremdkörper:

Sonstiges:

Folgen der sexuellen Misshandlung: Schwangerschaft / Infektionen:
Sonstiges:

psychische Gewalt:

verbal:

Bedrohung:

Erpressung / Nötigung:

Freiheitsentzug: ja / nein / Dauer:

Vernachlässigung:

materielle Schäden:

4. Eingeschaltete Ärzte

Krankenhaus: ja / nein / Zeitpunkt:

niedergelassene Ärzte: ja / nein / Zeitpunkt:

Rechtsmedizin: ja / nein / Zeitpunkt:

Fachrichtung:

5. Medizinisch - kriminalistische Dokumentation

Befundbericht: vorhanden / nicht vorhanden / erstellt durch:
Inhalt:

Fotografie: ja / nein / Anzahl: erstellt durch:

Abstriche: ja / nein / Anzahl: abgenommen von:
Ergebnis:

Blutentnahmen: ja / nein / vom Opfer / vom Täter / abgenommen von:
Ergebnis:

sonstige Untersuchungen:

sonstige Asservate:

6. Tathergang

Tatbestände:

Tatdauer:

Tatort: gemeinsame Wohnung / Wohnung des Opfers / Wohnung des Täters /
andere geschlossene Räume / außerhalb von geschlossenen Räumen:

Tatzeit: Tageszeit:

Wiederholung: ja / nein / Häufigkeit: Frequenz:

beteiligte Personen:

Planung der Tat: ja / nein

7. Verfahrensausgang

Urteil:

Einstellung des Verfahrens: ja / nein / Gründe:

Zeitlicher Abstand der Tat zur Anzeige:

Eröffnungsbeschluss / Anklage: gleich / Differenz:

Urteil:

Strafmaß:

Schuldfähigkeit:

Täter - Opfer - Ausgleich:

Im Folgenden werden die Begriffe „Angeklagter“ und „Täter“ bzw. „Geschädigte“ und „Opfer“ synonym verwendet.

Zur Veranschaulichung des Fallmaterials wird eine repräsentative Auswahl von 12 Fällen als Kasuistik dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Anklagevorwürfe, Urteile

In dem überwiegenden Teil der Fälle wurden mehrere Delikte in den Anklagevorwürfen bzw. Urteilen berücksichtigt (z. B. Vergewaltigung und Körperverletzung). Die Auswertung der Anklagevorwürfe sowie Korrelationen zu den Urteilen erfolgte daher in Bezug auf die sexualisierte Gewalt jeweils nach dem „schwerwiegendsten Delikt“. Dabei wurde folgende Rangfolge festgelegt:

Vergewaltigung - versuchte Vergewaltigung - sexuelle Nötigung – Exhibitionismus - Beleidigung auf sexueller Basis

Vergewaltigung

In 40 von 81 ausgewerteten Fällen (49,4%) lautete die Anklageschrift „Vergewaltigung“, davon wurden die Täter in 22 Fällen (27,2%) auch wegen Vergewaltigung verurteilt.

Bei den restlichen 18 Fällen wurde im Urteil die Anklageschrift abgeschwächt bzw. die jeweiligen Täter wurden freigesprochen oder die Verfahren wurden wegen anderer Verfahren in anderer Sache eingestellt:

Folgende Urteile wurden bei den letztgenannten 18 Fällen gesprochen:

1x sexuelle Nötigung

3x schwere Körperverletzung

1x Freiheitsberaubung

1x unerlaubter Gebrauch einer Schusswaffe

4x Einstellung des Verfahrens wegen Verfahren / Urteil in anderer Sache

8x Freispruch

Versuchte Vergewaltigung

In 18 von 81 Fällen (22,2%) lautete die Anklageschrift „versuchte Vergewaltigung“, davon wurden die Täter in 11 Fällen (13,6%) auch tatsächlich wegen versuchter Vergewaltigung verurteilt.

Bei den 7 restlichen Verfahren wurde das Urteil im Gegensatz zur Anklage in 6 Fällen abgeschwächt und in 1 Fall verschärft. In dem letztgenannten Fall lautete das Urteil „Vergewaltigung“ statt wie in der Anklage „versuchte Vergewaltigung“.

Die Urteile der anderen 6 Fälle setzten sich wie folgt zusammen:

3x sexuelle Nötigung

1x Körperverletzung

2x Freispruch

Sexuelle Nötigung

In 16 von 81 Fällen (19,8%) hieß die Anklageschrift „sexuelle Nötigung“, davon deckten sich in 9 von 16 Fällen (11,1%) Anklage und Urteil.

In 7 Fällen wurden die Anklagevorwürfe in den Urteilen abgeschwächt und setzten sich wie folgt zusammen:

1x versuchte sexuelle Nötigung

1x Beleidigung

2x Einstellung des Verfahrens wegen eines Verfahrens in anderer Sache

3x Freispruch

Exhibitionismus

In 2 von 81 Fällen (2,5%) lauteten Anklage wie auch Urteil „Exhibitionismus“.

Beleidigung auf sexueller Basis

In 5 von 81 (6,2%) Fällen hieß die Anklage „Beleidigung auf sexueller Basis“. In 4 (4,9%) von diesen Fällen waren Anklage und Urteil gleich, in einem Fall wurde das Verfahren wegen eines Urteils in einer anderen Sache eingestellt.

Freisprüche

Von allen 81 Fällen wurden die Angeklagten in 13 Fällen (16,0%) freigesprochen.

Eingestellte Verfahren

Von den ausgewerteten 81 Fällen wurden die Strafverfahren in insgesamt 7 Fällen (8,6%) im Verlauf wegen eines Verfahrens / Urteils in anderer Sache eingestellt. Diese Strafverfahren waren jedoch soweit fortgeschritten, dass sie bei weitgehend vollständiger Datenerfassung in die Gesamtauswertung einbezogen werden konnten.

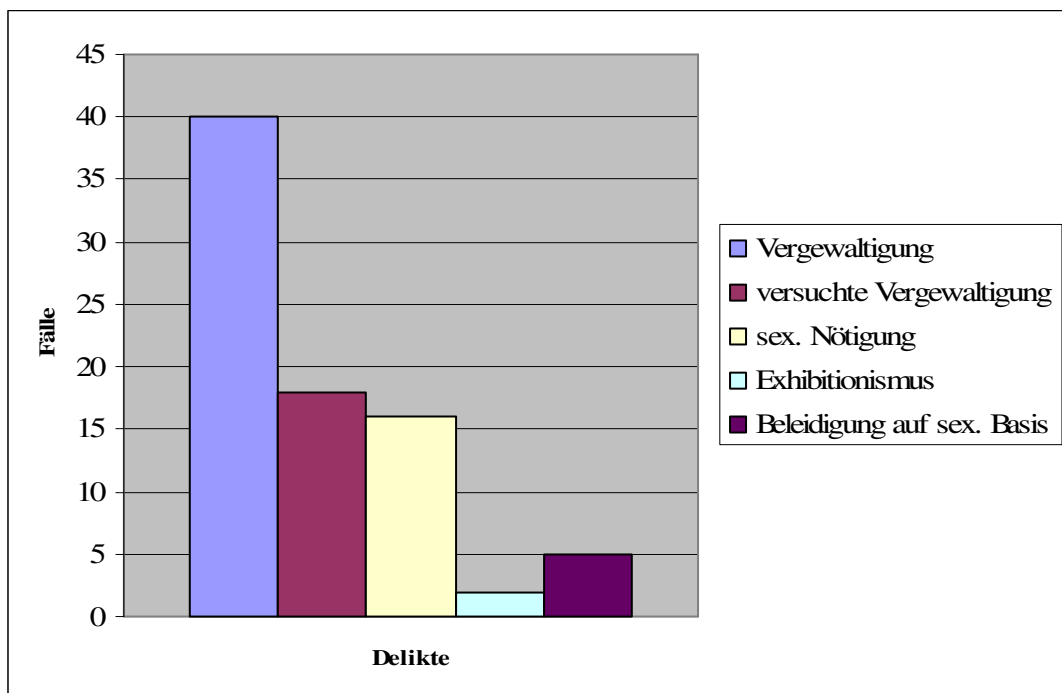


Abbildung 1: Verteilung der Anklagevorwürfe (n=81)

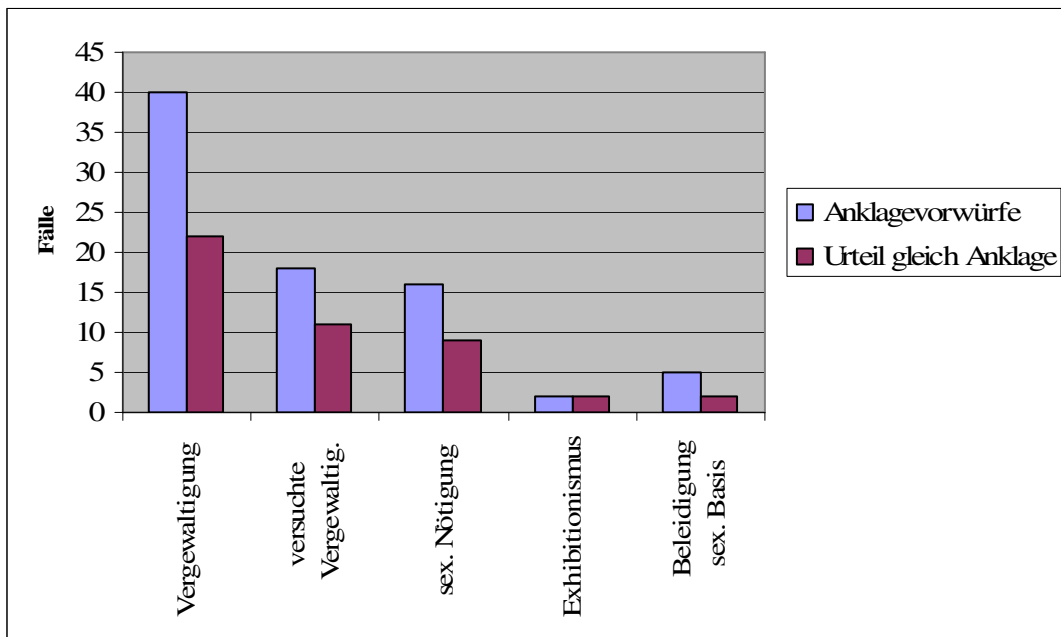


Abbildung 2: Verhältnis Anklage – Urteil (n=81)

3.2 Schulbildung und beruflicher Stand der Täter

In die Auswertung wurden 85 Täter bei 81 Strafverfahren einbezogen.

Schulbildung / Schulabschluss

1. *Abitur / Fachabitur*: 9 von 85 Angeklagten (10,6%)
2. *Realschulabschluss*: 8 von 85 Angeklagten (9,4%)
3. *Hauptschulabschluss*: 43 von 85 Angeklagten (50,6%)
4. *ohne Schulabschluss*: 10 von 85 Angeklagten (11,8%)
5. *keine Angaben in den Akten bzgl. des Schulabschlusses*: 15 von 85 Fällen (17,6%)

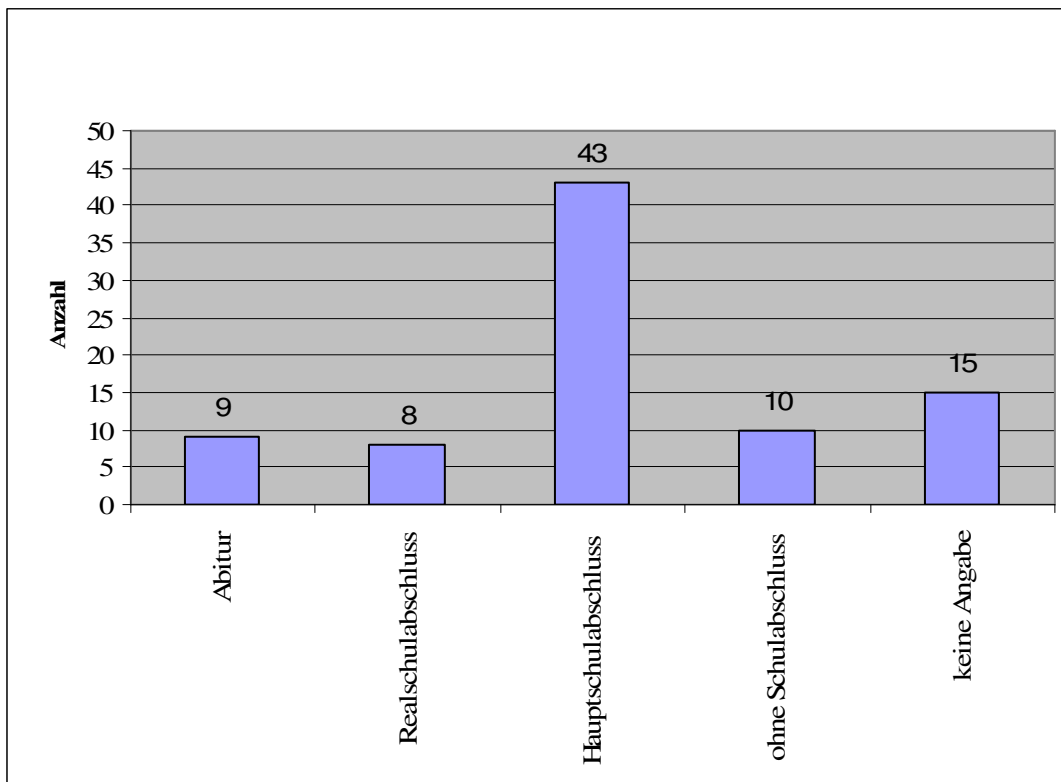


Abbildung 3: Schulbildung Täter (n=85)

Berufliche Tätigkeit Täter

Das Kriterium der Auswertung war die berufliche Tätigkeit zum Tatzeitpunkt, nicht allein die Ausbildung, das heißt z. B. bei „nicht beruflich tätig“ spielte die vorangegangene Ausbildung keine Rolle. Es wurden 7 verschiedene Kategorien unterschieden:

1. *Tätigkeit in einem akademischen Beruf*: 1 von 85 Angeklagten (1,2%)
2. *Tätigkeit in einem Ausbildungsberuf (incl. Auszubildende)*: 19 von 81 Angeklagten (22,4 %)
3. *Tätigkeit in einem Bereich, in dem keine spezielle Ausbildung erforderlich ist*: 8 von 85 Angeklagten (9,4%)
4. *Schüler*: 2 von 85 Angeklagten (2,4%)
5. *Rentner*: 2 von 85 Angeklagten (2,4%)
6. *arbeitslos*: 48 von 85 Angeklagten (56,5%)
7. *Keine Angabe in den Akten bzgl. der Berufstätigkeit*: 5 von 85 Angeklagten (5,9%)

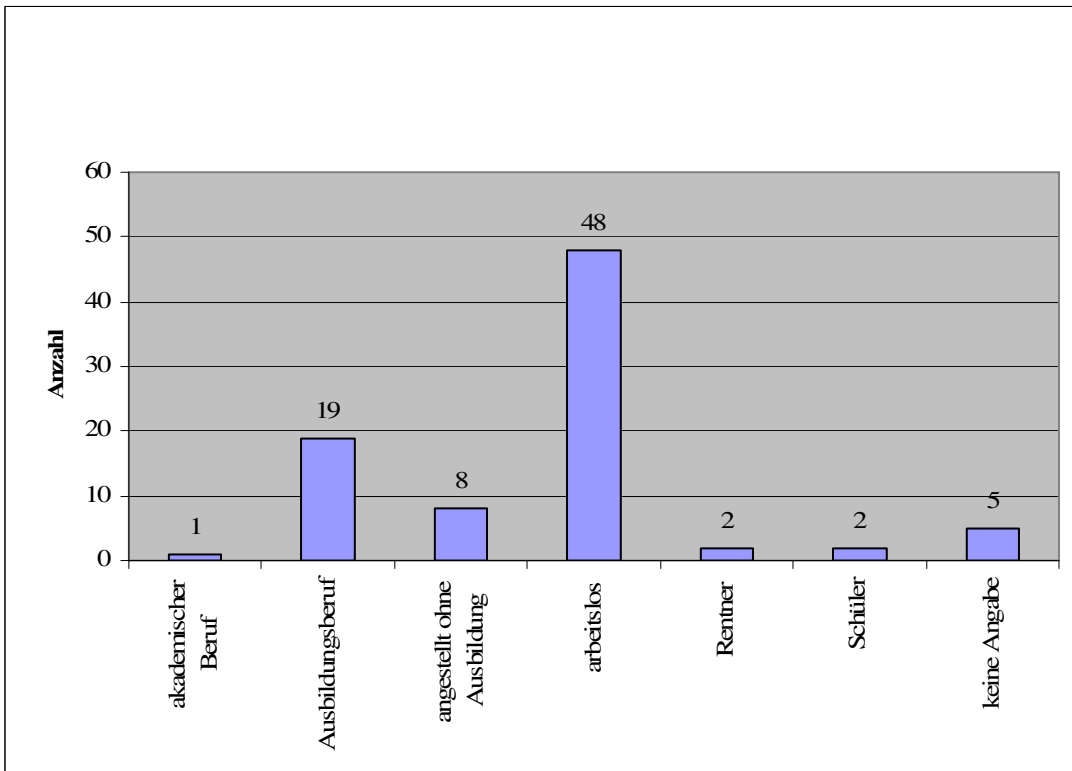


Abbildung 4: Berufliche Qualifikation Täter (n=85)

3.3 Familienstand der Täter

In die Auswertung wurden 85 Täter einbezogen, die an 81 Strafverfahren beteiligt waren.

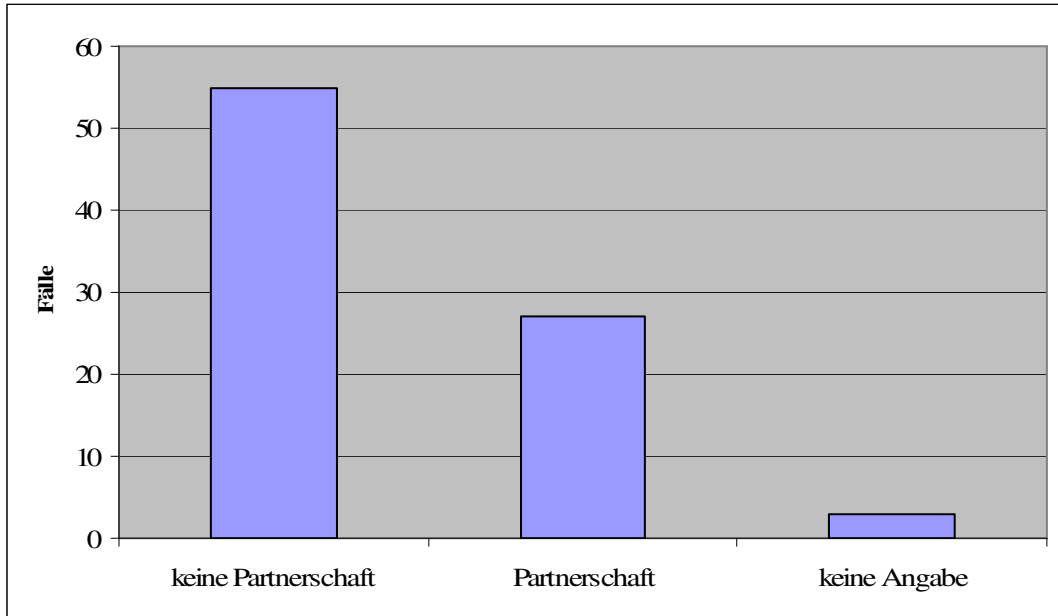


Abbildung 5: Grobeinteilung Partnerschaftsverhältnis der Täter (n=85)

Bezüglich des Familienstandes wurden im Detail 6 Kategorien gebildet:

1. verheiratet
2. ledig (und alleinstehend, nicht in einer Partnerschaft lebend)
3. geschieden (und alleinstehend, nicht in einer Partnerschaft lebend)
4. in Partnerschaft lebend (nicht verheiratet, möglicherweise geschieden)
5. verwitwet (und nicht in einer Partnerschaft lebend)
6. keine Angabe aus den Akten

1. In 16 von 85 Fällen (18,8%) waren die Angeklagten verheiratet.
2. In 35 von 85 Fällen (41,2%) waren die Angeklagten ledig und alleinstehend.
3. In 18 von 85 Fällen (21,2%) waren die Angeklagten geschieden und alleinstehend.
4. In 11 von 85 Fällen (12,3%) lebten die Angeklagten in einer Partnerschaft, waren aber nicht verheiratet.
5. In 2 von 85 Fällen (2,4%) waren die Angeklagten verwitwet und lebten nicht in einer Partnerschaft.
6. In 3 von 85 Fällen (3,5%) war der Familienstand nicht aus den Akten zu entnehmen.

3.4 Nationalität der Täter und Opfer

46 von 85 Tätern waren deutscher Nationalität (54,1%), 39 Täter waren Nichtdeutsche (45,9%). Letzterer Anteil setzt sich wie folgt zusammen:

- Türkischer Nationalität: 13 Fälle (15,3%)
- Afghanischer Nationalität: 4 Fälle (4,7%)
- Jugoslawischer Nationalität: 4 Fälle (4,7%)
- Griechischer Nationalität: 3 Fälle (3,5%)
- Iranischer Nationalität: 3 Fälle (3,5%)
- Andere (z. B. irakisch, russisch, brasilianisch, italienisch, polnisch, französisch etc., jeweils in max. 1-2 Fällen): 12 Fälle (14,1%)

In 65 von 81 Fällen waren die Opfer deutscher Nationalität (80,2%), in 16 Fällen waren die Opfer nicht deutsch (19,8%). Darunter waren die Opfer in 5 Fällen polnischer Nationalität (6,2%), in den übrigen 11 Fällen vietnamesischer, ghanaischer,

schweizerischer, mazedonischer, jugoslawischer, russischer oder kenianischer Nationalität (jeweils in max. 1-2 Fällen). Kein Opfer war türkischer Nationalität.

3.5 Altersverteilung der Täter und Opfer, Altersverhältnis

Ausgewertet wurden alle 81 Fälle, bei denen eine Anklage wegen eines Deliktes gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorlag. Bei diesen Fällen waren insgesamt 85 Angeklagte und 81 Geschädigte beteiligt.

Alter der Angeklagten

Alter der Angeklagten *unter 21 Jahre*: 11 Angeklagte (12,9%), davon waren die Täter in 4 Fällen (4,7%) unter 18 Jahre alt (2x 17J., 1x 16J., 1x 15J.)

Alter der Angeklagten *21-29 Jahre*: 27 Angeklagte (31,8%)

Alter der Angeklagten *30-39 Jahre*: 23 Angeklagte (27,1%)

Alter der Angeklagten *40-49 Jahre*: 12 Angeklagte (14,1%)

Alter der Angeklagten *über 50 Jahre*: 11 Angeklagte (12,9%), die ältesten Täter waren 59 Jahre alt (2 Fälle)

Das Alter eines Täters war nicht aus den Akten zu entnehmen (1,2%).

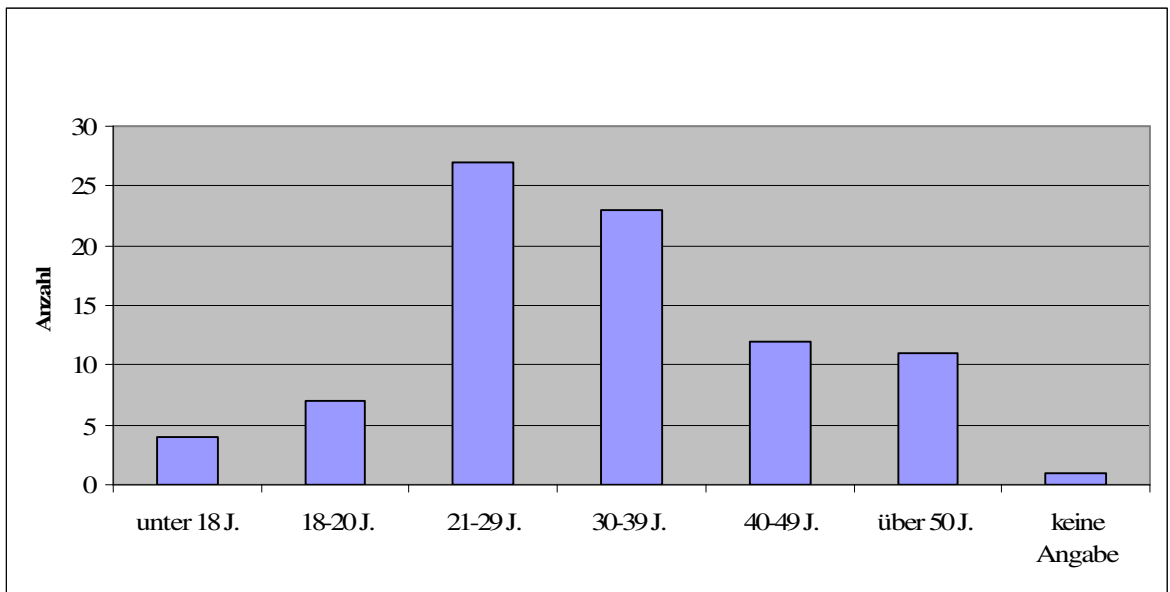


Abbildung 6: Altersverteilung der Täter (n=85)

Alter der Geschädigten

Alter der Geschädigten *unter 21 Jahre*: 24 Fälle (29,6%), davon waren die Geschädigten in 5 Fällen 16-18 Jahre alt und in 5 Fällen unter 16 Jahre alt (jüngste Geschädigte: 14 Jahre alt in 2 Fällen)

Alter der Geschädigten *21-29 Jahre*: 27 Fälle (33,3%)

Alter der Geschädigten *30-39 Jahre*: 14 Fälle (17,3%)

Alter der Geschädigten *40-49 Jahre*: 12 Fälle (14,8%)

Alter der Geschädigten *über 50 Jahre*: 4 Fälle (4,9%), davon waren die Geschädigten in 2 Fällen über 70 Jahre alt (71J. und 72J.)

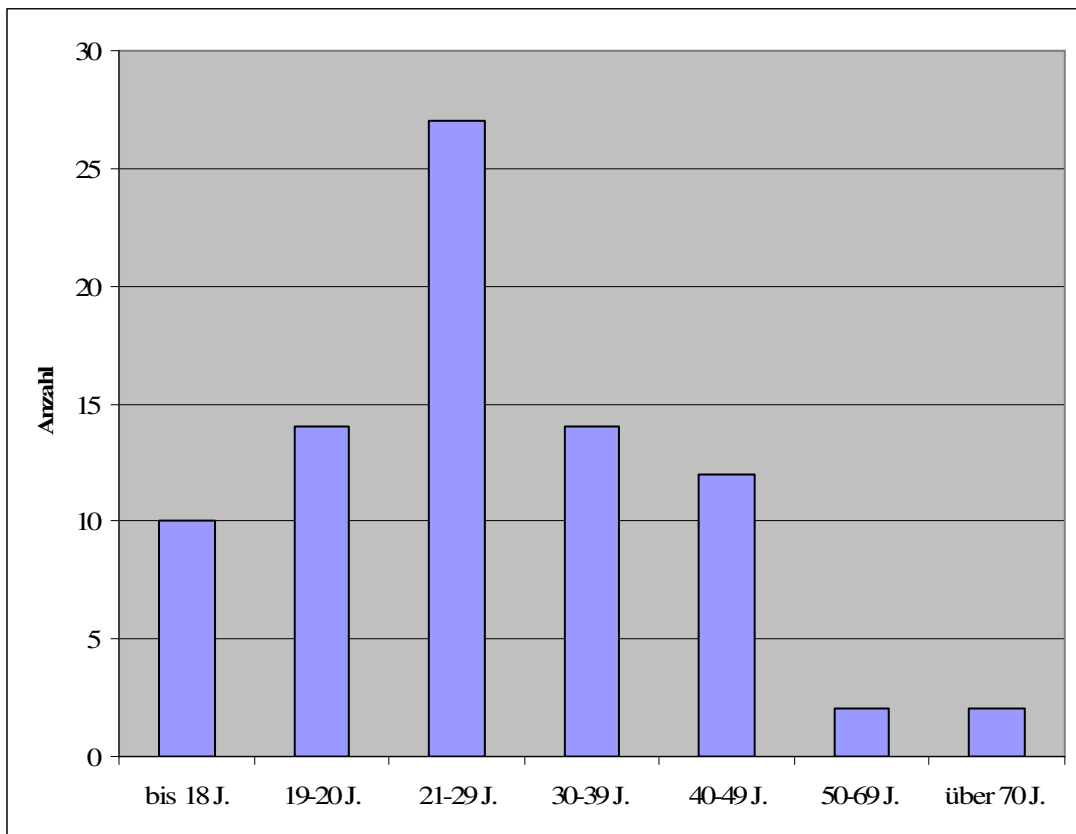


Abbildung 7: Altersverteilung der Opfer (n=81)

Altersverhältnis zwischen Angeklagten und Geschädigten

Es wurde jeweils die Altersdifferenz zwischen Angeklagtem und Geschädigter pro Fall ausgewertet. Bei 4 Fällen handelte es sich um jeweils 2 Täter und 1 Opfer. Hier wurde nur das Alter des „Haupttäters“ berücksichtigt. Der Altersunterschied zwischen den Tätern in diesen 4 Fällen war, soweit das Alter bekannt war, nie größer als 2 Jahre.

Angeklagter und Geschädigte genau gleich alt: 6 Fälle (7,4%)

Angeklagter 1-5 Jahre älter als Geschädigte: 18 Fälle (22,2%)

Angeklagter 6-10 Jahre älter als Geschädigte: 10 Fälle (12,3%)

Angeklagter mehr als 10 Jahre älter als Geschädigte: 25 Fälle (30,9%)

Angeklagter 1-5 Jahre jünger als Geschädigte: 8 Fälle (9,9%)

Angeklagter 6-10 Jahre jünger als Geschädigte: 5 Fälle (6,2%)

Angeklagter mehr als 10 Jahre jünger als Geschädigte: 9 Fälle (11,1%)

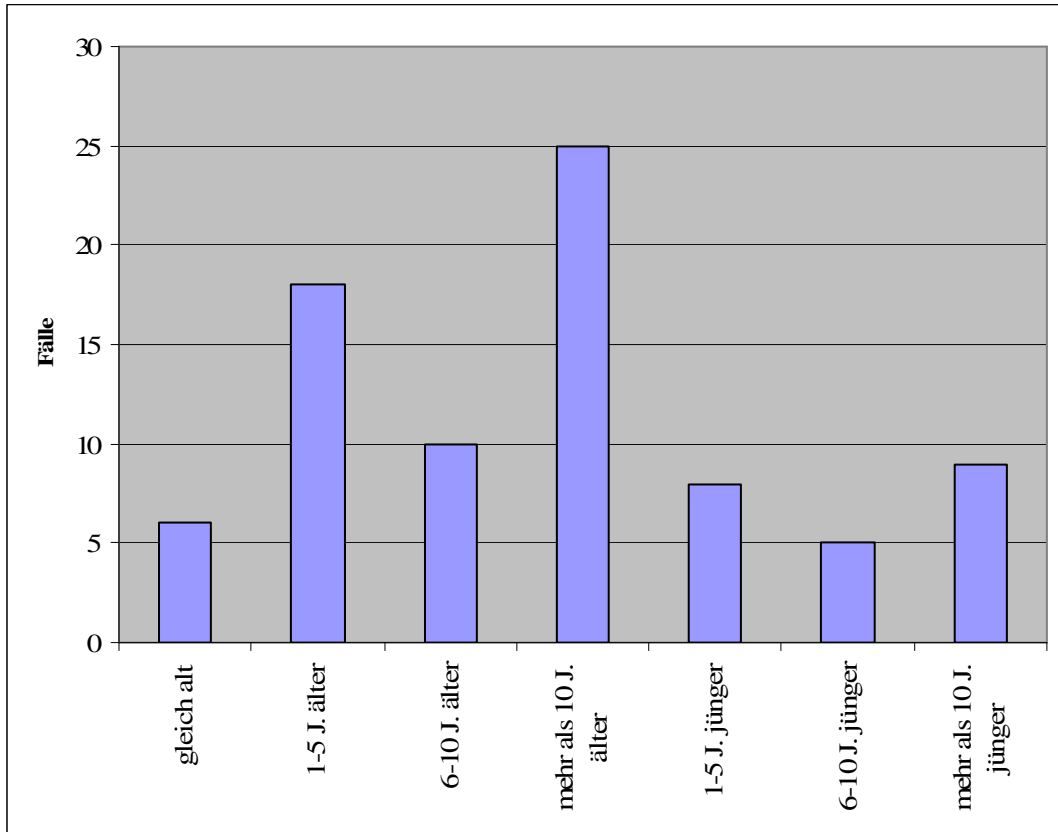


Abbildung 8: Altersverhältnis Täter zu Opfer (n=81)

Gesonderte Betrachtung der Fälle mit einer Altersdifferenz mehr als 10 Jahre

In 25 Fällen waren die Angeklagten mehr als 10 Jahre älter als die Geschädigten.

Davon waren die Angeklagten

- in 14 Fällen *10-19 Jahre älter* (17,3% von 81 Fällen)
- in 8 Fällen *20-29 Jahre älter* (9,9% von 81 Fällen)
- in 3 Fällen *mehr als 30 Jahre älter* (3,7% von 81 Fällen, max. 42 J. älter, 1 Fall).

In 9 Fällen waren die Angeklagten mehr als 10 Jahre jünger als die Geschädigten.

Davon waren die Angeklagten

- in 4 Fällen *10-19 Jahre jünger* (4,9% von 81 Fällen)
- in 4 Fällen *20-29 Jahre jünger* (4,9% von 81 Fällen)
- in 1 Fall *mehr als 30 Jahre jünger* (1,2% von 81 Fällen, in diesem Fall waren die Angeklagten, es handelte sich um 2 Täter, 54 Jahre jünger)

3.6 Einfluss von Alkohol und Drogen

53 von 85 Angeklagten (62,3%) standen während der Tat unter Alkoholeinfluss. In insgesamt 23 von 85 Fällen (27,1%) erfolgte eine Messung des Alkoholspiegels bzw. bei 19 von 85 Tätern (22,3 %) wurde eine Blutalkoholspiegelbestimmung bei den Angeklagten durch das Institut für Rechtsmedizin (UKE) durchgeführt.

Folgende Tatzeitwerte wurden bei den Angeklagten durch das Institut für Rechtsmedizin (UKE) bestimmt:

Blutalkoholspiegel	Anzahl der Fälle n=19
unter 1,0 ‰	0
1,0-1,9 ‰	10
2,0-2,9 ‰	8
3,0 und mehr ‰	1

Tabelle1: Bestimmung des Blutalkoholspiegels durch das Institut für Rechtsmedizin (n=19)

Bei 15 von 85 Angeklagten (17,6%) wurde initial ein Atemalkoholtest durch die Polizei durchgeführt, in 4 von diesen 15 Fällen erfolgte keine weitere Blutalkoholspiegelbestimmung durch das Institut für Rechtsmedizin. Der Atemalkoholtest ergab in diesen 4 Fällen Werte zwischen 0,00 ‰ und 1,19‰.

Andere berauschende Mittel wie Marihuana, Kokain und Heroin wurde von 12 von 85 Angeklagten (14,1%), z. T. in Verbindung mit Alkohol, konsumiert:

Marihuana: 4 Fälle

Kokain: 6 Fälle

Heroin: 2 Fälle

Eine verminderte Schuldfähigkeit wurde den Angeklagten im Rahmen des Urteils aufgrund des Alkoholeinflusses in 13 von 85 Fällen zugesprochen (15,3 %).

Einfluss von Alkohol / Drogen bei den Geschädigten

In 28 von 81 Fällen (34,6%) standen die Geschädigten nach Aktenlage während der Tat unter Alkoholeinfluss.

Davon wurde in 8 von diesen 28 Fällen (bzw. von insgesamt 81 Fällen, 9,9%) ein Alkoholtest durchgeführt, wobei nur in 1 Fall eine Blutalkoholspiegelbestimmung durch das Institut für Rechtsmedizin durchgeführt worden war. In diesem Fall bestand ein Blutalkoholspiegel von 2,2 ‰. In den übrigen 7 Fällen erfolgte lediglich ein Atemalkoholtest durch die Polizei:

unter 1,0 ‰: 2 Fälle

1,0-1,9 ‰: 4 Fälle

2,0-2,9 ‰: 1 Fall

In insgesamt 10 von 81 Fällen (12,3%) wurden von den Geschädigten zum Zeitpunkt der Tat andere berauschende Mittel wie Kokain, Marihuana, Heroin, Sedativa oder Methadon, u. a. in Kombination mit Alkohol, konsumiert:

Marihuana: 2 Fälle

Kokain: 3 Fälle

Heroin: 3 Fälle

Methadon: 1 Fall

Sedativa: 1 Fall

3.7 Täter-Opfer-Beziehung

In Bezug auf die Täter-Opfer-Beziehung wurden alle 81 Strafverfahren ausgewertet. Bei 4 von 81 Fällen, bei denen es sich um jeweils 2 Täter handelte, waren jeweils beide Täter mit dem Opfer flüchtig bekannt. In der folgenden Auswertung wurden diese Fälle jeweils als ein Fall gewertet.

Beziehung zwischen Angeklagtem und Geschädigter

Um die Beziehung zwischen Angeklagtem und Geschädigter zu beschreiben, wurden 3 Kategorien definiert:

1. Angeklagter und Geschädigte waren sich *fremd*, das heißt, sie standen bis zur Tat in keiner Beziehung zueinander und kannten sich nicht, auch nicht „vom Sehen“.
2. Angeklagter und Geschädigte waren *flüchtig miteinander bekannt*, das heißt, sie kannten sich entweder „vom Sehen“, oder maximal seit einigen Tagen vor der Tat. In den meisten Fällen dieser Kategorie haben sich Angeklagter und Geschädigte am Tag der Tat kennengelernt.
3. Angeklagter und Geschädigte waren *gut miteinander bekannt*, das heißt, sie kannten sich seit längerer Zeit (mind. Wochen), sind z. B. im Vorfeld befreundet oder sogar verwandt gewesen.

1. fremd:

In 15 von 81 Fällen waren sich Angeklagter und Geschädigte fremd (18,5%).

2. flüchtig bekannt:

In 29 von 81 Fällen waren Angeklagter und Geschädigte flüchtig miteinander bekannt (35,8%).

3. gut bekannt:

In 37 von 81 Fällen waren Angeklagter und Geschädigte gut miteinander bekannt (45,7%).

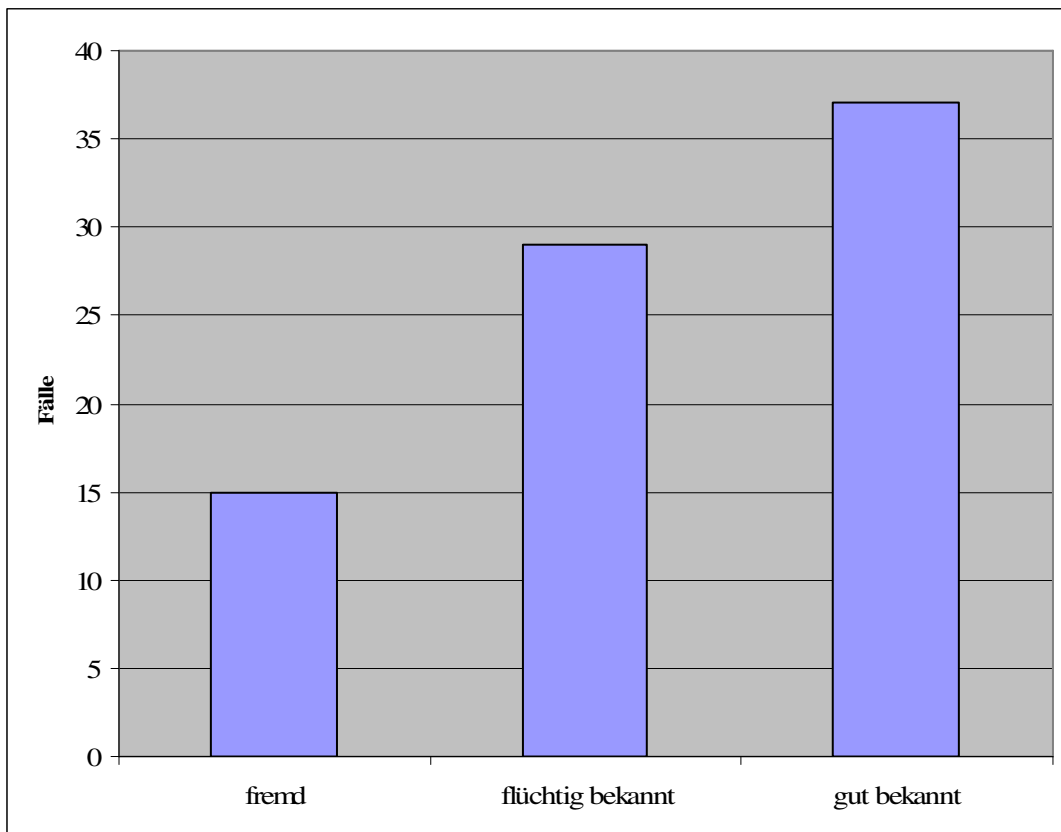


Abbildung 9: Bekanntheitsgrad Täter / Opfer

In den Fällen, in denen Angeklagter und Geschädigte *gut miteinander bekannt* waren, waren sie in 1 Fall *verwandt*, in 6 Fällen handelte es sich bei dem Täter um einen *Ex-Partner* und in 9 der 37 Fälle waren Täter und Opfer *verheiratet* bzw. lebten in einer *Partnerschaft*.

3.8 Zeitpunkt der Anzeigerstattung

Es wurden 4 Kategorien bestimmt, die den Zeitraum zwischen Tat und Anzeige charakterisieren:

1. Anzeige *unmittelbar nach der Tat*, das heißt, die Tat wurde durch die Geschädigte bzw. eine die Geschädigte unterstützende Person spätestens eine Stunde nach der Tat erstattet.
2. Anzeige *Stunden später*, das heißt, die Anzeige wurde frühestens 1 Stunde nach der Tat aber innerhalb des 1. Tages nach der Tat erstattet.

3. Anzeige *ein bis mehrere Tag später*, das heißt, die Anzeige wurde frühestens nach einem Tag, aber innerhalb 1 Woche nach der Tat erstattet.
4. Anzeige *eine Woche bis Jahre später*, das heißt, die Anzeige wurde frühestens nach Ablauf einer Woche nach der Tat erstattet.

1. unmittelbar nach der Tat:

In 39 von 81 Fällen erfolgte die Anzeige unmittelbar nach der Tat (48,2%).

2. Stunden später:

In 15 von 81 Fällen erfolgte die Anzeige Stunden später (18,5%).

3. ein bis mehrere Tage später:

In 13 von 81 Fällen erfolgte die Anzeige ein bis mehrere Tage später (16,1%).

4. eine Woche bis Jahre später:

In 14 von 81 Fällen erfolgte die Anzeige eine Woche bis Jahre nach der Tat (17,3%).

Somit erfolgte die Anzeigerstattung binnen der ersten 24 Stunden in 66,7% der Fälle.

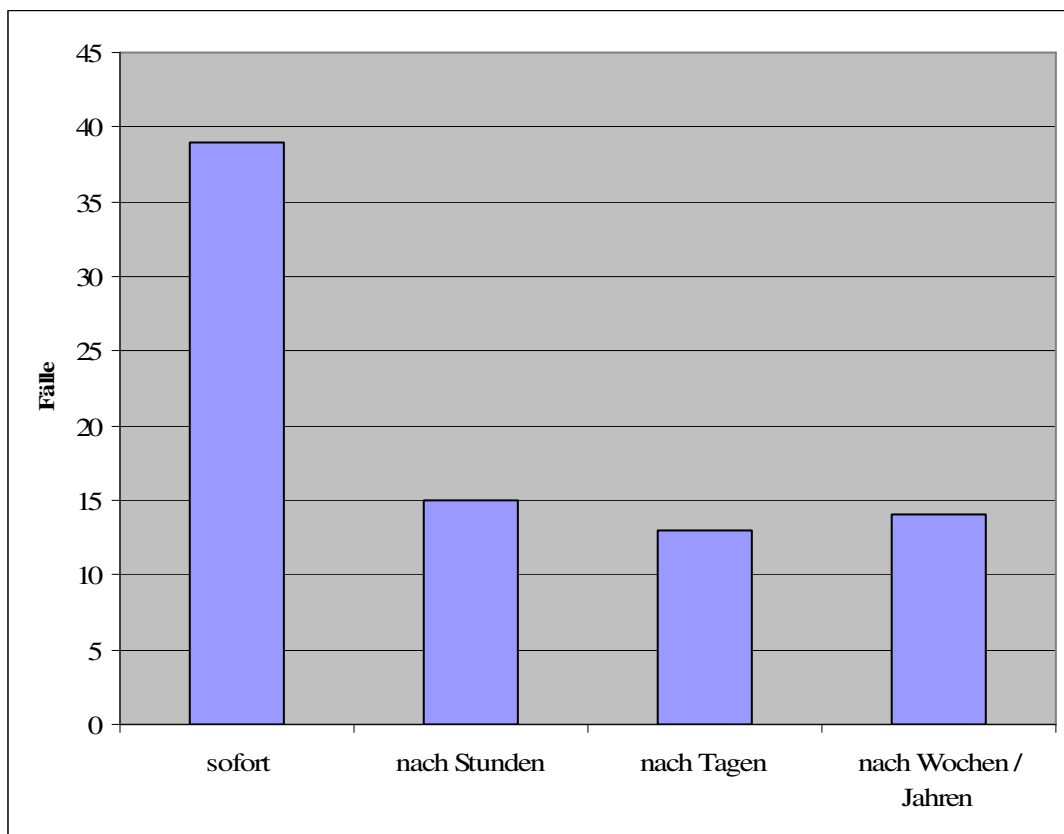


Abbildung 10: Zeitpunkt der Anzeige nach der Tat (n=81)

3.9 Zusammenhang Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigerstattung

1. Anzeige unmittelbar nach der Tat

Bei den 39 Fällen, bei denen die Anzeige unmittelbar nach der Tat erfolgte, waren Angeklagter und Geschädigte in

- 12 Fällen einander *fremd* (30,8%)
- 13 Fällen *flüchtig miteinander bekannt* (33,3%)
- 14 Fällen *gut miteinander bekannt* (35,9%)

2. Anzeige Stunden später

Bei den 15 Fällen, bei denen die Anzeige Stunden später erfolgte, waren Angeklagter und Geschädigte in

- 1 Fall einander *fremd* (6,7%)
- 7 Fällen *flüchtig miteinander bekannt* (46,7%)
- 7 Fällen *gut miteinander bekannt* (46,7%)

3. Anzeige mehrere Tage später

Bei den 13 Fällen, bei denen die Anzeige erst mehrere Tage später erfolgte, waren Angeklagter und Geschädigte in

- 2 Fällen einander *fremd* (15,4%)
- 6 Fällen *flüchtig miteinander bekannt* (46,2%)
- 5 Fällen *gut miteinander bekannt* (38,5%)

4. Anzeige Wochen bis Jahre nach der Tat

Bei den 14 Fällen, bei denen die Anzeige erst Wochen bis Jahre nach der Tat erfolgte, waren Angeklagter und Geschädigte in

- keinem Fall einander *fremd* (0,0%)
- 3 Fällen *flüchtig miteinander bekannt* (21,4%)
- 11 Fällen *gut miteinander bekannt* (78,6%)

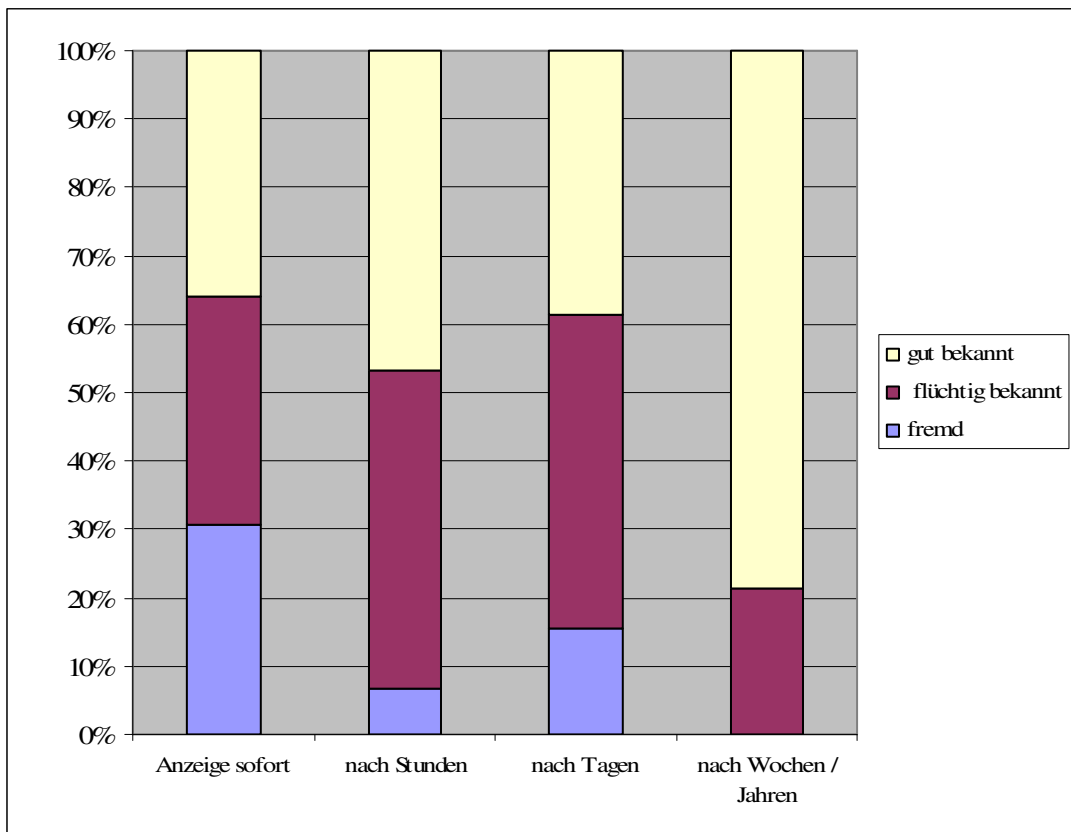


Abbildung 11: Zusammenhang Zeitpunkt der Anzeige und Bekanntschaftsgrad Täter / Opfer in %

Umgekehrt lässt sich sagen, dass in den Fällen, in denen sich Angeklagter und Geschädigte *fremd* waren (insgesamt 15 Fälle), die Anzeige in 12 Fällen *sofort nach der Tat* (80%), in 1 Fall *Stunden später* (6.6%), in 2 Fällen *mehrere Tage später* (13,3%) und in keinem Fall erst *Wochen bis Jahre später* (0,0%) erfolgte.

In den Fällen, in denen sich Angeklagter und Geschädigte *flüchtig bekannt* waren (insgesamt 29 Fälle) erfolgte die Anzeige in 13 Fällen *sofort nach der Tat* (44,8%), in 7 Fällen *Stunden später* (24,1%), in 6 Fällen *mehrere Tage später* (20,7%) und in 3 Fällen erst *Wochen bis Jahre später* (10,3%).

In den Fällen, in denen Angeklagter und Geschädigte *gut miteinander bekannt* waren (insgesamt 37 Fälle), erfolgte die Anzeige in 14 Fällen *sofort nach der Tat* (37,8%), in 7 Fällen *Stunden später* (18,9%), in 5 Fällen *mehrere Tage später* (13,5%) und in 11 Fällen *Wochen bis Jahre später* (29,7%).

3.10 Tatorte

Die verschiedenen Tatorte wurden in 6 Kategorien aufgeteilt:

1. Wohnräume des Täters
2. Wohnräume des Opfers
3. Gemeinsamer Wohnraum von Täter und Opfer
4. Öffentlicher Raum im weitesten Sinne
5. andere geschlossene Räume (Räume und Orte, die weder zu 1. oder 2. zählen und nicht der Öffentlichkeit zugänglich sind, z. B. Hotelzimmer, Auto, Wohnung einer dritten Person etc.)
6. Verschiedene Tatorte (bei mehrfachen Delikten in gleicher Sache)

1. In 20 von 81 Fällen (24,7%) ereigneten sich die Delikte in den Wohnräumen des Täters.
2. In 20 von 81 Fällen (24,7%) ereigneten sich die Delikte in den Wohnräumen des Opfers.
3. In 5 von 81 Fällen (6,2%) ereigneten sich die Delikte in den gemeinsamen Wohnräumen von Tätern und Opfern.
4. In 13 von 81 Fällen (16,0%) ereigneten sich die Delikte in der Öffentlichkeit.
5. In 18 von 81 Fällen (22,2%) ereigneten sich die Delikte in anderen geschlossenen Räumen.
6. In 5 von 81 Fällen (6,2%) ereigneten sich die Delikte an verschiedenen Tatorten.

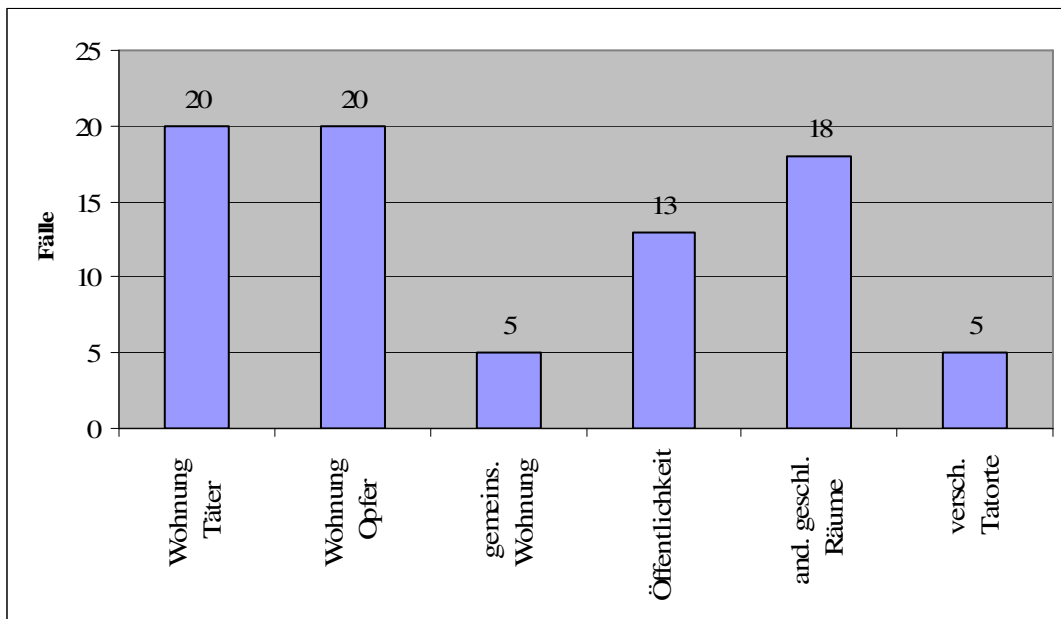


Abbildung 12: Tatorte (n=81)

Somit ereigneten sich in mehr als 75% der Fälle (63 von 81 Fällen) die Straftaten in geschlossenen Räumen, meist in Wohnungen.

3.11 Tatzeitpunkte

Entscheidend für die Festlegung der Tatzeitpunkte ist die Uhrzeit zu Beginn der Tat.

6:00-12:00 Uhr:

6 von 81 Fällen (7,4%)

12:00-18:00 Uhr:

14 von 81 Fällen (17,3%)

18:00-0:00 Uhr:

39 von 81 Fällen (48,1%)

0:00-6:00 Uhr

17 von 81 Fällen (21%)

Tageszeiten unklar oder wechselnde Tageszeiten:

5 von 81 Fällen (6,2%)

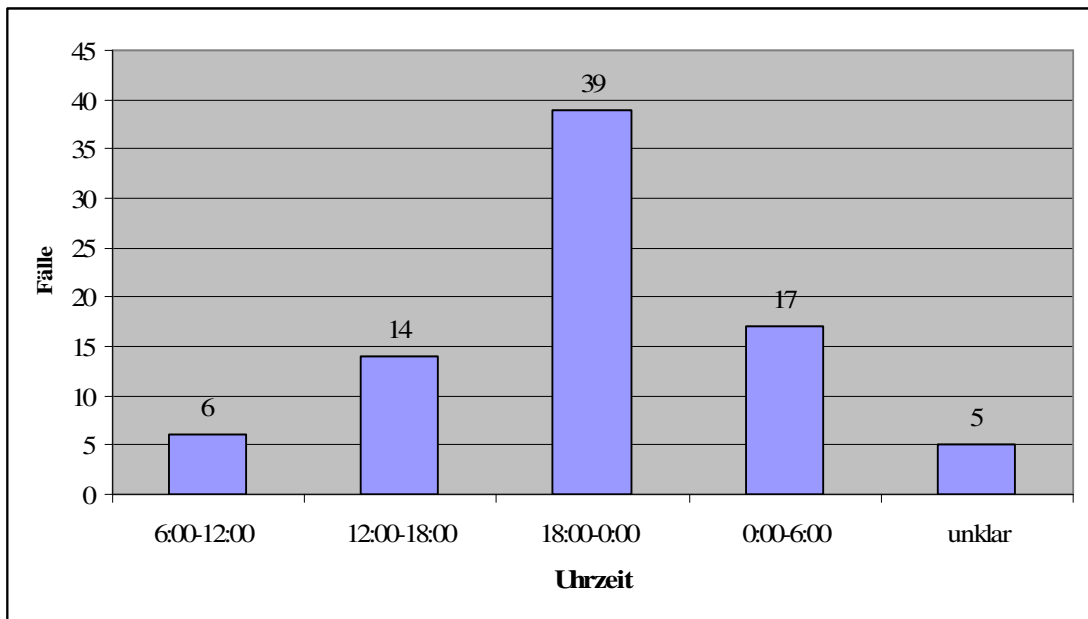


Abbildung 13: Verteilung der Tatzeitpunkte (n=81)

3.12 Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem

Bei 35 von 81 Fällen (43,2%) kam es zu keiner in den Akten dokumentierten Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem, obwohl in 14 Fällen dieser Gruppe körperliche Verletzungen vorlagen.

Bei den übrigen 46 Fällen (56,8%) kam es zu einer Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem, wobei es in 14 Fällen (17,3%) zum Kontakt mit verschiedenen medizinischen Einrichtungen kam.

Folgende Fachrichtungen bzw. Einrichtungen waren beteiligt:

- Gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses: 37 Fälle (45,7% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 80,4% in Bezug auf o.g. 46 Fälle).
- Niedergelassener Gynäkologe: 4 Fälle (4,9% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 8,7% in Bezug auf 46 Fälle)

- Rechtsmedizin: 9 Fälle (11,1% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 19,6% in Bezug auf 46 Fälle)
- Zentrale Notaufnahme / Poliklinik eines Krankenhauses: 11 Fälle (13,6% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 23,9% in Bezug auf 46 Fälle)
- Niedergelassener Hausarzt: 9 Fälle (11,1% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 19,6% in Bezug auf 46 Fälle)
- Andere niedergelassene Ärzte (z. B. Chirurg): 2 Fälle (2,5% in Bezug auf alle 81 Fälle bzw. 4,3% in Bezug auf 46 Fälle)

Fachrichtung	Fälle mit Kontakt zum Gesundheitssystem n=46	alle Fälle n=81
Gynäkologie im KH	80,4 %	45,7 %
allg. Notaufnahme Krankenhaus	23,9 %	13,6 %
Rechtsmedizin	19,6 %	11,1 %
Hausarzt	19,6 %	11,1 %
Gynäkologe ambulant	8,7 %	4,9 %
andere Ärzte ambulant	4,3 %	2,5 %

Tabelle 2: Verteilung der Beteiligung der medizinischen Einrichtungen in %

3.13 Art der Gewaltanwendung

Ausgenommen von der Auswertung waren die „Freisprüche“ (insgesamt 13 Fälle), so dass bzgl. des Kriteriums „Körperliche und psychische Gewaltanwendung“ 68 Fälle ausgewertet werden konnten. Zur psychischen Gewalt zählten u. a. Bedrohung (verbal oder mit einer Waffe), Erpressung, Beleidigung, Nötigung, Freiheitsentzug und Erniedrigung. In den meisten Fällen wurden mehrere Gewaltformen angewendet.

1. In 47 von 68 Fällen waren *körperliche und z. T. auch psychische Gewaltanwendung* dokumentiert worden (69,1%).
2. In 44 von 68 Fällen wurde *stumpfe Gewalt* (insbes. Faustschläge, Tritte etc.) angewendet (64,7%).
3. In 2 von 68 Fällen wurde *scharfe bzw. halbscharfe Gewalt* (Verletzung durch Messer / Nadel) angewendet (2,9%).
4. In 11 von 68 Fällen kam es zu *Gewaltanwendung gegen den Hals* (16,2%).
5. In 34 von 68 Fällen kam es zu *genitaler Gewaltanwendung* im Sinne der Vergewaltigung oder versuchten Vergewaltigung (50,0%), davon kam es in 25 Fällen zu *vaginalem, oralem, und / oder analem Geschlechtsverkehr* (36,8%) und in 9 Fällen zu *versuchtem vaginalem, oralem, und / oder analem Geschlechtsverkehr* (13,2%). In 20,6% dieser Fälle wurden Verletzungszeichen im Genitalbereich dokumentiert (s. u.).
6. In 3 von 68 Fällen kam es zu *anderer als in 5. genannter genitaler Gewaltanwendung*, 4,4%. (Fälle mit genitaler Gewaltanwendung, bei denen aber keine Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung vorlag). Dabei handelte es sich z. B. um stumpfe oder halbscharfe Gewalt wie Faustschläge oder Kratz- und Bissverletzungen im Genitalbereich.
7. In 32 von 68 Fällen war neben der körperlichen Gewaltanwendung auch *psychische Gewaltanwendung* dokumentiert worden (47,1%).

8. In 11 von 68 Fällen kam es allein zu *psychischer Gewaltanwendung* (keine körperliche Gewaltanwendung, 16,1%).

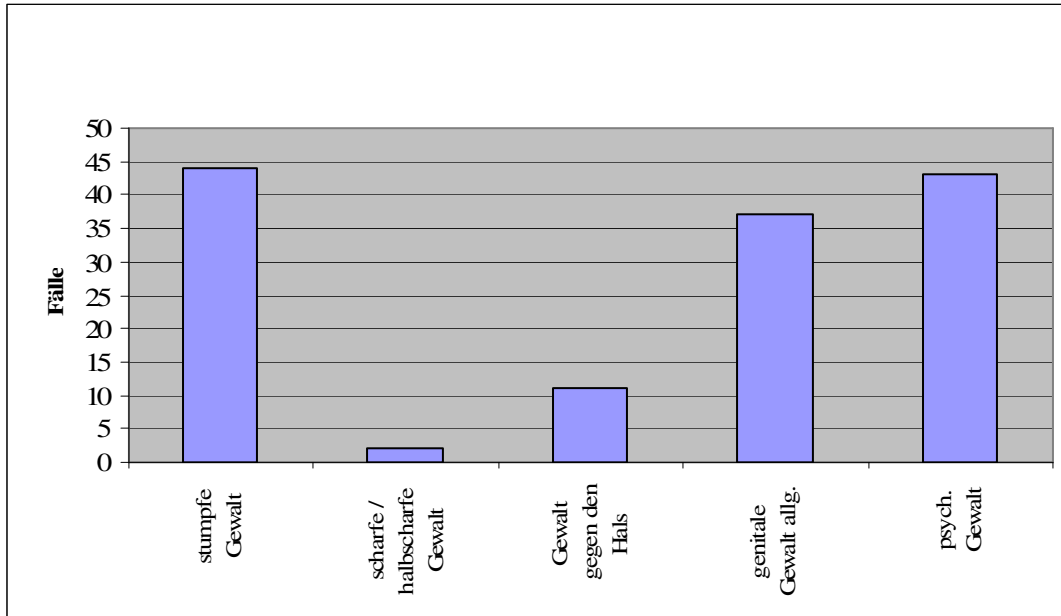


Abbildung 14: Verteilung der Gewaltanwendung (n=68)

3.14 Folgen der Gewaltanwendung

1. In 24 von 68 Fällen wurde nach Aktenlage von *psychischen Folgeschäden* (z. B. Angststörungen, Schlafstörungen, Beziehungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen etc.) nach körperlicher oder psychischer Gewaltanwendung berichtet (35,3%).
2. In 21 von 68 Fällen kam es nach körperlicher Gewaltanwendung zu *keinen bis geringgradigen Verletzungszeichen* (z. B. nicht ausgedehnte Hämatome oder Hautabschürfungen, die keiner weiteren Therapie bedurften, 30,8%).
3. In 22 von 68 Fällen kam es nach körperlicher Gewaltanwendung zu *mittelschweren bis schweren Verletzungen* (z. B. ausgedehnte Hämatome, Frakturen, Schädelverletzungen, Zerrungen, Verletzungen, die eine weitere Therapie erforderten, 32,4%).

4. In 4 von 68 Fällen wurde die körperliche Gewaltanwendung als *lebensbedrohlich* eingestuft (5,9%).

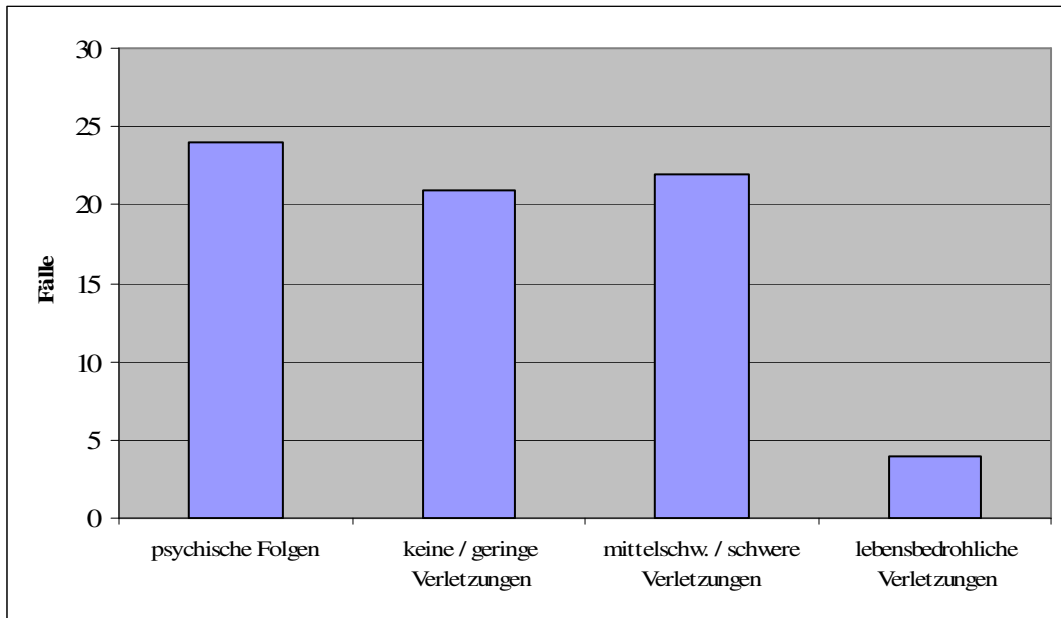


Abbildung 15: Folgen der Gewaltanwendung (n=68)

Betrachtet man die Folgen der Gewaltanwendung bei genitaler Gewalt (siehe auch 3.13, „Art der Gewaltanwendung“ unter 5.), also Fälle von vollendeter Vergewaltigung bzw. Fälle der versuchten Vergewaltigung (34 von 68 Fällen) gesondert, so lässt sich feststellen, dass

- bei lediglich 7 der 34 Fälle (20,6%) Verletzungen im Genitalbereich dokumentiert wurden. Dabei handelte es sich um petechiale Einblutungen, Schürf-/ Kratz-/ und Risswunden im Vulvabereich, um vaginale sowie anale Blutungen bzw. um einen Hymenaleinriß in einem Fall. Sämtliche dieser Verletzungen wurden als geringgradig eingestuft und bedurften keiner spezifischen Therapie.
- bei 9 dieser 34 Fälle (26,5%) weder genitale noch extragenitale Verletzungen dokumentiert wurden.
- bei 22 dieser 34 Fälle (64,7%) extragenitale Verletzungen dokumentiert wurden. Dabei handelte es sich in 5 von 34 Fällen (14,7%) um leichte extragenitale Verletzungen, in 14 von 34 Fällen (41,2%) um mittelschwere extragenitale

Verletzungen und in 3 von 34 Fällen (8,8%) um lebensbedrohliche extragenitale Verletzungen.

3.15 Geständnisse

In die Auswertung konnten 66 von 81 Fällen einbezogen werden. Ausgenommen von der Auswertung waren 13 Fälle, bei denen das Urteil „Freispruch“ lautete sowie 2 Fälle, bei denen das Verfahren vorläufig eingestellt wurde und hier Informationen über ein mögliches Geständnis nicht vorlagen.

Von diesen 66 Fällen erfolgte in 29 Fällen ein umfassendes Geständnis der Tat im Sinne des Anklagevorwurfes durch den bzw. die Angeklagten (43,9%).

In 7 Fällen erfolgte ein Teilgeständnis der Tat (10,6%).

In 30 von 66 Fällen wurde kein Geständnis der Tat abgegeben (45,5%).

3.16 Existiert eine Korrelation zwischen dem Geständnis der Täter und der vorangegangenen Vorstellung der Opfer in medizinischen Einrichtungen?

In 18 von 29 Fällen, bei denen ein umfassendes Geständnis vorlag, war eine Vorstellung der Geschädigten in einer medizinischen Einrichtung erfolgt (62%).

In 3 von 7 Fällen, bei denen ein Teilgeständnis vorlag, war eine Vorstellung der Geschädigten in einer medizinischen Einrichtung erfolgt (42,8%).

In 14 von 30 Fällen, bei denen kein Geständnis vorlag, war eine Vorstellung der Geschädigten in einer medizinischen Einrichtung erfolgt (46,7%).

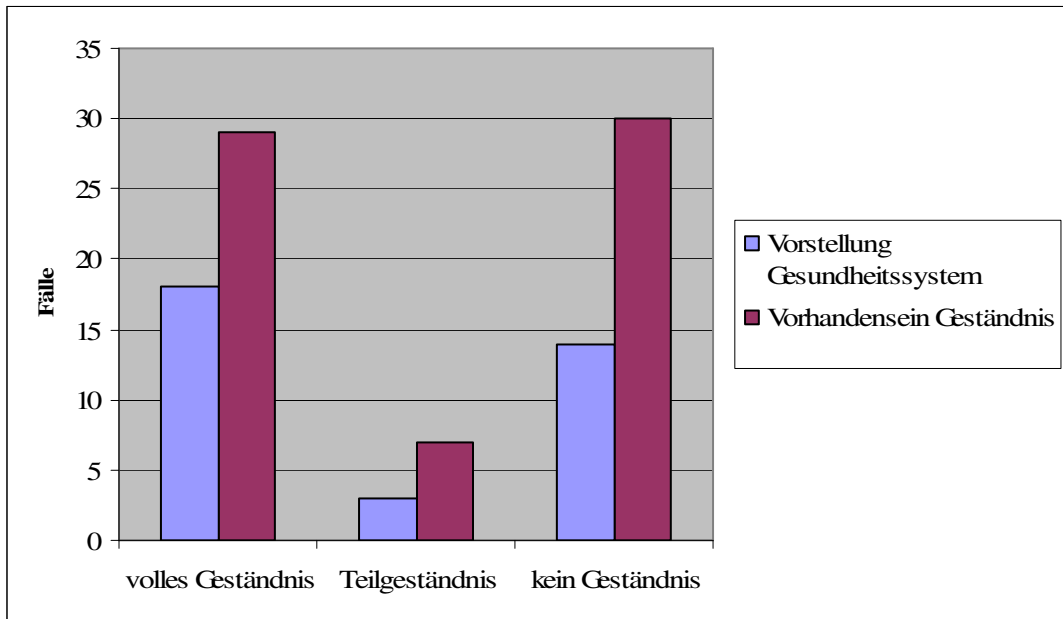


Abbildung 16: Zusammenhang Geständnisse / Vorstellung in med. Einrichtungen (n=66)

4 Kasuistik

4.1 Fall 1

Eine 71jährige Rentnerin (Geschädigte) fegte an einem Nachmittag im November Laub vor ihrem Haus. Dabei wurde sie von einem 17jährigen Jugendlichen (Täter 1) angesprochen. Die beiden kannten sich flüchtig, da der Jugendliche bereits häufiger kleine Arbeiten gegen ein Entgelt für die Rentnerin erledigt hatte. Während Täter 1 die Rentnerin in ein Gespräch verwickelte, drang sein Freund, ein 15jähriger Jugendlicher (Täter 2), unbemerkt über die offene Terrassentür in das Haus der Geschädigten ein. Dort stahl Täter 2 Schmuck und Geld im Wert von 450 DM sowie einen Haustürschlüssel. Dann entfernten sich die beiden Jugendlichen.

Sie gaben das gesamte Geld noch am selben Abend für Bier, Zigaretten sowie ein Treffen mit einer Prostituierten aus.

In der darauffolgenden Nacht gegen 0:00 Uhr beschlossen die beiden Jugendlichen zum Haus der Geschädigten zurückzukehren. Diese hatte den Diebstahl bereits bemerkt und die Polizei informiert. Die Täter drangen mit Hilfe des Haustürschlüssels in das Haus ein und trafen die 71jährige Frau, die noch wach war, im Wohnzimmer an. Sie schlugen der Geschädigten sofort viermal kräftig mit der Faust in das Gesicht und an den Kopf und schleiften sie dann zu ihrem Bett. Dort stellte Täter 1 seinen Fuß auf den Unterleib der Geschädigten, während Täter 2 ihr kurzzeitig ein Kissen auf das Gesicht drückte. Nachdem er das Kissen wieder entfernte, zogen die Jugendlichen ihre Hose aus. Dann vollzog Täter 1 ungeschützten vaginalen Geschlechtsverkehr mit der Geschädigten. Dabei küsste er die Rentnerin auf die Wange und den Mund. Die Täter drohten der Frau, dass sie sie schlagen würden, wenn sie nicht still hielte. Stark eingeschüchtert zeigte die Rentnerin kaum Gegenwehr. Während Täter 1 mit der Geschädigten ungeschützten Geschlechtsverkehr vollzog, zwang Täter 2 die Frau gleichzeitig zum Oralverkehr. Danach wurde sie von Täter 2 zu ungeschütztem Vaginalverkehr gezwungen. Währenddessen saß Täter 1 neben der Geschädigten und zwang die Rentnerin, seinen Penis mit der Hand zu stimulieren. Nachdem Täter 2 von der Geschädigten abließ, wurde sie ein weiteres Mal von Täter 1 vergewaltigt. Täter 2 masturbierte währenddessen vor den Augen der Rentnerin. Danach ließen die beiden

Jugendlichen von der Frau ab. Sie entschuldigten sich bei der Geschädigten für die vorangegangene Tat und verließen das Haus.

Die Frau wusch sich sofort nach den Ereignissen, wechselte jedoch nicht die Kleidung. Sie erstattete noch in der gleichen Nacht Anzeige. Sofort schrieb die Frau die Vorkommnisse des Abends detailliert auf. Am folgenden Tag begab sich die Rentnerin in eine Frauenklinik. Die gynäkologische Untersuchung war bis auf eine ca. 0,5cm lange, oberflächliche Risswunde im Bereich der vorderen Kommissur vaginal unauffällig. Nach der gynäkologischen Untersuchung wurde die Frau einem Arzt des Instituts für Rechtsmedizin (UKE) vorgestellt. Es wurden mehrere Hautabschürfungen und Prellmarken durch direkte und indirekte Gewalteinwirkung, insbesondere an Kopf und Gesicht und am linken Arm dokumentiert. Zudem zeigte die Frau Hautunterblutungen im Bereich des Rückens im Sinne von Widerlagerverletzungen. Die Verletzungsmuster ließen sich durch das mindestens dreimalige Einwirken stumpfer äußerer Gewalt (hier Faustschläge) erklären. Insgesamt passten die Verletzungen zu dem von der Geschädigten geschilderten Tathergang. Die dokumentierten Verletzungen wurden als nicht schwerwiegend oder lebensbedrohlich eingestuft.

7 1/2 Monate nach der Tat wurde Täter 1 zu einer Jugendstrafe von 2 Jahren und 6 Monaten, Täter 2 zu einer Jugendstrafe von 2 Jahren und 2 Monaten verurteilt. Die Täter hatten das Geschehen weitgehend gestanden.

Täter 1 war bis zu seinem 15 Lebensjahr zusammen mit seiner geschiedenen Mutter, zwei Geschwistern und dem Stiefvater aufgewachsen. Nach dem Auftreten familiärer Probleme erfolgte die weitere Erziehung in einem Kinderheim, z. T. lebte Täter 1 auch in einer Jugendwohnung. Der 17jährige trank regelmäßig Alkohol. Er hatte für die Dauer von 8 Jahren eine Sonder- und Hauptschule besucht, einen Schulabschluss hatte er nicht erreicht und war zum Zeitpunkt der Tat nicht erwerbstätig. Bereits in der Schulzeit fiel Täter 1 durch aggressives Verhalten gegenüber seinen Mitschülern auf.

Der 15jährige Täter 2 wirkte deutlich jünger als Täter 1. Er lebte zum Zeitpunkt des Geschehens mit seinem Bruder bei der Mutter, die seit seinem 7. Lebensjahr geschieden war. Er besuchte zum Tatzeitpunkt die 8. Klasse einer Sonderschule. Zu

seiner Mutter pflegte Täter 2 ein inniges Verhältnis, mit seinem Vater hatte er wenig Kontakt. In seinem 2. Lebensjahr war Täter 2 an einer Meningitis schwer erkrankt. Danach sei insbesondere seine psychische Entwicklung verzögert gewesen.

Vor allem Täter 2 litt während der Untersuchungshaft unter den tätlichen Übergriffen durch andere Häftlinge und äußerte in diesem Rahmen suizidale Gedanken. Auch habe der 15jährige nach der Tat an belastenden Träumen und Schlafstörungen gelitten.

4.2 Fall 2

Eine 37jährige, als Näherin berufstätige Frau, und ein 29jähriger Mann führten über 3 Jahre eine intime Beziehung. Nach dieser Zeit beendete die Frau (Geschädigte) die Beziehung, bot ihrem Partner jedoch eine Freundschaft an. Der Mann (Täter) litt sehr unter der Situation und wollte die Trennung auch Monate später nicht wahrhaben.

An einem Abend im Februar kam die Geschädigte in ihre Wohnung und fand ihren ehemaligen Partner, der noch einen Schlüssel von der Wohnung besaß, auf ihrem Bett liegend vor. Dieser entfernte sich nicht auf ihre Aufforderung hin, so dass sie die Polizei rief, die den Mann abführte.

Am folgenden Vormittag traf die 37jährige den Mann erneut in ihrer Wohnung auf dem Bett liegend an. Diesmal war er alkoholisiert und hatte die Wand des Schlafzimmers mit einem Kugelschreiber beschmutzt. Erneut rief die Geschädigte die Polizei zur Hilfe, der Täter verließ bei deren Eintreffen freiwillig die Wohnung. Eine Anzeige erfolgte nicht.

Ca. 2 Stunden später gegen Mittag drang der Täter, der immer noch im Besitz eines Haustürschlüssels war, erneut in die Wohnung der Geschädigten ein, die diesmal zu Hause war. Er packte die Frau und zwang sie, sich auf den Boden zu legen. Er sagte, er wolle Geschlechtsverkehr mit ihr durchführen. Als die Geschädigte anfangen zu schreien, hielt er ihr den Mund zu. Daraufhin biss die Geschädigte dem Täter in den Unterarm. Der Mann zog der Frau Hose und Unterhose aus und versuchte, sie zum

Analverkehr zu zwingen. Als dies misslang, führte er gegen ihren Willen vaginalen Geschlechtsverkehr bis zum Samenerguss durch.

Im Verlauf des Tages verließen Täter und Geschädigte gemeinsam die Wohnung. Unter einem Vorwand gelang es der Frau, ihren ehemaligen Partner zur Polizeiwache zu locken. Dort erstattete sie Anzeige. Der Täter wurde sofort festgenommen.

Die Geschädigte begab sich gleich nach der Tat in ein Krankenhaus und stellte sich in der Gynäkologie vor. Im Untersuchungsprotokoll wurden Kratzspuren und Petechien im Bereich des Oberbauches sowie Widerlagerverletzungen im Bereich der Schulterblätter dokumentiert. Zudem wurden Abstriche von Vagina und Vulva entnommen.

Vier Monate nach der Tat wurde der Täter wegen versuchter Vergewaltigung, sexueller Nötigung sowie Körperverletzung zu 1 Jahr und 6 Monaten Freiheitsstrafe verurteilt. Die Schuldfähigkeit war nach §21 StGB bei einem Blutalkoholgehalt von 1,9 ‰ als eingeschränkt beurteilt worden. Die Bewährungsfrist betrug 3 Jahre.

Täter und Geschädigte wurden noch vor Ende des Verfahrens wieder ein Paar. Die Frau hatte zwischenzeitlich mehrfach versucht, die Anzeige zurückzuziehen.

Der Täter war zwischen seinem zweiten und achten Lebensjahr in einem Kinderheim aufgewachsen. Er war das siebte von acht Kindern. Seine Mutter hatte kurz nach seiner Geburt die Familie verlassen. Zum Zeitpunkt der Tat war der Mann alkoholkrank, in der Vergangenheit hatte zeitweise auch ein Heroinabusus bestanden. Der Täter hatte seine Schullaufbahn mit einem Hauptschulabschluss beendet und war zum Zeitpunkt der Tat ohne gelernten Beruf arbeitslos.

4.3 Fall 3

Ein 16jähriges Mädchen lebte mit ihrer Mutter und deren 58jährigem Lebensgefährten, der als Lagermeister berufstätig war, in einer gemeinsamen Wohnung. Zu ihrem Vater hatte das Mädchen (Geschädigte) keinen Kontakt. Mit der

Mutter, die an Multipler Sklerose erkrankt war, gab es häufig Konflikte, z. T. wurde sie auch von ihrer Mutter körperlich misshandelt.

An einem Tag im Herbst war die 16jährige mit dem Lebensgefährten ihrer Mutter (Täter) allein in der Wohnung. Während sie auf einem Sessel saß, näherte er sich ihr und drückte ihre Beine auseinander. Dann streichelte er ihre Brüste, griff ihr an Beine und Gesäß und sagte, er wolle Geschlechtsverkehr mit ihr haben. Er versuchte, sie zu küssen. Als das Mädchen sich wehrte, ließ er von ihr ab.

Zu Anwendung von Gewalt sei es nicht gekommen.

Erst 1,5 Jahre später erstattete die Geschädigte Anzeige. Der Grund für diese späte Entscheidung sei die Angst vor einer Aussage bei Gericht gewesen. Sie habe nicht gewollt, dass die Familie, insbesondere ihre Mutter, von dem Fall erfährt. Nach Angaben der Geschädigten sei es im Vorfeld schon häufiger zu sexuellen Übergriffen seitens des Lebensgefährten der Mutter gekommen, dies wurde jedoch bei z. T. widersprüchlichen Aussagen der Geschädigten im Urteil nicht berücksichtigt.

Die Verhandlung des Falls endete erstmalig 3 Jahre später. Der Angeklagte wurde zunächst freigesprochen. Nachdem der Fall dann in Berufung ging, wurde der Mann weitere 2 Jahre später vom Landgericht Hamburg zu 10 Monaten Freiheitsentzug mit einer Bewährungsfrist von knapp 2 Jahren verurteilt. Zudem musste er 1000 DM an die Geschädigte zahlen. Im Berufungsverfahren hatte der Mann die Tat gestanden.

4.4 Fall 4

Eine 27jährige Frau (Geschädigte) besuchte gemeinsam mit ihrer Freundin an einem Abend im Januar eine Kneipe. Dort lernten sie einen 47jährigen Mann (Täter) kennen und kamen miteinander ins Gespräch. Gemeinsam tranken sie alkoholische Getränke. Am frühen Morgen gegen 6:00 Uhr verließ die Freundin die Kneipe und ließ die anderen beiden zurück. Bereits deutlich alkoholisiert tauschten die Geschädigte und der 47jährige Mann einvernehmlich Zärtlichkeiten aus.

Als die Geschädigte zur Toilette ging, folgte er ihr. Dort schubste der Täter sie in eine Kabine und verriegelte die Tür. Trotz ihrer Gegenwehr gelang es ihm, ihr Hose und Slip auszuziehen. Er versuchte mehrfach, vaginalen Geschlechtsverkehr mit der Geschädigten durchzuführen. Dies misslang ihm aber, als sie sich heftig zur Wehr setzte. Daraufhin schleuderte er sie gegen eine Wand und dann auf den Boden. Als sie schrie, hielt er ihr den Mund zu. Er forderte Oralverkehr von der Frau, den sie aber verweigerte. Dann drehte er sie auf den Bauch. Für einen kurzen Moment führte er gegen ihren Willen Analverkehr durch. Sie verspürte starke Schmerzen und konnte sich von ihm lösen, sodass er den Analverkehr nicht beenden konnte. Daraufhin biss der Täter der Geschädigten in die Brustwarze und würgte sie, sodass sie Atemnot bekam.

Bei starker Angst vor weiteren Übergriffen versprach die Frau dem Täter, sie würde in den Geschlechtsverkehr einwilligen, wenn sie in ihre Wohnung gingen. Daraufhin ließ der Mann von ihr ab, und sie konnte fliehen.

Sofort nach der Tat erstattete die Geschädigte Anzeige. Auch stellte sie sich umgehend in der gynäkologischen Ambulanz eines Krankenhauses vor. Die gynäkologische Untersuchung ergab petechiale Einblutungen im Bereich des Introitus. Im Vaginalabstrich ließen sich keine Spermien nachweisen. Zudem wurden Hämatome im Bereich der linken Halsseite im Sinne von Würgemalen sowie Hämatome im Lendenwirbelsäulenbereich, rechten Unterbauch, der linken Hand und des Beckens linksseitig dokumentiert. Im Rahmen einer orthopädischen Vorstellung im Anschluss wurde eine Halswirbelsäulen-Distorsion diagnostiziert.

Der Täter wurde wegen versuchter Vergewaltigung, sexueller Nötigung, Freiheitsberaubung und vorsätzlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren verurteilt. Bei einem Blutalkoholgehalt von 1,76‰ (errechneter Tatzeitwert) wurde eine verminderte Schuldfähigkeit nach §21 StGB angenommen. Zunächst hatte der Täter die Schuld bestritten, am Ende der Beweisaufnahme gestand er die Tat.

Der 47jährige Täter war zum Zeitpunkt der Tat als gelernter Schreiner arbeitslos und lebte von Sozialhilfe. Da er keine eigene Wohnung hatte, lebte er vorübergehend in einem Hotel. Er hatte die Schulzeit mit dem Hauptschulabschluss beendet. 7 Jahre vor der Tat waren seine Ehefrau und sein Kind bei einem Unfall tödlich verunglückt. Der

Mann war wegen Raubes und gefährlicher Körperverletzung vorbestraft. Wegen einer Epilepsie hatte der Täter einen Schwerbehinderten-Status (MdE: 60%).

4.5 Fall 5

Im Februar gegen 21:00 Uhr telefonierte eine Frau (Geschädigte) in einer öffentlichen Telefonzelle. Plötzlich wurde die Tür von einem alkoholisierten 28jährigen Mann (Täter) aufgerissen. Der Mann war am selben Abend bereits in eine tätliche Auseinandersetzung in einem Lokal verwickelt gewesen und des Lokals verwiesen worden. Er hatte eine blutende Platzwunde unter dem rechten Auge. Der Täter drängte sich zu der Frau in die Telefonzelle und fasste mit der Hand zwischen ihre Beine. Wegen der räumlichen Enge konnte die Geschädigte nicht ausweichen und wurde gegen die Wand gedrückt. Der Täter versuchte mehrfach, die Frau zu küssen. Dabei kam die Geschädigte mit dem Blut des Täters in Berührung. Als die Frau schrie, hielt er ihr den Mund zu. Passanten beobachteten die Ereignisse und schritten ein. Der 28jährige wurde an der weiteren Tatausführung gehindert und sofort von der Geschädigten bei der Polizei angezeigt. Täter und Geschädigte kannten sich im Vorfeld nicht.

Die Geschädigte stellte sich noch am selben Abend im Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Eppendorf vor. Da die Frau mit dem Blut des Täters beschmutzt wurde, wurde ein HIV-Test veranlasst. Ergebnisse bzgl. des Tests lagen nicht vor, auch war aus der Akte nicht ersichtlich, ob weitere Infektionsserologien (z. B. Hepatitis B, C) durchgeführt wurden. Körperliche Verletzungszeichen wurden nicht dokumentiert.

Der Täter wurde wegen sexueller Nötigung zu einer Freiheitsstrafe von 1 Jahr verurteilt. Die Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. Der errechnete Blutalkoholspiegel lag zum Zeitpunkt der Tat bei 1,5-1,6‰. Es bestand keine Minderung der Schuldfähigkeit nach §21 StGB.

Als afghanischer Staatsbürger lebte der Täter bereits seit 10 Jahren in Deutschland, seine Deutschkenntnisse seien jedoch mangelhaft gewesen. Seine Aufenthaltserlaubnis war noch für 1,5 Jahre gültig. Der Mann war bereits wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung in einem noch nicht abgeschlossenen Verfahren angeklagt worden. In Afghanistan hatte der Täter für 3 Jahre eine Schule besucht. Zum Zeitpunkt der Tat arbeitete er als Obstverpacker. Der Mann war ledig, soziale Beziehungen soll er kaum gepflegt haben. Traumatische Erlebnisse aus seinem Heimatland wurden von ihm verneint.

4.6 Fall 6

Ein 36jähriger Mann, der als Maurer ein Bauunternehmen leitete, ging an einem Abend im Juni mit seinem Bruder in eine Kneipe. Nachdem beide größere Mengen Alkohol konsumiert hatten, verließen sie das Lokal und trennten sich. Der Mann (Täter) war im März desselben Jahres von seiner Frau geschieden worden.

Auf dem Weg nach Hause kam er an der Wohnung seiner Schwägerin, der Schwester seiner Ex-Frau, vorbei. Die beiden hatten bislang ein ausgeglichenes, verwandtschaftliches Verhältnis. Die Schwägerin, eine 36jährige Hausfrau (Geschädigte), öffnete dem Mann die Tür und ließ ihn in die Wohnung. Es war Mitternacht und die Frau hatte sich bereits bettfertig gemacht.

Der Täter sagte sofort, nachdem er die Wohnung betreten hatte, dass er mit der Geschädigten schlafen wolle, danach müsse sie dann sterben. Die Schwägerin nahm diese Äußerung nicht ernst und forderte ihn auf, die Wohnung zu verlassen. Der Mann versuchte zunächst, die Geschädigte zum einvernehmlichen Geschlechtsverkehr zu überreden und bat sie, sich auszuziehen. Als die Frau dies ablehnte, gab der Täter ihr eine Ohrfeige. Eingeschüchtert zog die Geschädigte ihre Hose und Unterhose aus. Auf die Aufforderung des Täters hin, sich auch das Oberteil auszuziehen, weigerte sich die Geschädigte. Daraufhin drohte der Täter, sie mit einem Bierglas zu schlagen. Als sie sich aus Angst vor dem Mann weiter auszog lächelte dieser ironisch und sagte: „Du hast ja tatsächlich Angst...“. Daraufhin wurde die Geschädigte ärgerlich und zog sich wieder an.

In der Zwischenzeit war die 5jährige Tochter der Frau wach geworden und weinte. Die Geschädigte versuchte, ihre Tochter zu beruhigen, der Täter folgte ihr. In diesem Moment bekam die Frau massive Angst, der Mann könne ihrer Tochter etwas antun. Daher entschied sie sich, sich nicht gegen den von dem Täter geforderten Geschlechtsverkehr zu wehren.

Sofort danach äußerte der Mann, dass es ihm leid täte. Gleichzeitig schlug er eine gemeinsame Affäre vor. Zwei Stunden später verließ der Täter die Wohnung. Die Geschädigte duschte sofort nach der Tat und musste sich vor Ekel übergeben.

Da die Geschädigte weiterhin Angst vor dem Täter hatte, wollte sie die Tat zunächst nicht bei der Polizei anzeigen. Am nächsten Tag erzählte sie einer Freundin von den Ereignissen, die die Geschädigte dann ermutigte, den Schwager doch anzuzeigen.

Zehn Tage später stellte sich die Geschädigte bei ihrem Hausarzt vor, um sich „Magentabletten“ und Medikamente zur Beruhigung verschreiben zu lassen. Ein ärztlicher Befundbericht lag nicht vor.

Der Täter wurde ca. 1,5 Jahre später wegen Vergewaltigung zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren und 6 Monaten verurteilt, wobei das Strafmaß noch durch eine Straftat in einer anderen Sache beeinflusst wurde. Der Mann war mehrfach vorbestraft (u. a. bereits wegen Vergewaltigung, Diebstahls, Betrugs in 12 Fällen, Trunkenheit am Steuer, Körperverletzung etc.). Diese Vorstrafen lagen bereits 9 Jahre zurück. Ein weiteres halbes Jahr später wurde die Strafe in einem Berufungsverfahren zur Bewährung (5 Jahre Bewährungsfrist) ausgesetzt, zudem sollte der Täter 500 Stunden gemeinnützige Arbeit ableisten. Strafmildernd hatten der massive Alkoholeinfluss nach §21 StGB, die vergleichsweise „geringe Gewaltanwendung“ sowie die „günstige Sozialprognose“ gewirkt. Ein Geständnis legte der Mann nicht ab.

Der Täter hatte nach dem Hauptschulabschluss eine Maurerlehre abgeschlossen. Als Leiter eines Bauunternehmens erwirtschaftete er ca. 3500 DM netto monatlich. Der Mann war in einem Elternhaus aufgewachsen, in dem sehr viel Alkohol getrunken wurde. Als er 12 Jahre alt war, verließ seine Mutter, die häufig von seinem Vater

geschlagen wurde, die Familie. Einen Teil seiner Jugend war der Täter in einem Kinderheim aufgewachsen.

4.7 Fall 7

Eine 20jährige Frau stieg an einem Nachmittag im Sommer aus der U-Bahn und war offensichtlich sehr aufgewühlt. Sie berichtete einer Passantin, dass sie gerade in der Bahn von einem Mann sexuell belästigt worden sei. Die Passantin brachte die Frau zu der Aufsichtsbeamtin der U-Bahn.

Erst 2 Tage später erstattete die Frau Anzeige bei der Polizei. Sie berichtete, dass ein ihr unbekannter, ca. 30 Jahre alter Mann zu ihr in den Waggon gestiegen sei. Er habe sich neben sie gesetzt und plötzlich versucht, sie zu küssen. Die 20jährige habe sich gegen den Übergriff gewehrt, daraufhin habe er seine Hand gegen ihren Kehlkopf gepresst und ihr in die Ober- und Unterlippe gebissen. Danach habe er unter ihren Rock sowie an ihre Brüste gegriffen. Während der Tat habe der Unbekannte eine Bierflasche in der Hand gehalten. Als der Zug am nächsten Bahnhof hielt, gelang es der Frau, auszusteigen. Der Mann sei ebenfalls ausgestiegen, betrat kurz danach aber wieder den Zug und fuhr weiter.

Im Vernehmungsprotokoll der Polizei war dokumentiert, dass die Geschädigte zum Zeitpunkt der Anzeige stark alkoholisiert wirkte und durch ein ungepflegtes Äußeres auffiel. Der Blutalkoholspiegel wurde nicht bestimmt. Biss-Spuren an den Lippen seien nach Angaben der Polizei nicht sichtbar gewesen, eine Fotodokumentation lag nicht vor. Eine ärztliche Untersuchung der Frau nach den Ereignissen erfolgte nicht.

Nach Durchsicht einer Lichtbildkartei meinte die junge Frau, den Täter wiederzuerkennen. Es handelte sich um einen 32jährigen, verheirateten Mann, der jugoslawischer Staatsangehöriger war. Der Mann war zum Zeitpunkt der Tat als gelernter Schlosser arbeitslos. Der vermeintliche Täter sei in seiner Heimat durch Folterungen massiv traumatisiert worden. Seitdem leide er an einer paranoiden Psychose mit u. a. akustischen Halluzinationen. Der Mann war mehrfach vorbestraft.

Der Mann wurde wegen sexueller Nötigung und körperlicher Misshandlung angeklagt. Während des Ermittlungsverfahrens bestritt der 32jährige die Tat. Im Rahmen der Vorerkrankung wurde ein psychiatrisches Gutachten eingeholt, in dem der Täter als nicht schuldig beurteilt wurde. Während des Verfahrens verweigerte der Mann die Aussage. Ein Jahr nach den Ereignissen wurde er freigesprochen, da „nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit festgestellt werden konnte, dass der Angeklagte die ihm vorgeworfene Tat begangen hat.“ (Zitat Urteil). Entscheidend für dieses Urteil war u. a., dass der Mann ein Alibi für den Tatzeitpunkt hatte.

4.8 Fall 8

Ein 43jähriger Mann (Täter) ging kurz vor Mitternacht an einem Tag im Sommer eine Straße entlang. Er blieb vor einer Wohnung stehen, in der noch Licht brannte. Dort beobachtete er eine 72jährige Frau in ihrem Wohnzimmer. Die Frau war lediglich mit einem kurzen Trägerhemd bekleidet. Der Mann beschloss, in die Wohnung einzudringen. Über die Terrasse verschaffte sich der Täter unbemerkt Zutritt in das Wohnzimmer. Die Bewohnerin war inzwischen ins Badezimmer gegangen und hatte den Einbruch nicht bemerkt. Der Täter trat von hinten an die 72jährige heran. Als die Frau ihn bemerkte, forderte der Mann sie auf, ruhig zu bleiben, es würde ihr nichts passieren, er wolle lediglich Geschlechtsverkehr mit ihr haben. Er fragte das Opfer, wo sich das Schlafzimmer befinde. Die Frau deutete auf die Haustür der Wohnung und öffnete sie kurz danach. Sie schrie in den Hausflur um Hilfe. Der Täter drückte die Tür sofort wieder zu, die 72jährige öffnete sie wieder. Daraufhin kam es zu einem Gerangel, das Opfer fiel zu Boden. Der Einbrecher bekam Angst, entdeckt zu werden und floh in den Hausflur. Ein Nachbar, der von dem Lärm aufmerksam geworden war und den Mann weglaufen sah, rannte hinterher und stellte den Täter.

Täter und Opfer waren sich zuvor nie begegnet.

Der Mann wurde wegen versuchter Vergewaltigung, sexueller Nötigung und fahrlässiger körperlicher Misshandlung angeklagt. Die rechtsmedizinische toxikologische Untersuchung ergab, dass der Täter vor der Tat Cannabis, jedoch

keinen Alkohol konsumiert hatte. Nach einem nervenärztlichen Gutachten bestand dadurch jedoch keine Einschränkung der Schuldfähigkeit. Zudem ergab sich nach dem psychiatrischen Gutachten kein Anhalt für eine krankhafte seelische Störung des Täters oder einen relevanten hirnrorganischen Abbau wegen eines früheren Alkoholabusus.

Das Opfer hatte sich durch den Übergriff des Täters eine kleine Schürfwunde am linken Mundwinkel zugezogen, diese Verletzung wurde durch Fotos vom LKA dokumentiert. Eine weitere ärztliche Untersuchung des Opfers war nicht erfolgt.

Ein halbes Jahr nach der Tat wurde der Täter wegen o. g. Anklage zu zwei Jahren Haftstrafe ohne Bewährung verurteilt. Er gestand den Einbruch in die Wohnung des Opfers, nicht jedoch den Versuch, die Frau zu vergewaltigen. Der Täter gab an, aufgrund des Cannabis-Konsums nicht mehr alle Details der Tat zu erinnern. Der Mann äußerte während des Verfahrens, dass ihm der Einbruch in die Wohnung leid täte und er sich bei der Frau entschuldigen wolle.

Der 43jährige Täter war geborener Chilene und lebte seit seinem 15. Lebensjahr in Deutschland. In Chile hatte er für 7 Jahre die Grundschule besucht, in Deutschland hatte er seinen Hauptschulabschluss nachgeholt. Er war gelernter Fotolaborant, zum Tatzeitpunkt war der Mann jedoch arbeitslos und lebte von Sozialhilfe. Vorbestraft war der Täter nicht, jedoch war er bereits strafrechtlich in insgesamt 3 Fällen in Erscheinung getreten. Die Strafverfahren, bei denen es sich zweimal um sexuellen Missbrauch von Kindern und einmal um versuchte Vergewaltigung handelte, waren eingestellt worden.

4.9 Fall 9

Eine 23jährige, drogenabhängige Frau arbeitete in Hamburg St. Georg als Prostituierte. An einem Tag im Herbst wurde sie von einem 25jährigen, türkischen Mann, der mit dem Auto anhielt, angesprochen. Die Frau (Opfer) stieg zu dem 25jährigen (Täter) ins Auto. Die beiden fuhren zu einem abgelegenen Parkplatz. Während der Fahrt einigten sie sich auf gemeinsamen Geschlechtsverkehr sowie

Oralverkehr für 70 DM. Am Parkplatz angekommen verlangte die Prostituierte, im Voraus bezahlt zu werden. Es stellte sich jedoch heraus, dass der Täter kein Geld bei sich hatte. Die Frau verlangte, zurückzufahren. Daraufhin griff der Täter nach der Frau, hielt sie fest und versuchte, ihren Oberkörper zu entkleiden. Er fesselte ihre linke Hand mit einem Kabel an der Kopfstütze, nachdem es ihm gelungen war, das Opfer teilweise zu entkleiden. Als er auch ihren Unterkörper entkleidet hatte, setzte der Mann sich auf die Frau und zwang sie, ihn oral zu befriedigen. Aus Angst zeigte die 23jährige kaum Gegenwehr und kam seiner Forderung nach. Der Mann ejakulierte in ihren Mund. Die Frau durfte sich mit einem Taschentuch den Mund auswischen. Nach der Tat fuhr der Mann zum ursprünglichen Treffpunkt zurück und ließ dort das Opfer frei. Die Frau erstattete sofort in der gleichen Nacht Anzeige bei der Polizei.

Die Geschädigte stellte sich in der gynäkologischen Ambulanz eines Krankenhauses vor. Zudem wurde der Frau eine Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin angeboten. Dies lehnte sie jedoch wegen „Zeitmangels und dem Bedürfnis zu schlafen“ ab. Im Krankenhaus wurden streifenförmige Hautrötungen im Bereich der gefesselten Hand dokumentiert. Zudem wurden zwei orale Abstriche abgenommen. Nebenbefundlich wurden eine Frühschwangerschaft sowie ein Harnwegsinfekt diagnostiziert.

Der Täter gestand die Tat in vollem Umfang und wurde wegen sexueller Nötigung 3,5 Monate später zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren auf Bewährung verurteilt. Die körperlichen Verletzungen wurden insgesamt als „nicht schwerwiegend“ beurteilt. Vorbestraft war der Täter nicht. Der Mann war türkischer Staatsangehöriger, ledig und lebte bei seinen Eltern. Nach seinem Hauptschulabschluss hatte er eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker abgeschlossen. Er war jedoch seit 18 Monaten arbeitslos. Opfer und Täter waren sich bislang nicht bekannt.

4.10 Fall 10

Eine 23jährige Frau (Opfer) und ein 34jähriger Mann (Täter) lernten sich im November auf der Straße kennen. Die Frau war seit Jahren drogenabhängig und wurde mit Methadon substituiert. Dennoch konsumierte sie weiterhin zusätzlich Kokain und Heroin. Sie lebte in Lüneburg und hatte ihren Zug nach Hause verpasst. Der Mann bot ihr an, bei ihm zu übernachten. Sie gingen zu ihm nach Hause, aßen etwas und tranken Kaffee. Die 23jährige ging dann in sein Badezimmer und wollte sich Heroin spritzen, fand jedoch keine geeignete Vene. Als sie in das Wohnzimmer zurückkehrte, hatte der Täter die Couch ausgezogen und das Bett vorbereitet. Er selbst hatte sich bis auf die Unterhose ausgezogen. Das Opfer bemerkte, dass ein Messer auf dem Couchtisch lag. Sie sagte, dass sie mit dem Täter nicht intim werden wolle. Daraufhin schlug er ihr in das Gesicht und zog sie an den Haaren zur Couch. Sie bettelte, dass er sie gehen lassen solle. Bei dem Versuch, aus der Wohnung zu fliehen, bemerkte sie, dass die Wohnungstür verschlossen war. Er zog sie zurück in das Wohnzimmer. Er schrie sie an, sie solle sich ausziehen und drohte ihr. Der Mann riss ihr eine Kette vom Hals, und unter Schlägen in das Gesicht zwang er sie, ihn oral zu befriedigen. Danach führte er gegen ihren Willen Analverkehr durch, was ihr massive Schmerzen bereitete. Währenddessen beschimpfte er sie und schrie sie an, sie solle „mitmachen und Lust dazu haben“. Er unterbrach den Analverkehr und fuhr mit vaginalem Verkehr fort. Als sie über Schmerzen klagte, bemerkte er, „das sei gut so“. Nach einer Weile beendete er den Geschlechtsverkehr. Dann zog er sie in das Badezimmer und rasierte ihre Schamhaare ab, ohne sie dabei zu verletzen. Danach legte er sich auf die Couch und belästigte sie nicht weiter. Ängstlich legte sich die Frau ohne Gegenwehr daneben und wartete ab, bis er eingeschlafen war. Als der Täter schlief, schlich sie auf den Balkon, zerriss ein Bettlaken und band es am Balkon fest. Die Wohnung befand sich im vierten Obergeschoss. Trotz starker Höhenangst ließ sich die Frau am Laken auf den darunterliegenden Balkon herab. Jugendliche, die dies beobachteten, verständigten sofort die Polizei, und die Frau erstattete Anzeige.

Am selben Tag stellte sich das Opfer in der gynäkologischen Ambulanz eines Krankenhauses vor. Bis auf eine unvollständige Rasur im Genitalbereich wurden keine körperlichen bzw. genitalen Verletzungen festgestellt. Es wurden entsprechende vaginale Abstriche entnommen. Nach der gynäkologischen Untersuchung erfolgte ein

Drogenscreening bei dem Opfer durch das Institut für Rechtsmedizin. Bis auf einen „leichten Cannabiskonsum“ waren keine weiteren Substanzen feststellbar. Auch bei dem Täter erfolgte eine Blutentnahme, der Ethanolspiegel lag bei 0,00‰, ein weiterer Drogenkonsum war nicht nachweisbar. Aus der Wohnung des Täters wurden Beweismittel wie Bettlaken, Haare, Nassrasierer, sowie weißes Pulver in einer Dose asserviert.

Der Täter wurde ein halbes Jahr später wegen Vergewaltigung, sexueller Nötigung sowie Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren verurteilt. Er gestand die Tat nicht.

Der Täter war geborener Türke und lebte seit seinem sechzehnten Lebensjahr in Deutschland. Er war ledig, ohne feste Partnerschaft und hatte einen Sohn, zu dem er jedoch keinen Kontakt pflegte. Der Mann hatte in der Türkei ein Gymnasium besucht. Zum Zeitpunkt der Tat verdiente er sein Geld mit Gelegenheitsjobs. Er konsumierte regelmäßig Kokain. Der Täter war bereits einschlägig vorbestraft, u. a. wegen gefährlicher Körperverletzung, versuchten sexuellen Missbrauchs von Kindern, Diebstahls und sexueller Nötigung. Der Täter befand sich in der Vergangenheit mehrfach in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik bei Erregungszuständen unter Alkoholeinfluss und Durchgangssyndromen unklarer Ursache. Zudem bestand der Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Opfer und Täter kannten sich vor der Tat bereits flüchtig und waren am Tag der Ereignisse erstmals miteinander ins Gespräch gekommen.

Das Opfer hatte zum Zeitpunkt der Tat eine sechsjährige Tochter, von der sie getrennt lebte. Ihren Drogenkonsum finanzierte sie teilweise mit Prostitution. Zwei Wochen nach der Tat begann die Frau einen stationären Entzug in einer psychiatrischen Klinik.

4.11 Fall 11

Eine 17jährige Frau (Opfer) und ein 33jähriger Mann (Täter) lernten sich im Bus kennen. Die beiden freundeten sich an. Die junge Frau hatte häufig Streit mit ihren Eltern und konnte sich dem Mann anvertrauen. Auch mit der Ehefrau des 33jährigen pflegte sie im weiteren Verlauf ein freundschaftliches Verhältnis. Sie besuchte das Ehepaar regelmäßig. Diese Freundschaft dauerte bereits ein halbes Jahr an, als die junge Frau wieder einmal zu Besuch war. Der Mann war allein zu Hause. Als die 17jährige gerade wieder gehen wollte, hielt er sie plötzlich fest und trat sie mit den Füßen. Er entkleidete das Opfer und zwang sie zu vaginalem Geschlechtsverkehr, ohne dabei ein Kondom zu benutzen. Die Frau schrie und wehrte sich. Danach wollte er sie nötigen, ihn oral zu befriedigen. Als sie dies ablehnte, vergewaltigte er sie ein weiteres Mal. Aus Scham und Angst vor dem Täter erstattete die Geschädigte keine Anzeige bei der Polizei.

In den nächsten 3,5 Jahren kam es wiederholt zu sexuellen Übergriffen seitens des Täters. Mehrfach zwang er die Frau gegen ihren Willen zu vaginalem, oralem oder auch analem Geschlechtsverkehr. Zum Teil fanden die Ereignisse in der Wohnung des Täters statt, teilweise verschaffte er sich Zutritt zum Elternhaus des Opfers, um sie dort sexuell zu belästigen. Einige Male fing er die Frau auf der Straße ab. Bei jeder Tat kam es zusätzlich zu massiver physischer und psychischer Gewaltanwendung, mit Drohungen, Erniedrigungen und u. a. Schlägen gegen den Kopf. Z. T. würgte er die Frau, wenn sie sich wehrte. Einmalig stach er mit Nähnadeln in die Vulva des Opfers, was neben starken Schmerzen lokale Entzündungen hervorrief. Auch kam es mehrfach vor, dass der Mann die Frau bestahl. Bei jeder Tat war der Mann alkoholisiert.

Als sich der letzte Übergriff ereignete, hatte die Frau bereits einen festen Freund. Darüber war der Täter so wütend, dass er sie diesmal besonders massiv mit Schlägen gegen den Oberkörper und das Gesicht misshandelte. Außerdem beschädigte er eine Sonnenbrille, die das Opfer ihrem Freund gerade schenken wollte.

Schließlich berichtete die Frau ihrem Freund über die Misshandlungen in den letzten Jahren. Daraufhin erstatteten sie gemeinsam Anzeige bei der Polizei.

Nach der Anzeige begab sich das Opfer in die gynäkologische Ambulanz eines Krankenhauses. Bis auf kleinfleckige Hämatome im Bereich des rechten Oberschenkels wurden keine Zeichen der Verletzung dokumentiert. Weitere ärztliche Befundberichte zu Verletzungsmustern von vorangegangenen Taten lagen nicht vor.

Der Täter wurde wegen Vergewaltigung in 4 Fällen, sexueller Nötigung in 4 Fällen, Körperverletzung in 6 Fällen sowie Sachbeschädigung und räuberischer Erpressung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 5 Jahren und 6 Monaten verurteilt. Gemäß §21 StGB war die Schuldfähigkeit bei jeder Tat als vermindert eingeschätzt worden. Der Mann legte ein umfangreiches Geständnis ab.

Der Täter war bereits 22 Mal, z. T. einschlägig, vorbestraft. Er war verheiratet. Tätliche Übergriffe gegen seine Ehefrau waren in der Vergangenheit bereits bekannt geworden. Der Mann litt an einem Alkoholabusus, nach einem Alkoholentzug war er wieder rückfällig geworden. Er hatte schon 2 Suizidversuche hinter sich. Der Mann hatte eine Hauptschule besucht, dort aber keinen Schulabschluss erreicht. Seinen Lebensunterhalt verdiente er durch Gelegenheitsjobs wie Malerarbeiten. Er hatte vier Geschwister. Der Vater des Täters war ebenfalls alkoholabhängig und hatte seine Ehefrau und den Täter häufig geschlagen.

Als das Opfer den Täter kennenlernte war sie Schülerin eines Gymnasiums. Bereits zu diesem Zeitpunkt litt sie an einer Persönlichkeitsstörung sowie Anorexie. Die sexuellen Übergriffe durch den Täter haben bei dem Opfer starke Scham- und Schuldgefühle ausgelöst. Erst nachdem sie sich ihrem Freund anvertraut hatte, konnte dieser sie zu einer Anzeige bei der Polizei motivieren.

4.12 Fall 12

Eine 34jährige Frau teilte der Polizei mit, dass sie insgesamt ca. 7 Wochen lang von einem Mann in ihrer Wohnung festgehalten worden sei. Sie sei in dieser Zeit vielfach misshandelt und vergewaltigt worden. Dabei sei sie mit ihren Kindern in der Wohnung eingesperrt gewesen, habe sich jedoch auch unter Zwang mit diesem Mann in der Öffentlichkeit zeigen müssen. Sie sei häufig geschlagen und gebissen sowie mehrfach zu Vaginal- und Analverkehr gezwungen worden. Aus diesem über Wochen andauernden Martyrium seien ihr insbesondere folgende Ereignisse in Erinnerung geblieben: Ca. 14 Tage vor der Anzeige sei sie von dem Täter auf die Nase und auf die linke Gesichtseite geschlagen worden. Sie habe hinterher Hämatome in diesem Bereich gehabt. Des Weiteren habe es ca. 2 ½ Wochen vor der Anzeige in der Wohnung eine Strangulation mit einer Hundeleine gegeben. Es habe sich um eine mehrfach durchflochtene, mindestens 3 cm dicke Leine gehandelt. Der Täter habe ihr diese Leine plötzlich um den Hals geschlungen und sie damit zu Boden gedrückt. Sie habe dann für eine Zeitlang das Bewusstsein verloren. Hinterher habe sie festgestellt, dass ihre Unterhose nass gewesen sei. Sie könne nicht sagen, ob diese Nässe vom Urinabgang oder durch einen erzwungenen Sexualverkehr entstanden sei. Des Weiteren sei sie vor einigen Tagen mit Handschellen über Stunden an den Fußgelenken gefesselt worden. Die letzte Vergewaltigung sei 3-5 Tage vor der Anzeige gewesen. Nachdem die Frau aus der Wohnung fliehen konnte, habe sie sofort die Polizei aufgesucht.

Nach Erstattung der Anzeige stellte sich die Frau zur Geschädigtenuntersuchung im Institut für Rechtsmedizin, UKE, vor. Es wurden Hautunterblutungen im Bereich der Schultern und der rechten Brust dokumentiert, die in Form und Art z. T. durch eine Bissverletzung einige Tage zuvor entstanden sein könnten. Zudem zeigte sich eine diskrete Unterblutung im Bereich des rechten Oberschenkels, die mit einem von der Frau beschriebenen Kneifen vereinbar gewesen sein könnte. Das Alter der Hämatome betrug ca. 4 bis 5 Tage. Es ließen sich keine Befunde objektivieren, die für eine Strangulation zwei Wochen zuvor sprechen könnten. Zumindest Teile der geschilderten Vorkommnisse waren mit den Verletzungsmustern vereinbar.

Die Frau stellte sich außerdem in der gynäkologischen Ambulanz eines Krankenhauses vor. Die gynäkologische Untersuchung ergab keine Zeichen von Verletzungen. Es erfolgte zudem eine chirurgische Vorstellung. Nativ-radiologisch ergab sich kein Anhalt für Frakturen im Bereich des Schädels und des linken Ellenbogens.

Bei dem mutmaßlichen Täter handelte es sich um den Lebenspartner der Frau, einem 33jährigen gebürtigen Albaner. Der Mann wurde wegen Vergewaltigung, sexueller Nötigung sowie körperlicher Misshandlung, z. T. mit einem Werkzeug, angeklagt. Er gestand die Taten nicht. Während der Verhandlung verstrickte sich die Frau in Widersprüche. Die Tat konnte dem Mann nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden. Es stellte sich heraus, dass der Mann geplant hatte, sich von der Klägerin zu trennen, insofern hätte sie ein mögliches Motiv zur Falschbezeichnung. Der Mann wurde in diesem Fall lediglich wegen sexueller Nötigung verklagt und im Übrigen freigesprochen. Da der Mann auch in einer anderen Sache wegen sexueller Nötigung verurteilt wurde (er hatte eine andere Frau zu Oralverkehr gezwungen), wurde er zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 3 Jahren verurteilt.

5 Diskussion

5.1 Sozialer Status der Täter

Sexualstraftäter bilden insbesondere durch die Art ihrer Taten eine sehr heterogene Gruppe. Die entsprechenden Delikte können Ausdruck unterschiedlicher Motivationen und Störungsbilder seitens der Täter sein, so dass auch die Täterprofile von Sexualstraftätern uneinheitlich sind. SCHORSCH und BEIER entwickelten Tätertypologien, die neben dem psychopathologischen Hintergrund der Taten auch das Alter und die Persönlichkeit des Täters sowie Charakteristika von Tatabläufen und Opfervariablen einbeziehen (vgl. hierzu PIERSCHKE [47]).

Folgende Typologien werden hiernach unterschieden:

- Fetischismus
- Exhibitionismus (typisch und atypisch)
- Voyeurismus
- Sexuelle Handlungen an Kindern (sexuelle Ersatzhandlungen, pädophile Neigungen, Inzest)
- Sexuelle Gewaltdelikte (Vergewaltigung und sexuelle Nötigung)
- Sexuell motivierte Tötungsdelikte

Ordnet man die in der Arbeit ausgewerteten Fälle diesen Typologien zu, so handelt es sich mit Ausnahme der 2 Fälle von Exhibitionismus überwiegend um sexuelle Gewaltdelikte. In dieser Gruppe unterscheidet PIERSCHKE [47] verschiedene Tätertypen:

- Der sexuell unerfahrene Jugendliche mit intaktem familiärem Hintergrund, der erst in der Pubertät Auffälligkeiten entwickelt.
- Der symbolisch agierende Täter, der sozial gut integriert ist und Partnerschaftserfahrungen hat, die jedoch emotional ambivalent besetzt sind; die Tat richtet sich stellvertretend gegen „die Frau im Allgemeinen“.
- Der dissoziale Täter mit früh beginnender dissozialer Entwicklung und niedrigem Bildungsniveau trotz durchschnittlicher Intelligenz, der oft schon strafrechtlich in Erscheinung getreten ist.
- Der intelligenzgeminderte Täter.
- Der sadistische Täter, bei dem eine sexuelle Deviation in Form von einer sadistischen Perversion vorliegt.

PRENTKY [48] hingegen unterscheidet in seiner Klassifizierung von Vergewaltigertypen nach Kriterien der Motivation für die Tat. Hierbei werden unterschieden:

- Das Gelegenheitsmotiv
- Das Motiv des durchdringenden Zorns (undifferenzierte, allgemeine Wut)
- Das Motiv der Sexualisierung (sadistisch und nicht-sadistisch)
- Das Motiv der Rachsucht (das darauf hindeutet, dass Frauen der zentrale Fokus ihres Zorns sind).

Die einzelnen Motivationstypen werden nach PRENTKY [48] jeweils in solche mit hoher und solche mit niedriger sozialer Kompetenz eingeteilt, wobei die Eingruppierung in „hohe soziale Kompetenz“ die Kriterien „feste Arbeitsstelle“ und „Stabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen“ voraussetzt.

Hinsichtlich des familiären und sozialen Hintergrundes der Tatverdächtigen standen nur unvollständige Daten beim Studium der Verfahrensakten zur Verfügung, so dass die Erstellung einer validen Zuordnung hier nicht möglich ist. Die erfassten Daten in Bezug auf den familiären Hintergrund der Täter sind also nur im Sinne von Stichproben zu werten. Hierbei fiel jedoch auf, dass die Täter häufig aus problematischen und ökonomisch ungünstig gestellten Familienverhältnissen stammten. Mehrfach wurde von einer Gewaltanamnese in der Kindheit, Trennung der Eltern, Alkoholabusus der Eltern und auch eigener Erfahrung sexualisierter Gewalt in der Kindheit berichtet. Diese Feststellungen verwundern nicht, wenn man Studien betrachtet, bei denen sich Hinweise dafür ergeben, dass das Aufwachsen in einer Familie, in der allgemeine Gewaltanwendung üblich war, wie auch selbst erlebter sexueller Missbrauch als Kind, Risikofaktoren darstellen, später Täter einer Sexualstraftat zu werden (vgl. hierzu u. a. BURGESS et al. [8], SKUSE et al. [60], PÜSCHEL et al. [50]).

Informationen zum Tatmotiv waren aus den Akten nur sehr inkomplett zu erfassen. Sofern Aussagen zum Tatmotiv nach Aktenlage getroffen wurden, war eine Auswertung aufgrund der Heterogenität der Fälle nicht möglich. Es bleibt lediglich festzustellen, dass sämtliche Tätertypen nach SCHORSCH und BEIER (vgl. PIERSCHKE [47]) bzw. die jeweils nach Motivationskriterien unterschiedlichen „Vergewaltigertypen“ nach PRENTKY [48] im ausgewerteten Kollektiv vorkamen.

In Bezug auf die Kriterien Schulbildung und Beruf sowie Familienstand konnten zum größten Teil Angaben aus den Akten entnommen werden. Hierbei fiel auf, dass der überwiegende Teil der Tatverdächtigen (64,8%) zum Tatzeitpunkt ohne feste Partnerschaft lebte. In Bezug auf die Schulbildung und den beruflichen Status hatten die Täter in einem großen Teil der Fälle keinen oder lediglich einen Hauptschulabschluss erreicht (62,4%) und waren in über der Hälfte der Fälle arbeitslos (56,5%). Angelehnt an die Einteilung von PRENTKY [48] ergeben sich

hiernach Hinweise, dass es sich bei den vorliegenden Fällen häufig um Täter mit eher niedriger sozialer Kompetenz handelte.

5.2 Nationalität der Täter und Opfer

Der Anteil der nichtdeutschen Tatverdächtigen lag mit 45,9% (bzw. 39 von 85 Tatverdächtigen) sehr hoch und war damit deutlich größer als der Anteil der Nichtdeutschen in der Hamburger Bevölkerung, der bei etwa 15% liegt (vgl. hierzu Daten des Statistischen Bundesamtes [71]). Der größte Anteil der ausländischen Tatverdächtigen war türkischer Nationalität. Dies korreliert mit der Tatsache, dass die größte Gruppe der ausländischen Mitbürger in Hamburg türkischer Herkunft ist. Vergleichbare Zahlen zeigen die polizeilichen Kriminalstatistiken des Landeskriminalamtes Hamburg, beispielhaft aus den Jahren 2001 und 2007 ([29], [30]).

In Fällen von sexueller Nötigung und Vergewaltigung in Hamburg lag der Ausländeranteil 2001 nach der Kriminalstatistik des LKA bei 42,7%, bzw. 2007 bei 44,8%. Etwas niedriger lag der Migrantanteil bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Allgemeinen bei 33,5% 2001 bzw. 28,5% 2007.

Der Anteil der ausländischen Geschädigten lag im ausgewerteten Kollektiv mit 19,8% etwas über dem Migrantanteil der Hamburger Bevölkerung, jedoch deutlich niedriger als der Migrantanteil bei den Tatverdächtigen.

5.3 Altersverteilung der Täter und Opfer

Abbildung 6 (vgl. „Ergebnisse“) zeigt die Altersverteilung der Angeklagten: 87% der Täter (74 von 85 Tätern) waren älter als 21 Jahre alt, bzw. in 95,2% älter als 18 Jahre. Diese Zahlen sind etwa vergleichbar mit den Ergebnissen der polizeilichen Kriminalstatistiken von 2001 und 2007 ([29], [30]). Betrachtet man exemplarisch die Jahre 1995, 2001 und 2007, so waren die Tatverdächtigen in diesen Jahren in Bezug auf Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in 82-85% der Fälle älter als 21 Jahre. In Bezug auf die Delikte „Vergewaltigung“ und „Sexuelle Nötigung“ lag das

Alter der Angeklagten nach o. g. polizeilichen Kriminalstatistiken exemplarisch für die Jahre 1995, 2001 und 2007 in 75,3-83,4% bei über 21 Jahre.

In deutlich über der Hälfte der Fälle (58,9% bzw. 50 von 85 Angeklagten) lag das Alter der Täter zwischen dem 21. und 39. Lebensjahr, bzw. 67,1% der Täter (57 von 85 Angeklagten) waren zwischen 18 und 39 Jahre alt. In keinem Fall war ein Täter älter als 59 Jahre alt.

Diese Altersverteilung der Täter lässt sich zum Teil durch die Auswahl der Fälle erklären. Sexualdelikte bei kindlichen Opfern waren von der Auswertung ausgenommen, was vermutlich eine Verschiebung des Altersgipfels der Täter nach oben zur Folge hätte, da es sich in solchen Fällen oft um Väter oder väterliche Bezugspersonen handelt (vgl. auch BERBERICH et al. [5]).

In einem Großteil der Fälle (45,7%) waren Täter und Opfer gut miteinander bekannt (vgl. auch Diskussion „Täter-Opfer-Beziehung“) und hatten vorbestehend ein freundschaftliches oder sogar partnerschaftliches Verhältnis, was eine entsprechende Altersverteilung bei den Tätern erklärt, wenn man die Altersverteilung bei den Opfern berücksichtigt.

70,4% der Geschädigten waren älter als 21 Jahre, bzw. 87,6% der Opfer waren 18 Jahre alt und älter. Ein Vergleich mit der polizeilichen Kriminalstatistik ist aufgrund des Ausschlusses von Verfahren bzgl. sexualisierter Gewalt gegen Kinder in der vorliegenden Arbeit nicht aussagekräftig. Bei den Opfern liegt der Altersgipfel bei etwa 18-29 Jahren mit 41 von 81 Fällen (50,6%). In 12,3% der Fälle (10 von 81 Opfern) waren die Geschädigten jünger als 18 Jahre alt (jüngste Geschädigte 14 Jahre alt), in 32,1% der Fälle (26 von 81 Geschädigten) zwischen 30 und 49 Jahren alt. Bei den über 50jährigen sinkt die Anzahl der Opfer mit 4,9% dann deutlich ab. Dies ist vergleichbar mit den Daten aus der Literatur: DUDDLE [12] nennt einen Altersgipfel von 20-30 Jahren, bei dem das Risiko, sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter zu erfahren, erhöht ist. Nach STERMAC et al. [62] liegt dieser Altersgipfel bei 16-25 Jahren. Eine deutlich niedrigere Altersverteilung bei den Opfern, z.B. nach einer Studie von ONONGE et al. [44] (mittleres Alter der Opfer 9,5 Jahre in einer Studie aus Nigeria) oder nach HASSAN et al.[22] (Altersgipfel der Opfer bei 10-19 Jahren

bei einem Kollektiv aus Pakistan), lassen sich zum einen durch den Einschluss kindlicher Opfer in diese Studien erklären, sicherlich spielen aber auch soziokulturelle Unterschiede eine entscheidende Rolle.

Erwartungsgemäß waren die Täter zum größeren Teil der Fälle älter als die Opfer (65,4%). In 7,4% der Fälle waren Geschädigte und Angeklagter genau gleich alt, in nur 27,2% der Fälle waren die Opfer älter als die Angeklagten. Dies lässt sich zum einen mit der Tatsache erklären, dass Männer auch in normalen Beziehungsstrukturen häufiger älter als Frauen sind als umgekehrt. Aber auch das Motiv von Sexualstraftätern, Macht über das Opfer ausüben zu wollen (vgl. MUSOLFF et al. [43], PRENTKY [48], ABBEY et al. [1]), mag eine Erklärung für das o. g. Altersverhältnis zwischen Geschädigter und Angeklagtem bei Sexualdelikten sein, da sich die Täter einer jüngeren Frau gegenüber vermutlich eher überlegen fühlen als einer gleichaltrigen bzw. älteren Frau.

Die Tatsache, dass auch betagte Menschen von sexueller Gewalt betroffen sind, dies aber deutlich seltener als bei jungen Frauen der Fall ist (vgl. auch ZINK et al. [72], GÖRGEN et al. [17]), korreliert mit dem Ergebnis, dass die Opfer in 2 Fällen der ausgewerteten Verfahren älter als 70 Jahre alt waren (siehe auch Kasuistiken Nr. 1 und 8).

5.4 Geschlechterverteilung sowie sexuelle Gewalt gegen Männer

Erwartungsgemäß sind die Täter bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung zum größten Teil männlich, die Opfer weiblich. Es fällt auf, dass es sich bei sämtlichen Tätern bzw. Angeklagten der vorliegenden Auswertung um Männer (100%) und bei allen Opfern um Frauen (100%) handelt. Verglichen mit den Zahlen der Kriminalstatistiken von 2001 und 2007 des Landeskriminalamtes Hamburg [29, 30] lag der Anteil der weiblichen Opfer bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung 2001 bei 87,9% (bei 1573 Opfern) bzw. 2007 bei 82,8% (bei 1416 Opfern). Gesondert betrachtet hiervon lag der Anteil nach den Zahlen des LKA in Fällen sexueller Vergewaltigung bzw. sexueller Nötigung 2001 bei 94,1% weiblicher Opfer (von 299 Fällen) bzw. 2007 bei 98,5% (von 195 Fällen). Ein Grund, warum die

Daten der Kriminalstatistiken in Bezug auf den Anteil männlicher Opfer von den Ergebnissen der vorliegenden Auswertung differieren, könnte sich zum einen mit der geringeren Fallzahl (n=81) erklären lassen. Wesentlicher ist jedoch, dass in der Statistik des LKA auch Gewaltdelikte gegen Kinder einbezogen wurden, was in der vorliegenden Auswertung nicht der Fall ist. Bei einem relativ großen Anteil von kindlichen Opfern (20-30%) in der LKA-Statistik handelt es sich oftmals um Jungen.

Sexuelle Viktimisierung bei Erwachsenen wird häufig nur mit Frauen in Zusammenhang gebracht, jedoch können auch Männer Opfer von sexueller Gewalt werden. Vergewaltigung ist oft durch das Bedürfnis motiviert, das Opfer zu demütigen und zu dominieren. Männer werden im Allgemeinen als zu widerstandskräftig angesehen, um Opfer sexueller Gewalt zu werden (vgl. KING [28]). Es gibt keine eindeutigen Prävalenzzahlen über männliche Vergewaltigungsopfer. Die Dunkelziffer ist mutmaßlich hoch, da Männer häufiger als Frauen Hemmungen haben, von sexuellen Übergriffen zu berichten. Das Vorkommen von zum Teil massiver sexueller Gewalt mit häufigen Vergewaltigungen von Männern in Gefängnissen wird in der Öffentlichkeit wenig thematisiert und ist mit vielen Tabus belegt (vgl. GEAR. [16]). Sexueller Missbrauch von Männern durch Frauen ist eine Rarität. Nach KING [28] wird der Anteil männlicher Vergewaltigungsopfer in den USA auf 5-10% aller Vergewaltigungen geschätzt. Über die Täter weiß man wenig, es handelt sich jedoch nach KING [28] häufig um Heterosexuelle. Doch sollte das Vorkommen von Sexualdelikten in homosexuellen Partnerschaften nicht unterschätzt werden. Eine Studie von HOUSTON et al. [24] ergab, dass immerhin 18,5 % von 817 befragten Männern aus Chicago, die homosexuell aktiv waren, einmal einen ungewollten sexuellen Übergriff durch einen anderen Mann erlebt haben.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die oben genannten Ergebnisse der Auswertung in Bezug auf die Geschlechterverteilung trotz der vergleichsweise geringen Fallzahl plausibel.

5.5 Sexualisierte Gewalt gegen betagte Menschen

Die Altersverteilung der Opfer zeigt, dass lediglich 4 Geschädigte älter als 50 Jahre waren (vgl. Abb. 7, Ergebnisse: Altersverteilung der Opfer). Zwei Opfer davon waren jeweils 52 bzw. 54 Jahre alt. In nur 2 Fällen handelte es sich um betagte Frauen mit einem Alter von 71 und 72 Jahren, das entspricht einem Anteil von 2,5% aller Fälle. Dies ist vergleichbar mit den Ergebnissen vorangegangener Studien, die gezeigt haben, dass junge Frauen im Bereich der Sexualdelikte gegen Erwachsene deutlich häufiger Opfer werden als betagte (vgl. GÖRGEN et al. [17], ZINK et al. [72], STERMAC et al. [62], ONONGE et al. [44], MANSER [36], HASSAN et al. [22]). Diese o. g. beiden Fälle sollen genauer betrachtet werden (vgl. Kasuistik Nr. 1 und 8): Die Täter waren den Frauen jeweils fremd oder nur flüchtig bekannt. Im Vergleich zu den übrigen Fällen handelte es sich um entsprechend schwerwiegende Delikte: Vergewaltigung bzw. versuchte Vergewaltigung sowie in beiden Fällen Körperverletzung. Beide Opfer brachten die Tat sofort bzw. Stunden später zur Anzeige.

Das Thema sexuelle Viktimisierung im Alter ist bislang wenig untersucht, empirische Studien fehlen weitgehend, ebenso speziell ausgerichtete Interventionsprogramme. Nach einer multimodalen Studie von GÖRGEN et al. [17], die sich mit dem Thema sexualisierte Gewalt gegen betagte Menschen beschäftigte, ergaben sich Hinweise, dass die Dunkelziffer von sexualisierter Gewalt gegen Ältere hoch ist (vgl. auch ZINK et al. [72]). Bei den in der Studie von GÖRGEN et al. polizeilich bekannt gewordenen und strafrechtlich verfolgten Fällen handelte es sich überwiegend um Fälle des Exhibitionismus, bei denen sich Opfer und Täter fremd waren. Nur zu einem geringen Anteil handelte es sich um schwerwiegendere sexuelle Gewaltdelikte, bei denen sich Täter und Opfer in der Regel auch nicht oder nur wenig kannten. Dies deckt sich hinsichtlich des Bekanntheitsgrades zwischen betagtem Opfer und Täter mit den Ergebnissen der vorliegenden Fallstudie. Ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Täter und Opfer bestand in beiden Fällen nicht. In Bezug auf Exhibitionismus wurden in der Auswertung insgesamt lediglich 2 Fälle dokumentiert, bei denen es sich nicht um betagte Opfer handelte. In dieser Hinsicht korrelieren die Ergebnisse hier nicht mit denen von GÖRGEN et al..

Der vermutlich größte Anteil sexueller Viktimisierung im Alter spielt sich nach GÖRGEN et al. im Rahmen sexueller Gewaltanwendung in Ehen und Partnerschaften ab, meist kombiniert mit physischer Gewalt und verbalen Aggressionen. Als mögliche Ursache für die verminderte Bereitschaft dieser Opfer, Anzeige bei der Polizei zu erstatten, nennen GÖRGEN et al. eine im Alter zunehmende Offenbarungshemmung in Bezug auf schwerere Delikte, insbesondere bei ausgeprägtem Schamgefühl sowie der Angst, unglaublich zu erscheinen. Zudem herrscht bei Frauen der älteren Generation immer noch vermehrt der Glaube, „eheliche Pflichten“ erfüllen zu müssen. Ein weiterer Faktor, der sich negativ auf die Bereitwilligkeit älterer Menschen auswirkt, rechtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind zunehmende gesundheitliche Einschränkungen und soziale Isolierung, die die Anzeigenerstattung erschweren.

Vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung naheliegend, dass insbesondere ältere Menschen, die Opfer von sexualisierter Gewalt werden, von niederschweligen, aufsuchenden und begleitenden Beratungs- und Hilfsangeboten profitieren können.

5.6 Alkoholeinfluss und Drogenkonsum bei Tätern und Opfern

62,3 % der Täter (53 von 85 Angeklagten) standen während der Tat unter Alkoholeinfluss, bei den Opfern lag der Anteil bei immerhin 34,6% (28 von 81 Opfern). Problematisch ist, dass nur bei knapp der Hälfte der Täter, die unter Alkoholeinfluss standen, eine Messung des Alkoholspiegels bzw. eine Tatzeitwertbestimmung durch die Polizei und / oder dem Institut für Rechtsmedizin (UKE) erfolgte (23 von 85 Angeklagten bzw. 27,1%). In den übrigen Fällen konnten Feststellungen bezüglich einer Alkoholisierung des Täters lediglich nach Angaben über das Trinkverhalten zum Tatzeitpunkt durch den Angeklagten selbst erfolgen. Hauptursache hierfür ist sicherlich die häufig verzögerte Anzeige der Tat. Bemerkenswert vor diesem Hintergrund ist, dass den Angeklagten immerhin in 13 von 85 Fällen (15,3 %) im Rahmen des Urteils eine verminderte Schuldfähigkeit aufgrund Alkoholkonsums zugesprochen wurde. Nach einer Studie von KAYSEN et al. [27] liegt der Anteil alkoholisierter Sexualstraftäter mit 75% und alkoholisierter Opfer mit 55% deutlich höher, wobei ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist, da es sich bei den untersuchten Personen von KAYSEN et al. ausschließlich um

Studenten handelte, die allein aufgrund des Alters zu einer vermehrt gefährdeten Gruppe gehören, riskanten Alkoholkonsum zu betreiben. Dennoch zeigen o. g. Ergebnisse die Relevanz von Alkoholkonsum im Rahmen von Sexualdelikten. Sexualstraftäter konsumieren häufiger als Nicht-Straftäter Alkohol beim Treffen mit einer Frau (vgl. ABBEY et al. [1]). Dies setzt mögliche Hemmschwellen, insbesondere in Bezug auf aggressives Verhalten, herab (vgl. hierzu auch die Kasuistiken Nr. 2, 5 und 6).

Diverse Studien haben zudem gezeigt, dass vermehrter Alkoholkonsum zu den Risikofaktoren, Opfer einer Sexualstraftat zu werden, zählt (vgl. u. a. TESTA et al. [63], PAYNE-JAMES et al. [45]).

Andere berauschende Mittel wie z. B. Kokain, Sedativa, Heroin, Cannabis etc. wurden von 14,1% der Angeklagten und 12,3% der Geschädigten konsumiert. Eine besondere Form der sexuellen Gewaltanwendung ist der durch Drogen unterstützte sexuelle Missbrauch mithilfe von sogenannten „k.o.-Tropfen“ (vgl. hierzu auch PAYNE-JAMES et al. [45], ELSOHLY et al. [14]). Typischerweise werden den Opfern berauschende Mittel, wie z. B. Barbiturate, Benzodiazepine oder GHB (Liquid Ecstasy) in ihr Getränk gemischt, um dann in der meistens häuslichen Umgebung des Täters sexuell missbraucht zu werden. Die Opfer haben häufig eine Amnesie für das Ereignis und werden sich erst 24-48 Stunden nach der Tat darüber bewusst, dass sie ein Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Im Vergleich zu anderen Formen sexueller Gewalt ist die physische Gewaltanwendung in diesem Rahmen meistens gering. Neben o. g. Drogen ist auch Alkohol eine häufig verwendete Substanz, die so zur Durchführung einer Sexualstraftat verwendet wird (vgl. ROSENTHAL [55]).

In keinem der ausgewerteten Fälle konnte nachgewiesen werden, dass das Opfer durch Alkohol oder andere Drogen, wie oben beschrieben, gezielt vom Täter handlungsunfähig gemacht wurde. In Fällen von Drogen- und Alkoholkonsum war der Substanzgebrauch auf Seiten der Opfer jeweils entweder bereits vor der Tat ohne Zusammenhang dazu erfolgt, oder Täter und Opfer haben einvernehmlich gemeinsam Alkohol bzw. andere berauschende Mittel konsumiert (vgl. hierzu auch Kasuistik Nr. 4 und 10). Inwieweit die Täter den Alkohol- bzw. Drogenkonsum bei den Opfern bewusst gefördert bzw. unterstützt haben, um die Geschädigten „gefügig“ zu machen,

war aus den Verfahrensakten nicht eindeutig zu entnehmen und kann im Einzelfall nur vermutet werden.

5.7 Zusammenhang Täter-Opfer-Beziehung und Anzeigeerstattung

Der Glaube ist weit verbreitet, dass Sexualstraftäter, insbesondere im Bereich der Vergewaltigungsdelikte, dem Opfer fremd sind und die Straftat durch ein hohes Ausmaß an Gewaltanwendung geprägt ist (vgl. DuMONT et al. [13]). Die Auswertung der staatsanwaltschaftlichen Akten ergab, dass sich Täter und Opfer in nur 18,5% der Fälle fremd waren (15 von 81 Fällen). In 81,5% der Fälle kannten sich Täter und Opfer, in 45,7% der Fälle, also knapp der Hälfte, waren sie sogar gut miteinander bekannt. In 11,1% der Fälle (9 von 81 Fällen) lebten Täter und Opfer in einer gemeinsamen Partnerschaft, in 7,4% der Fälle (6 von 81 Fällen) handelte es sich bei dem Täter um einen Ex-Partner. Dieses Ergebnis ist mit den Daten vorangegangener Studien vergleichbar (vgl. u. a. HASSAN et al. [22], HAUGEN et al. [23]). Eine Studie von STERMAC et al. [62] zeigte, dass es sich bei Sexualstraftätern in über 67,4% der Fälle um dem Opfer bekannte Personen handelte, davon handelte es sich in etwa drei viertel der Fälle um Freunde, Bekannte, Verwandte, Partner oder Ex-Partner des Opfers. Ähnliche Zahlen sind den polizeilichen Landeskriminalstatistiken Hamburg von 2001 [29] und 2007 [30] zu entnehmen. Demnach waren Täter und Opfer in 62,8% der Fälle (2001) bzw. 65,6% der Fälle (2007) miteinander bekannt, in 41,8% der Fälle (2001) bzw. 47,2% der Fälle (2007) waren sie sogar gut miteinander bekannt bzw. verwandt. Auch TESTA et al. [64] kamen in einer Untersuchung in Bezug auf Risikofaktoren, Opfer eines Sexualdeliktes zu werden, zu dem Ergebnis, dass es sich bei den Tätern in den meisten Fällen um dem Opfer gut bekannte Personen handelt. Besonderes Augenmerk soll in diesem Zusammenhang auf die Anwendung körperlicher und sexualisierter Gewalt im häuslichen Bereich gelegt werden. JEWKES [25] kam zu dem Schluss, dass 20-50% der Frauen während ihres Lebens einmal körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner erfahren. Eine Prävalenzstudie in Deutschland bei einer Befragung von 10 000 Frauen ergab, dass jede vierte Frau, die einmal in einer Partnerschaft gelebt hatte bzw. lebt, mindestens einmalig körperliche oder sexualisierte Gewalt durch einen Partner erlitten hat (vgl. hierzu auch PÜSCHEL et al.

[50]). PESCHERS et al. [46] konnten in einer Befragung von Patientinnen einer Frauenklinik Münchens zeigen, dass nach Angaben der Befragten die Rate der Sexualhandlungen gegen den Willen der untersuchten Patientinnen bei 20,1% lag. Davon waren die Täter in 60% der Fälle Partner, Verwandte oder gute Bekannte der Opfer. In Gesellschaften, in denen Gewaltanwendung kulturell als „probates Mittel“ angesehen wird, ist die Gefahr für Frauen, Opfer von Gewaltverbrechen in der häuslichen Umgebung zu werden, erhöht. In Großbritannien sterben wöchentlich zwei Menschen an den Folgen häuslicher Gewalt (vgl. FEDER [15]). Beispielhaft angeführte Fälle für ein nahes bzw. partnerschaftliches Bekanntschaftsverhältnis zwischen Täter und Opfer finden sich in o. g. Kasuistiken Nr. 2, 3, 6, 11 und 12.

Die Häufigkeit von Vergewaltigungen oder sexueller Gewalt gegen Frauen wird oft unterschätzt. Das liegt u. a. daran, dass Berichterstattung bzw. Anzeigen durch die Opfer häufig nicht erfolgen und zudem länderspezifisch sehr schwanken. In den USA werden z. B. 16% aller Sexualstraftaten zur Anzeige gebracht bzw. an eine entsprechende Hilfsorganisation herangetragen, in Südafrika beträgt die Rate lediglich 3% (vgl. McDONALD [38]). Ein Grund für Hemmungen seitens der Geschädigten, erlebte sexualisierte Gewalt anzuzeigen, liegt u. a. an der geringen Verurteilungsrate von 7-32% der Sexualstraftäter sowie an der Furcht vor einer als bloßstellend erlebten Befragung vor Gericht (vgl. DuMONT et al. [13]).

Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Arbeit der Zeitpunkt betrachtet, an dem das Sexualdelikt durch die Geschädigte angezeigt wurde. Die Vermutung liegt nahe, dass es umso unwahrscheinlicher wird, dass die geschädigte Person die Straftat zur Anzeige bringt, je länger sie mit der Anzeigenerstattung nach der Tat wartet. In über der Hälfte der Fälle (66,7%) erfolgte die Anzeige der Tat unmittelbar nach dem Ereignis bzw. Stunden später. 16,1% der Opfer erstatteten in der ersten Woche nach der Tat Anzeige. In immerhin 17,3% der Fälle (14 von 81 Fällen) wurde die Tat erst nach Wochen oder sogar Jahren zur Anzeige gebracht. Betrachtet man nun diese 14 Fälle gesondert in Bezug auf das Kriterium Bekanntschaft zwischen Täter und Opfer, dann fällt auf, dass Täter und Opfer mindestens flüchtig, zum überwiegenden Teil (78,6% dieser Gruppe) sogar gut miteinander bekannt waren. In keinem Fall dieser Gruppe waren sich Angeklagter und Geschädigte fremd. 80% der Fälle, in denen sich Angeklagter und Geschädigte fremd waren, wurden unmittelbar nach der Tat

angezeigt. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere Opfer, die mit dem Täter gut bekannt oder sogar verwandt sind, eher vor einer Anzeige zurückschrecken, als dies bei Sexualdelikten durch fremde Täter der Fall ist. Entschloss sich die Geschädigte doch zur Anzeigeerstattung, so erfolgte dies bei gut bekanntem Täter nach vorliegenden Ergebnissen bei knapp einem Drittel der Fälle (29,7%) erst deutlich verzögert Wochen bis Jahre nach der Tat, was in diesen Fällen naturgemäß zu einer erschwerten bzw. unmöglichen Sicherung von medizinischem Beweismaterial einherging.

Dieses Ergebnis korreliert mit den Schlussfolgerungen von JONES et al. [26], dass Frauen, die eine erlittene Sexualstraftat nicht anzeigen, überzufällig häufig gut mit dem Täter bekannt sind. Ursachen für die verzögerte bzw. fehlende Anzeige einer Sexualstraftat sind neben der bereits erwähnten geringen Aufklärungsrate von Sexualdelikten vor allem vermehrte Schamgefühle und die Angst, unglaublich zu sein, insbesondere wenn es sich um bekannte Täter handelt (vgl. GOLDING [18], HAMPTON [21]). Aber auch die Angst vor Zerstörung der Familie und / oder Wegnahme der Kinder sowie Angst vor negativen Reaktionen aus dem Umfeld sind wesentliche Ursachen für die verminderte Anzeigebereitschaft bei Sexualdelikten in der häuslichen Umgebung bzw. bei gut bekannten Tätern (vgl. PÜSCHEL et al. [50], AHRENS [2]).

FEDER [15] stellt fest, dass Opfer sexualisierter häuslicher Gewalt, zumeist Frauen, von ihren Partnern häufig isoliert werden. Dem Hausarzt kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, da er häufig eine der wenigen Personen darstellt, denen sich eine durch den Partner misshandelte Frau anvertraut. Wenn Verletzungen des Opfers einen Arztbesuch erforderlich machen, behaupten die Betroffenen mitunter, diese stammten von einem Unfall. Viele im Gesundheitswesen tätige Ärzte und Pflegepersonen scheuen auch bei Verdacht auf häusliche Misshandlung, dieses anzusprechen aus Angst, die möglichen Folgen der Offenbarung nicht beherrschen und aushalten zu können (vgl. GOLDING. [18]). Gerade in dieser Hinsicht ist die professionelle Schulung der im Gesundheitswesen Tätigen, insbesondere der Hausärzte, zum Thema sexualisierter und häuslicher Gewalt erforderlich. Diverse Studien zeigen, dass Routinebefragungen zu sexueller häuslicher Gewalt von den Betroffenen erwünscht sind, die Effektivität solcher Befragungen ist

jedoch noch nicht gesichert. Es ist nicht erwiesen, ob Routinefragebögen in Bezug auf häusliche Gewalterfahrungen die Offenbarungsrate der Opfer erhöht (vgl. JEWKES [25], GOLDING [18]) Eine Studie in den Niederlanden zeigte (vgl. FEDER [15]), dass das Training praktischer Ärzte in speziellen Fragetechniken zu häuslicher Gewalt die Offenbarungsbereitschaft der Opfer erhöht, auf der anderen Seite ist es aber schwierig, eine solche spezielle Befragung aufgrund des hohen Zeitaufwandes in die tägliche Praxis zu integrieren. Es gibt kaum Studien, von denen sich evidenzbasierte Leitlinien zur Identifikation von Opfern häuslicher Gewalt in der Hausarztpraxis ableiten ließen. Jedoch profitieren Frauen, die als Opfer häuslicher Gewalt herausgefiltert wurden von einer Vermittlung an eine entsprechende Hilfsorganisation.

5.8 Tatorte und Tatzeitpunkte

In etwa der Hälfte der Fälle (48,1% bzw. 39 von 81 Fällen) ereignete sich die Tat abends bzw. am späten Abend zwischen 18:00 Uhr und 0:00. 21% der Straftaten (17 von 81 Fällen) fanden zwischen 0:00 Uhr und 6:00 Uhr statt. Zusammengenommen ereignete sich die Tat in 69,1% der Fälle (bzw. 56 von 81 Fällen) zwischen 18:00 Uhr und 6:00 Uhr. Diese Ergebnisse sind mit Zahlen der Literatur vergleichbar. Sexualstraftaten ereignen sich am häufigsten in den Abend- und Nachtstunden. Nach MANSER [36] fanden nach einer Befragung von Polizeiarzten zu Sexualstraftaten aus dem Jahr 1989 64% der Sexualdelikte zwischen 20:00 Uhr und 4:00 Uhr. In 28% der Fälle ereigneten sich die Straftaten nach MANSER [36] sonntags. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf an einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle deutlich, die rund um die Uhr sowie an Feiertagen für Opfer von Sexual- bzw. Gewaltdelikten zur Verfügung steht, um eine zeitnahe fachgerechte Untersuchung und Betreuung der betroffenen Personen sicherzustellen (vgl. auch WELCH [66]). Eine Zwischenbilanz der Untersuchungsstelle für Opfer körperlicher und sexueller Gewalt des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin ergab für das Projektjahr 2003, dass 45% der Untersuchungen außerhalb der Regeldienstzeit (wochentags zwischen 7:30 Uhr und 16:00 Uhr) stattfanden (vgl. PÜSCHEL et al. [49]).

In Bezug auf die Tatorte handelte es sich erwartungsgemäß zum überwiegenden Teil (55,6% bzw. 45 von 81 Fällen) um die häusliche Umgebung von Täter oder Opfer bzw. der gemeinsamen Wohnung. MANSER [36] kommt hier mit 47% auf eine vergleichbare Zahl. In nur 16% der Fälle ereigneten sich die Sexualstraftaten in der Öffentlichkeit. Ein wesentlicher Grund für diese Ergebnisse ist die Tatsache, dass die Täter in den meisten Fällen aus dem näheren Bekanntenkreis der Opfer stammten und die Beteiligten oftmals Zugang zur jeweiligen Wohnung des anderen hatten (vgl. auch u. a. CLARK [9]).

5.9 Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem und Dokumentation

Bei einem großen Anteil der ausgewerteten Fälle (43,2%) erfolgte nach Aktenlage keine Vorstellung der geschädigten Personen in einer medizinischen Einrichtung. Zum Teil kann dieses Ergebnis damit erklärt werden, dass es in einem Teil der Delikte offensichtlich zu keiner körperlichen Gewaltanwendung kam, wie z. B. in Fällen von Exhibitionismus oder Beleidigung auf sexueller Basis und damit zunächst keine weitere Beteiligung medizinischer Einrichtungen erforderlich war. Dennoch bleibt zu bemerken, dass bei knapp der Hälfte der Opfer, bei denen keine medizinische Untersuchung erfolgt war, körperliche Verletzungsfolgen in den Verfahrensakten dokumentiert waren. Ursachen für die mangelnde Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind ähnlich wie bei der oft verzögerten Anzeigeerstattung in Angst- und Schamgefühlen seitens der Opfer zu suchen (vgl. auch HAMPTON [21]), insbesondere wenn es sich um Sexualstraftaten im häuslichen Umfeld handelt.

Tabelle 2 (Ergebnisse) zeigt die Verteilung der verschiedenen medizinischen Einrichtungen, die durch die Geschädigten in Anspruch genommen wurden. In 56,8% der Fälle wurde das Gesundheitssystem durch die Opfer in Anspruch genommen, in 17,3% der Fälle wurden verschiedene Einrichtungen konsultiert. Erste Anlaufstelle war im überwiegenden Teil der Fälle die gynäkologische Ambulanz eines Krankenhauses, an zweiter Stelle stand die Allgemeine Notaufnahme eines Krankenhauses. In nur 9 Fällen erfolgte die Vorstellung der Geschädigten im Institut für Rechtsmedizin des UKE, Hamburg. Der wesentliche Grund für die geringe Inanspruchnahme der Rechtsmedizin liegt u. a. in der Tatsache begründet, dass erst im

Herbst 1998 eine offizielle Untersuchungsstelle für Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt im Institut für Rechtsmedizin, UKE, eingerichtet wurde und entsprechende Fortbildungsveranstaltungen bei der Polizei und an Krankenhäusern erfolgten, um die Zuweisung zur Untersuchungsstelle der Rechtsmedizin zu fördern (vgl. PÜSCHEL et al. [49]). Die Straftaten in der vorliegenden Auswertung fanden jedoch im Jahr 1997 oder eher statt. Bei einer Auswertung späterer Jahrgänge nach 1998 wäre eine deutlich höhere Beteiligung der Rechtsmedizin zu erwarten, da derzeit alle Fälle zur Untersuchung gelangen, bei denen eine zeitnahe Anzeigenerstattung erfolgt.

Sofern eine medizinische Vorstellung der Oper erfolgte, waren den Verfahrensakten im überwiegenden Teil medizinische Befundberichte zu entnehmen. Es fiel auf, dass insbesondere bei gynäkologischer Vorstellung lediglich die fachspezifischen Befunde dokumentiert waren. Extragenitale Verletzungen wurden, wenn überhaupt, häufig nur oberflächlich erwähnt. Diese ließen sich dann oft nur aus der Anamnese der Geschädigten oder durch Fotodokumentation durch das LKA in den Verfahrensakten nachvollziehen.

LEDRAJ [31] macht darauf aufmerksam, dass, wie jede fachspezifische medizinische Untersuchung, auch die Untersuchung und Behandlung von Vergewaltigungsopfern eine fachgerechte Ausbildung und Erfahrung des Untersuchers erfordert. Auch standardisierte Anleitungen zum Umgang mit Opfern von Sexualdelikten allein können eine mangelnde Erfahrung und Ausbildung in rechtsmedizinischer Untersuchungstechnik nicht ersetzen. Im übrigen erfordert es in der Regel überdurchschnittlich viel Zeit, den psychischen und physischen Bedürfnissen der Opfer sowie forensischen Aspekten gerecht zu werden. Diese Zeit ist in nicht spezialisierten Notaufnahmen in der Regel nicht vorhanden.

32,6% der Geschädigten, die medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, stellten sich u. a. bei niedergelassenen Ärzten, 19,6% bei ihren Hausärzten, vor. Teilweise hatten sich die Geschädigten bei ihren Hausärzten vorgestellt, zunächst ohne sich dem Arzt in Bezug auf die Sexualstraftat zu offenbaren. In diesem Rahmen kommt dem Hausarzt die entscheidende Rolle zu, Befundkonstellationen zu hinterfragen und die Patienten auf eine mögliche Gewaltanamnese anzusprechen (vgl. auch COID et al.

[10], CLARK [9]). Hausärzte als erste Anlaufstelle für Gewaltopfer haben dann die Aufgabe, die Geschädigten an entsprechende rechtsmedizinische Institutionen weiterzuvermitteln. Gerade wenn die Polizei initial nicht einbezogen wird, ist eine peinlich genaue forensische Untersuchung, Dokumentation sowie Begutachtung und evtl. rasche Einleitung medizinisch notwendiger Schritte erforderlich, da diese Unterlagen womöglich als wesentliches Beweismittel in einem späteren Gerichtsverfahren herangezogen werden (vgl. WELCH et al. [66]). Niedergelassene Gynäkologen oder Hausärzte allein können mit dieser Aufgabe fachlich wie auch logistisch überfordert sein.

Insgesamt ließ sich bei der Auswertung der Dokumentation in den Verfahrensakten in Bezug auf medizinische Daten feststellen, dass in Fällen, in denen das Institut für Rechtsmedizin nicht einbezogen war, Verletzungsmuster oft inkomplett (z. B. nur gynäkologische Befunde) oder aus rechtsmedizinischer Sicht inhaltlich ungenügend (mit Aussagen wie „multiple Hämatome“ ohne Angabe von Alter, Ausdehnung, Lokalisation etc.) waren. Juristische Entscheidungen über die Schwere der Verletzungen mussten dann anhand dieser wenig standardisierten Befunde, der teilweise vorliegenden Fotodokumentation durch das LKA und anhand der meist wenig objektiven Aussagen von Geschädigter und Angeklagtem erfolgen.

5.10 Gewaltanwendung und Verletzungsfolgen

Bereits die vorangegangenen Kasuistiken zeigen die Heterogenität der Fälle und erklären damit das unterschiedliche Ausmaß der Verletzungsfolgen. Bei der Auswertung der körperlichen wie psychischen Gewaltanwendung und Verletzungsfolgen wurden nur die Fälle berücksichtigt, bei denen die Täter wegen eines Sexualdeliktes verurteilt wurden (n=68). Auch in Fällen, in denen die Angeklagten freigesprochen wurden, sind teilweise Verletzungen bei den „Geschädigten“ dokumentiert worden, jedoch konnte eine Gewaltanwendung durch den Täter nicht sicher nachgewiesen werden.

Allgemeine körperliche Gewaltanwendung war in 69,1% dieser 68 Fälle dokumentiert worden, wobei die Formen stumpfer Gewaltanwendung den größten Anteil ausmachten. In den meisten Fällen kamen mehrere Formen der Gewalt zur Anwendung, jedoch wurden nur in 2,9% dieser Fälle scharfe oder halbscharfe Gewalt und in 16,2% Gewaltanwendung gegen den Hals dokumentiert. Immerhin war in 20,9% der Fälle keine Gewaltanwendung in den Verfahrensakten verzeichnet. Nach Untersuchungen von WIEBE [67] wird mit 82% ein höherer Anteil der allgemeinen Gewaltanwendung bei Sexualstraftaten beschrieben. Auch in einer Studie von MCGREGOR et al. [39] liegt die Rate der allgemeinen Gewaltanwendung mit 89% höher. Als Ursache für diese deutlich höheren Zahlen in der Literatur ist das unterschiedliche Studiendesign anzunehmen. WIEBE [67] wie auch MCGREGOR et al. [39] bezogen ihre Daten aus spezialisierten Zentren, in denen sich Opfer sexueller Gewalt vorgestellt hatten. In der vorliegenden Auswertung der Verfahrensakten hatten sich die Geschädigten teilweise nicht oder erst stark verspätet in medizinische Behandlung begeben, sodass davon auszugehen ist, dass ein Teil der tatsächlichen Verletzungen nicht erfasst wurde.

WILKEN et al. [70] kommen zu dem Schluss, dass genitale Gewalt in 16-58% der Sexualstraftaten und extragenitale Gewalt in 31-82% vorkommt, was die große Schwankungsbreite der Zahlen in Bezug auf dieses Thema demonstriert.

Vergleichbar mit den Feststellungen von WILKEN et al. [70] zeigt die vorliegende Auswertung, dass insbesondere die extragenitale Gewaltanwendung Einfluss auf Ausmaß und Schwere der Verletzungen hat. Sämtliche in den Verfahrensakten dokumentierten genitalen Verletzungsmuster waren als geringgradig einzustufen und hatten keine spezifische Therapie zur Folge. Nach HAMPTON [21] erleidet ca. 1% der Opfer von Vergewaltigungen genitale Verletzungen, die eine spezifische Therapie erforderlich machen. In Bezug auf die Schwere der Verletzungsmuster sind die Daten der vorliegenden Auswertung mit der Literatur vergleichbar. Lebensbedrohliche Verletzungsfolgen sind in 5,9% der Fälle dokumentiert worden, MCGREGOR et al. [39] kommen auf 3%. Keine bis milde Verletzungszeichen nach körperlicher Gewaltanwendung konnten in 30,8% der Fälle dokumentiert werden, in 32,4% der Fälle waren die Folgen der Gewaltanwendung mittelgradig bis schwer. Studien von MCGREGOR et al. [39] kommen auf ähnliche Zahlen in Bezug auf leichte

Verletzungsfolgen mit 27%, der Anteil der mittelgradig schweren Verletzungsfolgen liegt bei McGREGOR et al. [39] mit 59% höher als in der vorliegenden Untersuchung, was teilweise, wie bereits oben erwähnt, mit dem unterschiedlichen Studiendesign und der damit eingeschränkten Vergleichbarkeit der Daten zusammenhängen kann.

Genitale Gewaltanwendung im Sinne der Vergewaltigung bzw. versuchten Vergewaltigung kam in der vorliegenden Untersuchung in 50% der Fälle (34 von 68 Fällen) vor. Noch immer herrscht in großen Teilen der Bevölkerung wie auch bei vielen Strafverteidigern der Glaube, dass das Fehlen genitaler Verletzungen ein Sexualverbrechen unwahrscheinlich mache (vgl. auch WIEBE [67]). Bei jedoch lediglich 20,6% der 34 Fälle mit genitaler Gewaltanwendung wie oben beschrieben wurden Verletzungszeichen im Genitalbereich dokumentiert. Dieses Ergebnis unterstreicht die Tatsache, dass es in der Mehrheit der Sexualverbrechen nicht zu sichtbaren genitalen Verletzungen kommt (vgl. hierzu auch BIGGS et al. [7] WIEBE et al. [67]). BIGGS et al. [7] stellte in einer Studie in Hinblick auf genitale Verletzungsmuster nach Vergewaltigungen fest, dass der Anteil der genitalen Verletzungen bei Frauen größer ist, die vor der Gewalttat noch nie Geschlechtsverkehr hatten. Den ausgewerteten Strafverfahren der vorliegenden Untersuchung war lediglich ein Fall zu entnehmen, bei dem ein Hymenaleinriß bei der Geschädigten dokumentiert wurde.

Eine schwerwiegende Folge nach Vergewaltigungen ist die mögliche Infektion mit HIV oder Hepatitis B oder C, bzw. anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen wie z. B. Gonorrhoe oder Chlamydieninfektionen. Das Risiko einer HIV-Infektion kann individuell sehr schwer abschätzbar sein. Oft ist es nicht nachzuvollziehen, ob der Täter mit HIV infiziert war oder nicht. Bei Risikogruppen (hohe örtliche Prävalenz von HIV, starke genitale Traumatisierung, Analverkehr, drogenabhängiger Täter) wird eine zeitnahe Postexpositionsprophylaxe möglichst innerhalb von 2 Stunden, spätestens 72 Stunden nach der Tat empfohlen (vgl. WELCH et al. [66]). Insgesamt wird das Risiko, sich mit HIV während des vaginalen Geschlechtsverkehrs mit einem Infizierten anzustecken, bei annähernd 0,1% eingeschätzt. Es ist anzunehmen, dass die Gefahr einer Ansteckung im Rahmen von nicht einvernehmlichem

Geschlechtsverkehr aufgrund des mutmaßlich höheren Traumas höher liegt (vgl. MEEL [41]).

Bei einem Großteil der Geschädigten der vorliegenden Studie, die sich in einer medizinischen Einrichtung nach der Tat vorstellten, wurde eine HIV- sowie Hepatitis B- und C-Serologie abgenommen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren den Akten jedoch in den meisten Fällen nicht zu entnehmen. Auch war den Akten im überwiegenden Teil nicht zu entnehmen, ob diesbezüglich Folgeuntersuchungen bei den Opfern stattgefunden hatten, sodass in keinem Fall eine Infektion mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung im Rahmen des vorangegangenen Sexualdeliktes dokumentiert worden war.

Ebenso war in keinem Fall eine Schwangerschaft als Folge der Vergewaltigung erfasst worden, wobei die Dokumentation im Rahmen der Verfahrensakten in Bezug auf einen Schwangerschaftstest nur sehr lückenhaft erfolgt war.

Im Vergleich zu anderen Gewaltdelikten sind die körperlichen Verletzungsfolgen nach Vergewaltigungen oder anderer sexueller Gewaltanwendung häufig nicht schwerwiegend. Deutlich gravierender, oft aber auch schwerer zu erfassen, sind psychische Folgeerkrankungen nach Sexualdelikten. Nach WELCH et al. [66] entwickeln ca. 17% der Opfer sexueller Gewalt dauerhaft psychische und / oder soziale Probleme. Die Rate von versuchten und geglückten Suiziden bei Opfern sexueller Gewalt ist signifikant erhöht. Zu den möglichen psychischen Folgeerkrankungen gehören die Posttraumatische Stresserkrankung im weitesten Sinne wie auch Depressionen, Schlafstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Phobien etc. (vgl. auch DUDDLE [12]). Die Auswertung der Verfahrensakten ergab, dass sich 35,3% der Opfer (n=68) wegen psychiatrischer Folgeerkrankungen nach der Tat in medizinischer oder psychologischer Behandlung befanden. In wie vielen von diesen Fällen psychische Langzeit-Folgeschäden aufgetreten sind, war den Akten nicht zu entnehmen.

4.11 Geständnisse seitens der Täter und fragliche Korrelation zur Vorstellung der Opfer in medizinischen Einrichtungen nach der Tat

Weniger als die Hälfte der bei der Polizei berichteten Sexualdelikte führen zu einer Anzeige mit nachfolgendem Gerichtsverfahren, und weniger als ein Drittel münden in eine Verurteilung. Die häufigsten Gründe für die fehlende Verurteilung bei Sexualstrafverfahren ist der Mangel an Beweisen oder der Wunsch der Geschädigten, das Verfahren nicht fortzusetzen (vgl. MCGREGOR et al. [40]). Bereits in einer Reihe von Studien wurde die Frage erörtert, inwieweit forensisch-medizinische Untersuchungen der Opfer von Sexualdelikten mit einer Verurteilung des Täters korrelieren. Die meisten dieser Studien waren retrospektiv, wurden in Großstädten der industrialisierten Länder durchgeführt und waren oft limitiert durch die häufig inkomplette Datenerfassung aufgrund uneinheitlicher und z. T. fehlender medizinischer Untersuchungen und Dokumentation. Dies erschwert die Vergleichbarkeit dieser Studien untereinander (vgl. DuMONT et al. [13]). Neben medizinischen Aspekten existiert eine Vielzahl von Variablen, wie z. B. der Zeitpunkt der Anzeigeerstattung, Charakteristika des Opfers etc., die Einfluss auf den Verfahrensausgang bei Sexualdelikten haben und die Aussagekraft der o. g. Studien erschweren. Bislang ließ sich keine positive Korrelation zwischen dem Nachweis von Spermien in Vaginalabstrichen bei den Opfern und einer Verurteilung des Täters nachweisen. Das Vorhandensein physischer Verletzungen hat den stärksten Einfluss auf den positiven Abschluss eines Strafverfahrens im Sinne einer Verurteilung des Täters (vgl. DuMONT et al. [13]). In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Sexualdelikte im Vergleich zu anderen Gewaltdelikten oft mit keinem oder einem geringen Maß an physischen Verletzungen einhergehen, diese jedoch häufiger nachzuweisen sind als genitale Verletzungsmuster. GRAY-EUROM et al. [19]) identifizierten zudem die Parameter „Gebrauch einer Waffe durch den Täter“ wie auch „Bekanntschaft von Täter und Opfer“ als Prädiktor für eine Verurteilung des Angeklagten. Eine Studie von WILEY et al. [69] führte zu der Feststellung, dass erzwungener Analverkehr mit entsprechenden anogenitalen Verletzungen oder erzwungener Oralverkehr sowie die Tatsache, dass es sich bei dem Täter um den Partner des Opfers handelte, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines positiven Urteils in einem Gerichtsverfahrens im Sinne einer Verurteilung einherging.

Waffengebrauch sowie extragenitale Verletzungen hatten nach WILEY et al. [69] wiederum keinen signifikanten Einfluss auf den Ausgang des Gerichtsverfahrens. Du MONT et al. [13] machen darauf aufmerksam, dass kulturelle Faktoren, insbesondere in eher frauenfeindlichen Gesellschaften, einen erheblichen Einfluss auf zum einen die rechtsmedizinische Befunderhebung wie auch auf den Verfahrensausgang haben. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Studien interkulturell nur begrenzt vergleichbar.

In der vorliegenden Auswertung zeigte sich, dass die medizinische Betreuung der Geschädigten sowie die medizinisch-forensische Dokumentation der physischen und psychischen Folgen der Sexualstraftaten sehr inkonstant und lückenhaft erfolgt war. Nur bei einem geringen Anteil der Fälle waren rechtsmedizinisch fundierte Befunde erhoben worden. Auch aus methodischen Gründen waren den Verfahrensakten nicht immer alle erhobenen medizinischen Befunde zu entnehmen. Vor diesem Hintergrund lässt die vorliegende Studie keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Korrelation zwischen der medizinischen Untersuchung des Opfers und dem Verfahrensausgang zu.

Abbildung 16 (Ergebnisse) zeigt einen Vergleich zwischen den Fällen, bei denen sich die Opfer in einer medizinischen Einrichtung vorgestellt hatten und der Tatsache, dass die Angeklagten die Tat vollständig, teilweise oder nicht gestanden haben. Eine positive Korrelation zwischen einem Geständnis des Täters und der vorangegangenen Vorstellung des Opfers in einer medizinischen Einrichtung ließ sich hiernach nicht herstellen.

5.12 Grenzen der Auswertung und Schlussfolgerungen

Bei der Planung der vorliegenden Arbeit waren bereits im Vorfeld Sexualdelikte in Zusammenhang mit Kindern sowie sexuell motivierte Tötungsdelikte von der Auswertung ausgeschlossen worden, um ein möglichst homogenes Fallkollektiv zu erhalten. Dennoch machen die Auswertung der Anklagevorwürfe und Urteile wie auch die dargestellten Kasuistiken die erhebliche Heterogenität der Fälle in Bezug auf Sexualdelikte deutlich. Bezüglich der Anklagevorwürfe „Vergewaltigung“ und

„versuchte Vergewaltigung“ stimmten in nur etwas mehr als der Hälfte der Fälle Anklage und Urteil überein. Die Ergebnisse der Auswertung sind vor diesem Hintergrund zu betrachten.

Bei einem Fallkollektiv von 81 ausgewerteten Fällen war es nur in begrenztem Maß möglich, aufgrund der unterschiedlichen Fälle Untergruppen zu bilden und diese separat auszuwerten, da die entsprechenden Fallzahlen dann zu klein geworden wären. Daher war es auch u. a. nicht möglich, eine valide Korrelation zwischen medizinischen Untersuchungsbefunden bei den Opfern sowie dem Verfahrensausgang herzustellen, insbesondere da auch die Art und Weise der medizinischen Untersuchungen der Opfer wie bereits beschrieben sehr unterschiedlich ausfiel.

Die Aussagen dieser Studie können nur auf Fälle von Sexualstraftaten angewendet werden, bei denen die Straftat bei der Polizei angezeigt wurde und ein Gerichtsverfahren zur Folge hatte. Berücksichtigt man die Tatsache, dass der größere Anteil der begangenen Sexualstraftaten nicht zur Anzeige gebracht wird (vgl. auch MCGREGOR et al. [40]), beziehen sich die Ergebnisse dieser Arbeit nur auf eine begrenzte Untergruppe aller Sexualdelikte.

Hält man sich vor Augen, dass selbst in dem ausgewerteten Kollektiv ca. ein Drittel der Opfer die Tat erst Tage bis Jahre später zur Anzeige gebracht haben, werden die erheblichen Hemmschwellen in Bezug auf die Anzeigeerstattung, insbesondere wenn es sich bei den Tätern um dem Opfer gut bekannte Personen handelt, deutlich. Daher ist vor allem für Opfer von Sexualdelikten wie auch Opfern häuslicher Gewalt die Möglichkeit zur Vorstellung in einer niederschweligen, von Polizei und Justiz zunächst unabhängigen rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle, wie sie seit Herbst 1998 im Hamburger Institut für Rechtsmedizin eingerichtet wurde, unentbehrlich. In diesem Rahmen können Opfer von Sexualstraftaten die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle als erste Anlaufstelle nutzen, um eine medizinische Untersuchung und Dokumentation mit Spurensicherung in Anspruch zu nehmen, ohne primär Anzeige erstatten zu müssen. Auch kann so zeitnah und koordiniert die Vermittlung an andere medizinische Fachrichtungen erfolgen, die zur somatischen oder auch psychosozialen oder psychotherapeutischen Behandlung der Geschädigten erforderlich sind. Zudem steht so den Geschädigten eine rechtsmedizinische,

gutachterliche Stellungnahme zur Verfügung, die für ein späteres Strafverfahren wesentlich sein kann.

Da die Straftaten der hier ausgewerteten Fälle im Jahr 1997 oder früher stattfanden, war die Beteiligung der Rechtsmedizin in Bezug auf die medizinischer Vorstellung und Versorgung erwartungsgemäß unterrepräsentiert. Die den Verfahrensakten zu entnehmenden medizinischen Befundberichte und Dokumentationen aus nicht rechtsmedizinischen Einrichtungen waren häufig einseitig in Bezug auf die Dokumentation (z. B. nur der gynäkologische Befund) oder nur inkomplett vorhanden. Hinsichtlich einer im weitesten Sinne gutachterlichen Aussagekraft waren diese Befunde im Rahmen der Strafverfahren oft wenig hilfreich.

Die Zahl der Untersuchten in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin steigt seit der Gründung 1998 stetig, so dass die Auswertung von Strafverfahrensakten späterer Jahrgänge, insbesondere bezüglich der medizinischen Dokumentation, im Vergleich zur vorliegenden Studie von Interesse wäre.

6 Zusammenfassung

Es wurden 81 Strafverfahren im Bereich der Sexualdelikte ausgewertet, die im Jahr 1997 von der Staatsanwaltschaft des Landgerichtes Hamburg verfolgt wurden. Davon waren die Angeklagten in 40 Fällen wegen Vergewaltigung, in 18 Fällen wegen versuchter Vergewaltigung und in 16 Fällen wegen sexueller Nötigung angeklagt. In etwa der Hälfte dieser Fälle differierte das Urteil von der Anklage, im überwiegenden Teil dieser Fälle wurde es abgeschwächt. In 13 Fällen wurden die Angeklagten freigesprochen, in 7 Fällen wurden die Verfahren wegen eines Verfahrens in anderer Sache eingestellt. Bei den übrigen Fällen handelte es sich um Fälle von Exhibitionismus oder Beleidigung auf sexueller Basis.

In Bezug auf die Täterprofile waren die Täter in über der Hälfte der Fälle arbeitslos (56,5%), hatten in 62,3% der Fälle keinen oder lediglich einen Hauptschulabschluss erreicht und lebten im überwiegenden Teil zum Tatzeitpunkt ohne feste Partnerschaft (64,4%). Der Anteil der ausländischen Tatverdächtigen lag mit 45,9% deutlich höher

als der Anteil der Nichtdeutschen in der Hamburger Bevölkerung (der bei etwa 15% liegt). Im Vergleich hierzu lag der Anteil der Nichtdeutschen Geschädigten mit 19,8% nur leicht über dem Migrantenanteil der Hamburger Bevölkerung. Der Altersgipfel der Täter lag zwischen dem 21. und 39. Lebensjahr (58,9% der Angeklagten). Erwartungsgemäß waren die Angeklagten zum größeren Teil der Fälle älter als die Opfer (65,4%). Bei den Opfern lag der Altersgipfel bei 18-29 Jahren (50,6%). In 2 Fällen waren die Opfer älter als 70 Jahre. Es handelte sich bei den Geschädigten ausschließlich um Frauen, bei den Angeklagten durchgehend um Männer. 62,3% der Täter standen während der Tat unter Alkoholeinfluss, bei den Opfern lag der Anteil bei 34,6%. In 27,1% der Fälle erfolgte eine Ethanolbestimmung durch die Polizei und / oder durch das Institut für Rechtsmedizin. Andere berauschende Mittel wurden von 14,1% der Angeklagten und von 12,3% der Geschädigten konsumiert. Im deutlich überwiegenden Teil der Fälle (81,5%) kannten sich Täter und Opfer bereits vor der Tat, in knapp der Hälfte der Fälle (45,7%) waren sie sogar gut miteinander bekannt, in 11,1% der Fälle lebten Angeklagter und Geschädigte in einer gemeinsamen Partnerschaft. Die Anzeige der Tat erfolgte in 17,3% der Fälle deutlich verzögert (Wochen bis Jahre nach der Tat). Die Auswertung ergab Hinweise dafür, dass die Geschädigten eher mit einer Anzeige zögerten, wenn sie den Täter im Vorfeld gut kannten, als in Fällen, in denen sich Täter und Opfer nicht bekannt waren. In etwa der Hälfte der Fälle (48,1%) ereigneten sich die Taten zwischen 18:00 Uhr und 0:00 Uhr, in 21% der Fälle lag die Tatzeit zwischen 0:00 Uhr und 6:00 Uhr. In 43,2% der Fälle erfolgte nach Aktenlage keine Vorstellung der Geschädigten in einer medizinischen Einrichtung. In den übrigen Fällen wurden z. T. verschiedene Einrichtungen in Anspruch genommen. Eine wesentliche Rolle spielte hier die Vorstellung in einer gynäkologischen Ambulanz im Krankenhaus (54,7% der Fälle) sowie der allgemeinen Notaufnahme eines Krankenhauses (13,6% der Fälle). Die Vorstellung in der Rechtsmedizin sowie beim Hausarzt war mit 11,1% der Fälle vergleichsweise selten vertreten. In Bezug auf die Gewaltanwendung (ausgenommen bei der Auswertung der Gewaltanwendung waren die Freisprüche) machten die Formen von stumpfer Gewalt den größten Anteil mit 64,7 % der Fälle aus. Zu genitaler Gewaltanwendung kam es in 54,4% der Fälle, nur in etwa einem Fünftel dieser Fälle waren auch genitale Verletzungszeichen dokumentiert worden. Keine bis leichte Verletzungsfolgen waren in 30,8% der ausgewerteten Fälle dokumentiert worden. In 32,4% der Fälle waren die Verletzungsfolgen mittelschwer bis schwer. Lediglich in 5,9% wurden die

Verletzungen als lebensbedrohlich eingestuft. Psychische Folgeschäden waren in 35,3% dokumentiert worden. Eine positive Korrelation zwischen dem Vorliegen eines Geständnisses durch den Täter und der vorangegangenen Vorstellung des Opfers in einer medizinischen Einrichtung ließ sich nicht herstellen. Schlussfolgerungen hinsichtlich eines möglichen Einflusses der medizinischen Untersuchung des Opfers mit erfolgter Befunddokumentation auf den Verfahrensausgang ließen sich in der vorliegenden Auswertung nicht ziehen. Die Ergebnisse der Auswertung sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass es sich um ein sehr heterogenes Fallkollektiv handelte. Zudem können die Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit lediglich auf Fälle von Sexualstraftaten angewendet werden, die bei der Polizei angezeigt wurden und ein Gerichtsverfahren zur Folge hatten.

7 Literaturverzeichnis

1. Abbey A, Parkhill M R, Clinton-Sherrod A M, Zawacki T (2007) A comparison of men who committed different types of sexual assault in a community sample. *Journal of Interpersonal Violence* 22: 1567-1580
2. Ahrens C E (2006) Being Silenced: The impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *Am J Community Psychol* 38: 263-274
3. Bader S, Schoeneman-Morris K A, Scalora M J, Casady T K (2008) Exhibitionism: Findings from a midwestern police contact sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparativ Criminology* Vol. 52 No. 3: 270-279
4. Bauermann M C, Schädler W (1991) Das Opfer nach der Straftat – seine Erwartungen und Perspektiven. Bundeskriminalamt, 1. Aufl., BKA - Forschungsreihe Bd. 22, (ISSN 0174-5433)
5. Berberich H J, Neubauer H (2004), Urologische Funktionsstörungen nach sexuellem Missbrauch und Gewalt. <http://springerlink.com/content/n3516clhdjvpx125/fulltext.html>

6. Beutel M (1999) Sucht und sexueller Missbrauch. Eine empirische Untersuchung. *Psychotherapeut* 44: 313-319
7. Biggs M, Stermac L E, Divinsky M (1998) Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *CMAJ* 159: 33-7
8. Burgess AW, Hazelwood RR, Rokous FE, Hartman CR, Burgess AG (1988) Serial rapists and their victims: reenactment and repetition. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 528: 277-95
9. Clark J (2003) Violence against women: A physician's guide to identification and management. *BMJ* 327: 686
10. Coid J, Petruckevitch A, Chung W-S, et al. (2003) Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. *British Journal of General Practice* 53, 858-862
11. Danielson CK, Holmes MM (1998) Adolescent sexual assault: an update of the literature. *J Consult Clin Psychol* 66 (2): 348-62
12. Duddle M (1991) Emotional sequelae of sexual assault. *Journal of the Royal Society of Medicine* 84: 26-28
13. DuMont J, White D (2007) The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: a global review. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 1596004 6
14. ElSohly M A, Gul W, Murphy T P, Avula B, Khan I A (2007), LC-(TOF) MS Analysis of benzodiazepines in urine from alleged victims of drug-facilitated sexual assault. *Journal of Analytical Toxicology* 31: 505-514
15. Feder G (2006) Responding to intimate partner violence: what role for general practice? *British Journal of General Practice.* 56 (525): 243-244

16. Gear S (2007) Verschwindende Opfer, entwertetes Begehren. Vergewaltigung, Homophobie und Männlichkeit in südafrikanischen Männergefängnissen. Zeitschrift für Sexualforschung 20 (4): 285-299
17. Görge T, Nägele B (2006) Sexuelle Viktimisierung im Alter. Z Gerontol Geriat 39: 382-389
18. Golding (2002) Domestic violence. Journal of The Royal Society of Medicine 95: 307-308
19. Gray-Eurom K, Seaberg D. C., Wears R. L (2002) The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. Annals of Emergency Medicine 39: 39-46
20. Gromus B (1998) Verhaltenstherapie mit Opfern sexueller Gewalt. Psychotherapeut 43: 221-228
21. Hampton H L (1995) Care of the woman who has been raped. N Engl J Med 332 (25): 234-237
22. Hassan Q, Bashir M Z, Mujahid M, Munawar A Z, Aslam M, Marri M Z (2007) Medico-legal assessment of sexual assault victims in Lahore. J Pak Med Assoc. 57(11):539-42
23. Haugen K, Slungard A, Schei B (2005) Sexual assault against women – injury pattern and victim-perpetrator relationship. Tidsskr Nor Laegeforen. 125 (24): 3424-7
24. Houston E, McKirnan D J (2007) Intimate partner abuse among gay and bisexual men: risk correlates and health outcomes. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 84 (5): 681-690
25. Jewkes R (2002) Preventing domestic violence. BMJ 324: 253-4

26. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C (2008) Why women don't report sexual assault to the police: The influence of psychosocial variables and traumatic injury. *J Emerg Med* 2008 May 5.
27. Kaysen D, Neighbors C, Martell J, Fossos N, Larimer M E (2006) Incapacitated rape and alcohol use: a prospective analysis. *Addict Behav.* 31 (10): 1820-1832
28. King M B (1990) Male rape – Victims need sensitive management. *BMJ* Volume 301: 1345-6
29. Landeskriminalamt Hamburg, Polizeiliche Kriminalstatistik 2001 im Überblick, ISSN 1434-8284: S. 41-46
30. Landeskriminalamt Hamburg, Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 im Überblick, ISSN 1434-8284: S. 41-46
31. Ledray LE (2002) Do all emergency physicians have an obligation to provide care for victims of sexual assault or is there a more effective alternative? *Annals of Emergency Medicine* 39: 61-64
32. Littleton H, Radecki Breitkopf C, Berenson A (2007) Sexual and physical abuse history and adult sexual risk behaviours: Relationships among women and potential mediators. *Child Abuse Negl.* 31 (7): 757-768
33. Livingston J A, Testa M, VanZile-Tamson C (2007), The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women* 13 (3): 298-313.
34. Loosen W (2003) Nicht alle Sexualstraftäter lebenslang verwahren. *Hamburger Ärzteblatt* 5: 235
35. Malcoe L H, Duran B M; Montgomery J M (2004) Socioeconomic disparities in intimate partner violence against native American women: a cross-sectional study. *BMC Medicine* 2:20

36. Manser T I (1992) The results of examinations of serious sexual offences: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 85: 467-8
37. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi C V, Dudle E C (2001) The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: A community-based prevalence study. *MJA* 175: 199-205
38. McDonald R (2000) Time to talk about rape. *BMJ* 321: 1034-5
39. McGregor M J, Le G, Marion S A, Wiebe E (1999) Examination for sexual assault: Is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ* 160(11): 1565-9
40. McGregor M J, Wiebe E, Marion S A, Livingstone C (2000) Why don't more women report sexual assault to the police? *CMAJ* 162 (5): 659-660
41. Meel B L (2005) Incidence of HIV infection at the time of incident reporting, in victims of sexual assault, between 2000 and 2004, in Transkei, Eastern Cape, South Africa. *African Health Sciences* 5 (3): 207-12
42. Morano J P (2001) Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 3 (3): 126-135
43. Musolff C, Hoffmann J (2002) Täterprofile bei Gewaltverbrechen, Mythos, Theorie und Praxis des Profilings. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2002, ISBN 3-540-67360-1: 89-123
44. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R (2005) Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *African Health Sciences* 5 (1): 50-54

45. Payne-James J, Rogers D (2002) Drug-facilitated sexual assault, 'ladettes' and alcohol. *Journal of the Royal Society of Medicine* 95: 326-327

46. Peschers U M, Jundt K, Kindermann G (2003) Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft und Geburt nach sexuellem Missbrauch. *Der Gynäkologe* 36: 25-27

47. Pierschke R (2004) Ätiologie und Symptomatologie von Sexualstraftaten. *Psychotherapie im Dialog* 5: 150-154

48. Prentky, R A (1992) Progress in classifying rapists. Part II: Motivational themes. *Violence update* 3(2): 8-11

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

50. Püschel K, Seifert D, Heinemann A. (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt* 103(33): A 2168-73

51. Rauch E, Graw M, (2003) Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. *Der Gynäkologe* 36: 18-24

52. Richardson J, Feder G, Eldridge S et al. (2001) Women who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse: A survey of health professionals' attitudes and clinical practice. *British Journal of General Practice* 51: 468-70

53. Roberts REI (1997) Forensic medical evidence in rape and child sexual abuse: Controversies and a possible solution. *J R Soc Med* 92: 388-392

54. Robert L, Sadoff M D (1986) Sexual violence. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 62 (5): 466-476

- 55.** Rosenthal D S (2002) Drug-facilitated sexual assault: A forensic handbook. *The New England Journal of Medicine* 347: 1046-1047
- 56.** Sachs C J (1998) Adult sexual assault examination. *WMJ*, 168 (3): 185-6
- 57.** Saint-Martin P, Bouyssy M, O`Byrne P (2007) Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med. Sci. Law* 47 (4): 315-324
- 58.** Senn T E, Carey M P, Venable P A (2006) Childhood sexual abuse and sexual risk behaviour among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Consult Clin Psychol.* August 74 (4): 720-731
- 59.** Siegel J M, Sorenson S B, Golding J M, Burnam M A, Stein J A (1989) Resistance to sexual assault: Who resists and what happens? *American Journal of Public Health* 79 (1): 27-31
- 60.** Skuse D, Bentovim A, Hodges J, Stevenson J, Andreou C, Lanyado M, New M, Williams B, McMillan D (1998) Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexually victimised adolescent boys: cross sectional study. *BMJ* 317: 175-179
- 61.** Smith D K, Leve L D, Chamberlain P (2006) Adolescent girl's offending and health-risking sexual behaviour: The predictive role of trauma. *Child Maltreat.* 11(4): 346-353
- 62.** Stermac L E, Du Mont J A, Kalemba V (1995) Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. *CMAJ* 153 (8): 1089-1094
- 63.** Testa M, Livingston A, Hoffman J H (2007) Does sexual victimization predict subsequent alcohol consumption? A prospective study among a community sample of women. *Addict Behav.* 32 (12): 2926-2939

64. Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston J A (2007) Prospective Prediction of women`s sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *J Consult Clin Psychol* 75 (1): 52-60
65. Weiser S D, Leiter K, Bangsberg D R, Butler L M, Percy-de Korte F, Hlanze Z, Phaladze N, Iacopino V, Heisler M (2007) Food insufficiency is associated with high-risk sexual behaviour among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine* 4 (10; e260): 1589-98
66. Welch J, Mason F (2007) Rape and sexual assault. *BMJ* 334: 1154-1158
67. Wiebe E R (1991) Genital injuries in sexual assault victims. *CAN MED ASSOC J* 144 (6): 645-6
68. Wiese M, Armitage C, Delaforce J, Welch J (2005) Emergency care for complainants of sexual assault. *J R Soc Med* 98: 49-53
69. Wiley J, Sugar N, Fine D, Eckert L O (2003) Legal outcomes of sexual assault. *Am j. of Obstet. And Gynaecol* 188 (6): 1638-41
70. Wilken J, Welch J (2003) Management of people who have been raped. *BMJ* 326: 458-9
71. www.spiegel.de/static/flash/einwandererkarte.swf
72. Zink T, Fisher B S, Regan S, Pabst S (2005) The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *Journal of General Internal Medicine* 20 (10): 884-888

8 Danksagung

Herrn Prof. Dr. K. Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, danke ich sehr für die Überlassung des Themas sowie die vielen Anregungen und Ratschläge bei der Gestaltung der Arbeit.

Ganz herzlich bedanke ich mich bei Herrn Dr. Sven Anders für die wissenschaftliche Betreuung, die Hilfestellung bei der praktischen Durchführung der Arbeit und für seine unerschöpfliche Geduld, meine vielen Fragen zu beantworten.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt, der mir als mein Coach half, die richtigen Entscheidungen zu treffen und niemals müde wurde, mich zu motivieren und moralisch zu unterstützen.

Bei Frau B. Franke möchte ich mich für die vielen guten Hinweise und die Diskussionsbereitschaft bei der Formulierung des Themas und beim Einstieg in die Materie bedanken.

Den Mitarbeitern der Staatsanwaltschaft Hamburg danke ich für die freundliche Unterstützung bei der Durchsicht der Akten und für die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes. Ganz besonders bedanke ich mich bei Herrn Staatsanwalt Lüders, der trotz Personalmangels im Archiv immer wieder dafür Sorge getragen hat, noch weitere Akten zu beschaffen.

Schließlich sei Herrn Hans Wolf Gerlach für die sehr aufmerksame, kritische und sorgfältige Durchsicht der Arbeit gedankt.

9 Lebenslauf

10 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, d.

Tina Seifert