

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Hamburg
Direktor: Prof. Dr. med. K. Püschel

Genitoanal- und Brustverletzungen bei Überlebenden von Sexualdelikten
und bei Opfern mit tödlichem Ausgang

Dissertation

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

Muammer Özkan Güzel

aus

Avdan/Türkei

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
am: 3.11.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel
Prüfungsausschuss: 2. Gutachter: Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt
Prüfungsausschuss. 3. Gutachter: PD Dr. P. Briken

Inhaltverzeichnis

1	Einleitung	04
2	Material und Methoden	10
2.1	Untersuchungsgut und Datenerhebung.....	10
2.1.1	Genital- Brust- und Analverletzungen bei Sexualdelikten ohne tödlichen Ausgang.....	10
2.1.2	Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug.....	12
2.2	Methode der Auswertung.....	12
3	Ergebnisse	13
3.1	Opfer	13
3.1.1	Anzahl der Opfer.....	13
3.1.2	Anzahl der Opfer sexueller Gewalt mit Genital-, Brust- und Analverletzungen.....	14
3.1.3	Anzahl und Verteilung der Einzelverletzungen.....	14
3.1.4	Lokalisation der Genitalverletzungen bei sexueller Gewalt.....	15
3.1.5	Art der Genitalverletzungen.....	15
3.1.6	Art der Brustverletzungen.....	16
3.1.7	Art der Analverletzungen.....	17
3.1.8	Altersverteilung der Gesamtopfer	17
3.1.9	Altersverteilung der Opfer mit Genitoanal- und Brustverletzungen.....	18
3.1.10	Korrelation zwischen Alter und Verletzungen (Genital-,Anal- und Brustverletzungen).....	18
3.1.11	Hymenstatus der Opfer.....	19
3.1.11.1	Hymenstatus der Opfer vor dem Sexualdelikt.....	19
3.1.11.2	Hymenstatus der Opfer nach dem Sexualdelikt.....	20
3.1.12	Extragenitalverletzungen.....	20
3.2	Täter	22
3.2.1	Geschlecht der Täter.....	22
3.2.2	Identität der Täter.....	22
3.2.3	Anzahl der Täter bezogen auf einzelne Sexualdelikte.....	22
3.2.4	Handlungen der Täter.....	23
3.2.4.1	Art der Gewalt.....	23

3.2.4.2	Sexuelle Handlungen der Täter.....	23
3.2.4.3	Anzahl der Geschlechtsverkehre pro Opfer.....	23
3.2.4.4	Kondombenutzung.....	24
3.3	Täter-Opfer-Beziehung	25
3.3.1	Täter-Opfer-Beziehung bei Gesamtopfern.....	25
3.3.2	Täter-Opfer-Beziehung in verschiedenen Altersgruppen.....	25
3.3.3	Täter-Opfer-Beziehung bei Opfern mit Verletzungen im Genitoanal und Brustbereich.....	26
3.3.4	Verhältnis Täter-Opfer-Beziehung zu Verletzungen.....	28
3.3.4.1	Innerfamiliäre Sexualdelikte mit Verletzungen.....	28
3.3.4.2	Innerfamiliäre Sexualdelikte ohne Verletzungen.....	29
3.4	Konsumverhalten der Opfer	30
3.4.1	Konsumverhalten der Gesamtopfer	30
3.4.2	Alkoholisierungszustand der Gesamtopfer	31
3.4.3	Konsumverhalten der Opfer mit Genitoanal- und Brustverletzungen	31
3.4.4	Alkoholkonsum der Opfer ohne Genitoanal- und Brustverletzungen.....	32
3.5	Konsumverhalten der Täter	32
3.5.1	Konsumverhalten der Täter bei Gesamtfällen.....	32
3.5.2	Alkoholisierungszustand der Täter bei Gesamtfällen.....	33
3.5.3	Konsumverhalten der Täter von Opfern mit Genitoanal- und Brustverletzungen.....	33
3.5.4	Alkoholkonsum der Täter von Opfern ohne Genitoanal- und Brustverletzungen.....	33
3.6	Verletzungen bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug	33
3.6.1	Opferzahlen.....	33
3.6.2	Verteilung der Einzelverletzungen.....	34
3.6.3	Lokalisation der Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten.....	34
3.6.4	Art der Genitalverletzungen.....	35
3.6.5	Art der Brustverletzungen bei Tötungsdelikten.....	36
3.6.6	Art der Anorektalverletzungen bei Tötungsdelikten.....	36
4	Diskussion	38
4.1	Sexualdelikte bei Überlebenden.....	38

4.1.1	Häufigkeit der Sexualdelikte.....	38
4.1.2	Häufigkeit der Verletzungen bei Sexualdelikten.....	38
4.1.3	Art der Verletzungen bei Sexualdelikten.....	44
4.1.4	Das Täter-Opfer-Verhältnis und dessen Einfluss auf die Verletzungen.....	46
4.1.5	Alkoholeinwirkung und ihr Einfluss auf Verletzungen.....	48
4.1.6	Extragenitale Verletzungen.....	49
4.1.7	Verschiedene weitere Parameter bei Sexualdelikten.....	50
4.2	Sexualdelikte mit tödlichem Ausgang.....	50
5	Schlussfolgerungen	53
6	Zusammenfassung	58
6.1	Sexualdelikte bei Überlebenden.....	58
6.2	Sexualdelikte mit tödlichem Ausgang.....	60
7	Literaturverzeichnis	62
8	Danksagung	69
9	Lebenslauf	70
10	Erklärung	71

1 Einleitung

Der Begriff „ Sexuelle Gewalt“ beschreibt jede sexuelle Handlung zwischen zwei Personen, bei der eine der Beteiligten nicht mit dem Handlungsgeschehen einverstanden oder nicht in der Lage ist, ein Einverständnis zu geben, also alle sexuellen Misshandlungen an Kindern und Jugendlichen sowie Vergewaltigung und sexuelle Nötigung von Erwachsenen (Laszig u. Gramatikow 1997). Unter dem Begriff „Sexualdelikte“ werden Vergewaltigungsdelikte, sexuelle Nötigungen und der sexuelle Missbrauch von Kindern und Schutzbefohlenen zusammengefasst. Als Kinder werden in Deutschland Personen vor dem 14. Lebensjahr verstanden. Personen zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr gelten als Jugendliche. Die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sind in den §§ 174-184c im 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches (StGB) geregelt.

Sexuelle Gewalt ist laut WHO (2003) ein globales Problem. Unabhängig vom sozioökonomischen Status sind ihr vor allem Frauen und Kinder ausgesetzt. Nach internationalen Studien werden weltweit mindestens 13 % aller Frauen Opfer einer Vergewaltigung (Spitzberg 1999).

Eine 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführte repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, in der 10.000 Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren umfassend zu ihren Gewalterfahrungen befragt wurden, hat gezeigt (Müller und Schröttle 2004):

- **37%** aller befragten Frauen haben **körperliche Übergriffe** seit dem 16. Lebensjahr erlebt, die vom wütenden Wegschubsen und leichten Ohrfeigen ohne Verletzungsfolgen bis hin zum Treten, Verprügeln und Waffengewalt reichten. Etwa zwei Drittel dieser Frauen haben auch mittlere bis schwere Formen körperlicher Gewalt erlebt, die mit Verletzungsfolgen, Angst vor ernsthafter/lebensgefährlicher Verletzung, Waffengewalt oder einer höheren Frequenz von derartigen Situationen verbunden waren.

- **40%** der befragten Frauen haben -unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext- **körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides** seit dem 16. Lebensjahr erlebt.
- **13%** der befragten Frauen, also jede siebte in Deutschland lebende Frau, hat seit dem 16. Lebensjahr strafrechtlich relevante Formen von **sexueller Gewalt** wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung erlitten.
- Knapp **10%** aller Frauen gaben an, Formen von **sexuellem Missbrauch** in ihrer **Kindheit und Jugend vor dem 16. Lebensjahr** erlebt zu haben.
- Unterschiedliche Formen **sexueller Belästigung** haben **58%** der Befragten erlebt.
- Rund **25 %** der in Deutschland lebenden Frauen haben Formen **körperlicher oder sexueller Gewalt (oder beides)** durch **aktuelle oder frühere Beziehungspartner** erfahren.
- **6%** der befragten Frauen gaben an, seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal **vergewaltigt** worden zu sein, **4%** hatten mindestens eine **versuchte Vergewaltigung**, **5%** waren dem Zwang zu intimen Körperberührungen und **3%** dem Zwang zu anderen sexuellen Praktiken ausgesetzt.
- Wenn Gewalt in Kindheit und Jugend einbezogen wird, dann haben nur **14%** der befragten Frauen bislang **keinerlei sexuelle oder körperliche Gewalt** vor und nach dem 16. Lebensjahr erlebt.

Die Autorinnen konnten mit diesen Befunden über das Ausmaß und die Verbreitung von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen in Deutschland die bisherigen Untersuchungsbefunde und vor allem die Dunkelfeldschätzungen (Wetzels und Pfeifer 1995; Wetzels et al 1995; Schröttle 1999; Hagemann-White 2001; Hagemann-White und Bohne 2002) bestätigen, wonach jede zweite bis dritte Frau körperliche Gewalt in ihrem Erwachsenenleben und etwa jede siebte Frau sexuelle Gewalt durch bekannte oder unbekannte Personen erlitten haben.

Dennoch gehen die Autorinnen davon aus, dass die bestehenden Dunkelfelder auch durch die vorliegende Untersuchung nicht vollständig aufgedeckt werden können. Insofern nehmen sie real eine höhere Gewaltbetroffenheit an, sodass die oben genannten Gewaltprävalenzen eher als Mindestwerte interpretiert werden.

Peschers et al. (2003a, 2003b) stellten bei ihren Untersuchungen fest, dass etwa 20% aller Frauen in ihrer Kindheit oder als Erwachsene zu einem früheren Zeitpunkt sexuelle Gewalt erlebt haben, wobei etwa 10 % aller befragten Patientinnen über sexuelle Übergriffe als Heranwachsende, 7 % über Missbrauch in der Kindheit und 3,5 % über Missbrauch in mehreren Lebensabschnitten berichteten.

Vergleichbare europäische nationale Prävalenzstudien zur Erfassung der Gewalt gegen Frauen liegen vor aus den Niederlanden (Römkens 1997), der Schweiz (Gillioz et al. 1997), England und Wales (British Crime Survey 1996, veröffentlicht in Mirlees-Black 1999, sowie Walby/Allen 2004), Dänemark (Christiansen/Koch-Nielsen 1992), Portugal (Lourenco et al. 1995), Irland (Kelleher/O'Connor 1995), Finnland (Heiskanen/Piispa 1998), Schweden (Lundgren et al. 2002), Frankreich (Jaspard et al. 2003). Unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext ergaben diese Studien Prävalenzen für körperliche Gewalt im Erwachsenenleben zwischen 14% und 30%, sowie für die sexuelle Gewalt zwischen 5% und 34%. Bedingt durch die unterschiedlichen Definitionen und Erhebungsmethoden liegt eine große Spanne vor. Insofern sind die Daten nur begrenzt vergleichbar.

Obwohl die erlebte sexuelle Gewalt - auch ohne Berücksichtigung der Dunkelfelder- nicht unerheblich hoch erscheint, wird sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene nur ein Bruchteil davon, laut Schätzungen ca. 25 % (Tinsley 2002), angezeigt und von diesen Anzeigen führt lediglich ein geringer Teil zu einer Verurteilung des Täters. Müller und Scröttle (2004) stellten bei ihrer umfangreichen Untersuchung fest, dass in Deutschland nur 5% der Opfer von sexueller Gewalt ohne Verletzungen und 11% mit Verletzungen eine Anzeige erstattet haben. Bei körperlicher Gewalt lagen die Werte ohne Verletzungen bei 10% und mit Verletzungen bei 16%. Die Einschaltung der Polizei erfolgte in 8% der Betroffenen von sexueller- und in 15% von körperlicher Gewalt. Ein Gerichtsverfahren wurde nur von ca. 4% der Fälle eingeleitet.

Kelly und Regan, (2001) und Regan und Kelly(2003) führten eine Verlaufsanalyse über die Entwicklung von Anzeigen, Anklage- und Verurteilungsraten von Vergewaltigungsfällen in mehreren europäischen Ländern für die Zeiträume von 1977 bis 1997 und von 1997 bis 2002 durch:

- Die **Anklagezahlen in Europa** variieren zwischen **10%** und **75%**,
- Im Verhältnis zu den Strafrechtlich verfolgten Fällen variieren die **Verurteilungsraten** zwischen **70%** und weniger als **30%**,
- **Gesamtverurteilungsraten** lagen zwischen **1%** und **6%**.

Die Autoren stellen fest, dass Gesetzes- und Verfahrensänderungen in einigen Ländern zu vermehrten Anzeigen geführt haben, wobei dies nicht automatisch zu einem entsprechenden Anstieg an Anklagen und Verurteilungen geführt hat.

In einer neueren Untersuchung von Kelly et al. (2005) lag die Gesamtverurteilungsrates für England im Vergleich zu früheren Jahren (ca. 6%) jetzt bei 8% und die Chancen, bei einem Gerichtsverfahren freigesprochen zu werden, waren größer als verurteilt zu werden, insbesondere wenn es sich bei dem Angeklagten um einen Erwachsenen handelte.

Es ist davon auszugehen, dass in der Mehrheit der Fälle Beweise fehlen, die den Straftatbestand der Vergewaltigung erhärten.

Auch die Ergebnisse des zweiten Periodischen Sicherheitsberichtes (BMI 2006), die eine langfristige Analyse darstellen, zeigen zwar bei konstanter Entwicklung der sexuellen Gewalt eine Zunahme des Anzeigeverhaltens, jedoch wird die Mehrheit der Taten nach wie vor nicht angezeigt, und in mehr als der Hälfte der aufgeklärten Fälle wird kein Gerichtsverfahren durchgeführt, meist wegen mangelnder Beweisbarkeit des Tatvorwurfs.

Wie problematisch es sein kann, hat der Fall Marco W. gezeigt. Der achtzehnjährige deutsche Jugendliche saß im Jahr 2007 in der Untersuchungshaft im Urlaubsort Antalya / Türkei. Er wurde durch die Eltern eines dreizehnjährigen englischen Mädchens wegen sexuellen Missbrauchs Minderjähriger angezeigt. Dieser

Fall beschäftigte seitdem nicht nur die Justiz, sondern auch die Medien und die Politiker der betroffenen Länder.

Die emotionalen Reaktionen und die Beurteilung des Geschehens waren sowohl in der Bevölkerung als auch in den Medien der einzelnen Länder sehr unterschiedlich. In Deutschland überwog das Mitleid mit einem angeblich zu Unrecht beurteilten Jugendlichen. In Großbritannien dominierte die billigende Haltung der juristischen Vorgehensweise wegen des angeblichen sexuellen Missbrauchs eines minderjährigen Mädchens. Demgegenüber herrschte in der Türkei die Empörung über die fremde Einmischung in die eigene Justiz vor. Die Ungewissheit einer juristischen Aufklärung dieses Rechtsstreites in absehbarer Zeit scheint weiterhin bestehen zu bleiben und das Interesse der Medien wird dabei nicht weniger.

Eine korrekte und professionelle Untersuchung des Opfers kann in einem Strafverfahren zur Aufklärung der Tat sicherlich einen großen Beitrag leisten. Dies kann am sichersten durch die auf eine adäquate Betreuung und Untersuchung der Opfer sexueller Gewalt spezialisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachärzten verschiedener Disziplinen, insbesondere der Rechtsmedizin erfolgen, die über die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen.

Für die Frauen und Mädchen in Deutschland, die eine Vergewaltigung bzw. eine sexuelle Gewalt erfahren haben, ist die primäre Anlaufstelle – falls aus der Sicht der Betroffenen ein Bedarf nach forensisch-medizinischer Intervention besteht – meistens die gynäkologische Notaufnahme eines nahegelegenen Krankenhauses, wo sie entsprechend gynäkologisch untersucht und versorgt werden.

Dennoch ist die fachliche Kompetenz in der Versorgung und Begutachtung vergewaltigter Frauen und Mädchen keineswegs Bestandteil der Ausbildung. Die Begriffe sexuelle Gewalt und Vergewaltigung werden in der Weiterbildungsordnung für Gynäkologie nicht erwähnt. In den gynäkologischen Lehrbüchern wird dieses Thema kaum behandelt. Auch in der wissenschaftlichen Literatur im deutschsprachigen Raum existieren diesbezüglich nur wenige Untersuchungen.

Die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Verletzungen im Genitalbereich, an den Brüsten und im Analbereich der von sexueller Gewalt be-

troffenen Frauen, die von 2001 bis 2004 in der Ambulanz des Instituts für Rechtsmedizin betreut wurden sowie die Genitalverletzungen von Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug retrospektiv auszuwerten.

Es wird außerdem der Unterschied der Genitalverletzungen hinsichtlich der Lokalisation und der Art bei beiden Gruppen vergleichend untersucht.

2 Material und Methoden

2.1 Untersuchungsgut und Datenerhebung

2.1.1 Genital- Brust- und Analverletzungen bei Sexualdelikten ohne tödlichen Ausgang

In der Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf werden Patienten, die körperliche Gewalt erlitten haben, rechtsmedizinisch untersucht. Bei einem anamnestischen oder auch körperlichen Hinweis auf eine Sexualtat werden die Patienten zusätzlich interdisziplinär fachärztlich untersucht, z.B. durch eine Gynäkologin oder durch einen Pädiater (ausführliche Beschreibung des Procedere siehe Seifert et al, 2007)

Die Daten werden in einem vierseitigen Erhebungsbogen mit einer Patienten ID-Nummer erfasst und anschließend in einem elektronischen Dokumentations- und Datenbanksystem registriert. Die rechtsmedizinischen und sonstigen fachärztlichen Untersuchungsbefunde und Dokumente werden separat in eine Untersuchungsakte aufgenommen.

Für diese retrospektive Studie wurden zunächst alle Fälle von Sexualdelikten aus der elektronischen Datenbank herausgesucht. Die dokumentierten Aussagen von Opfern, Zeugen und Angehörigen sowie die ärztlichen Untersuchungsbefunde in den Akten dieser Patientinnen stellten die Grundlage für die Erhebung der in dieser Studie erfassten Parameter dar. Die Fälle, bei denen ein Sexualdelikt (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexueller Missbrauch von Kindern) sehr unwahrscheinlich erschien, wurden unter Einbeziehung der Beurteilung der Gutachter von der Studie ausgeschlossen. Zur Erfassung einzelner Parameter diente ein zweiseitiger Erhebungsbogen, der für jedes Opfer ausgefüllt wurde.

Folgende Parameter wurden erhoben:

- Zahl der untersuchten Patienten: Gesamt- und Sexualdelikte
- Verteilung der Verletzungen bei sexueller Gewalt: Genitalverletzungen, Brustverletzungen, Analverletzungen.

- Lokalisation der Genitalverletzungen
- Art der Genitalverletzungen
- Art der Brustverletzungen
- Art der Analverletzungen
- Altersverteilung der Opfer gesamt
- Altersverteilung der Opfer mit Verletzungen
- Korrelation zwischen Alter und Verletzungen
- Hymenstatus vor- und nach Sexualdelikt
- Täteridentität bei Opfern gesamt und bei Opfern mit Verletzungen
- Korrelation zwischen Täteridentität und Verletzungen
- Opfer-Täterbeziehung gesamt
- Opfer- Täterbeziehung bei Opfern mit Verletzungen
- Zusammenhang zwischen Opfer-Täter-Beziehung und Verletzungen
- Opfer-Täterbeziehung in verschiedenen Altersgruppen
- Opfer-Täterbeziehung im Familienbereich mit und ohne Verletzungen
- Extragenitalverletzungen und deren Ausmaß bei Opfern gesamt und bei Opfern mit Genital- Brust- und Analverletzungen (die Einzelverletzungen wurden nicht ausgewertet, weil diese nicht zur Aufgabenstellung dieser Arbeit gehörten)
- Körperliche Gewalt: Gewaltandrohung / körperliche Gewalt / keine körperliche Gewalt
- Anzahl der Täter
- Geschlecht der Täter
- Sexuelle Handlungen der Täter: Vaginalverkehr, Oralverkehr, Analverkehr, manuelle genitale Manipulation, Einführen von Gegenständen, unbekannt
- Anzahl der Geschlechtsverkehre
- Virgo intakta?: ja/nein
- Kondombenutzung: ja/nein
- Konsumverhalten der Opfer: Alkohol, andere Drogen
- Altersverteilung der Opfer mit Konsumverhalten
- Zusammenhang zwischen Konsumverhalten der Opfer und Verletzungen
- Konsumverhalten der Täter: Alkohol, andere Drogen
- Zusammenhang zwischen Konsumverhalten der Täter und Verletzungen

2.1.2 Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug

Zum Vergleich mit den Genitalverletzungen bei Sexualdelikten ohne tödlichen Ausgang wurden die Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug untersucht. Die Datenerhebung hierzu erfolgte einerseits aus bereits bekannten Sektionsakten und außerdem aus dem elektronischen Dokumentationssystem des Instituts für Rechtsmedizin des UKE Hamburg.

Zunächst wurden die weiblichen Tötungsdelikte mit sexuellem Bezug im Zeitraum von 1974 bis 2004, von diesen dann in einem zweiten Schritt die Opfer mit Verletzungen am Genitale, an den Brüsten und im Anorektalbereich herausgesucht. Aus den Sektionsprotokollen dieser Fälle wurden folgende Parameter erfasst:

- Die Verteilung der Verletzungen (Genital-, Brust- und Anorektalverletzungen)
- Die Lokalisation der Genitalverletzungen
- Die Art der Genitalverletzungen
- Die Art der Brust- und Anorektalverletzungen

Die Verletzungen im übrigen Bereich des Körpers (extragenitale Verletzungen) wurden nicht ausgewertet, weil dies nicht zum Thema dieser Arbeit gehört.

2.2 Methode der Auswertung

Die Erstellung der Tabellen und der Grafiken und die Auswertung der Daten erfolgten mit dem PC-Programm Microsoft Office Excel 2003.

3 Ergebnisse

3.1 Opfer

3.1.1 Anzahl der Opfer

Im Zeitraum von 2001 bis 2004 wurden in der Untersuchungsstelle insgesamt 3302 Patienten betreut. 11,8% der weiblichen Patienten (390 Personen) erlitten sexuelle Gewalt. In 362 Fällen handelte es sich dabei um Vergewaltigung, in 27 Fällen um versuchte Vergewaltigung und in einem Fall um die sexuelle Nötigung eines Kindes. Bei getrennter Betrachtung wurden im Jahr 2001 32 (7,3%), im Jahr 2002 86 (11,5%), im Jahr 2003 114 (10,6%), und im Jahr 2004 158 (15,1%) Sexualdelikte registriert (Tab.1 und Abb.1).

Tabelle 1: Anzahl der untersuchten Patienten (2001-2004).

Jahr	Gesamt (m. + w.)	Anzahl Sexualdelikte (w.)	Sexualdelikte in %
2001	440	32	7,3%
2002	746	86	11,5%
2003	1071	114	10,6%
2004	1045	158	15,1%
Gesamt	3302	390	11,8%

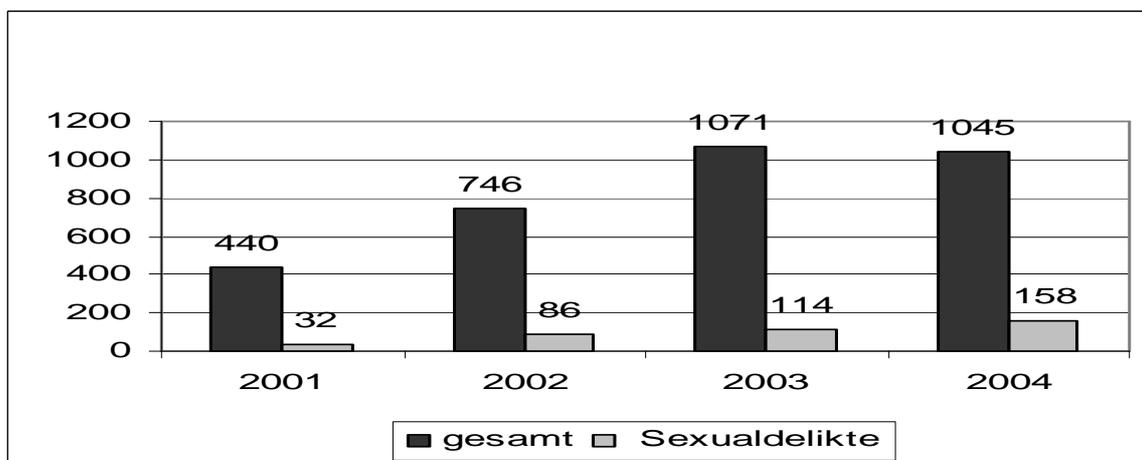


Abbildung 1: Anzahl der untersuchten Patienten

3.1.2 Anzahl der Opfer sexueller Gewalt mit Genital-, Brust- und Analverletzungen

Bei 96 (24,6 %) von 390 weiblichen Patienten, die sexuelle Gewalt erlitten haben, wurden Verletzungen im Genitalbereich, an den Brüsten sowie im Analbereich festgestellt. Getrennt betrachtet wurden Genitalverletzungen bei 79 (20,3 %) der Opfer, Brustverletzungen bei 23 (5,9 %) und Analverletzungen bei 10 (2,6 %) nachgewiesen. Bei umgekehrter Betrachtung bedeutet das, dass bei 75,4% der Opfer keinerlei Verletzungen am Genitale, an den Brüsten sowie im Analbereich nachgewiesen wurde. Bezogen auf nur Genitalien hatten 79,7% der Opfer keine Verletzungen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der Opfer sexueller Gewalt mit Genital-, Brust- und Analverletzungen

Jahr	Opfer gesamt	Opfer mit Verletzungen gesamt	in %	Opfer mit Genitalverletzungen	Opfer mit Brustverletzungen	Opfer mit Analverletzungen
2001	32	4	12,5%	2	2	1
2002	86	30	34,9%	27	8	2
2003	114	24	21,1%	18	7	2
2004	158	38	24,1%	32	6	5
Gesamt	390	96	24,6%	79 (20,3%)	23 (5,9%)	10 (2,6%)

3.1.3 Anzahl und Verteilung der Einzelverletzungen

Bei den Opfern, die Verletzungen erlitten (96 Fälle), wurden insgesamt 244 Einzelverletzungen festgestellt. Davon 199 (81,6%) im Genitalbereich, 33 (13,5%) an den Brüsten und 12 (4,9%) im Analbereich (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der Einzelverletzungen bei sexueller Gewalt (96 Opfer)

Verletzungen	Zahl	in %
Genitalverletzungen	199	81,6%
Brustverletzungen	33	13,5%
Analverletzungen	12	4,9%
Gesamt	244	100%

3.1.4 Lokalisation der Genitalverletzungen bei sexueller Gewalt

Von den festgestellten Einzelverletzungen im Genitalbereich (n=199) waren 3 Verletzungen (1,5%) am Mons pubis, 36 (18,1%) an den großen Schamlippen, 52 (26,1%) an den kleinen Schamlippen, 2 (1%) an der vorderen Kommissur, 15 (7,5%) an der hinteren Kommissur, 41 (20,6%) am Scheideneingang, 28 (14,1%) am Hymen, 6 (3%) an der Scheidenvorderwand, 2 (1%) an der Scheidenhinterwand, 8 (4%) an den Scheidenseitenwänden, 2 (1%) im hinteren Scheidengewölbe, 2 (1%) am Damm und 2 (1%) an der Portio zu finden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Lokalisation der Einzelverletzungen am Genitale (n= 199 bei 79 Opfern)

Lokalisation	Anzahl	Prozent
Mons pubis	3	1,5%
Große Schamlippen	36	18,1%
Kleine Schamlippen	52	26,1%
Vordere Kommissur	2	1%
Hintere Kommissur	15	7,5%
Scheideneingang	41	20,6%
Hymen	28	14,1%
Scheidenvorderwand	6	3%
Scheidenhinterwand	2	1%
Scheidenseitenwände	8	4%
Hinteres Scheidengewölbe	2	1%
Damm	2	1%
Portio	2	1%
Gesamt	199	100%

3.1.5 Art der Genitalverletzungen

Die 199 Einzelverletzungen bei 79 Personen bestanden aus: 73 (36,7%) Rötungen, 3 (1,5%) Ödemen, 21 (10,6%) Schwellungen, 1 (0,5%) punktförmigen Schleimhautblutung, 3 (1,5%) flächenhaften Unterhaut- und Schleimhautblutungen, 43 (21,6%) Schürfungen, 3 (1,5%) Haut- und Schleimhautdefekten, 2 (1%) Kratzspuren, 43 (21,6%) kleinen bis mittelgroßen Rissen und 7 (3,5%) Hämatomen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Art der Genitalverletzungen (Einzelverletzungen: n= 199)

Art der Verletzung	Anzahl	Prozent
Rötungen	73	36,7%
Ödeme	3	1,5%
Schwellungen	21	10,6%
Punktförmige Unterhaut- u. Schleimhautblutungen	1	0,5%
Flächenhafte Unterhaut- u. Schleimhautblutungen	3	1,5%
Schürfungen	43	21,6%
Haut- u. Schleimhautdefekte	3	1,5%
Kratzspuren	2	1%
Kleine bis mittelgroße Risse	43	21,6%
Hämatome	7	3,5%
Gesamt	199	100%

3.1.6 Art der Brustverletzungen

An den Brüsten der 23 Opfer sexueller Gewalt waren insgesamt 33 Einzelverletzungen nachzuweisen. Diese bestanden aus 6 (18,2%) flächenhaften Unterhautblutungen, 1 (3%) punktförmigen Unterhautblutung, 11 (33,3%) Hämatomen, 4 (12,1%) Abschürfungen, 7 (21,2%) Kratzverletzungen, 2 (6,1%) Bissverletzungen und 2 (6,1%) Schnittverletzungen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Art der Brustverletzungen (33 Einzelverletzungen bei 23 Opfern)

Art der Verletzung	Anzahl	Prozent
Flächenhafte Unterhautblutungen	6	18,2%
Punktförmige Unterhautblutungen	1	3%
Hämatome	11	33,3%
Abschürfungen	4	12,1%
Kratzverletzungen	7	21,2%
Bissverletzungen	2	6,1%
Schnittverletzungen	2	6,1%
Gesamt	33	100%

3.1.7 Art der Analverletzungen

Die 10 Personen, bei denen Analverletzungen nachzuweisen waren, hatten insgesamt 12 Einzelverletzungen, die je aus einer Rötung, Afterdilatation, Schürfung, Schleimhautdefekt und aus acht kleineren Rissen bestanden (Tabelle 7).

Tabelle 7. Art der Analverletzungen (n= 12 bei 10 Opfern).

Art der Verletzung	Anzahl	Prozent
Rötung	1	8,3%
Afterdilatation	1	8,3%
Schürfung	1	8,3%
Schleimhautdefekt	1	8,3%
Kleinere Risse	8	66,7%
Gesamt	12	100%

3.1.8 Altersverteilung der Opfer gesamt

Von insgesamt 390 weiblichen Opfern sexueller Gewalt sind 26 Personen (6,7%) unter 13 Jahren. Die Altersgruppe 14-17 Jahre umfasst 74 (19%), die Gruppe 18-23 Jahre 114 (29,2%), die Gruppe 24-30 Jahre 52 (13,3%), die Gruppe 31-59 Jahre 119 Personen (30,5%). Fünf weitere Opfer (1,3%) sind über 60 Jahre alt (Tabelle 8, Abbildung 2). Das jüngste Opfer war 4 und das älteste 88 Jahre alt.

Tabelle 8: Altersverteilung der Opfer gesamt (n= 390)

Alter	Anzahl	Prozent
Bis 13 Jahre	26	6,7%
14-17 Jahre	74	19,0%
18-23 Jahre	114	29,2%
24-30 Jahre	52	13,3%
31-59 Jahre	119	30,5%
Ab 60 Jahre	5	1,3%
Gesamt	390	100%

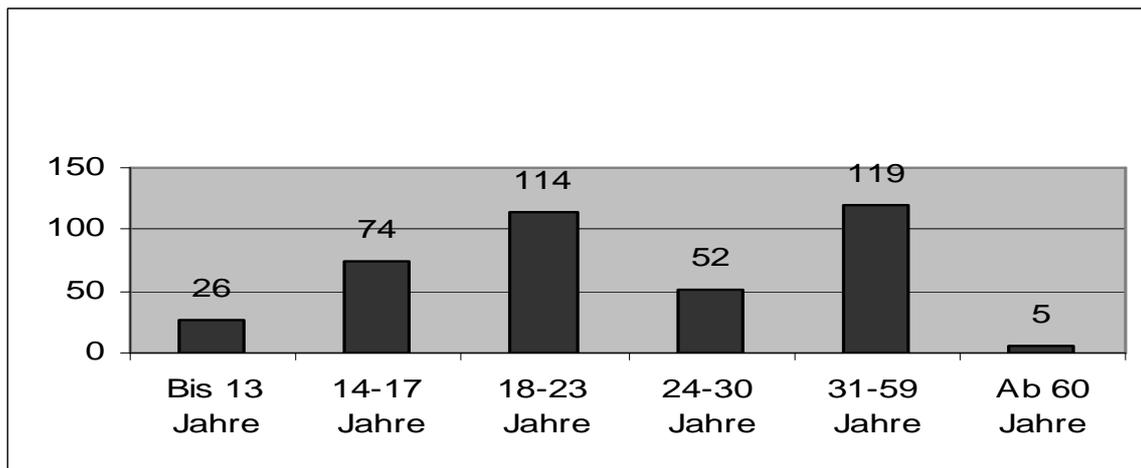


Abbildung 2. Altersverteilung der Opfer gesamt (n=390)

3.1.9 Altersverteilung der Opfer mit Genitoanal- und Brustverletzungen

Betrachtet man die Opfer mit Verletzungen (Tabelle 9), so sind 15,6% in die Altersgruppe bis 13 Jahre, 18,8 % in die Gruppe 14-17 Jahre, 30,2% in die Gruppe 18-23 Jahre, 14,6% in die Gruppe 24-30 Jahre, 18,8% in die Gruppe 31-59 Jahre und 2,1% in die Altersgruppe ab 60 Jahren einzuordnen.

Tabelle 9: Altersverteilung der Opfer mit Genitoanal- und Brustverletzungen (n= 96)

Alter	Anzahl	Prozent
Bis 13 Jahre	15	15,6%
14-17 Jahre	18	18,8%
18-23 Jahre	29	30,2%
24-30 Jahre	14	14,6%
31-59 Jahre	18	18,8%
Ab 60 Jahre	2	2,1%
Gesamt	96	100%

3.1.10 Korrelation zwischen Alter und Verletzungen (Genital-, Anal- und Brustverletzungen)

57,7% der Opfer der Altersgruppe unter 13 Jahren hatte Verletzungen im Genitoanalbereich. In der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre waren bei 24,3%, in der Gruppe

18 bis 23 Jahre bei 25,4%, in der Gruppe 24 bis 30 Jahre bei 26,9%, in der Gruppe 31 bis 59 Jahre bei 15,1% und in der Gruppe über 60 Jahren bei 40% der Opfer Verletzungen am Genitale, am Anus sowie an den Brüsten festzustellen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Korrelation zwischen Alter und Verletzungen (Genital-, Anal- und Brustverletzungen. n= 96)

Alter	Opferzahl gesamt	Opferzahl mit Verletzungen	Anteil in %
Bis 13 Jahre	26	15	57,7%
14-17 Jahre	74	18	24,3%
18-23 Jahre	114	29	25,4%
24-30 Jahre	52	14	26,9%
31-59 Jahre	119	18	15,1%
Ab 60 Jahre	5	2	40%
Gesamt	390	96	100%

3.1.11 Hymenstatus der Opfer

3.1.11.1 Hymenstatus der Opfer vor dem Sexualdelikt

Nach Angaben der Betroffenen bestand bei 36 Opfern (9,2%) vor der Tat eine Virgo intakta. 351 Opfer (90%) hatten bereits Geschlechtsverkehr und bei 3 Fällen (0,8%) wurden keine Angaben gemacht (Tabelle 11). 7 Patientinnen mit intaktem Hymen vor dem Sexualdelikt waren zwischen 16 und 25 Jahre alt, 29 Patientinnen mit intaktem Hymen vor dem Sexualdelikt waren zwischen 4 und 15 Jahre alt.

Tabelle 11: Hymenstatus der Opfer vor dem Sexualdelikt (Opferzahl: 390)

Virgo intakta?	Anzahl	Prozent
ja	36	9,2%
Nein	351	90%
Nicht bekannt	3	0,8%
Gesamt	390	100%

3.1.11.2 Hymenstatus der Opfer nach dem Sexualdelikt

Von 36 Opfern mit einem zuvor intakten Hymen hatten nach dem Sexualdelikt 21 (58,3%) Betroffene Verletzungen und 15 Betroffene (41,7%) keine Verletzungen im Anogenitalbereich.

Die Täter führten als Sexualhandlungen bei zwei Opfern eine versuchte Vergewaltigung, bei einem Oralverkehr, bei einem Kind Masturbation auf den Körper, bei vier Opfern manuelle Manipulation am äußeren Genitale, bei drei Opfern Oral-Analverkehr und manuelle Manipulation am äußeren Genitale, bei zwei Opfern eine vaginale Penetration mit Fingern und bei dreiundzwanzig Opfern eine Penetration mit dem Penis aus (Tabelle 12).

Tabelle 12: Sexualhandlungen der Täter an Opfern mit Virgo intakta (Opferzahl: 36)

Sexualhandlungen der Täter	Opferzahl
Versuchte Vergewaltigung	2
Oralverkehr	1
Masturbation auf den Körper des Kindes	1
Manuelle Manipulation am äußeren Genitale	4
Oral-Analverkehr und manuelle Manipulation am äußeren Genitale	3
Vaginale Penetration mit Fingern	2
Vaginale Penetration mit Penis	23
Gesamt	36

Nach Angaben der Patientinnen fand insgesamt bei 23 von 36 Opfern eine vaginale Penetration mit Penis statt und bei 10 dieser 23 Fälle (43,5%) wurden Risse am Hymen nachgewiesen. Bezogen auf die Gesamtfallzahl von 36 ist dies ein Anteil von 27,8%. Das Alter von Opfern mit Hymenrissen lag bei 9 Personen zwischen 6 und 16 Jahren, ein Opfer war 25 Jahre alt.

Bei 2 der Patientinnen, bei denen eine vaginale Penetration lediglich mit Fingern ausgeführt wurde, waren keine Risse am Hymen nachweisbar.

3.1.12 Extragenitalverletzungen

158 (53,7%) von 294 Opfern hatten keinerlei Verletzungen im Anogenital- und Brustbereich, sehr wohl aber Verletzungen im übrigen Bereich ihres Körpers.

90,5% dieser Verletzungen waren leicht und 9,5% schwer. Bei den Opfern, die Verletzungen im Genital-, Anal- und Brustbereich hatten (96 Fälle), lag der Anteil der Extragenitalverletzungen bei 60,4% (58 Fälle). Hierbei handelte es sich bei 89,7% der Fälle um leichte und bei 10,3% der Fälle um schwere Verletzungen. Betrachten wir die Gesamtopfer von 390 Fällen, dann waren bei 55,4% (216 Fälle) der Opfer auch Verletzungen außerhalb des Genitale, des Analbereichs und der Brüste festzustellen (Tabelle 13).

Bei getrennter Analyse der versuchten Vergewaltigungsfälle (Opferzahl 27) waren bei 92,6% der Opfer (25 Fälle) Verletzungen außerhalb des Anogenital-, und Brustbereiches nachzuweisen. 70,4% dieser Opfer hatten leichte und 22,2% schwere Verletzungen. 2 Opfer (7,4%) hatten keine Verletzungen (Tabelle 14).

Trotz des häufigen Vorkommens von Extragenitalverletzungen bei den 27 Patientinnen, die einer versuchten Vergewaltigung ausgesetzt waren, war nur bei 1 von ihnen eine Genitalverletzung, bei 1 weiteren Patientin eine Analverletzung und bei 2 Patientinnen Brustverletzungen nachzuweisen (14,8%).

Tabelle 13: Extragenitalverletzungen (Gesamtopfer 390)

Opfer	Anzahl Opfer	Extragenitalverl.	Anteil in %	vom Anteil	Anzahl	Prozent
Opfer ohne Genital- Anal- und Brustverletzungen	294	158	53,74%	leicht	143	90,51%
				schwer	15	9,49%
Opfer mit Genital- Anal- und Brustverletzungen	96	58	60,42%	leicht	52	89,65%
				schwer	6	10,35%
Gesamt	390	216	55,38%	leicht	195	90,28%
				schwer	21	9,72%

Tabelle 14: Extragenitalverletzungen bei versuchten Vergewaltigungen (Verletzungen außerhalb des Anogenital- und Brustbereiches)

Verletzungen	Opferzahl	Prozent
Leichte Verletzungen	19	70,40%
Schwere Verletzungen	6	22,20%
Keine Verletzungen	2	7,40%
Gesamt	27	100%

3.2 Täter

3.2.1 Geschlecht der Täter

In einem Fall bestanden die Täter aus je einer weiblichen und männlichen Person. Sonst waren die Täter bei allen anderen Fällen männlich.

3.2.2 Identität der Täter

Bezogen auf die 390 Gesamtfälle waren bei 53,1% (207 Fälle) die beschuldigten Täter den Opfern bekannt, bei 13,3% (52 Fälle) nur flüchtig bekannt und bei 31,8% (124 Fälle) waren sie den Opfern fremd. Bei 1,8% (7 Fälle) wurden über die Identität der Täter keine Angaben gemacht (Tabelle 15).

Tabelle 15: Identität der beschuldigten Täter bei gesamten Sexualdelikten (n = 390)

Identität des Täters	Opferzahl	Prozent
Bekannt	207	53,1%
Nur flüchtig bekannt	52	13,3%
Fremd	124	31,8%
Keine Angaben	7	1,8%
Gesamt	390	100%

3.2.3 Anzahl der Täter bezogen auf einzelnes Sexualdelikt

Bei 330 Sexualdelikten (84,6%) wurde die Tat durch einen Täter, bei 43 (11%) durch zwei und bei 14 (3,6%) durch drei und mehr Täter begangen (hierbei wurde die Tat in 7 Fällen durch drei Täter, bei 3 Fällen durch vier, bei 1 Fall durch fünf, bei 1 Fall durch sechs und bei 2 Fällen durch mehrere Täter ohne Zahlenangabe begangen). Bei 3 Fällen (0,8%) wurden über die Zahl der Täter keine Angaben gemacht (Tabelle 16).

Tabelle 16: Anzahl der Täter bezogen auf einzelnes Sexualdelikt (Sexualdelikte: n= 390)

Täterzahl	Fälle	Prozent
Ein Täter	330	84,6%
Zwei Täter	43	11%
Drei und mehr Täter	14	3,6%
unbekannt	3	0,8%
Gesamt	390	100%

3.2.4 Handlungen der Täter

3.2.4.1 Art der Gewalt

Bei 8,7% der Opfer (34 Fälle) wurde die Sexualtat unter Gewaltandrohung und bei 60,5% (236 Fälle) unter zusätzlicher körperlicher Gewaltanwendung begangen. Bei 30,8% der Sexualopfer (120 Fälle) wurde keine sonstige körperliche Gewalt angewandt. Bei der körperlichen Gewaltanwendung handelte es sich außer 2 Fällen um manuelle stumpfe Gewalt. Bei diesen 2 Opfern verlief das Tatgeschehen unter Anwendung von Messer, Teppichmesser und Hitzeeinwirkung glühender Zigaretten (Tabelle 17).

Tabelle 17: Art der Gewalt (Anzahl der Opfer: 390)

Art der Gewalt	Anzahl	Prozent
Gewaltandrohung	34	8,7%
Körperliche Gewalt	236	60,5%
Keine körperliche Gewalt	120	30,8%
Gesamt	390	100%

3.2.4.2 Sexuelle Handlungen der Täter

Durch die Täter wurden bei 390 Opfern insgesamt 499 sexuelle Handlungen vollzogen. Einige der Opfer erfuhren zwei oder mehr sexuelle Taten.

Es wurden vollzogen: Vaginalverkehr bei 332 der Opfer, Oralverkehr bei 54, Analverkehr bei 41, manuelle genitale Manipulation bei 38, Einführen von Gegenständen (Flaschen, Kerzen, Dildo, Liebeskugeln) bei 5, versuchte Vergewaltigung ohne Penetration bei 27 und sexuelle Misshandlung bei 1 der Opfer. Eine Person machte keine Angaben über den Sexualakt (Tabelle 18).

3.2.4.3 Anzahl von Geschlechtsverkehr pro Opfer

Bei 220 Opfern (56,4%) wurde durch die Täter je ein mal, bei 72 Opfern (18,5%) je zwei mal, bei 22 (5,6%) je drei mal und bei 26 Opfern (6,7%) je vier mal ein Geschlechtsverkehr mit Penetration vollzogen. Bei 8 Opfern (2%) war die Zahl der GV nicht bekannt und bei 42 der Opfer (10,8%) kam es zu keinem Geschlechtsverkehr mit Penetration (Tabelle 19).

Tabelle 18: Sexuelle Handlungen der Täter (Opferzahl: 390)

Handlungen	Anzahl
Vaginalverkehr	332
Oralverkehr	54
Analverkehr	41
Manuelle genitale Manipulation	38
Einführen von Gegenständen (Flaschen, Kerzen, Dildo mit Pumpe, Liebeskugeln)	5
Versuchte Vergewaltigung ohne Penetration	27
Sexuelle Misshandlung (Masturbation des Kindergärtners auf entkleidetes 5 Jahre altes Kind)	1
Unbekannt	1
Gesamt	499

Tabelle 19: Geschlechtsverkehre pro Opfer (Opferzahl: 390)

Anzahl Geschlechtsverkehr pro Opfer	Opferzahl	Prozent
Einmal	220	56,4%
Zweimal	72	18,5%
Dreimal	22	5,6%
Viermal	26	6,7%
Nicht bekannt	8	2,0%
Kein Geschlechtsverkehr	42	10,8%
Gesamt	390	100%

3.2.4.4 Kondombenutzung

Durch die Täter wurden bei 12 der Opfer (3,1%) Kondome angewandt. Bei 372 Opfern (95,4%) wurde kein Kondom benutzt und 6 der Opfer (1,5%) konnten darüber keine Angaben machen (Tabelle 20).

Tabelle 20: Kondombenutzung der Täter (Opferzahl: 390)

Kondombenutzung	Anzahl	Prozent
Benutzt	12	3,1%
nicht benutzt	372	95,4%
Nicht bekannt	6	1,5%
Gesamt	390	100%

3.3 Täter-Opfer-Beziehung

3.3.1 Täter-Opfer-Beziehung bei Gesamtopfern

Die Sexualtat wurde bei 44 Opfern (11,3 %) vom aktuellen Partner, bei 35 (9%) vom Ex-Partner, bei 17 (4,4%) von Familienangehörigen, bei 111 (28,5%) von guten Bekannten, bei 51 (13,1%) von flüchtigen Bekannten und bei 125 der Opfer (32,1%) von völlig Fremden begangen. 7 Opfer machten keine Angaben über die Beziehung zum Täter (Tabelle 21).

Tabelle 21: Täter-Opfer-Beziehung bei Gesamtopfern (Opferzahl: 390)

Beziehung	Anzahl	Prozent
Partner	44	11,3%
Ex-Partner	35	9%
Familie	17	4,4%
Bekante	111	28,5%
Nur flüchtig Bekante	51	13,1%
Fremde	125	32,1%
Keine Angaben	7	1,8%
Gesamt	390	100%

3.3.2 Täter-Opfer-Beziehung in verschiedenen Altersgruppen

Die differenzierte Analyse der Täter-Opfer-Beziehung in den einzelnen Altersgruppen ergab, dass die Sexualdelikte in der **Altersgruppe bis 13 Jahren** (26 Opfer) in 38,5% der Fälle (10 Opfer) von Personen aus dem familiären Bereich, in 23,1% der Fälle (6 Opfer) aus dem engsten Bekanntenkreis, in 7,7% der Fälle (2 Opfer)

von flüchtigen Bekannten, in 26,9% der Fälle (7 Opfer) von völlig fremden Personen ausgeübt wurden. (In einem Fall fehlte die Angabe über die Beziehung zum Täter).

In der **Altersgruppe von 14-17 Jahren** (74 Opfer) wurde die Tat in 1,4% der Fälle (1 Opfer) vom Partner, in 5,4% der Fälle (4 Opfer) vom Ex-Partner, in 5,4% der Fälle (4 Opfer) von Personen aus der Familie, in 37,8% der Fälle (28 Opfer) von Personen aus dem engsten Bekanntenkreis, in 27% der Fälle (20 Opfer) von flüchtigen Bekannten, in 21,6% der Fälle (16 Opfer) von fremden Personen begangen (in einem Fall fehlte die Angabe).

In der **Altersgruppe von 18-23 Jahren** (114 Opfer) wurde die Tat in 8,8% der Fälle (10 Opfer) vom Partner, in 11,4% der Fälle (13 Opfer) vom Ex-Partner, in 0,9% der Fälle (1 Opfer) von Personen aus der Familie, in 30,7% der Fälle (35 Opfer) von Personen aus dem engsten Bekanntenkreis, in 14% der Fälle (16 Opfer) von flüchtigen Bekannten, in 31,6% der Fälle (36 Opfer) von Fremden begangen. In 3 Fällen (2,6%) fehlte die Angabe.

In der **Altersgruppe von 24-30 Jahren** (52 Opfer) wurde die Tat in 13,5% (7 Opfer) vom Partner, in 3,9% (2 Opfer) vom Ex-Partner, in 1,9% (1 Opfer) von Personen aus der Familie, in 28,9% (15 Opfer) von Personen aus dem engsten Bekanntenkreis, in 5,8% (3 Opfer) von flüchtigen Bekannten, in 44,2% (23 Opfer) von Fremden begangen (in einem Fall fehlte die Angabe).

In der **Altersgruppe von 31-59 Jahren** (119 Opfer) wurde die Tat in 21,9% (26 Opfer) vom Partner, in 12,6% (15 Opfer) vom Ex-Partner, in 22,7% (27 Opfer) von Personen aus dem engsten Bekanntenkreis, in 8,4% (10 Opfer) von flüchtig Bekannten, in 33,6% (40 Opfer) von Fremden (in einem Fall fehlte die Angabe). Ausführliche Darstellung in Tabelle 22.

3.3.3 Täter-Opfer-Beziehung bei Opfern mit Verletzungen im Genitoanal- und Brustbereich

In der Gruppe der Opfer mit Verletzungen im Genital-, Anal- und Brustbereich waren die Täter in 7 Fällen (7,3%) der aktuelle Partner, in 8 Fällen (8,3%) der Ex-Partner, in 7 Fällen (7,3%) Familienangehörige, in 21 Fällen (21,9%) Bekannte, in 18 Fällen (18,8%) nur flüchtige Bekannte und in 33 Fällen (34,4%) fremde Personen. In 2 Fällen wurden darüber keine Angaben gemacht (Tabelle 23)

Tabelle 22: Täter-Opfer-Beziehung in verschiedenen Altersgruppen

Alter n= Anzahl	Partner	Ex- Partner	Familie	Bekannte	Flüchtig Bekannte	Fremde	Keine Angaben
Bis 13 J. n= 26	-	-	10 (38,5%)	6 (23,1%)	2 (7,7%)	7 (26,9%)	1 (3,9%)
14-17 J. n= 74	1 (1,4%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)	28 (37,8%)	20 (27%)	16 (21,6%)	1 (1,4%)
18-23 J. n= 114	10 (8,8%)	13 (11,4%)	1 (0,9%)	35 (30,7%)	16 (14%)	36 (31,6%)	3 (2,6%)
24-30 J. n= 52	7 (13,5%)	2 (3,9%)	1 (1,9%)	15 (28,9%)	3 (5,8%)	23 (44,2%)	1 (1,9%)
31-59 J. n= 119	26 (21,9%)	15 (12,6%)	-	27 (22,7%)	10 (8,4%)	40 (33,6%)	1 (0,8%)
Ab 60 J. n= 5	-	1 (20%)	1 (20%)	-	-	3 (60%)	-
Gesamt 390	44 (11,3%)	35 (9%)	17 (4,4%)	111 (28,5%)	51 (13,1%)	125 (32,1%)	7 (1,8%)

Tabelle 23: Täter-Opfer-Beziehung bei Opfern mit Verletzungen im Anogenital- und Brustbereich
(Opferzahl: 96)

Beziehung	Anzahl	Prozent
Partner	7	7,3%
Ex-Partner	8	8,3%
Familie	7	7,3%
Bekannte	21	21,9%
Nur flüchtig Bekannte	18	18,8%
Fremde	33	34,4%
Keine Angaben	2	2,1%
Gesamt	96	100%

3.3.4 Verhältnis Täter-Opfer-Beziehung zu Verletzungen

Bei Sexualdelikten, die vom aktuellen Partner begangen wurden, wurden bei 15,9% (7 von 44) der Opfer Verletzungen herbeigeführt. In der Gruppe der Ex-Partner lag der Anteil der Opfer mit Verletzungen bei 22,9% (8 von 35), in der Gruppe von Familienangehörigen bei 41,2% (7 von 17), in der Gruppe von Bekannten bei 18,9% (21 von 111), in der Gruppe der flüchtigen Bekannten bei 35,3% (18 von 51), in der Gruppe von Fremden bei 26,4% (33 von 125) und in der Gruppe ohne Angaben über den Täter bei 28,6% (2 von 7) (Tabelle 24).

Tabelle 24: Verhältnis Täter-Opfer-Beziehung zu Verletzungen

Täter	Anzahl Opfer gesamt	Opfer mit Verletzungen	Prozent
Partner	44	7	15,9%
Ex-Partner	35	8	22,9%
Familie	17	7	41,2%
Bekannte	111	21	18,9%
Nur flüchtig Bekannte	51	18	35,3%
Fremde	125	33	26,4%
Keine Angaben	7	2	28,6%
Gesamt	390	96	24,6%

3.3.4.1 Innerfamiliäre Sexualdelikte mit Verletzungen

Bei differenzierter Analyse der Sexualdelikte an Opfern mit Verletzungen (7 Opfer) verursacht durch Täter aus dem familiären Kreis stellen wir fest, dass 6 Opfer zwischen 4 und 13 Jahren waren und ein Opfer 77 Jahre alt war. In 3 Fällen war der Täter der eigene Vater, in 2 Fällen der Stiefvater, in einem Fall der Onkel und in einem Fall der Sohn. Art der Verletzungen in dieser Gruppe sind in der Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Innerfamiliäre Sexualdelikte mit Verletzungen (Opferzahl: 7)

Alter	Art der Verletzung	Täter
4 Jahre	Rötung am Scheideneingang, Analriss	Vater
7 Jahre	Schürfungen am Scheideneingang und an kleinen Schamlippen	Vater
7 Jahre	Hymenriss	Vater
8 Jahre	Rötung am Scheideneingang, Analdilatation	Stiefvater
10 Jahre	Hymenriss	Onkel
13 Jahre	Hymenriss	Stiefvater
77 Jahre	Risse am Scheideneingang	Sohn

3.3.4.2 Innerfamiliäre Sexualdelikte ohne Verletzungen

Bei den Sexualtaten ohne Verletzungen mit Tätern aus dem familiären Bereich war bei 1 Fall der Stiefbruder, bei jeweils 2 Fällen der Partner der Mutter, der Vater und der Cousin, bei jeweils 1 Fall der Stiefvater, der Onkel und der Cousin des Partners involviert. Die Art der Sexualtaten ist in der Tabelle 26 ersichtlich. Die Opfer dieser Gruppe waren zwischen 6 und 25 Jahren (Tabelle 26).

Tabelle 26: Innerfamiliäre Sexualdelikte ohne Verletzungen (Opferzahl:10)

Alter	Art der Tat	Täter
6 Jahre	vaginal manuelle Manipulation	Stiefbruder (13 Jahre alt)
8 Jahre	manuelle Vergewaltigung	Partner der Mutter
10 Jahre	manuelle Vergewaltigung	Onkel
11 Jahre	vag. Vergewaltigung	Stiefvater
15 Jahre	vag. Vergewaltigung	Vater
16 Jahre	vag. Vergewaltigung	Cousin
16 Jahre	vag. Vergewaltigung	Vater
16 Jahre	vag. Vergewaltigung	Partner der Mutter
19 Jahre	vag. Vergewaltigung	Cousin des Partners
25 Jahre	vag. Vergewaltigung	Cousin

3.4. Konsumverhalten der Opfer

3.4.1 Konsumverhalten der Gesamtopfer

Ein Anteil von 34,4% (134 Fälle) der Gesamtopfer (390 Fälle) befand sich während des Geschehens der Sexualtat unter dem Einfluss von Alkohol, 4,9% (19 Fälle) unter Einfluss sowohl vom Alkohol als auch von anderen Drogen, und 1,8% (7 Fälle) nur unter Einfluss von anderen Drogen. 50,8% der Opfer (198 Fälle) hatte nichts konsumiert und bei 8% (32 Fälle) war das Konsumverhalten nicht bekannt. Als andere Drogen wurden angegeben: Cannabis, Kokain, Heroin, Crack, Ecstasy, Valium und unbekannte Medikamente bei unbemerkter Beimischung zu den Getränken.

Bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Altersgruppen hinsichtlich des Konsumverhaltens stellten wir folgendes fest:

In der Altersgruppe bis 13 Jahren (26 Opfer) konsumierte ein Anteil von 3,8% (1 Opfer) nur Alkohol und 3,8% (1 Opfer) andere Drogen. 92,3% (24 Opfer) hatte weder Alkohol noch andere Drogen eingenommen.

In der Altersgruppe von 14-17 Jahren (74 Opfer) konsumierten 28,4% (21 Opfer) nur Alkohol, 8% (6 Opfer) Alkohol und Drogen, 1,4% (1 Opfer) nur andere Drogen, 51,4% (38 Opfer) weder Alkohol noch andere Drogen. Bei 10,8% (8 Opfer) war der Konsum nicht bekannt.

In der Altersgruppe von 18-23 Jahren (114 Opfer) konsumierten 40,4% (46 Opfer) nur Alkohol, 5,3% (6 Opfer) Alkohol und andere Drogen, 0,9% (1 Opfer) nur andere Drogen und 42% (48 Opfer) weder Alkohol noch andere Drogen. Bei 11,4% (13 Opfer) war der Konsum nicht bekannt.

In der Altersgruppe von 24-30 Jahren (52 Opfer) konsumierten 23,1% (12 Opfer) nur Alkohol, 3,9% (2 Opfer) Alkohol und andere Drogen, 3,9% (2 Opfer) nur andere Drogen, 55,8% (29 Opfer) weder Alkohol noch andere Drogen. Bei 13,5% (7 Opfer) war der Konsum nicht bekannt.

In der Altersgruppe von 31-59 Jahren (119 Opfer) konsumierten 43,7% (52 Opfer) der Opfer nur Alkohol, 4,2% (5 Opfer) Alkohol und andere Drogen, 1,7% (2 Opfer) nur andere Drogen, 47,1% (56 Opfer) weder Alkohol noch andere Drogen. Bei 3,4% (4 Opfer) war der Konsum nicht bekannt.

In der Altersgruppe ab 60 Jahren (5 Opfer) konsumierten 40% (2 Opfer) nur Alkohol und 60% (3) Opfer weder Alkohol noch andere Drogen (Tabelle 27).

Tabelle 27: Konsumverhalten der Gesamtopfer (Opferzahl: 390)

Opfer (Alter u. Anzahl)	Nur Alkohol	Alkohol u. andere Dro- gen	Nur andere Drogen	Kein Konsum	Nicht bekannt
Bis 13 Jahre 26	1 (3,8%)	-	1 (3,8%)	24 (92,3%)	-
14-17 Jahre 74	21 (28,4%)	6 (8,1%)	1 (1,4%)	38 (51,4%)	8 (10,8%)
18-23 Jahre 114	46 (40,4%)	6 (5,3%)	1 (0,9%)	48 (42%)	13 (11,4%)
24-30 Jahre 52	12 (23,1%)	2 (3,9%)	2 (3,9%)	29 (55,8%)	7 (13,5%)
31-59 Jahre 119	52 (43,7%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	56 (47,1%)	4 (3,4%)
Ab 60 Jahren 5	2 (40%)	-	-	3 (60%)	-
Gesamt 390	134 (34,4%)	19 (4,9%)	7 (1,8%)	198 (50,8%)	32 (8,2%)

3.4.2. Alkoholisierungszustand der Gesamtopfer

Insgesamt 39,3% (153 Opfer) hatten Alkohol eingenommen. 45,1% (69 Opfer) befanden sich während des Geschehens in einem leicht und 54,9% (84 Opfer) in einem stark alkoholisierten Zustand.

3.4.3 Konsumverhalten der Opfer mit Anogenital- und Brustverletzungen.

Von den Opfern, die Anogenital- und Brustverletzungen erlitten, hatten 30 (31,3%) nur Alkohol, 4 (4,2%) Alkohol und andere Drogen, 1 (1%) andere Drogen konsumiert. 50 Opfer (52,1%) hatten weder Alkohol noch andere Drogen eingenommen und in 11 Fällen (11,5%) wurden keine Angaben gemacht. Insgesamt waren 34 Opfer (35,5%) während der Sexualtat im alkoholisierten Zustand (Tabelle 28).

Tabelle 28: Konsumverhalten der Opfer mit Anogenital- und Brustverletzungen

Konsumverhalten der Opfer	Sexualdelikte	Prozent
Nur Alkohol	30	31,3%
Alkohol und andere Drogen	4	4,2%
Nur andere Drogen	1	1%
Kein Alkohol, keine andere Drogen	50	52,1%
Nicht bekannt	11	11,5%
Gesamt	96	100%

3.4.4 Alkoholkonsum der Opfer ohne Anogenital- und Brustverletzungen

40,4% (119 Fälle) von 294 Patientinnen, die keine Verletzungen im Anogenitalbereich und an den Brüsten hatten, befanden sich während des Geschehens im alkoholisierten Zustand.

3.5 Konsumverhalten der Täter

3.5.1. Konsumverhalten der Täter bei Gesamtfällen

In 93 Fällen (23,8%) waren die Täter alkoholisiert, in 13 Fällen (3,3%) wurden sowohl Alkohol als auch andere Drogen eingenommen und in 5 Fällen (1,3%) wurden nur andere Drogen konsumiert. In 162 Fällen (41,5%) wurden weder Alkohol noch andere Drogen konsumiert. In 117 Fällen (30%) war das Konsumverhalten der Täter den Opfern nicht bekannt (Tabelle 29)

Tabelle 29: Konsumverhalten der Täter bei Gesamtfällen (390 Sexualdelikte)

Konsumverhalten Täter	Sexualdelikte	Prozent
Nur Alkohol	93	23,8%
Alkohol und andere Drogen	13	3,3%
Nur andere Drogen	5	1,3%
Kein Alkohol, keine andere Drogen	162	41,5%
Nicht bekannt	117	30,%
Gesamt	390	100%

3.5.2 Alkoholisierungszustand der Täter bei Gesamtfällen

In 106 Fällen (27,1%) waren die Täter alkoholisiert und davon in 51 Fällen (48,1%) leicht, in 55 Fällen (51,9%) stark.

3.5.3 Konsumverhalten der Täter von Opfern mit Anogenital- und Brustverletzungen

Bei den Sexualdelikten, bei denen die Opfer Verletzungen im Anogenitalbereich und an den Brüsten erlitten, hatten die Täter in 26 (27,1%) Fällen nur Alkohol, in 3 Fällen (3,1%) Alkohol und andere Drogen, in einem Fall (1%) andere Drogen konsumiert. In 35 Fällen (36,5%) hatten die Täter nichts konsumiert, in 31 Fällen (32,3%) lagen keine Angaben vor. Insgesamt waren 29 Täter (30,2%) während der Tat im alkoholisierten Zustand (Tabelle 30).

Tabelle 30: Konsumverhalten der Täter in den Fällen mit Anogenital- und Brustverletzungen

Konsumverhalten Täter	Sexualdelikte	Prozent
Nur Alkohol	26	27,1%
Alkohol und andere Drogen	3	3,1%
Nur andere Drogen	1	1%
Kein Alkohol, keine andere Drogen	35	36,5%
Nicht bekannt	31	32,3%
Gesamt	96	100%

3.5.4 Alkoholkonsum der Täter von Opfern ohne Anogenital- und Brustverletzungen

In 77 Fällen (26,2%) von 294 Sexualdelikten, bei denen keine Verletzungen im Anogenital- und Brustbereich der Opfer entstanden, waren die Täter alkoholisiert.

3.6 Verletzungen bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug

3.6.1 Opferzahlen

Von insgesamt 120 Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug an weiblichen Personen hatten zusammengefasst 42,5% der Opfer (51 Fälle) Verletzungen am Genitale, an den Brüsten und im Anorektalbereich, die zum großen Teil als Mehrfachverletzungen vorkamen. Getrennt betrachtet ist festzustellen, dass die Genitalverlet-

zungen bei 38,3% der Opfer (46 Fälle), die Brustverletzungen bei 18,3% (22 Fälle) und die Anorektalverletzungen bei 15% der Opfer (18 Fälle) nachzuweisen waren (Tabelle 31).

Tabelle 31: Opferzahl bei Tötungsdelikten mit sexuellem Bezug (Opfer mit Verletzungen: n= 51)

Verletzungen	Opferzahl	Prozent
Genitalverletzungen	46	38,3%
Brustverletzungen	22	18,3%
Anorektalverletzungen	18	15,0%

3.6.2 Verteilung der Einzelverletzungen

Bei 51 Opfern wurden insgesamt 202 Einzelverletzungen nachgewiesen. Davon waren 123 (60,9%) Genitalverletzungen, 46 (22,8%) Brustverletzungen und 33 (16,3%) Anorektalverletzungen (Tabelle 32).

Tabelle 32: Verteilung der Einzelverletzungen bei Tötungsdelikten. (Opferzahl:51, Einzelverletzungen: n= 202)

Verletzungen	Anzahl	Prozent
Genitalverletzungen	123	60.9%
Brustverletzungen	46	22.8%
Anorektalverletzungen	33	16.3%
Gesamt	202	100%

3.6.3 Lokalisation der Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten

Wie aus der Tabelle 33 ersichtlich, verteilen sich die 123 Einzelverletzungen mit je 0,8% auf Mons pubis und Klitoris, je 2,4% auf die vordere Kommissur, das Hymen und den Damm, je 4,9% auf die Scheidenvorderwand und das hintere Scheidengewölbe, 6,5% auf die hintere Kommissur, 8,1% auf die Scheidenseitenwände, 11,4% auf die Scheidenhinterwand, 16,3% auf den Scheideneingang, 17,9% auf die kleinen Schamlippen und mit 21,1% auf die großen Schamlippen.

Tabelle 33: Lokalisation der Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten (123 Einzelverletzungen am Genitale von 46 Opfern)

Lokalisation	Anzahl	Prozent
Mons pubis	1	0,8 %
Klitoris	1	0,8 %
Große Schamlippen	26	21,1 %
Kleine Schamlippen	22	17,9 %
Vordere Kommissur	3	2,4 %
Hintere Kommissur	8	6,5 %
Scheideneingang	20	16,3 %
Hymen	3	2,4 %
Scheidenvorderwand	6	4,9 %
Scheidenhinterwand	14	11,4 %
Scheidenseitenwände	10	8,1 %
Hintere Scheidengewölbe	6	4,9 %
Damm	3	2,4 %
Gesamt	123	100%

3.6.4 Art der Genitalverletzungen

Die Tabelle 34 zeigt, dass die Genitalverletzungen bei den Opfern von Tötungsdelikten in 2,4% aus Rötungen, in 9,8% aus punktförmigen Unterhaut- und Schleimhautblutungen, in 15,5% aus flächenhaften Unterhaut- und Schleimhautblutungen, in 7,3% aus Schürfungen, in 4,1% aus Hautdefekten, in 11,4% aus Schnittverletzungen, in 4,9% aus Stichverletzungen, in 24,4% aus kleinen Rissen, in 4,9% aus tiefen Rissen, in 9,8% aus tiefen Scheidenwandverletzungen, in 4,9% aus tiefen Scheidenwandverletzungen mit Beteiligung von Beckenweichteilen, zum Teil mit Eröffnung des Peritoneums und in 0,8% aus der Entfernung von inneren Genitalorganen bestanden.

Tabelle 34: Art der Genitalverletzungen bei Tötungsdelikten (123 Einzelverletzungen am Genitale von 46 Opfern)

Art der Verletzungen	Anzahl	Prozent
Rötung	3	2.4 %
Punktförmige Unterhaut- u. Schleimhautblutungen	12	9.8 %
Flächenhafte Unterhaut- u. Schleimhautblutungen	19	15.5 %
Schürfungen	9	7.3 %
Hautdefekte	5	4.1 %
Schnittverletzungen	14	11.4 %
Stichverletzungen	6	4.9 %
Kleine Risse	30	24.4 %
Tiefe Risse	6	4.9 %
Tiefe Scheidenwandverletzungen	12	9.8 %
Tiefe Scheidenwandverletzungen mit Beteiligung von Beckenweichteilen / Eröffnung des Peritoneum	6	4.9 %
Entfernung von inneren Genitalorganen	1	0.8 %
Gesamt	123	100 %

3.6.5 Art der Brustverletzungen bei Tötungsdelikten

Die 46 Einzelverletzungen von 20 Opfern verteilen sich folgendermaßen:

19,6% flächenhafte Unterhautblutungen, 21,7% Abschürfungen, 4,3% Quetschverletzungen, 8,7% Kratzverletzungen, 2,2% Bisswunden, 41,3% Stich- und Schnittverletzungen, 2,2% Entfernung beider Brüste (Tabelle 35).

Es bestand zusätzlich bei weiteren 2 Opfern 14 und 24 Stichverletzungen an den Brüsten. Diese beiden Fälle wurden in die Statistik nicht aufgenommen.

3.6.6 Art der Anorektalverletzungen bei Tötungsdelikten

Bei 18 der Opfer wurden insgesamt 33 Einzelverletzungen im Anorektalbereich festgestellt. Es handelte sich dabei um 2 (6,1%) Afterdilatationen, 3 (9,1%) Abschürfungen am After, 7 (21,2%) Schleimhautunterblutungen, 8 (24,2%) kleinere Einrisse, 9 (27,3%) tiefere Verletzungen (wie Einrisse, Stich- und Schnittverletzungen) und schließlich um 4 (12,1%) Darmperforationen (Tabelle 36).

Tabelle 35: Art der Brustverletzungen bei Tötungsdelikten (Einzelverletzungen. n= 46 bei 20 Opfern)

Art der Verletzung	Anzahl	Prozent
Flächenhafte Unterhautblutungen	9	19.6 %
Abschürfungen	10	21.7 %
Quetschverletzungen	2	4,3 %
Kratzverletzungen	4	8.7 %
Bisswunden	1	2.2 %
Stich- und Schnittverletzungen	19	41,3 %
Entfernung beider Brüste	1	2.2 %
Summe	46	100 %

Tabelle 36: Art der Anorektalverletzungen bei Tötungsdelikten (33 Einzelverletzungen bei 8 Opfern)

Art der Verletzung	Anzahl	Prozent
Afterdilatation	2	6.1 %
Abschürfungen	3	9.1 %
Schleimhautunterblutungen	7	21.2 %
Kleinere Einrisse	8	24.2 %
Tiefere Verletzungen (Einrisse, Stich- u. Schnittverletz.)	9	27.3 %
Darmperforation	4	12.1 %
Summe	33	100 %

4 Diskussion

4.1 Sexualdelikte bei Überlebenden

4.1.1 Häufigkeit der Sexualdelikte

Es ist eine deutliche Zunahme der Gesamtopfer und eine leichte Zunahme des Anteils an Sexualdelikten zu verzeichnen.

Dennoch weist die polizeiliche Kriminalstatistik Hamburg (LKA Hamburg) für diesen Zeitraum keinen steigenden, sondern einen konstant bleibenden Anteil der Sexualdelikte an der Gesamtkriminalität auf. Der Anteil der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (einschließlich der versuchten Straftaten) an der Gesamtkriminalität im Jahr 2004 betrug 0,6%. Der Anteil der Vergewaltigung und der sexuellen Nötigung (einschließlich der versuchten Straftaten) an der Gesamtkriminalität betrug 0,1%. Im Jahr 2001 waren 299 Fälle, in 2002 267, in 2003 329 und in 2004 294 Fälle von Vergewaltigung und Nötigung zu verzeichnen.

Diese Diskrepanz könnte z.B. durch die zunehmend häufigere Inanspruchnahme der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle bedingt sein, die in Hamburg erst 1998 eingerichtet worden ist, zusätzlich durch die zunehmende Aufmerksamkeit und Sensibilisierung der Ärzte, anderer sozialer Einrichtungen sowie der Bevölkerung selbst für das Problem der häuslichen- bzw. der sexuellen Gewalt.

4.1.2 Häufigkeit der Verletzungen bei Sexualdelikten

Der Anteil der Opfer, bei denen Genitalverletzungen festgestellt werden konnten, lag bei 20,3 %. In der Literatur sind die Angaben über die Häufigkeit der Genitalverletzungen bei Sexualdelikten sehr unterschiedlich:

- Kernbach et al.(1984) stellten ohne Differenzierung des Alters Genitalverletzungen bei 3,3% und Deflorationen bei 1,4% der Opfer fest. Hierbei wurden 25% der Opfer im Institut für Rechtsmedizin und der restliche Teil durch Hausärzte oder durch unterschiedliche Ärzte in mehreren Krankenhäusern untersucht.
- Kindermann (1983) berichtete über Vorkommen von äußeren Genitalverletzungen bei 4-7% und von penetrierenden vaginalen Verletzungen bei 1,8% der Opfer.

- Kleemann et al. (1990) fanden in 26,2% der Fälle rechtsmedizinischer Opferuntersuchungen nach Sexualdelikten Genitalverletzungen.
- Spycher et al. (2004) gaben nach einer retrospektiven Aktenanalyse von 791 Patientinnen, die im Zusammenhang mit sexueller Gewalt in einer Frauenklinik untersucht wurden, in 27,5% der Fälle Genitalverletzungen an.
- Riggs et al. (2000) stellten bei ihrer prospektiven Studie Genitalverletzungen in 53% der Fälle von Sexualdelikten an 1076 Opfern im Alter von 1-85 Jahren fest. 96% der Patienten waren weiblich.
- McGregor et al. (2002) wiesen in einem Zentrum zur Betreuung von Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen waren, bei 41,8% der Opfer Genitalverletzungen nach.

Die stark voneinander abweichenden Angaben verschiedener Autoren über die Häufigkeit von Genitalverletzungen hängt mit mehreren unterschiedlichen Faktoren zusammen:

Tendenziell werden in neueren Untersuchungen höhere Zahlen für Genitalverletzungen angegeben als bei älteren Arbeiten. Die Ursache dafür dürfte zum Teil darin begründet sein, dass neuere Ergebnisse aus medizinischen Zentren stammen, die speziell zur Versorgung der Sexualopfer eingerichtet wurden und in denen die Betroffenen systematisch von erfahrenen Fachdisziplinen untersucht werden. Zum Teil hängen die höheren Verletzungszahlen in neueren Arbeiten auch mit dem häufigeren Einsatz von medizinisch-technischen Hilfsmitteln wie Kolposkop und von Färbetechniken (zB mit Toluidinblau) zusammen, mit denen deutlich mehr Verletzungen sichtbar gemacht werden können (Jones et al. 2003, Slaughter et al. 1997, McCauley et al.1986).

Warum in der Literatur abweichende Verletzungshäufigkeiten bei Sexualdelikten angegeben werden, hängt sicherlich auch mit dem unterschiedlichen zeitlichen Abstand zwischen Sexualdelikt und Untersuchung zusammen. Wenn die Opfer eines Sexualdelikts die Einrichtungen früher aufsuchen, können Verletzungen entdeckt werden, bevor es sich zu einer Abheilung des Gewebes kommt. Adams und Knudson (1996) untersuchten unter kolposkopischer Sicht 204 Mädchen zwischen 9-17 Jahren (Durchschnittsalter 13 Jahre), die über eine oder mehrere Episoden von peniler-vaginaler Penetration berichtet hatten. In 32% der Fälle konnten ab-

norme Genitalbefunde nachgewiesen werden. Bei den Opfern, die nach der Tat entweder eine Blutung aus dem Genitalbereich hatten oder innerhalb von 72 Stunden untersucht wurden, waren signifikant mehr Befunde festzustellen. Gros-sin et al.(2003) stellten bei 418 Opfern von Sexualdelikten, die in einem Institut für Rechtsmedizin nur von erfahrenen Rechtsmedizinern untersucht wurden, fest, dass der Anteil der Patientinnen mit Genitalverletzungen, die innerhalb von 72 Stunden nach dem Geschehen des Deliktes untersucht wurden, höher war (35,7%) als bei denjenigen, die erst nach 72 Stunden untersucht wurden (19,5%). Der Altersdurchschnitt der ersten Gruppe lag bei 22,4 Jahren, in der zweiten Gruppe waren 76% der Fälle unter 15 Jahren.

Bei allen Betrachtungen ist außerdem zu berücksichtigen, dass Verletzungen auch bei freiwilligem Geschlechtsverkehr entstehen, und dass auch hierbei unterschiedliche Verletzungshäufigkeiten in der Literatur angegeben werden:

Slaughter et al. (1997) verglichen die Befunde bei Vergewaltigungsopfern mit den Befunden bei Frauen nach freiwilligem Geschlechtsverkehr hinsichtlich Zahl, Art und Lokalisation der Genitalverletzungen. Die Untersuchungen wurden unter kolposkopischer Sicht durchgeführt. Die Autoren konnten bei ungewollten vaginalen und / oder analen Penetrationen deutlich mehr und ausgedehntere Verletzungen nachweisen (68%) als bei einem willentlichen Geschlechtsakt (11%). Auch in dieser Studie zeigte sich, dass bei Untersuchungen innerhalb von 24 Stunden nach der Sexualhandlung deutlich mehr Befunde zu eruieren waren als bei Untersuchungen nach 72 Stunden.

Jones et al. (2003) führten Untersuchungen unter Einsatz eines Kolposkops bei Mädchen im Alter von 13-17 Jahren durch, zwar geteilt in zwei Gruppen jeweils mit freiwilligem und unfreiwilligem Geschlechtsakt. Genitalverletzungen wurden in der Gruppe mit willentlichem Akt in 73% der Fälle und in der Gruppe mit unfreiwilligem Geschlechtsakt in 85% der Fälle festgestellt. Die Zahl und der Ausmaß der Einzelverletzungen waren allerdings bei Opfern eines unfreiwilligen Sexualakts deutlich höher.

Als begünstigende Faktoren für die Entstehung von Kohabitationsverletzungen werden in der Literatur (Bernoth et al. 1984, Hörmann 1985, Schulz und Püschel 1999) nachstehend genannt:

- atrophische genitale Verhältnisse bei älteren Frauen und Greisinnen (Schrumpfung und Fibrosierung des Gewebes durch Altersinvolution)
- enge und infantile Verhältnisse, Hypoplasie, kraurotisch (?), Schrumpfung, Vernarbung oder Fehlbildung des Introitus und der Vagina
- Missverhältnis zwischen Penis und Vagina
- besondere Vulnerabilität ante et post partum
- mangelnde sexuelle Bereitschaft oder auch hochgradige sexuelle Erregung der Frau, Vaginismus
- sehr starke Aktivität der Partner beim Koitus (intravaginale Drucksteigerung)
- gewaltsamer bzw. erzwungener Koitus, Vergewaltigung
- Positionen, in denen eine tiefe Penetration ermöglicht wird (Seitenlage, Reitsitz)
- alkohol- bzw. drogenbedingte sexuelle Enthemmung oder Aggressivität
- frühzeitige Aufnahme des Geschlechtsverkehrs nach gynäkologischen Operationen

In unserer Arbeit wurden folgende dieser Faktoren untersucht:

Hinsichtlich der Altersverteilung der verletzten Sexualopfer zeigt sich, dass die jüngeren Altersgruppen (14 - 23 Jahre) mit 55% der Gesamtopfer überproportional vertreten sind. In dem Kollektiv der Opfer mit Anogenital- und Brustverletzungen lag die größte Verdichtung mit 49% ebenfalls in dieser Altersgruppe. Unter Einbeziehung der bis 13 Jahre alten Kinder mit Verletzungen (15,6%) waren 65% der Opfer mit Verletzungen unter 23 Jahren. Kernbach et al. (1984) berichten über ähnliche Ergebnisse: in ihrer Untersuchung ist der größte Teil der Opfer zwischen 16 und 20 Jahre alt, 6% der Opfer sind jünger als 16, 3% älter als 60 Jahre alt.

Verletzungen traten –soweit dies bei den geringen Patientenzahlen bewertet werden darf - am häufigsten in der Altersgruppe der bis 13 Jahre alten Kinder und der über 60-jährigen auf (57,7% bzw. 40%). Die Opfer zwischen dem 31. und 59. Lebensjahr hatten die wenigsten Verletzungen.

Im Vergleich dazu fanden Ramin et al. (1992) Genitalverletzungen in 43% der Fälle der Frauen über dem 50. Lebensjahr und in 18% der Fälle zwischen dem 14. und 49. Lebensjahr. Biggs et al. (1998) und Hilden et al. (2005) stellten bei Frauen, die vorher keine sexuelle Erfahrung hatten, deutlich mehr anogenitale Verletzungen fest (65,2% zu 25,8), aber keinen Unterschied hinsichtlich Art, Lokalisation und Anzahl der Verletzungen.

Auf Grund des hohen Anteils der Opfer mit Verletzungen unter 13 Jahren wurden die Fälle dieser Gruppe und einige aus anderen Altersgruppen mit einem zuvor intakten Hymen unter Einbeziehung des Hymenalstatus differenziert analysiert.

Bei 36 (9,2%) Patientinnen bestand anamnestisch vor der Tat eine Virgo intakta. Davon waren 7 zwischen 16-25 Jahre und 29 zwischen 4-15 Jahre alt. Nach der Sexualtat an diesen 36 Opfern mit einem zuvor intakten Hymen hatten 21 der Betroffenen (58,3%) Verletzungen und 15 keine Verletzungen (41,7%) im Anogenitalbereich. Nach Angaben der Patientinnen fand sich insgesamt bei 23 von 36 Opfern eine vaginale Penetration mit Penis statt, bei 10 dieser 23 Fälle (43,5%) wurden Risse am Hymen nachgewiesen. Bezogen auf die Gesamtheit der 36 Opfer stellt dies einen Anteil von 27,8% dar. Das Alter von Opfern mit Hymenrissen lag bei 9 Personen zwischen 6 und 16 Jahren, ein Opfer war 25 Jahre alt. Bei 2 Patientinnen, bei denen eine vaginale Penetration lediglich mit Fingern ausgeführt wurde, konnten keine Risse am Hymen nachgewiesen werden.

Die körperliche Untersuchung ergibt nach Navratil (1994) bei der Mehrzahl sexuell ausgebeuteter Kinder einen normalen Befund, weniger als 10% weisen signifikante Veränderungen auf. Biggs et al. (1998) fanden bei 9% der Frauen, die vorher keine sexuelle Erfahrung hatten, Verletzungen am Hymen. Muram (1989 b) untersuchte 31 Mädchen mit einem Durchschnittsalter von 9,1 Jahren, die ebenfalls vorher keine sexuelle Erfahrung hatten. Es wurden in 61% der Fälle spezifische Befunde gefunden, wenn die Täter eine Penetration zugegeben hatten. Wurde eine Penetration nicht eingeräumt, dann waren nur bei 23% der Fälle spezifische Befunde nachzuweisen. White und McLean (2006) untersuchten 220 Mädchen zwischen 12-17 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 14,8 Jahren und fanden, dass 53% aller Mädchen, die vorher Jungfrau waren und nur 32% der Mädchen,

die nicht Jungfrau waren, Verletzungen am Genitale aufwiesen. Edgardh et al. (1999) fanden bei Mädchen zwischen 9-22 Jahren tiefe hymenale Spalten oder vestibuläre Narben in 59% der Fälle nach vaginaler Penetration und in 6% der Fälle ohne Penetration. Es handelte sich dabei nicht um Akutfälle, sondern um Spätuntersuchungen. Adams et al. (2001) fanden bei 19% der Mädchen (14-19 Jahre alt), die vor der Tat Jungfrau waren, und bei nur 1% derjenigen, die vorher nicht Jungfrau waren, Risse am Hymen.

Analog zu den Ausführungen weiter oben fanden Watkeys et al. (2008) bei Kindern, die früher nach der Tat untersucht wurden, deutlich mehr Genitalverletzungen (50%) als bei denen, die später untersucht wurden (30,7%), dies galt auch für Analverletzungen (56,5% zu 18%). Auch Sugar et al. (2004) berichten über einen Zusammenhang zwischen Alter, Hymenalstatus und Untersuchungszeitpunkt hinsichtlich der Entstehung und Diagnostizierbarkeit von Verletzungen. Die Verletzungen waren häufiger bei Opfern unter 20 und über 49 Jahren, bei Jungfrauen, bei Frauen, die innerhalb von 24 Stunden nach der Tat untersucht wurden und nach analer Gewalt. Heger et al. (2002) fanden hingegen nach einer prospektiven Studie nur in etwa 6% der Fälle von Kindern, die eine vaginale oder anale Penetration angaben, Verletzungen.

Wie aus diesen Studien ersichtlich, können die Ergebnisse durch verschiedene Faktoren im Studiendesign beeinflusst werden. Betrachten wir als Beispiel die Unterteilung in Altersverteilungen. In verschiedenen Studien werden jeweils unterschiedliche Altersgruppen als Kindesalter aufgeführt (z.B. 1-19 oder 14-19 Jahre). Nach Rauch und Graw (2003) befinden sich Kinder bis etwa 8.-9. Lebensjahr in der hormonellen Ruheperiode, während der der Hymen sehr verletzbar ist. Danach unterliegt die Entwicklung des Genitales der hormonellen Beeinflussung (Reifungsperiode). In der Reifungsperiode wird der Hymen fleischig dehnungsfähig, und damit nicht mehr derart „verletzungsanfällig“. Würde man eine entsprechende Altersverteilung vornehmen, so wäre wahrscheinlich in der jüngeren Gruppe ein höherer und in der älteren ein niedrigerer Verletzungsanteil zu erwarten.

Zu unterschiedlichen Angaben über Verletzungshäufigkeiten tragen auch unterschiedliche Definitionen bei. So sind zum Beispiel in der Arbeit von Kleemann et al. (1990) die Schleimhautrötungen am Genitale nicht als Verletzung in die Statis-

tik aufgenommen worden. Unter Einschluss auch dieses Befundes wäre der Anteil der Genitalverletzungen 45,4% statt 26,2%.

Trotz der unterschiedlichen Einteilungen, Definitionen und sonstigen Parameter im Studiendesign teilen aber die meisten Autoren die Auffassung, dass es einen Zusammenhang zwischen der Entstehung und Diagnosestellung von Anogenitalverletzungen mit Alter, Untersuchungszeitpunkt, Hymenalstatus bzw. vorheriger sexueller Erfahrung und technischen Untersuchungsmethoden besteht und auch damit, ob eine Penetration stattgefunden hat oder nicht. Die Studien zeigen außerdem, dass nach einem Sexualdelikt ein Teil der Opfer keinerlei Verletzungen beziehungsweise auffällige Befunde im Anogenitalbereich aufweist.

4.1.3 Art der Verletzungen bei Sexualdelikten

Der größte Teil der festgestellten 199 Einzelverletzungen am Genitale waren in abnehmender Reihenfolge an kleinen Schamlippen, am Scheideneingang, an den großen Schamlippen, am Hymen, an der hinteren Kommissur und an den Scheidenwänden entstanden. Die hintere Scheidenwand und das hintere Scheidengewölbe waren am wenigsten betroffen.

Sachs und Chu (2002), Slaughter et al. (1997), Biggs et al. (1998) berichten über ähnliche Ergebnisse. Adam et al. (2001) und Jones et al. (2003) fanden den größten Teil der Verletzungen an der hinteren Kommissur und am Scheidenvorhof, nachfolgend an den kleinen Labien sowie am Hymen. Bei Naeve und Lohmann (1973) waren die Häufigkeiten wie folgt (in absteigender Reihenfolge): frische Defloration, oberflächliche Verletzungen der kleinen Schamlippen, Einriss der hinteren Kommissur, Hymenverletzung, Rissverletzung am Damm.

Engel (1965) (zitiert von Schulz und Püschel 1999), Bernoth et al. (1984) und Hörmann (1985) hingegen berichten, dass Kohabitationsverletzungen der Vagina beim Geschlechtsverkehr am häufigsten am hinteren Scheidengewölbe vorkommen. Engel erklärt die Vulnerabilität des hinteren Scheidengewölbes mit der starken Anspannung des hinteren Scheidengewölbes, die aus einer stärkeren Beugung der Oberschenkel im Hüftgelenk resultiert und der Verkürzung der Gesamtlänge der Vagina in bestimmten Positionen des Geschlechtsaktes.

Die Diskrepanz zwischen dieser Angabe und den Ergebnissen unserer Erhebung wie auch der oben zitierten anderen Studien beruht wahrscheinlich darin, dass die beschriebene Haltung bei einem Sexualdelikt im Vergleich zu willentlichem Geschlechtsverkehr eher selten auftritt. Außerdem ist davon auszugehen, dass in der Regel viele Genitalverletzungen nach einem Geschlechtsverkehr mit beidseitigem Einvernehmen jeglicher Diagnose entgehen, da die Betroffenen diese entweder nicht merken oder keinen Arzt aufsuchen, solange die Verletzungen nicht gravierend sind, beziehungsweise nicht mit Blutungen einhergehen.

Etwa 90 Prozent der Verletzungen bestanden in abnehmender Reihenfolge aus Rötungen, klein- bis mittelgroßen Rissen (Hymenrisse eingeschlossen), Schürfwunden und Schwellungen. Der restliche Teil der Läsionen bestand aus Hämatomen, Ödemen, Kratzspuren, Haut- und Schleimhautdefekten. Es lagen keine großen Verletzungen vor, die chirurgisch unbedingt hätten versorgt werden müssen. Klopstein et al. (2006) zeigen ähnliche Befunde und meinen, dass es sich aus rechtsmedizinischer Sicht bei diesen Verletzungen am Introitus vaginae in der Regel um Einrisse oder Hautabschürfwunden als Resultat einer stumpfen Gewalteinwirkung des Penis oder eines Gegenstandes handele. Das vermehrte Vorkommen von Verletzungen bei ungewolltem Geschlechtsverkehr könne durch eine mangelhafte Lubrifikation der Schleimhaut erklärt werden.

Analverletzungen konnten wir ohne Altersberücksichtigung der Opfer bei 2,6% des Gesamtkollektivs (Alter 4-88 Jahre) nachweisen. Von einer analen Vergewaltigung waren insgesamt 41 Patientinnen betroffen und 10 (24,4%) dieser hatten Verletzungen im Afterbereich. Der größte Teil der Verletzungen bestanden aus kleinen Rissen.

In der Literatur wird diesbezüglich mehr über Verletzungen im Kindesalter berichtet:

Nach Rauch et al. (2004) sollen Manipulationen im Afterbereich in der Regel keine Verletzungen hinterlassen. Oberflächliche Verletzungen heilten sehr schnell ab. Auch Penetrationen im frühen Kindesalter verursachten keine Verletzungen, insbesondere wenn Gleitmittel verwendet würden oder vorsichtig vorgegangen würde. Eine anale Penetration durch größere Objekte oder Penis könne zu unterschiedlichen Verletzungen -von einer Schwellung des Analrandes bis hin zu Ris-

sen des Sphinkters- führen. Beweisend für einen Analmissbrauch sei jedoch der Nachweis von Samenflüssigkeit und/oder ein tiefer Schleimhauteinriss, der von der Analhaut in die Schleimhaut hineinführt.

Muram (1989a) stellte auffällige Befunde in 34% der Fälle von sexuell missbrauchten präpubertalen Kindern fest, die spezifisch für einen Missbrauch angesehen werden konnten. Bei den Opfern, die klare Aussagen über eine stattgefundene anale Vergewaltigung machten, waren in 84% der Fälle auffällig verdächtige Befunde nachweisbar und bei nur 16% ein Normalbefund. Adams et al. (2001) fanden bei Mädchen im Alter von 14 bis 19 Jahren (Durchschnittsalter 16,3) Verletzungen am After in 61% der Fälle, wenn eine anale Penetration stattgefunden hatte, sonst wurden nur in 1% der Fälle anale Verletzungen gefunden. Auch Hobbs und Wynne (1989) kamen bei ihren Untersuchungen an Kindern aller Altersklassen zu ähnlichen Befunden. In 42% der Fälle von 337 missbrauchten Kindern wurden spezifische Befunde nachgewiesen, in der Altersgruppe von 0-5 jährigen lag der Anteil dieser bei 60%.

Die Brustverletzungen werden sowohl in den Lehrbüchern für Rechtsmedizin als auch in der Literatur den Extragenitalverletzungen zugeordnet. Da die weibliche Brust bei Sexualtätern ein sexuelles Angriffsziel darstellt, erfolgte aus gynäkologisch forensicher Sicht eine getrennte Auswertung. Bei 23 Opfern (5,9% der Gesamtfälle) wurden Verletzungsformen in abnehmender Häufigkeit bestehend aus Hämatomen, Kratzverletzungen, flächenhaften Unterhautblutungen, Abschürfungen, Bissverletzungen, Schnittverletzungen und aus punktförmigen Unterhautblutungen festgestellt. In der Untersuchung von Naeve und Lohmann (1973) fanden sich 8,8% der Extragenitalverletzungen an der Brust.

4.1.4 Das Täter-Opfer-Verhältnis und dessen Einfluss auf die Verletzungen

Im Gesamtkollektiv waren die Täter in 66,4% der Fälle den Opfern bekannt, in 31,8% der Fälle wurde die Tat von fremden Personen begangen. Werden die einzelnen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Beziehung zum Täter (Partner, Expartner, Familie, Bekannte, flüchtig Bekannte, Fremde) getrennt analysiert, dann stellt man Unterschiede fest. Der Anteil der Fremdtäter steigt mit dem Alter des Opfers an. Bei Kindern unter 13 Jahren stammen die Täter größtenteils aus eigener Familie

und aus dem engsten Bekanntenkreis (62%). Bei den Jugendlichen von 14-23 Jahren stammen die Täter größtenteils aus dem Kreis der engsten und flüchtigen Bekannten (59,6%). Der Anteil der Täter aus dem Kreis der flüchtig Bekannten ist vor allem in der Altersgruppe der 14-17-jährigen viel höher. Es liegt nahe und ist zum Teil auch aus den Akten ersichtlich, dass die Opfer dieser Alterskategorie bei Feierlichkeiten und im Nachtleben einer Großstadt vor allem unter dem Einfluss vom Alkohol die Situation im Umgang mit einer flüchtig bekannten Person falsch einschätzen und sich damit in eine Gefahrensituation begeben. Nach Champion et al. (2004) steigt das Risiko für weibliche Jugendliche, Opfer ungewollter sexueller Aktivitäten zu werden, mit „Rauschtrinken“ um das etwa Dreifache an. In der Altersgruppe von 24-30 Jahren ist der größte Teil der Täter der Gruppe der Fremden zuzurechnen, erst an zweiter Stelle handelt es sich um Täter aus dem engstem Bekanntenkreis. In der Altersgruppe von 31-59 besteht der größte Teil der Täter aus Partnern und Ex-Partnern, danach folgen fremde Personen. Ab dem 60. Lebensjahr waren die Täter größtenteils Fremde (siehe Tabelle 22). Es besteht somit ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Opfer und dem Täterkreis.

Nach Navratil (1995) werden etwa 80% der sexuellen Ausbeutungen von einem Mitglied der Familie des Kindes begangen, 90% von einer Person, die dem Kind bekannt ist und nur 10% von Unbekannten. Hasler (1995) fand, dass die Täter bei kindlichen Opfern in 50% Familienangehörige waren, und in 42 % der Fälle dem Kind vor der Tat bekannt. Nur 8% der Täter waren Fremde. Auch andere Autoren bestätigen, dass der größte Teil der Sexualtäter bei kindlichen Opfern aus der eigenen Familie oder aus dem engsten Bekanntenkreis stammen und der Anteil von Fremdtätern sehr gering ist (Anthuber et al. [2003], Rauch [2002], Edgard [1999]). Dagegen geben Autoren, die in ihren Untersuchungen keine Unterteilung in Altersgruppen vornehmen oder Kinder ausschließen (Santos et al. 2006, Riggs et al. 2000, Saint-Martin et al. 2007, Feldhaus et al. 2000) einen höheren Anteil von Fremdtätern und geringeren Anteil von Familienangehörigen an als die Autoren, die Sexualdelikte an Kindern untersuchen .

Betrachtet man den Einfluss des Opfer-Täter-Verhältnisses auf die Entstehung der Verletzungen in unserer Erhebung, so ist der Verletzungsanteil pro Opfer bei Tätern aus dem familiären Bereich am größten. Es ist stark zu vermuten, dass dies nicht durch die besondere Aggressivität der Täter bedingt ist, sondern durch das

Alter der Opfer. Denn die meisten Opfer dieser Gruppe sind unter 13 Jahren, und wie bereits erwähnt, sind Kinder dieses Alters wegen der anatomisch-physiologischen Gegebenheiten im Anogenitalbereich verletzlicher. Unter Ausschluss dieser Gruppe der unter 13-jährigen entstanden bei Sexualdelikten von flüchtig Bekannten und Fremden gefolgt von Ex-Partnern mehr Verletzungen als von Tätern aus anderen Gruppen. Auch Palmer et al. (2004) stellten einen Zusammenhang zwischen Opfer-Täter-Verhältnis und Verletzungen fest. Sie fanden weniger Verletzungen, wenn die Täter dem Opfer bekannt waren.

4.1.5 Alkoholeinwirkung und ihr Einfluss auf Verletzungen

Der Anteil der alkoholisierten Täter, die Verletzungen verursachten, war etwas höher als bei denen, die keine Verletzungen verursachten (30,2% zu 26,2%). Bei den Opfern war das Verhältnis umgekehrt. Alkohol wurde konsumiert von 35,5% der Frauen mit Verletzungen und 40,4% ohne Verletzungen. Ebenfalls unterschiedlich war der Alkoholkonsum in einzelnen Altersgruppen. In der Altersgruppe von 31-59 Jahren lag der Anteil am höchsten (47,9%), danach folgte die Altersgruppe von 18-23 Jahren (45,7%). In der Gesamtschau lag der Anteil von alkoholisierten Personen bei Tätern niedriger als bei Opfern (27,1% zu 39,3%). Es ist aber auch zu erwähnen, dass in 30% der Fälle den Opfern nicht bekannt war, ob die Täter alkoholisiert waren oder nicht.

Diese Unterschiede reichen sicherlich nicht aus, um eine Aussage darüber machen zu können, ob Alkohol bei Sexualdelikten in der Entstehung von Anogenitalverletzungen eine Rolle spielt, z.B. durch gesteigerte Aggressivität des Täters oder gar Verletzungen vorbeugt, z.B. durch Enthemmung und Entspannung des Opfers. Alkohol spielt sicherlich als Katalysator eine wesentliche Rolle, da er triebsteigernd und enthemmend wirkt. Der Alkoholisierungsgrad nicht nur des Täters ist für die forensische Beurteilung wichtig: beim Opfer kann die enthemmende Wirkung des Alkohols eine freundlich-neutrale Zuwendung leicht verstärken und den potenziellen Täter zu falschen Schlüssen veranlassen; ähnliches gilt für die Risikobereitschaft (Brinkmann et al. 1985). In einer Untersuchung von Schröder (2004) befanden sich 65% der Täter und dagegen nur 33,3% der Opfer während des Tatgeschehens von sexuellen Tötungsdelikten in einem alkoholisierten Zustand. Folgende Autoren berichten ebenfalls über ähnliche Ergebnisse bezüglich des

des Anteils von alkoholisierten Opfern bei Sexualdelikten: Bei Madea und Mußhoff (2009) circa. 40-60%, bei Avegno et al. (2008) über 54 %, bei Champion et al. (2004) 50 %.

4.1.6 Extragenitale Verletzungen

In der Gesamtwertung waren 60,5 % der Frauen einer körperlichen Gewalt und 8,7% einer Gewaltandrohung seitens Täter ausgesetzt. Dabei entstanden bei 55,4% der Gesamtopfer extragenitale Verletzungen, die in etwa 90% der Fälle leichte und in 10% eine schwere Form aufwiesen. Bei den Opfern, die Verletzungen im Anogenitalbereich hatten, waren die Extragenitalverletzungen gering höher als bei denen, die keine Verletzungen hatten (60,4% zu 53,7%). Ob es einen Zusammenhang zwischen Extragenitalverletzungen und Verletzungen im Anogenitalbereich gibt, bleibt bei dieser geringen Differenz fraglich. Slauther et al. (1997) fanden Extragenitalverletzungen bei 57% der Opfer, die wiederum mehr Genitalverletzungen aufwiesen als diejenigen, die keine Extragenitalverletzungen hatten. Außerdem wurden die Opfer nach der Tat innerhalb von 24 Stunden untersucht, so konnten dann auch mehr Verletzungen diagnostiziert werden als nach 72 Stunden.

Die Opfer von versuchten Vergewaltigungen hatten einen viel höheren Anteil von Extragenitalverletzungen (92,6%). Auch die Intensität der Gewalt war hier höher (leicht: 70,4%, schwer: 22,2%). Dies ist vermutlich damit zu erklären, dass sich viele der Opfer zur Wehr gesetzt haben, um sich zu befreien und durch die körperliche Auseinandersetzung mehr Verletzungen entstanden sind.

Die Angaben über die körperliche Gewalt und die damit verbundenen Extragenitalverletzungen variieren in der Literatur nicht so stark wie die Angaben über Anogenitalverletzungen. Tröger und Albrecht (2003) berichten, dass 75-80% der Vergewaltigungen mit einfacher oder schwerer körperlicher Gewalteinwirkung erfolgen und selbst bei fehlender Gegenwehr in ca. 20% der Fälle Verletzungen zu registrieren sind. Dennoch sprechen fehlende extragenitale Verletzungen (30-40% der Fälle) keinesfalls gegen eine Vergewaltigung, da Verletzungen fehlen können, wenn die Abwehr von Beginn an aus Angst, z.B. bei massiver Bedrohung, unterlassen wird oder schnell erlahmt. Auch andere Autoren berichten über eine hohe

körperliche Gewalt und folglich über einen hohen Anteil von Extragenitalverletzungen bei Sexualdelikten (50-75%). Alle sind wiederum der Ansicht, dass ein Teil der Patienten keinerlei Verletzungen aufwies, was aber nicht gegen den Vollzug einer Sexualtat spräche.

Die Form und Lokalisation der Extragenitalverletzungen wurden nicht analysiert, weil diese nicht Gegenstand dieser Arbeit war. Ausführliche Informationen zu Extragenitalverletzungen finden sich bei Rauch et al. (2002), Rauch et al. (2004), Kernbach et al. (1984), Brinkmann et al. (1985), Kleemann et al. (1990), Tröger und Albrecht (2003), Püschel et al.(2006), Seifert et al. (2006a), Seifert et al. (2006b), Seifert et al. (2007), Naeve und Lohmann (1973).

4.1.7 verschiedene weitere Parameter bei Sexualdelikten

Die Anzahl der Täter, der sexuellen Handlungen und der Geschlechtsverkehren pro Opfer wurden zwar untersucht, nicht hingegen deren direkter Einfluss auf die Entstehung von Verletzungen. Dennoch scheinen die Zahlen bezüglich dieser Faktoren informativ und von Bedeutung zu sein (siehe Ergebnisse unter 3)

Von großer Bedeutung ist hingegen, dass die Täter nur in etwa 3% der Fälle ein Kondom benutzt haben. Diese Tatsache weist einerseits auf das Risiko einer Infektion und/oder einer Schwangerschaft hin, andererseits aber auch auf die Wichtigkeit bzw. auf Notwendigkeit der entsprechenden Diagnostik und Prophylaxe für diese beiden Faktoren. Außerdem ist es von Bedeutung für die forensische Spurensicherung von Samen und Samenflüssigkeit.

4.2 Sexualdelikte mit tödlichem Ausgang

Um einen Vergleich mit Verletzungen der Überlebenden von Sexualdelikten zu ermöglichen, wurden die Verletzungen von Tötungsdelikten mit sexuellem Motiv analysiert (insgesamt 120 Opfer). Genitalverletzungen traten bei Opfern von Tötungsdelikten ca. um das 2-fache (38,3% zu 20,3%), der Brustverletzungen um das 3-fache (18,3% zu 5,9%), der Anorektalverletzungen um ca. das 5,8-fache (15% zu 2,6%) häufiger auf als bei Überlebenden von Sexualdelikten.

Die Lokalisation der Verletzungen am äußeren Genitale war vergleichbar, aber an den Scheidenwänden der Opfer von Tötungsdelikten waren deutlich mehr Verletzungen nachzuweisen, vor allem an der hinteren Scheidenwand.

Was die Form der Verletzungen angeht, zeichnen sich große Unterschiede ab. Während die Genitalverletzungen der Überlebenden vorwiegend aus kleinen Rissen, Schürfungen, Hämatomen, Rötungen, Schwellungen bestehen, weisen die Opfer von sexuellen Tötungsdelikten zusätzlich folgende Befunde auf: ausgeprägt breite und tiefe Verletzungen, bestehend aus Hautdefekten, Stich- und Schnittverletzungen, tiefen Rissen, tiefen Scheidenwandverletzungen mit Beteiligung von Beckenweichteilen, Eröffnung des Peritoneums, Entfernung von inneren Genitalorganen als Folge einer intensiv scharfen Gewaltanwendung seitens der Täter.

An den Brüsten der Lebenden wurden hauptsächlich Kratzwunden, Hämatome, Bisswunden herbeigeführt. Dagegen erlitten die Opfer von Tötungsdelikten zusätzlich gravierend tiefe Stich- und Schnittverletzungen bis hin zur Entfernung von Brustdrüsen. Bei einem Opfer wurden zum Beispiel insgesamt 14 und bei einer anderen 24 Stichverletzungen vorgefunden.

Im Anorektalbereich von Tötungsopfern zeigten sich ähnliche Verhältnisse. Auch hier überwogen als Zeichen von heftig scharfer Gewalteinwirkung tiefere Einrisse, Stich und Schnittverletzungen sowie Darmperforationen. Allerdings weist auch bei sexuellen Tötungsdelikten ein großer Anteil von Opfern keine Anogenitalverletzungen auf, was aber nicht gegen eine Vergewaltigung oder Manipulation spricht.

Wie bei Sexualdelikten von Überlebenden stellten die Extragenitalverletzungen den überwiegenden Teil der Verletzungen dar. Auch hier wurde eine Auswertung der Verletzungen nicht vorgenommen, weil sie nicht Bestandteil dieser Arbeit sind. Ausführliche Informationen zu extragenitalen Verletzungen bei sexuellen Tötungsdelikten finden sich bei Schröder (2004).

Die Intensität der oben beschriebenen Verletzungen, die nicht nur als Folge von stumpfer, sondern auch von scharfer Gewalteinwirkung entstanden, sprechen insgesamt für ein höheres Maß an Gewaltbereitschaft der Täter bei Tötungsdelikten. Dementsprechend ist das gesamte Ausmaß an Verletzungen größer. Es wurden

bei einigen der Opfer Manipulationen im anogenitalen Bereich durch Einführung von Gegenständen, wie Getränkeflaschen, Toilettenbürsten, Gläsern, Ondulierstäben vorgenommen, wodurch größere Verletzungen wie zum Beispiel Pfählungsverletzungen entstanden.

5 Schlussfolgerungen

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass Verletzungen im Anogenitalbereich und an den Brüsten sowohl bei überlebenden als auch bei getöteten Opfern von Sexualdelikten nicht besonders häufig vorkommen. Bei Tötungsdelikten kamen die Verletzungen etwas häufiger vor, zugleich waren sie in Intensität und Ausdehnung ausgeprägter. Nach Vergleich vieler nationaler und internationaler Studien wurde festgestellt, dass die Zahlen über Genitalverletzungen bei Sexualdelikten sehr variieren, bedingt durch unterschiedliche Definitionen, Untersuchungsmethoden und Studiendesigns. Unabhängig von allen Einflussfaktoren wird man aber in Übereinstimmung mit anderen Autoren auch in Zukunft davon ausgehen müssen, dass bei einem erheblichen Teil der lebenden Opfer weiterhin keine Verletzungen zu finden sein werden und dass selbst bei Nachweis von Verletzungen es keinen Beweis dafür darstellen muss, dass es hierbei um ein Geschlechtsverkehr ohne Einvernehmen des vermeintlichen Opfers gehandelt haben muss, da auch beim normalen Geschlechtsakt Verletzungen entstehen können.

So sind sich viele Autoren darin einig, dass Genitalverletzungen allein keinen Beweis für einen gegen Willen der Frau erfolgten Geschlechtsverkehr darstellen. Daher kommt der genauen medizinischen Anamneseerhebung und der akribischen polizeilichen Ermittlung mit dem Ziel eines Geständnisses des Täters eine gleich grosse Bedeutung zu.

Nur bei Kindern können wenige spezifische genitoanale Verletzungen und Befunde als Verletzungsfolge stichhaltig beweisend für einen stattgefundenen sexuellen Missbrauch sein. Die Beurteilung des äußeren Genitale und des Hymens von Mädchen nimmt dabei eine Sonderstellung in der gynäkologisch-forensischen Untersuchung ein. Die Interpretation eines Genitalbefundes bei einem Mädchen erfordert wegen der großen Bandbreite an Normvarianten genaue Kenntnisse von Strukturen, die vom Entwicklungsalter abhängig sind, sowie die Beherrschung entsprechender Untersuchungstechniken. Darüber hinaus bedarf es bei der gynäkologischen Untersuchung von Mädchen im Gegensatz zur gynäkologischen Rou-

tineuntersuchung bei erwachsenen Frauen einer besonderen Erfahrung in der Beurteilung von Verletzungen und sonstigen Veränderungen als Folge eines sexuellen Missbrauchs.

In Übereinstimmung mit der Literatur kamen extragenitale Verletzungen bei Sexualdelikten viel häufiger vor als Genitalverletzungen.

Die Feststellung der extragenitalen Verletzungen ist nach Tröger und Albrecht (2003) vor allem deswegen so wichtig, weil einerseits genitale Verletzungen eher selten sind, und andererseits in foro häufig nur das gewaltsame Eindringen und nicht der Beischlaf an sich bestritten werde. Ausserdem können im Gegensatz zu Genitalverletzungen im Rahmen einer körperlichen Auseinandersetzung besonders charakteristische Verletzungsformen- und Muster an typischen Körperregionen entstehen. Durch eine exakte und sorgfältige Beschreibung solcher Verletzungsmuster und deren Lokalisationen können später Rückschlüsse auf das Entstehungsalter und gegebenenfalls auf die Entstehungsursachen gezogen werden. Auch Fehlangaben im Sinne der Vortäuschung einer Vergewaltigung, die im Verlauf der Untersuchung erkennbar werden, lassen sich anhand von charakteristischen Verletzungsmustern unterscheiden, wenn es sich um eine genaue Beschreibung handelt. Dadurch kann in einem Strafverfahren ein wichtiger Beitrag zur Erhärtung der Beweislage geleistet und dem Gericht Grundlagen für ein gerechtes Urteil geboten werden. Es muss betont werden, dass die Erkennung, präzise Beschreibung und exakte Dokumentation dieser Befunde eine umfangreiche spezielle Erfahrung voraussetzen.

Von einem unerfahrenen Begutachter zunächst scheinbar nicht beachtenswerte Details können in einem Prozess relevante Bedeutung haben und somit auch erhebliche Folgen für den Prozessablauf. Körperliche Nebenbefunde sind für die spätere juristische Beurteilung der Schuld oder Unschuld eines Angeklagten gelegentlich ausschlaggebend. Mit kurzen Befunden wie „Würgemale am Halse“, „keine frische Defloration“, „starke Gesichtsschwellung nach Faustschlägen“, wird dem Richter im allgemeinen bei seiner Urteilsfindung wenig gedient sein (Naeve 1971).

Die körperliche Untersuchung einer Frau nach einer mutmaßlichen Vergewaltigung muss zwei Zielen dienen: zum einen ist durch schonendes Vorgehen der psychischen Situation des Opfers Rechnung zu tragen, zum anderen werden erhobene Befunde möglicherweise als Beweismittel in einem Strafprozess dienen und können hier für den Ausgang des Verfahrens von entscheidender Bedeutung sein. Dieser strafprozessuale Hintergrund sollte bei aller Empathie für das Opfer und seine belastende Situation nicht aus den Augen verloren werden. Eine verkürzte oberflächliche Befunderhebung kann weitreichende Folgen haben (Penning und Betz 1992).

Nach Ansicht vieler Autoren und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen haben Rechtsmediziner bessere Voraussetzungen in Bezug auf eine adäquate Befunderhebung. Oehmichen (1995) ist der Auffassung, dass der Rechtsmediziner aufgrund der traumatologischen Ausbildung einerseits und der ihm zur Verfügung stehenden beweissichernden Methoden andererseits am ehesten die Möglichkeiten zur Zuordnung und Rückverfolgung (Rekonstruktion) eines Tatablaufes hat. Erwähnenswert ist dazu eine Aussage von Naeve (1971): forensisch verwertbar sind die Befunde dann, wenn der betreffende Arzt sich in seiner Befundbeschreibung und Beurteilung dem vom ärztlichen Denken abweichenden juristischen Denken anpasst.

Diesen Ausführungen folgend kann man sich fragen, wo und wie von sexueller Gewalt betroffene Frauen und Mädchen in Deutschland im Akutfall betreut werden.

Wie in der Einleitung dargestellt, ist sexuelle Gewalt nicht selten. Obwohl diese Tatsache keine neue Erkenntnis ist, existieren in Deutschland mit wenigen Ausnahmen keine adäquaten Zentren zur Versorgung der Betroffenen.

Nach einer Sexualtat ist die primäre Anlaufstelle zur Untersuchung meistens das nächstgelegene Krankenhaus, wo die Opfer von einem Gynäkologen untersucht werden. Nach Betreten der Klinik ist der Ablauf der Betreuung in der Regel dem Zufall überlassen. Die Patientin kann erst untersucht werden, wenn eine Ärztin/Arzt zur Verfügung steht. Es ist auch dem Zufall überlassen, ob der Untersu-

cher weiblich oder männlich ist, ob sie/er erfahren oder unerfahren ist. In meisten Fällen werden die Opfer von den jüngsten Assistenten untersucht, weil die erfahrenen Fachärzte wegen zeitlicher Engpässe im Op-Bereich oder in der Geburtsklinik nicht abkömmlich sind.

Auch haben die Gynäkologen in der Regel keine ausreichende Erfahrung im Umgang mit sexuell traumatisierten Patientinnen, in der Befunderhebung von extragenitalen Verletzungen, in der Asservierung von Spuren und in der forensischen Dokumentation. Was die Untersuchung von jungen Mädchen und die Beurteilung der erhobenen Befunde anbetrifft, ist die/der nicht speziell ausgebildete Frauenärztin/arzt erst recht ungeübt und wenig versiert. Dies liegt zum Teil darin begründet, dass diese Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht in die Ausbildung integriert sind. Zum Teil hängt dies auch damit zusammen, dass durch die breite Streuung der Fälle keine Routineerfahrung im beruflichen Alltag eines Einzelnen entsteht. Unter diesen ungünstigen Bedingungen und den zusätzlichen zeitlichen Engpässen bei hoher Arbeitsbelastung kann es zu zeitlichen und technischen Verzögerungen kommen, die zu einer weiteren Belastung sowohl des Opfers als auch des Untersuchers führen kann. Darüberhinausgehend können hierbei falsch negative Befunde erhoben werden, die eine lückenlose und zweifelsfreie Rekonstruktion des Sachverhaltes erschweren und später für den Opfer von Nachteil sein können.

Die medizinische Untersuchung einer Frau oder eines Mädchens nach körperlicher und sexueller Gewalt ist für die/den Untersuchende/n eine besondere Situation und eine große Herausforderung. Es erfordert eine fachliche und persönliche Kompetenz. Es ist für den Untersucher/in, vor allem für den Unerfahrenen, ein psychisch belastender und zeitraubender Moment. Rothmund (2004) beschreibt die Situation sehr treffend folgendermaßen: wenn man als Ärztin beginnt, sich inhaltlich mit einem bedrohlichen Thema wie „sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen“ auseinanderzusetzen, wird man selbst von unterschiedlichsten Gefühlen erfüllt sein, auch wenn man sich als Fachärztin, also „ganz distanziert“ damit befasst. Vermutlich stellen sich Gefühle des Entsetzens, der Wut, der Ohnmacht und des Ekels ein, um nur einige zu nennen. Meist tauchen diese Gefühle in wirrer Folge oder in großen „Klumpen“ auf; oft werden zwischenzeitlich auch Abwehrreaktionen auftreten oder das Gefühl, „mit all den Scheußlichkeiten nichts zu tun ha-

ben zu wollen“. Das Dilemma, aber auch die Chance, bei einem derart emotionsgeladenen Thema ist, dass jede/r einzelne sich zumindest im Ansatz mit seinen/ihren eigenen Gefühlen auseinandersetzen muss.

Tschudin (2007) beschreibt die Situation des Opfers folgendermaßen: unmittelbare psychische Reaktionen auf das erlittene Trauma, bei dem die betroffene Frau möglicherweise Todesängste ausgestanden hat, können ein emotionaler Schock, Fassungslosigkeit und Verzweiflung sein; das Opfer kann sich aber primär auch sehr kontrolliert verhalten. Auf jeden Fall befindet es sich in mehr oder weniger ausgeprägtem Maße in einem psychischen Ausnahmezustand, sodass sich die Betreuung an den Prinzipien der Krisenintervention orientieren sollte.

Eine entsprechend professionelle, fachlich und persönlich kompetente Intervention kann unserer Meinung nach nur gewährleistet werden, wenn Zentren eingerichtet werden, in denen dafür spezialisierte interdisziplinäre Fachleute („idealerweise Fachfrauen“) verschiedener Disziplinen, insbesondere der Rechtsmedizin, Gynäkologie/Kindergynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie zusammenarbeiten. Dadurch könnten mehr forensisch wertvolle Befunde für einen Strafprozess erhoben und die Opfer in der akuten Phase der Krise professioneller betreut werden. Es sollte aber auch eine über die Akutversorgung hinausgehende psychosoziale Weiterbetreuung gewährleistet sein um langfristige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und auf die Lebensqualität zu verhindern. Dazu sollten auch andere soziale Einrichtungen und Frauenberatungsstellen unter Bildung eines Netzwerkes eingebunden werden.

6 Zusammenfassung

6.1 Sexualdelikte bei Überlebenden

Von 2001-2004 wurden in der Untersuchungsstelle insgesamt 3302 Patienten betreut. Etwa 12 % der weiblichen Patienten hatten sexuelle Gewalt erlitten. Überwiegend hatte es sich dabei um Vergewaltigung gehandelt, in wenigen Fällen um versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung eines Kindes. Bei etwa einem Viertel dieser Opfer von sexueller Gewalt wurden Verletzungen festgestellt, überwiegend im Genitalbereich, seltener an den Brüsten, und noch seltener im Analbereich. Bei den Genitalverletzungen waren hauptsächlich die kleinen Schamlippen, der Scheideneingang, die großen Schamlippen, der Hymen und die hintere Kommissur betroffen, während die Scheidenhinter- und vorderwand, die Scheidenseitenwände, das hintere Scheidengewölbe, der Damm, die Portio und die Mons pubis kaum Verletzungsbefunde aufwiesen. Die Genitalverletzungen bestanden hauptsächlich aus Rötungen, Schürfungen, kleinen bis mittelgroßen Rissen und Schwellungen, während Hämatome, Ödeme, flächenhafte Unterhaut- und Schleimhautblutungen, Haut- und Schleimhautdefekte, Kratzspuren, und punktförmige Schleimhautblutungen selten vorkamen.

Bei den Verletzungen an den Brüsten handelte es sich in erster Linie um Hämatome, Kratzverletzungen, flächenhafte Unterhautblutungen und Abschürfungen, während Bissverletzungen, Schnittverletzungen und punktförmiger Unterhautblutungen selten vorkamen. Im Analbereich wurden häufig kleinere Risse und selten Rötungen, Afterdilatationen, Schürfungen und Schleimhautdefekte nachgewiesen.

Etwa je ein Drittel der Opfer war zwischen 18-23 Jahre bzw. zwischen 31-59 Jahre alt, unter 13-jährige waren zu einem Anteil von ca. 7% betroffen, über 60-jährige kaum. Das jüngste Opfer war 4 und das älteste 88 Jahre alt. Bei Opfern unter 13 und über 60 Jahren traten Verletzungen häufiger auf, während die wenigsten Verletzungen bei Opfern im Alter von 31-59 Jahren nachgewiesen wurden.

Nach Angaben der Betroffenen bestand bei ca. 10 % der Opfer vor der Tat eine Virgo intacta. Diese Personen waren überwiegend in der Altersgruppe 4 bis 15

Jahre, seltener in der Altersgruppe 16 bis 25 Jahre. Der Anteil der Patientinnen mit einer Virgo intacta, die nach der Tat Verletzungen im Anogenitalbereich davongetragen hatten, war mit ca. 60 % deutlich höher als in der Gesamtgruppe der Patientinnen.

Nach Angaben der Patientinnen mit einer Virgo intacta fand sich insgesamt bei etwa 2/3 der Opfer eine vaginale Penetration mit Penis statt, und bei fast der Hälfte dieser Fälle wurden Risse am Hymen nachgewiesen.

Extragenitale Verletzungen kamen im Vergleich zur Anogenitalverletzungen deutlich häufiger vor. Der Anteil der Extragenitalverletzungen war bei Opfern, die eine versuchte Vergewaltigung erlitten hatten, mit fast 90 % am höchsten

Die Sexualtat wurde überwiegend durch einen Täter begangen. Zur Gewaltanwendung kam es in etwa 2/3 der Fälle, zur Gewaltandrohung in etwa 1/10 der Fälle. Meist handelte sich um manuelle stumpfe Gewalt, nur selten um scharfe Gewalt. Bei etwa einem Drittel der Opfer wurde keine körperliche Gewalt angewandt. Die Täter erzwangen meist 1 bis 2 Mal, seltener häufiger einen Geschlechtsverkehr mit Penetration. Bei rund 10% der Opfer kam es zu keinem Geschlechtsverkehr mit Penetration. Ein Kondom wurde nur sehr selten angewandt.

Im Gesamtkollektiv waren die Täter in etwa 2/3 der Fälle den Opfern bekannt, in etwa 1/3 der Fälle wurde die Tat von fremden Personen begangen. Bei getrennter Analyse der einzelnen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Beziehung zum Täter wurden Unterschiede festgestellt. Der Anteil der Fremdtäter steigt mit dem Alter des Opfers an. Bei Kindern unter 13 Jahren stammen die Täter in etwa 2/3 der Fälle aus der eigenen Familie und aus dem engsten Bekanntenkreis. Bei den Jugendlichen von 14-23 Jahren stammen die Täter in etwa 2/3 der Fälle aus dem engsten und flüchtigen Bekanntenkreis. Vor Allem in der Altersgruppe von 14 bis 17-jährigen ist der Anteil der Täter aus dem Kreis der flüchtig bekannten, viel höher als in anderen Altersgruppen. In der Altersgruppe von 24-30 Jahren ist der größte Teil der Täter Fremde. In der Altersgruppe von 31-59 Jahren wiederum besteht der größte Teil der Täter aus Partnern und Ex-Partnern. Es bestand ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Täterkreis und Verletzungen. Wurde die Tat von flüchtig bekannten und fremden Personen begangen, dann hatten etwa bis 35% der Opfer Verletzungen, während dieser Anteil bei anderen Tätergruppen niedriger war.

Die innerfamiliären Sexualdelikte wurden differenziert analysiert. Der größte Teil der Opfer war unter 13 Jahren, die Täter waren meistens Väter, Stiefväter, vaterähnliche Personen wie Partner der Mutter, Cousins, Onkels.

Etwa 41% der Opfer befanden sich unter Einfluss von Alkohol und Drogen, etwa die Hälfte der Opfer hatten weder Alkohol noch andere Drogen konsumiert. Die Täter waren in etwa $\frac{1}{4}$ der Fälle alkoholisiert, in 30% der Fälle war der Konsumverhalten der Täter den Opfern nicht bekannt. Der Anteil der alkoholisierten Täter, die Verletzungen verursachten, war nur etwas höher als bei denen, die keine Verletzungen verursachten. Bei Opfern war das Verhältnis umgekehrt.

6.2 Sexualdelikte mit tödlichem Ausgang

Es wurden Sektionsprotokolle von insgesamt 120 Tötungsdelikten an weiblichen Personen mit sexuellem Bezug auf Anogenital- und Brustverletzungen analysiert und mit Verletzungen an Lebenden von Sexualdelikten verglichen. Bei fast der Hälfte der Opfer wurden Verletzungen am Genitale, an den Brüsten und im Anorektalbereich festgestellt, zum großen Teil handelte es sich um Mehrfachverletzungen. Der Anteil der Opfer von Tötungsdelikten mit Genitalverletzungen war circa um das 2-fache, der Brustverletzungen um das 3-fache, der Anorektalverletzungen um circa 6-fache höher als bei lebenden Personen von Sexualdelikten. Auch die Intensität und das Ausmaß der Verletzungen bei den Opfern von Sexualdelikten mit tödlichem Ausgang viel höher als bei Überlebenden

Die Einzelverletzungen betrafen zu einem Anteil von etwa 61% Genitalverletzungen, 23% Brustverletzungen und 16% Anorektalverletzungen. Die Genitalverletzungen betrafen hauptsächlich die großen und kleinen Schamlippen, den Scheideneingang und die Scheidenhinterwand, seltener die Scheidenseitenwände, die hintere Kommissur, die Scheidenvorderwand, das hintere Scheidengewölbe und andere Bereiche.

Bei den Verletzungen handelte es sich hauptsächlich um kleine Risse, flächenhafte Unterhaut- und Schleimhautblutungen, Schnittverletzungen, tiefe Scheidenwandverletzungen, punktförmige Unterhaut- und Schleimhautblutungen, seltener um Schürfwunden, Stichverletzungen, tiefe Risse, und Scheidenwandverletzungen

mit Beteiligung von Beckenweichteilen, zum Teil mit Eröffnung des Peritoneums und andere Verletzungen.

An den Brüsten der Opfer von Tötungsdelikten wurden hauptsächlich Stich- und Schnittverletzungen, Abschürfungen, flächenhafte Unterhautblutungen und Kratzverletzungen. Im Anorektalbereich hauptsächlich tiefere Verletzungen (wie Einrisse, Stich- und Schnittverletzungen), kleinere Einrisse, Schleimhautunterblutungen, Darmperforationen, Abschürfungen am After und Afterdilatationen festgestellt.

7 Literaturverzeichnis

1. Adams JA, Girardin B, Faugno D (2001) Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 14: 175-180
2. Adams JA, Knudson S (1996) Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 150: 850-7
3. Anthuber S, Anthuber C, Haerty A, Hepp H (2003) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. *Gynäkologe* 36: 10-16
4. Avegno J, Mills TJ, Mills LD (2008) Sexual assault victims in the emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med* doi: 10.1016/j.jemermed.2007.10.025
5. Bernoth E, Link M, Weise W (1984) Gynäkologie, Differentialdiagnose und Klinik. Karger, Basel, S. 612-618
6. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M (1998) Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience *CMAJ* 159: 33-37
7. Brinkmann B, Kernbach G, Püschel K (1985) Vergewaltigung – auch ein medizinisches Problem ? *Deutsches Ärzteblatt* 82:1157-1162
8. British Crime Survey 1996 In: Mirrlees-Black C (1999) Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self completion questionnaire: London, Home Office Research Study 191
9. British Crime Survey (2004) Walby S, Allen J Domestic violence: sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey: London, Home Office Research Study 276
10. Bundesministerium für Inneres (BMI) (2006) Zweiter periodischer Sicherheitsbericht. <http://www.bmi.bund.de/Veröffentlichungen>
11. Champion HLO, Foly KL, DuRant RH, Hensberry R, Altman D, Wolfson M (2004) Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health* 35: 321-8
12. Christiansen E, Koch-Nielsen I (1992) Vold ude og Hjemme (violence against women). Copenhagen, Denmark: Socialforskningsinstituttet (zitiert nach Hagemann-White 2001).

13. Edgardh K, von Krogh G, Ormstad K (1999) Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci Int.* 104: 1-15.
14. Engel K (1965) Über Kohabitationsverletzungen, insbesondere mit intraperitonealen Läsionen und Blutungen. *Zentralbl Gynäkol* 81:1013-1016
15. Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R (2000) Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population. *Ann Emerg Med* 36:23-7
16. Gillioz L, De Puy J, Ducret V (1997): Domination et violence envers la femme dans le couple (domination and violence towards women within the couple). Lausanne.
17. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durrigon M (2003) Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 131 (2-3):125-130
18. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2003). WHO
19. Hagemann-White C (2001) European research on the prevalence of violence against women. In: *Violence Against Women* (2001) 7(7): 732-759.
20. Hagemann-White C, Bohne S (2002) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich, Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, Osnabrück/Düsseldorf
21. Hagemann-White C, Bohne S, Micus C (2002) Materialien zur Vorbereitung einer europäisch vergleichbaren Prävalenzuntersuchung zu Gewalt gegen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Erstellt im Rahmen einer Vorstudie für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Universität Osnabrück. BMFSFJ, Berlin
22. Hasler I (1995) Sexueller Missbrauch von Kindern: Erfahrungen aus der Kindergynäkologischen Ambulanz München-Großhadern. *Korasion* 3:22
23. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R (2002) Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 26:645-59
24. Heiskanen M, Piispa M, Hope F (1998) Battering. A national victim survey on men`s violence against women in Finland. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

25. Hilden M, Schei B, Sidenius K (2005) Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 154:200-205
26. Hobbs CJ, Wyne JM (1989) Sexual abuse of english boys and girls: importance of anal examination. *Child Abuse Negl.* 13(2):195-210
27. Hörmann G (1985). Verletzungen des Genitales. In: Ober KG, Thomsen K (Hrsg.) *Spezielle Gynäkologie 1 Kapitel 6.* Georg Thieme, Stuttgart, New York.
28. Jaspard M, Brown E, Condon S et al (2003): *Les violences envers les femmes en France, une Enquete Nationale*, Paris
29. Jones JS, Rossman L, Hartman M, Alexander CC (2003) Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med.* 10 (12): 1378-83
30. Kelleher P, O`Connor M (1995): *Making the links. Towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men.* Dublin
31. Kelly L, Lovett J, Regan L (2005) *A gap or a chasm? Attrition in reported rape cases*, Home Office Research Study 293, London
32. Kelly L, Regan L (2001) *Rape: the forgotten issue? a european attrition and networking study*, Child and Woman Abuse Studies Unit, London
33. Kernbach G, Püschel K, Brinkmann B (1984) Extragenitale Verletzungen bei Vergewaltigung. *Geburtsh Frauenheilk* 44:643-650
34. Kindermann G (1983) Verletzungen des weiblichen Genitale. *Langenbeck`s Arc für Chirurgie* 361(1):209-211
35. Kleemann WJ, Windus G, Roelfs T, Tröger HD (1990) Ergebnisse rechtsmedizinischer Opfer/Täter-Untersuchungen nach Sexualdelikten. *Arch Kriminol* 185:19-26
36. Klopstein U, Schön C, Plattner T (2006) Sexuelle Gewalt. Rechtliche und praktische Konsequenzen. *Gynäkol. Prax.* 30:709-721
37. Laszig P, Gramatikov L (1997) Sexuelle Störungen. Online verfügbar in: Rudolf G (Hrsg.): *multimedica*, „Kompendium der Psychosomatik“. bsmedic: www.multimedica.de
38. Lourenco N, Lisboa M, Pais E (1997) *Violencia contra as mulheres (violence against women)*. Lisboa (zitiert n. Hagemann-White 2001)

39. Lundgren E, Heimer G, Westerstran J, Kalliokoski A-M (2001) Slagen Dam. Mäns Vald mot Kvinnor I Jämställda Sverige – en Omfångsundersökning. Umea. (zitiert nach Müller U und Schröttle M 2004)
40. Madea B, Mußhoff F (2009) K.o.-Mittel: Häufigkeit, Wirkungsweise, Beweismittelsicherung. Dtsch Ärztebl 106(20):341-7
41. McCauley J, Gorman RL, Guzinski G (1986) Toluidine blue in the detection of perineal lacerations in pediatric and adolescent sexual abuse victims. Pediatrics. 78(6):1039-43
42. McGregor MJ, Du Mont J, Myhr TL (2002) Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution ? Ann Emerg Med. 39(6):639-47
43. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Diagnose: Häusliche Gewalt-Leitfaden (www.frauengesundheit-nrw.de/ges-them/gewalt/O-Leitfaden.pdf).
44. Müller U, Schröttle M (2004) (Hrsg): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (www.bmfsfj.de)
45. Muram D (1989a) Anal and perianal abnormalities in prepubertal victims of sexual abuse. Am J Obstet Gynecol. 161(2):278-81
46. Muram D (1989b) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. Child abuse Negl. 13:211-6
47. Naeve W (1971) Körperliche Befunderhebung nach Sittlichkeitsdelikten. Kriminalistik. 25:340-43
48. Naeve W, Lohmann E (1973) Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten. Z. Rechtsmedizin. 72:79-99
49. Navratil F (1994) Gynäkologische Untersuchung nie aufzwingen. TW Gynäkologie 7 (5):277-281
50. Navratil F (1995) Sexuelle Ausbeutung von Mädchen, Problematik, Schwierigkeiten und Grenzen der klinischen Diagnose. Korasion 3:17-20
51. Palmer CM, McNulty AM, D`Este C, Donovan B (2004) Genital injuries in women reporting sexual assault. Sex Health 1:55-9

52. Penning R, Betz P (1992) Die körperliche Untersuchung des Opfers beim Vergewaltigungsvorwurf. Geburtsh. u. Frauenheilk. 52:59-61
53. Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfuertner M, Dugan E, Kindermann G (2003) Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in germany. Obstet Gynecol. 101:103-108
54. Peschers UM, Jundt K, Kindermann G (2003) Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft und Geburt nach sexuellem Missbrauch. Gynäkologe 36:25-27
55. Polizeiliche Kriminalstatistik Hamburg (LKA Hamburg) <http://www.pks-hamburg.de>
56. Püschel K, Seifert D, Heinemann A (2006) Rechtsmedizinische Hilfe für Gewaltopfer. die neue polizei 56(3):24-27
57. Ramin SM, Satin AJ, Stone IC Jr, Wendel GD (1992) Jr. Sexual assault in postmenopausal women. Obstet Gynecol 80 (5):860-64
58. Rauch E, Graw M (2003) Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch. Gynäkologe 36:18-24
59. Rauch E, Riedel-Reidemeister W, Spann W, Eisenmenger W (2002) Sexualdelikte 1987-1996. Eine Zehnjahresstudie an Hand ausgewerteter Ermittlungsakten. Kriminalistik 2:96-101
60. Rauch E, Weisenrieder N, Peschers U (2004) Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Deutsch Ärztebl 101 (40):A 2682-2688
61. Regan L, Kelly L (2003) Rape: still a forgotten Issue: briefing document for strengthening the linkages – consolidating the European Network Project. Child and Women Abuse Studies Unit, London Metropolitan University (for) Rape Crisis Network Europe, London
62. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM (2000) Analysis of 1076 cases of sexual assault. Ann Emerg Med. 35 (4):358-62
63. Römken R (1997) Prevalence of wife abuse in the Netherlands. Combining quantitative and qualitative methods in survey research. In: Journal of Interpersonal Violence, 1:99-125
64. Rothmund I (2004) Posttraumatische Belastungsstörungen in Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. In: Beckermann MJ, Perl FM (Hrsg), Schwabe Verlag, Basel

65. Sachs CJ, Chu LD (2002) Predictors of genitorectal injury in adult female victims of suspected sexual assault. *Acad Emerg Med* 9:146-151
66. 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*. 47:315-324
67. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrao P (2006) Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med* 13:300-303
68. Schröer J (2004) Tötungsdelikte mit sexuellem Bezug in Hamburg 1974-1998. Forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte. Püschel K (Hrsg), Verlag Dr. Kovac, Hamburg
69. Schröttle M (1999): Politik und Gewalt im Geschlechterverhältnis. Eine empirische Untersuchung über Ausmass, Ursachen und Hintergründe von Gewalt gegen Frauen in ostdeutschen Partnerschaften vor und nach der deutsch-deutschen Vereinigung. Bielefeld.
70. Schulz F, Püschel K (1999) Forensische Gynäkopathologie – Scheidenruptur durch „normalen“ GV?. *Gyn* 4(2):131-135
71. Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006a) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Dtsch Arztebl* 103(33) A 2168-73
72. Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröer J, Püschel K (2006b) Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin* 16(4):205-211
73. Seifert D, Heinemann A, Anders S, Schröer J, Sperhake J, Glet A, Püschel K (2007) Rezidivgewalt bei Opfern von Partnerschaftskonflikten aus rechtsmedizinischer Perspektive. *Arch Krim* 219(1+2):23-32
74. Seifert D, Heinemann A, Koch C, Franke B (2007) Modellprojekt zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt, Weisser Ring (Hrsg), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
75. Slaughter L, Broun CR, Crowley S, Peck R (1997) Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 176 (3):609-616
76. Spitzberg BH (1999) An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimisation and perpetration. *Violence Vict* 14:241-260

77. Spycher C, Bigler G, Dreher E (2004) Vergewaltigung: Untersuchte Fälle von 1987-2003 (Berner Modell). Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 44:176
78. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO (2004) Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. Am J Obstet Gynecol 190:71-6
79. Tinsley H (2002) Rape: The victim's perspective. J Fam Plann Reprod Health Care 28:117-120
80. Tröger HD, Albrecht K (2003) Vergewaltigung. In: Brinkmann B, Madea B (Hrsg) Handbuch Gerichtliche Medizin, Band 1, Springer Verlag, Heidelberg
81. Tschudin, S (2007). Erstbetreuung von Frauen nach sexueller und körperlicher Gewalt. gynäkol. prax. 31:105-115.
82. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A (2008) The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency ? Arch Dis Child 93:851-6
83. Wetzels P, Greve W, Mecklenburg E, Bilky W, Pfeiffer C (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg), Schriftenreihe, Bd. 105, Bonn
84. Wetzels P, Pfeiffer C (1995): Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und im privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (Hrsg.), KFN Forschungsberichte (37), Hannover
85. White C, McLean I (2006). Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. J Clin Forensic Med 13:172-180

8 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. K. Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, bin ich sehr dankbar für die Überlassung des Themas, seine umfassende Beratung, Unterstützung und vor allem Geduld bei der Durchführung dieser Arbeit.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg danke ich für die zuvorkommende Hilfsbereitschaft bei der Sichtung und Erfassung der Daten im Institut, namentlich Frau Dr. med. J. Schröer, Frau Dr. med. D. Seifert, Frau B. Franke, Herrn Dr. med. A. Heinemann, Herrn Dr. rer. nat. F. Wischhusen.

Herrn Prof. Dr. H.-P. Beck-Bornholdt gilt mein besonderer Dank für seine ausgeprägt kompetenten Ausführungen und praktischen Hinweise hinsichtlich einer Promotion in den Doktorantenseminaren und darüber hinausgehend vor allem für seine persönliche, unermüdlich aufbauende und ermutigende Unterstützung in allen Bereichen.

Bei Herrn Dr. med. H. I. Akkurt bedanke ich mich aus ganzem Herzen für seine geduldige Hilfsbereitschaft bei der Korrektur des Manuskripts.

9 Lebenslauf

02. 25.1956:	Geboren in Avdan/Türkei
September 1961:	Einschulung in Avdan
Juli 1972:	Abitur in Konya/Türkei
Dezember 1972:	Einreise in die BRD
März 1976:	Deutsches Abitur in Hamburg
August 1980:	Ärztliche Vorprüfung in Hamburg
März 1982:	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung in Hamburg
August 1983:	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung in Hamburg
November 1984:	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung in Hamburg
Oktober 1985:	Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit als Assistenzarzt in der Frauenklinik des allgemeinen Krankenhauses Altona/Hamburg
Seit 09.06.1993:	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
07.April 1994:	Einbürgerung in die Bundesrepublik Deutschland
29.April 1994:	Erhalt der Approbation
Dezember 2007:	Erhalt der türkischen Facharztanerkennung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
30. April 2008:	Anerkennung der Weiterbildung für Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

10 Erklärung

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

gez. Muammer Özkan Güzel