

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor Prof. Dr. Klaus Püschel

**Situationsbezogene Analyse klinisch-rechtsmedizinischer
Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa –
eine Follow-up-Studie**

DISSERTATION

zur

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

vorgelegt von

Julia Marie Siemer
aus Bremen

Hamburg 2010

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am 09.12.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. G. Romer

Prüfungsausschuss, dritte Gutachterin: Prof. Dr. U. Ravens-Sieberer

Inhaltsverzeichnis

	Seite
<u>1. Einleitung</u>	<u>4</u>
<u>2. Material und Methoden</u>	<u>14</u>
2.1 Die Entwicklung des Fragebogens	14
2.2 Das Auswertungsverfahren	17
2.3 Die Teilnehmer und das Verteilungsverfahren	18
<u>3. Ergebnisse</u>	<u>21</u>
3.1 Drei - Gruppenvergleich EU15, EU27, non-EU	23
3.1.1 Abschnitt A	23
3.1.2 Abschnitt B	25
3.1.3 Abschnitt C	32
3.1.4 Abschnitt D	35
3.2 Analyse der Antworten aus den deutschen Instituten für Rechtsmedizin	36
3.2.1 Abschnitt A	36
3.2.2 Abschnitt B	38
3.2.3 Abschnitt C	45
3.2.4 Abschnitt D	47
3.2.5 Abschnitt E	49
3.3 Globaler Vergleich der deutschen Institute mit den Instituten der EU15 Länder inklusive Norwegen und Schweiz	49
3.3.1 Abschnitt A	50
3.3.2 Abschnitt B	52
3.3.3 Abschnitt C	56
3.3.4 Abschnitt D	58
<u>4. Diskussion</u>	<u>59</u>
4.1 Struktur der rechtsmedizinischen Versorgung von Gewaltopfern	60
4.2 Rechtsmedizinische Einrichtung und angebotene Dienste zur Versorgung von Gewaltopfern	62
4.3 Gesetzliche und durch das öffentliche Gesundheitswesen bedingte Rahmenbedingungen	72
4.4 Ansätze und Strategien einer in die rechtsmedizinische Dienstleistung implementierbaren Sekundärprävention	76
<u>5. Zusammenfassung</u>	<u>82</u>
Anhang	85
Literaturverzeichnis	93
Danksagung	98
Erklärung	99

1. Einleitung

Die Untersuchung und Begutachtung von Verletzungen am Lebenden sind schon lange Bestandteil der klinischen Rechtsmedizin [Seifert et al. 2009]. Besonders in den Zeiten, in denen körperliche Gewalt in Europa und in allen anderen Teilen der Welt zunimmt – sowohl an Intensität als auch an Quantität der Opfer [Klopfstein et al. 2008], gewinnt die genaue Dokumentation und Begutachtung von gewaltbedingten Verletzungen an Bedeutung.

In der Literatur wird der Begriff „Gewalt“ mannigfaltig diskutiert und es wird keine einheitliche Definition gefunden [Wetzels 1997]. Die Definition der WHO trifft es für dieses Forschungsvorhaben am besten. Laut ihrer Definition lässt sich zwischenmenschliche Gewalt in einige Unterformen gliedern, die im Laufe dieser Arbeit immer wieder eine Rolle spielen werden [WHO 2002]:

- Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern: Diese Form wird normalerweise im häuslichen Umfeld der Betroffenen verübt, deswegen auch „häusliche Gewalt“ genannt, darunter fallen
 - Kindesmissbrauch (sowohl physisch, psychisch und sexuell)
 - Sexueller Missbrauch durch Intimpartner
 - Psychische Misshandlung und Vernachlässigung von Schutzbefohlenen
 - Misshandlung alter Menschen
- Von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehende Gewalt, die normalerweise außerhalb des Zuhauses der Betroffenen verübt wird, darunter fallen
 - Gewalt im öffentlichen Nahraum
 - Sexuelle Übergriffe durch Fremde

Besonders das Thema häusliche Gewalt wird in der Literatur viel diskutiert. So lassen sich unter anderem Definitionen wie folgende zu diesem Begriff finden:

- „Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen“ [Schwander 2003].

- „Gewalt im sozialen Nahraum umfasst schädigende interpersonale Verhaltensweisen, intendiert oder ausgeübt in sozialen Situationen, die bezüglich der beteiligten Individuen durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet sind“ [Godenzi 1994].

Opfer von Gewalt sind überwiegend weiblich oder unter 18 Jahren, deswegen wird im Folgenden häufig von Gewalt gegen Frauen und Kinder die Rede sein.

Zu erwähnen ist, dass auch Männer Opfer von Gewalt werden [Leugger 2005] und die Anzahl der Fälle von Gewalt gegen sie zunimmt. Sie sind jedoch seltener von sexueller oder häuslicher Gewalt betroffen, umso häufiger aber von sogenannter öffentlicher Gewalt („Gewalt im öffentlichen Nahraum“) [WHO 2003]. Darunter fallen unter anderem körperliche Auseinandersetzungen in der Öffentlichkeit mit und ohne Waffen.

„In der Bundesrepublik ist jede 3. Frau von Gewalt betroffen [...]“ [Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt 2002]. Laut Schätzungen der World Health Organisation (WHO) von 2002 ist weltweit jede 5. Frau von häuslicher Gewalt betroffen [WHO 2002].

Häusliche Gewalt betrifft Menschen jeder Altersstufe, Nationalität, ethnischer und religiöser Zugehörigkeit, Schichtzugehörigkeit und Bildungsstufe.“ [Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt 2002] Aber auch die Täter finden sich in allen sozialen Schichten, Altersstufen und Herkunftsländern [Leugger 2005].

Eine weitere Tatsache ist, dass die Täter von häuslicher und sexueller Gewalt in den meisten Fällen männlich sind und die Opfer oft in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Täter stehen [Wyss 2004 und Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt 2002]. Honig versucht in einer Arbeit von 1986 den fast ausschließlich aus Männern bestehenden Täterkreis damit zu erklären, dass Männer Gewalt oft als letztes Mittel einsetzen, um althergebrachte hierarchische Familienstrukturen aufrechtzuerhalten [Honig 1986].

Auch das Thema der Gewalt gegen Kinder soll in dieser Arbeit zur Darstellung kommen, da sie neben den Frauen am häufigsten von häuslicher Gewalt betroffen sind. Im Falle von Kindesmisshandlung besteht meistens gleichzeitige Gewalt gegen andere Teile der Familie. So ist es in Fällen von Kindesmisshandlungen durch den Vater wahrscheinlich, dass die Mutter ebenfalls misshandelt wird. Umgekehrt schadet Gewalt gegen Mütter

immer auch den Kindern, weswegen Frauen aus Gewaltverhältnissen schnellstmöglich befreit werden sollten, damit Kinder nicht mit dieser schädigenden Situation alleine bleiben. Aufgrund dieser Zusammenhänge sollte häusliche Gewalt als zentrale Rolle in alle Überlegungen zum Kinderschutz miteinbezogen werden [Kavemann 2000].

Dass Gewalt gegen Kinder leider einen großen Stellenwert in unserer Gesellschaft einnimmt, zeigt eine Umfrage des BMFSFJ, der zufolge 17% der befragten Eltern von Kindern unter 18 Jahren schwere Körperstrafen anwenden („Tracht Prügel“ „Po versohlen“) [BFSFJ 2003]. In Ostdeutschland wurden im Jahr 2002 Kinder und Jugendliche über ihre Gewalterfahrungen in der Familie befragt. 10% der befragten Kinder und Jugendliche fühlten sich in der Familie vernachlässigt [Sturzbecher 2002]. Auch Ärzte bestätigen die hohe Anzahl an offensichtlich misshandelten Kindern in der Praxis. 89,1% der pädiatrisch tätigen Ärzte in Brandenburg haben mindestens einen Fall von Gewalt gegen Kinder im Verlauf des Jahres 2003 gesehen. Insgesamt wurden 904 sichere und 945 Verdachtsfälle registriert [Ellsäßer u. Cartheuser 2006]. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit der Studie zum selben Thema aus Bayern [Kopecky-Wenzel et al. 2000 und 2000a].

Dass mit Gewalt gegen Kinder ein Teufelskreis beginnt, zeigen viele Studien: So werden Kinder, die Opfer von Gewalt geworden sind, später häufiger selber zu Tätern und Eltern, die in ihrer eigenen Kindheit Gewalt erfahren haben, wenden häufiger Gewalt gegen die eigenen Kinder an, als die Eltern, die keine Opfer elterlicher Gewalt geworden sind [Wetzels 1997]. Deswegen sollte besonders der Prävention von Gewalt gegen Kinder ein hoher Stellenwert zukommen.

Auch aus ökonomischer Sicht gewinnt das Thema Gewalt an Bedeutung.

Häusliche Gewalt beispielsweise richtet einen enormen volkswirtschaftlichen Schaden an, besonders im Gesundheitsbereich. Auch die Folgekosten, die aus ihr entstehen, zum Beispiel aufgrund von Arbeitslosigkeit, Invalidität oder psychischer Störung des Opfers, die einer Behandlung bedarf, belasten die Staatskassen. In Fällen von Gewalt ist daher meistens mit einem finanziellen Mehraufwand zu rechnen, der sich auch weit über den medizinischen Bereich hinaus erstreckt zum Beispiel in Form juristischer

Beratung oder eines Wohnungswechsels [Godenzi u. Yodanis 1998 sowie Brzank u. Hellbernd 2007].

Dass häusliche Gewalt in ihrem gesundheitlichen Ausmaß mit den Auswirkungen von Herz-Kreislauf Erkrankungen zu vergleichen ist und Frauen in den westlichen Industrieländern durchschnittlich eines von 5 gesunden Lebensjahren kostet [Hellbernd et al. 2003], ist ein weiterer Grund, weswegen es sich lohnt, sich genauer mit diesem Thema auseinander zu setzen.

Geschädigte wenden sich häufig als erstes an einen Arzt [Appelt u. Kaselitz 2000]. So hat mindestens einer von 10 Patienten, der eine Notaufnahme aufsucht, in den vergangenen 12 Monaten interpersonelle Gewalt erlebt [Hofner et al. 2005].

Weil Ärzte also in den meisten Fällen die ersten sind, die Opfer von Gewalt zu Gesicht bekommen und somit auch die Wunden und andere Verletzungen als erste unversorgt sehen, kommt der Ärzteschaft auch eine Schlüsselrolle in der Betreuung von Menschen mit Gewalterfahrung zu [Müller u. Schröttle 2004]. Sie sind diejenigen, die die Befunde so genau wie möglich dokumentieren müssen, damit keine Informationen verloren gehen [Klopstein et al. 2008].

Aber auch psychologisch gesehen sind besonders Opfer häuslicher Gewalt eine Herausforderung für jeden Arzt. Während Opfer öffentlicher Gewalt in der Regel ein Interesse haben, ihren Fall bekannt zu machen, fehlt dieses Interesse bei Opfern häuslicher Gewalt häufig aufgrund von Scham und Angst vor dem Täter. Oft werden hier die Verletzungen als unfallbedingt getarnt [Du Mont u. Parnis 2004]. Dies sollte der behandelnde Arzt erkennen und dann den Mut haben, das auch anamnestisch zu erfragen. Der behandelnde Arzt muss schnell in der Lage sein, ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen, denn Vertrauen ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich Opfer von Gewalt überhaupt in ärztliche Behandlung begeben [Appelt u. Kaselitz 2000]. In den seltensten Fällen ist das medizinische Personal, das mit Gewaltopfern zu tun hat, aber darauf spezialisiert, eine genaue Gewaltanamnese und eine korrekte und genaue Befunddokumentation durchzuführen. Deshalb werden Verletzungen oft nicht ordnungsgemäß oder lückenhaft dokumentiert, so dass sie später nicht oder nur eingeschränkt als Beweismittel in einem Strafverfahren verwendet werden können und

so ein Nachteil für das Opfer entsteht. An diesem Punkt sollte Forschung und Fortbildung ansetzen, mit dem Ziel, die Effektivität der ärztlichen Tätigkeit zu verbessern.

In den 70er-Jahren war das Thema „häusliche Gewalt“ zunächst eine Domäne der Sozialwissenschaften. Die Forschung widmete sich den Folgen dieser Gewaltform. Problematisch ist damals wie heute, dass die Betroffenen selten bereit sind, über das erlebte Gewaltereignis zu sprechen und daher die Datenerhebung äußerst schwer ist. Retrospektive Aktenauswertungen sind in der Regel nicht repräsentativ [Godenzi 1994]. In der Literatur finden sich durchaus Daten zur Häufigkeit von häuslicher Gewalt. So wurden zum Beispiel ab 1976 durch Gelles in den USA stichprobenartige Telefon-Interviews zum Thema häusliche Gewalt durchgeführt. Diese Studie zeigte, dass die Rate geringer körperlicher Schäden durch Partnergewalt in den Beobachtungsjahren 1975 bis 1985 zurückging, dann 1992 aber wieder zunahm. Schwere Übergriffe gingen zwischen 1975 und 1992 ebenfalls zurück [Gelles 2002]. Auch über die Verteilung in den sozialen Schichten und die Problematik der hohen Dunkelziffer von Fällen häuslicher Gewalt existieren bereits literarische Beiträge, wie zum Beispiel Umfragestudien aus Schweden und Frankreich. Deren Ergebnisse bestätigten, dass häusliche Gewalt in allen sozialen Schichten vorkommt und mit 35% der Fälle häufiger im eigenen Heim als in einem Haus einer anderen Person geschieht. In nur 15% der Fälle wurde die Gewalt bei der Polizei bekannt, in 81% der Fälle erlangte die Polizei keine Kenntnis von der Tat. Gleiche Ergebnisse erzielte auch die französische Studie zu häuslicher Gewalt. Opfer häuslicher Gewalt vermeiden in vielen Fällen die Anzeige aufgrund von Scham und Angst. Außerdem wurde widerlegt, dass Opfer von Partnergewalt häufiger aus sozial benachteiligten Schichten kommen [Lundgren 2002 und Jaspard et al. 2003].

Eine europaweite Befragung der Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV) hat gezeigt, dass es in manchen Ländern der EU noch keine Forschung zu zwischenmenschlicher Gewalt und Menschenrechtsverletzungen gibt und daher auch der Informationsbestand innerhalb der europäischen Staaten stark schwankt [Hamner et al. 2006].

Die Länder, in denen das Thema der zwischenmenschlichen Gewalt schon heute aktiv erfasst wird, haben sich im Bereich der Forschung bis jetzt auf empirische Sozialforschungen und den polizeilichen, zivilrechtlichen sowie strafrechtlichen Aspekt der zwischenmenschlichen Gewalt und der Interventionsgruppen konzentriert. Forschungen im medizinischen Bereich sind bis jetzt – unter anderem auch in Deutschland - noch sehr selten [Brzank u. Hellbernd 2007]. Aufgrund des hohen Aufkommens von Patienten, die offensichtlich Opfer von Gewalt geworden sind, müsste dem Verhalten von medizinischem Personal noch mehr Bedeutung zukommen, um gegebenenfalls allgemeine Fehler und auch Kostenfallen in diesem Bereich aufzudecken und zu beseitigen und die Arbeit in diesem Sektor effektiver zu gestalten [Leugger 2005].

Generell ist zu beobachten, dass die Wissenschaftler aus den medizinischen Bereichen mittlerweile zumindest erkannt haben, dass Forschung und die Bewertung der derzeitigen Situation, sowie der Austausch von Informationen für die Versorgung von Gewaltopfern und den Umgang mit Gewalt sehr wichtig sind, um eine bessere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen zu bewirken und damit die häusliche Gewalt auf indirektem Wege zu bekämpfen.

Vor 10 Jahren machte die „National Health Initiative on Domestic Violence“ einen Anfang in Sachen medizinischer Forschung. Durch sie wurde eine erstmalige Verbesserung der medizinischen Versorgung von Gewaltopfern erreicht. Mittlerweile hat sich der Mittelpunkt des klinischen Interesses etwas gewandelt: Während einige Jahre zuvor das Augenmerk eher auf die gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt gelegt wurde, widmet man sich heute immer mehr der Frage nach den Wirkungen der Interventionsmaßnahmen [Brzank u. Hellbernd 2007]. Solche Interventionsmaßnahmen können zum Beispiel Frauenhäuser, Sozialdienste, Telefonseelsorgen, Rechtsberatungen aber auch Täterprogramme (soziale Trainingskurse) sein, die den Täter in die Verantwortung nehmen. Für diese Tätermaßnahmen gibt es bereits Anzeichen, dass sie eine Verhaltensmodifikation bewirken können, die zu einer Verringerung von Gewaltanwendungen führt [Hagemann-White u. Kavemann 2004].

Neben vielen Experten aus den Fachbereichen der Medizin (Gynäkologen, Kinderärzten, Psychiatern ect.) nehmen besonders die rechtsmedizinischen Institute

und ihre Ärzte und Ärztinnen eine wichtige Position im Rahmen der interdisziplinären Versorgung von Gewaltopfern ein. Zwar ist der Anteil rechtsmedizinischer Arbeit in einem Fall von zwischenmenschlicher Gewalt vielleicht nicht immer der größte, dennoch übernimmt die Rechtsmedizin eine wichtige Brückenfunktion zwischen den anderen Interventionsstationen, die ein Gewaltopfer mit der Zeit durchläuft. Viel zu wenig ist bis dato erforscht, ob gerade die Rechtsmedizin ihre Möglichkeiten in der klinischen Versorgung von Gewaltopfern ausreichend nutzt und wie man diese noch verbessern kann. Hier soll diese Arbeit ansetzen:

Am Institut für Rechtsmedizin (IfR) der Universität Hamburg werden schon seit 1998 Opfer von Gewalt untersucht. 2003 wurde das Angebot erweitert und im Rahmen eines Modellprojektes ein medizinisches Kompetenzzentrum eingesetzt [Seifert et al. 2004]. Dieses Kompetenzzentrum fungiert bis heute als Ambulanz und untersucht sowohl Erwachsene als auch Kinder, bei denen der Verdacht auf Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch besteht.

Im Jahr 2000 veröffentlichte das Austrian Women's Shelter Network einen Artikel zur Prävention von Gewalt gegen Frauen, der von der europäischen Kommission „DAPHNE Initiative“ und dem österreichischen Ministerium für Soziales gefördert wurde [Appelt u. Kaselitz 2000].

Um die Versorgung von Gewaltopfern noch weiter zu verbessern und die Forschung auf diesem Gebiet voran zu treiben, beteiligte sich das IfR Hamburg 2003 bis 2005 an einer Gesundheitsstudie im Rahmen des „DAPHNE-Programms“ der Europäischen Kommission, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Gewalt gegen Frauen und Kinder in der Europäischen Union zu bekämpfen.

Das Ziel dieses vom „DAPHNE-Programm“ geförderten Projektes war es, den Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen rechtsmedizinischen Instituten zu verbessern und so einen Ansatz zu einer weiteren europäischen Standardisierung im Hinblick auf die Versorgung von Gewaltopfern herzustellen.

Durch die Sammlung von Daten bezüglich der Gewaltopferversorgung sollten Qualitätsstandards entworfen werden, um so mittelfristig die Struktur der Versorgung zu verbessern.

Im Rahmen dieses damaligen Projektes wurde 2003 und 2004 ein Fragebogen vom IfR in Hamburg und dem Sozialministerium Hessen erstellt, der eruieren sollte, wie sich die akute Versorgung von Gewaltopfern darstellt. Nicht die notfallmedizinische Versorgung stand zur Debatte, sondern die Rechtsstellung des Opfers und die Verknüpfung seiner rechtlichen und psychosozialen bzw. medizinischen Interessen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass es in vielen europäischen Ländern gerade die rechtsmedizinische Kompetenz ist, die an dieser Stelle Brückenfunktion übernimmt oder über die diese zumindest vermittelbar ist. Als ferneres Ziel wurde die Gründung einer internationalen Partnerschaft zwischen rechtsmedizinischen Instituten im Rahmen eines Präventionsnetzwerkes gesetzt, um die Standardisierung des rechtsmedizinischen Versorgungsangebotes auf diesem Sektor weiter voran zu bringen. Der erwähnte Fragebogen ermöglichte erstmals neben der Aufdeckung regionaler Unterschiede in der Gewaltopferversorgung einen gesamteuropäischen Vergleich bezüglich der oben genannten Thesen zum Thema Versorgung von Gewaltopfern. Anhand der Antworten konnten bereits damals Schlüsse auf Unterschiede in der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung in verschiedenen europäischen Ländern gezogen werden [Grassmann 2008]. Im Bezug auf die Verfügbarkeit des rechtsmedizinischen Dienstes stellte Grassmann in seiner Umfrage beispielsweise fest, dass diese in den traditionellen EU-Staaten (Beitritt in die EU vor 2003, im Folgenden EU15 genannt) und den non-EU-Staaten (Staaten ohne Mitgliedschaft der Europäischen Union) besser zu sein schien als in den neuen EU-Staaten (Beitritt in die EU nach 2003, im Folgenden EU27 genannt). Bereits damals spielte die psychische Gewalt eine nicht unwesentliche Rolle im Spektrum der zu versorgenden Gewaltopfer eines Rechtsmediziners (14% der damals teilnehmenden Institute). Verhältnismäßig gering war auch die Anzahl der Institute, die angaben, ebenso den psychischen Status eines Opfers wirklich beurteilen zu können (21,1% der damals antwortenden Institute).

In verschiedenen Ländern der Europäischen Union kam es in vergangenen Jahren zu teils sehr dynamischen Entwicklungen im Bereich der Opferschutz- Gesetzgebung (z.B. Wegweisungsrecht von schlagenden Partnern aus der gemeinsamen Wohnung). Die vorliegende Studie widmet sich nun der Frage, welche Entwicklung die klinische Rechtsmedizin im Verlauf der letzten 4-5 Jahre genommen hat und insbesondere,

welche konkreten Veränderungen in der Versorgung von Gewaltopfern zu beobachten sind. So wurde die Umfrage von 2003/2004 ab Herbst 2007 mit einem überarbeiteten Fragebogen des Institutes für Rechtsmedizin (IfR) in Hamburg wiederholt. Dieses Mal jedoch nicht mehr im Rahmen von Gesundheitsstudien des „DAPHNE-Programms“, sondern als eigenständige Untersuchung des IfR in Hamburg. Die Zielgruppendefinition für den Fragebogen wurden im Vergleich zu 2003/2004 erneuert, um herauszufinden, ob sich das Fragebogeninstrument auch für nicht typisch „rechtsmedizinische“ Institutionen, die sich mit der akuten Versorgung von Gewaltopfern befassen eignet, und ob diese damit aus dem rechtsmedizinischen Kontext heraus erreichbar sind. So wurden bei dieser Umfrage auch internationale Experten der forensischen Krankenpflege mit einbezogen.

Die Ziele dieser Studie orientieren sich an denen der Vorgängerstudie von 2003/2004. Es bot sich im Rahmen einer aktuellen Querschnittsanalyse die Möglichkeit, neue Themenschwerpunkte zu setzen.

- a) Spezielle Untersuchungsstandards bei Kindern
- b) Einbezogene Berufsgruppen im ggf. multidisziplinären Team, vor allem mit der Frage, inwieweit in Anlehnung an angloamerikanische Länder auch „Forensic Nurses“ in europäischen Ländern eine Rolle spielen.
- c) Stellung der klinischen Rechtsmedizin in der Fach- und Weiterbildung von anderen, potentiell mit Gewaltopfern arbeitenden Berufsfeldern.

Zusätzlich ermöglicht diese Follow-up-Studie durch den Vergleich der Querschnitte von 2003/2004 und dem dieser Studie eine Sicht auf die Entwicklungen der letzten Jahre. Ziel ist es, die ambulante Grundversorgung von Gewaltopfern noch weiter zu verbessern und die Durchführung der 2002 entworfenen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur effektiven weltweiten Gewaltprävention zu unterstützen bzw. voranzutreiben.

Mittelpunkt des Interesses waren folgende Themen:

1. Die deutschlandweite Entwicklung der klinischen Rechtsmedizin in den vergangenen 4-5 Jahren:

- Unterschiede in der rechtsmedizinischen Gewaltopferversorgung innerhalb Deutschlands
- Das Voranschreiten der Entwicklung von Standards und Leitlinien innerhalb Deutschlands

2. Die europäische Perspektive:

- Übereinstimmungen bzw. Abweichungen von Untersuchungsstandards in der klinischen Rechtsmedizin in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland.
- die Entwicklung neuer Aktions- bzw. Interventionsprogramme in anderen europäischen Ländern, die unter Beteiligung von rechtsmedizinischen Instituten ins Leben gerufen worden sind.
- Unterschiede in der Gewaltopferversorgung zwischen Instituten der alten, beziehungsweise traditionellen, (im Folgenden „EU15“ genannt) neuen EU-Mitgliedsstaaten (im Folgenden „EU27“) und Nicht-EU-Mitgliedsstaaten (im Folgenden „non-EU“)
- Speziell Untersuchungs- und Versorgungsstandards von bestimmten Opfergruppen, z.B. von Kindern, die Opfer von Gewalt geworden sind

Ausgehend von der lokalen Perspektive im Hamburger Institut für Rechtsmedizin war von besonderem Interesse, inwieweit sich das Hamburger Modellprojekt des „Kompetenzzentrums zur Untersuchung von Opfern von Gewalt“ an erfolgreichen Modellen in anderen Ländern orientieren kann. Wiederum war ein sekundäres Ziel die verbesserte Kommunikation über Grenzen hinweg, um das gemeinsame Lernen im Rahmen eines Kompetenznetzwerkes gerade im Fach Rechtsmedizin voran zu treiben.

2. Material und Methoden

2.1 Die Entwicklung des Fragebogens

Basierend auf dem Aufbau des Fragebogens der Vorgängerstudie von 2003/2004 wurde zunächst ein neuer Fragebogen entwickelt. Hierbei wurden mehrere Experten einbezogen, die teils aus dem Bereich der Rechtsmedizin, teils aus der Sozialpolitik stammten. Es wurde ein Pre- Test im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg durchgeführt. Im Gegensatz zum früheren Fragebogen wurden Fragenanteile zum behandelten Gewaltspektrum mehr in den Vordergrund gestellt und der Abschnitt über die Versorgung von Opfern sexueller Gewalt etwas ausführlicher gestaltet.

Der entworfene Fragebogen (siehe Anhang) soll darlegen, wie europäische Rechtsmediziner die gesundheitlichen Einflüsse der zwischenmenschlichen Gewalt einschätzen. Von besonderem Interesse sind dabei auch die Vielzahl der Vereinigungen von Rechtsmedizinern und der forensischen Krankenpflege, die sich ebenfalls zur Aufgabe gemacht haben, zwischenmenschliche Gewalt näher zu untersuchen.

Der Fragebogen besteht aus 5 Abschnitten (A-E), die jeweils ein Thema erfragen. Neben Multiple-Choice Fragen sind überall auch Abschnitte für eigene Kommentare eingebaut. Die Abschnitte sind wie folgt gegliedert:

- A – Struktur der rechtsmedizinischen Versorgung von Gewaltopfern
- B – Rechtsmedizinische Einrichtung und angebotene Dienste zur Versorgung von Gewaltopfern
- C – Gesetzliche und durch das öffentliche Gesundheitswesen bedingte Rahmenbedingungen
- D – Ansätze und Strategien einer in die rechtsmedizinische Dienstleistung implementierbaren Sekundärprävention
- E – Möglichkeit zur Abgabe freier Kommentare

2.1.1 Abschnitt A: Struktur der rechtsmedizinischen Versorgung von Gewaltopfern

Bei diesem ersten Abschnitt wird erfragt, ob das entsprechende rechtsmedizinische Institut überhaupt lebendige Gewaltopfer behandelt und untersucht. Im Falle einer positiven Antwort wird ebenfalls erfragt, seit wann diese Untersuchungen erfolgen, wie viele Fälle im Jahr bearbeitet werden und wie viele davon kindliche Opfer sind. Für den Fall, dass ein Institut diese Frage verneinen muss, gibt es die Möglichkeit, anzugeben, in welchem Zeitraum eine Erweiterung des rechtsmedizinischen Dienstes auf lebendige Gewaltopfer möglich erscheint. Die Beantwortung des Fragebogens wäre bei Negativantworten hier beendet (A1).

Weitere Komponenten des Fragebogens beziehen sich auf den Ort, an dem eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung stattfindet (Institut, Krankenhaus, Polizei und Interventionszentren) (A2) und darauf, welche Arten von Gewalt untersucht werden (körperliche, sexuelle, psychische Gewalt und andere Gewaltformen) (A3).

2.1.2 Abschnitt B: Rechtsmedizinische Einrichtung und angebotene Dienste zur Versorgung von Gewaltopfern

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Dokumentation und Begutachtung von Zeichen der Gewalt sowie Beweissicherung bei Untersuchungen von Gewaltopfern. Auch das genaue Vorgehen im Fall von sexualisierter Gewalt wird hier erfragt. Des Weiteren geht der Abschnitt auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen ein und fragt nach Überweisungsmanagement zu anderen ärztlichen Kollegen (B1).

Um Kontaktmöglichkeiten und Verfügbarkeit, bzw. Öffnungszeiten des ambulanten rechtsmedizinischen Dienstes geht es in einem weiteren Teil dieses Abschnitts (B2 und B3).

Wer berechtigt ist, eine rechtsmedizinische Untersuchung in Auftrag zu geben, erfragt der Teil B4.

Im Teil B5 dieses Abschnitts wird das Angebot von Schutzmaßnahmen zur Prävention von Gewaltereignissen in den Untersuchungsräumlichkeiten erfragt.

Teil B6 beschäftigt sich damit, inwieweit das Institut auch außerhalb der eigenen Räumlichkeiten Dienste anbietet und wie es diese Dienste anbietet. Hierbei werden zum Beispiel die Konsultationsmöglichkeiten des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes per Telefon oder über das Internet genannt.

Ob andere Fachdisziplinen und Berufsgruppen in die rechtsmedizinische Untersuchung integriert werden (zum Beispiel forensische Krankenpflege, Psychiater, Kinderärzte, Zahnärzte oder Sozialarbeiter), wird in Teil B7 erfragt.

2.1.3 Abschnitt C: Gesetzliche und durch das öffentliche Gesundheitswesen bedingte Rahmenbedingungen

In Spanien wurden 2004 neue Items zur Beurteilung von sexueller Gewalt formuliert. Diese Items werden nun in dem zu dieser Studie gehörenden Fragebogen angewendet und zur Beurteilung der gesetzlichen und gesundheitswissenschaftlichen Rahmenbedingungen genutzt.

Dieser Abschnitt beschäftigt sich im Einzelnen mit der politischen und finanziellen Unterstützung der ambulanten rechtsmedizinischen Versorgung (C1). Er erfragt auch, ob in den einzelnen Instituten schon Daten zur Wirkung von Gewalt auf die Gesundheit gesammelt wurden oder noch erhoben werden sollen und ob diese Daten eventuell zur Erstellung einer großen internationalen Datenbank zur Verfügung gestellt werden können. Im dritten und vierten Teil dieses Abschnitts geht es um die Deckung der anfallenden Kosten bei klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen durch Versicherungen (C3) und andere Kostenträger (C4). Der letzte Teil befasst sich mit einer eventuellen Berichtspflicht des jeweiligen Institutes gegenüber anderen Institutionen, zum Beispiel der Polizei, auch wenn das Opfer selbst die Untersuchung in Auftrag gegeben hat (C5).

2.1.4 Abschnitt D: Ansätze und Strategien einer in die rechtsmedizinische Dienstleistung implementierbaren Sekundärprävention

Im 4. Abschnitt des Fragebogens wollen wir herausfinden, wie die einzelnen Institute auf sich aufmerksam machen, bzw. für sich werben (D1). Hierbei wird besonders nach den

einzelnen Möglichkeiten gefragt, für sich zu werben, zum Beispiel mit Hilfe von gedrucktem Material oder allgemein durch Medien wie Rundfunk, Fernsehen oder das Internet. Außerdem erfasst dieser Fragebogenteil die Institutionen, die Gewaltopfer auf den klinisch-rechtsmedizinischen Dienst aufmerksam machen können, zum Beispiel Gesundheitsorganisationen, Frauenschutzzentren, Kriseninterventionszentren für Vergewaltigungsopfer, Anwälte, die Polizei oder auch das Gericht.

Ebenfalls befragt werden die angeschriebenen Institute darüber, ob sie in die Ausbildung von Studenten oder anderen Berufsgruppen involviert sind und ob sie Fortbildungen für andere Berufsgruppen oder Ärzte anbieten, die mit dem Thema der zwischenmenschlichen Gewalt zu tun haben (D2 und D3).

2.1.5 Abschnitt E: Möglichkeit zur Abgabe freier Kommentare

Hier interessiert uns speziell, ob andere Institute Möglichkeiten gefunden haben, die Rolle der ambulanten Rechtsmedizin und forensischen Krankenpflege zu optimieren und mit der eigenen Arbeit die Gewaltintervention und Prävention zu unterstützen beziehungsweise zu verstärken. Wird mit anderen nicht aus dem Gesundheitsbereich stammenden Berufsgruppen zusammengearbeitet? Auch zu dieser Frage können die einzelnen Institute freie Kommentare abgeben.

2.2 Das Auswertungsverfahren

Die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens unterscheiden sich in den verschiedenen Abschnitten.

Teilweise wird dem Leser die Möglichkeit gegeben, zwischen einem Kreuz bei „ja“ oder „nein“ zu wählen, wie es in Abschnitt A1, B2-B4, C3, C5 und D2 der Fall ist. Bei diesem Fragenmodus wird zwischen positiver Antwort („ja“), negativer Antwort („nein“) und der unbekanntem Antwort (kein Kreuz gesetzt) unterschieden. Da die Gründe für das Nicht-Setzen eines Kreuzes nicht erahnbar sind, kann dabei auch nicht von „Enthaltungen“ gesprochen werden. Im Folgenden werden diese nicht beantworteten Items also als „unbekannt“ gewertet.

Anders verhält es sich bei Fragen, bei denen ein Kreuz gesetzt werden kann oder nicht. Hierbei wird das Nichtsetzen eines Kreuzes als Negativantwort bewertet und es gibt dementsprechend nur zwei Möglichkeiten, die Frage zu bewerten – positive oder negative Antwort. Solche Fragenarten finden sich in den Abschnitten A2 und A3, B1, B5 - B7, C1, C2, C4, D1 und D3.

Abschnitt E bietet eine freie Fläche für Kommentare aller Art.

Schriftliche Kommentare innerhalb der einzelnen Fragenabschnitte wurden ebenfalls in die Datenbank aufgenommen und als Text behandelt. Alle lesbaren Kommentare wurden auch bei den Ergebnissen mit eingebracht.

Bei einem Teil des Abschnitts B1, in dem es um sexualisierte Gewalt und die folgenden Untersuchungen ging, ließen einige Institute ganze Fragenkomplexe unbeantwortet, da bei einer vorherigen Frage bereits angegeben wurde, dass diese nicht behandelt werden würde. Die entsprechenden Bögen wurden für diesen Komplex aus der Wertung genommen. Dabei verringerte sich die Gesamtzahl der Antworten im entsprechenden Fragenkomplex (siehe 3.1.2. und 3.2.2).

2.3 Die Teilnehmer und das Verteilungsverfahren

Insgesamt wurden 227 Institute für Rechtsmedizin und Experten für forensische Krankenpflege in Europa angeschrieben. Dabei wurden die Angeschriebenen ihren Ländern zugeteilt, welche wiederum 3 Gruppen von europäischen Staaten zugeteilt wurden.

Diese waren zum ersten die Gruppe der traditionellen EU-Staaten, deren Beitritt in die Europäische Union vor 2003 erfolgte beziehungsweise die Staaten die an der Gründung der EU beteiligt waren (im Folgenden EU15 genannt), zum zweiten die Gruppe der neuen EU-Staaten, deren Beitritt in die Europäische Union im Rahmen des EU27-Prozesses nach 2003 erfolgte (in der Folge als „EU27“ abgekürzt), sowie die Gruppe der Nicht-EU-Staaten (im Folgenden non-EU abgekürzt). Von den neuen EU-Staaten wurden keine Institute in Zypern und Bulgarien angeschrieben. Die genaue Unterteilung in EU15, EU27 und non-EU sowie eine Liste der Länder, aus denen Institute angeschrieben wurden, zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Staaten der angeschriebenen Institute (Anzahl der angeschriebenen Institute)

Traditionelle EU-Staaten (EU15) Beitritt vor 2003	Neue EU-Staaten (EU27) Beitritt nach 2003	Nicht-EU-Staaten (non-EU)
Österreich (5)	Rumänien (7)	Albanien (1)
Belgien (7)	Malta (1)	Kroatien (2)
Portugal (4)	Slowenien (1)	Island (1)
Dänemark (3)	Slowakei (11)	Russland (1)
Niederlande (4)	Litauen (2)	Serbien (1)
Finnland (6)	Lettland (1)	Schweiz (8)
Frankreich (22)	Estland (2)	Türkei (1)
Deutschland (39)	Polen (13)	Norwegen (2)
Großbritannien (10)	Tschechien (10)	
Griechenland (3)	Ungarn (9)	
Irland (2)		
Italien (31)		
Luxemburg (1)		
Spanien (7)		
Schweden (9)		

Die Phase der Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum vom 1. Oktober 2007 bis zum 18. März 2008. Zunächst wurden alle Institute auf dem Postweg angeschrieben. Sie erhielten ein persönliches Anschreiben sowie den achtseitigen Fragebogen. Im Falle, dass bis Anfang Dezember 2007 noch keine Antwort im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg eingegangen war, wurde das entsprechende Institut angerufen. Eventuelle Bitten, den Fragebogen erneut zu senden, wurden erfüllt und der Fragebogen per Fax oder Email nochmals verschickt. Danach erfolgte eine erneute Erinnerung per Email, in der der Fragebogen mit neuer Antwortfrist noch einmal angehängt wurde.

So erfolgten insgesamt jeweils 2 Erinnerungsanrufe und 2 Erinnerungsmails, ehe der Versuch, eine Antwort zu erhalten, aufgegeben wurde.

Die entsprechenden Adressen, Telefonnummern und Emailadressen entstammen dem Mitgliederverzeichnis der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (Supplement Heft 55), weiteren Adresslisten, die auf der 1. Berner Tagung für klinische Rechtsmedizin vom 31.08.2007 – 01.09.2007 im klinischen Spital Bern ausgelegt wurden, sowie der MS Access Datenbank der Vorgängerstudie von 2003/2004. Somit wurde gesichert,

dass die Institute, die 2003/2004 schon einmal teilgenommen hatten, wieder angeschrieben wurden.

Hinzu kamen noch 10 Adressen von Experten für „forensische Krankenpflege“ (Forensic Nursing) in Europa, die in zahlreichen EMailkontaktaufnahmen über die „International Association of Forensic Nurses“ ermittelt wurden.

Die eingegangenen Antworten wurden in einer Microsoft Excel Datenbank eingetragen und später in einer SPSS 15.0 Anwendung für Windows deskriptiv analysiert (nicht-parametrische Testverfahren bei Ländergruppenvergleichen, insbesondere Wilcoxon-Test und Chi- Square- Test, Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 0,05$). Es wurde keine Korrektur für multiples Testen nach Buonferroni durchgeführt.

Bei der Befragung wurden sowohl die Ergebnisse der 3 Gruppen untereinander verglichen, als auch ein gezielter Blick auf die deutschen Ergebnisse geworfen. Des Weiteren wurden die Antworten der deutschen Institute mit denen der Teilnehmer der EU15 Gruppe verglichen und statistisch geprüft.

3. Ergebnisse

Der Fragebogen wurde an 227 Institute in 33 Länder verschickt, sowohl an Mitglieder, als auch an Nichtmitglieder der Europäischen Union (siehe Tabelle 1). Die 203 Adressen der Institute, die bereits 2003/2004 angeschrieben wurden, wurden – soweit noch aktuell - auch bei dieser Umfrage wieder verwendet.

Die Gesamtanzahl der angeschriebenen Institute setzt sich zusammen aus 154 Instituten in den EU15 Staaten, 56 Institute in den EU27 Staaten und 17 Institute aus non-EU Staaten (siehe Diagramm 1).

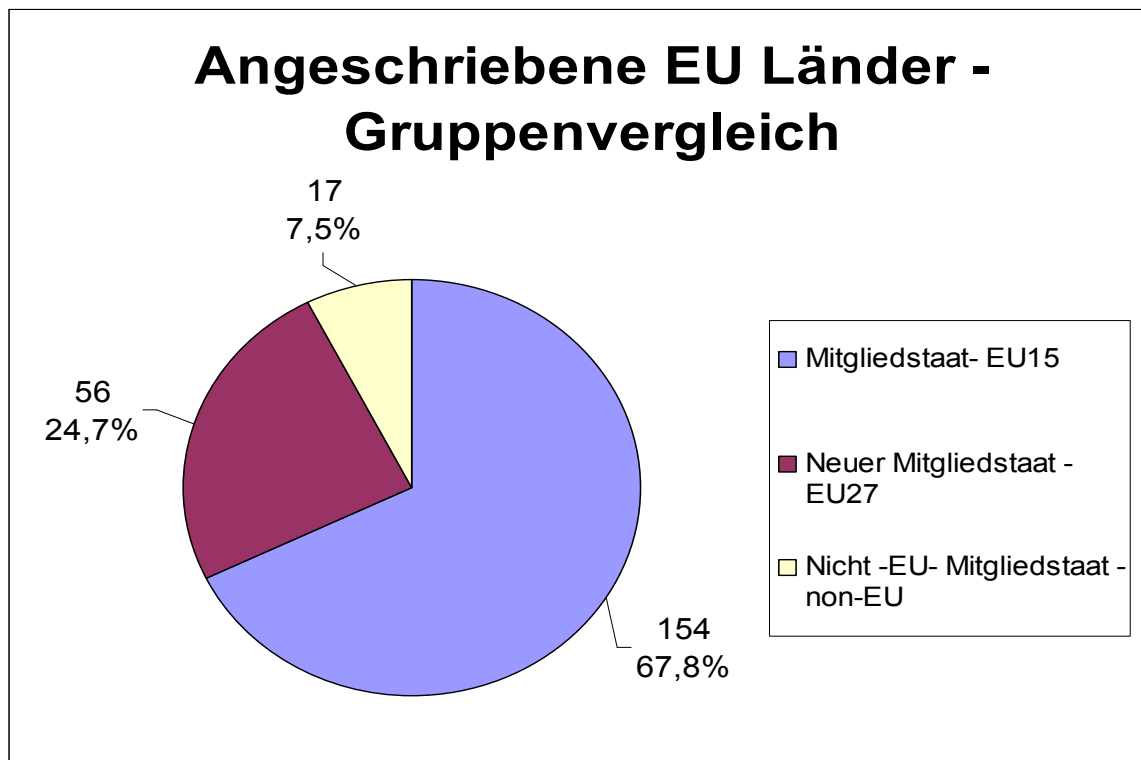


Diagramm 1: Angeschriebene EU Länder im Gruppenvergleich (n=227)

Von allen versendeten Fragebögen wurden 94 an das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg zurückgeschickt. Das entspricht 41,4% der angeschriebenen Institute. Von den 94 zurückgesendeten Antworten erreichten uns 56 Antwortbögen von Teilnehmern, die bereits 2003/2004 an der Vorgängerstudie teilgenommen haben. Im Vergleich zur Umfrage 2003/2004 ist festzustellen, dass rund 60% der Institute, die schon 4 Jahre früher geantwortet haben, wieder an der Umfrage teilgenommen haben. Die

Entwicklung gibt Tabelle 2 wieder. Eine Übersicht über die angeschriebenen Institute in den einzelnen Ländern und die gültigen Antworten gibt Tabelle 3.

Tabelle 2: Anteil der Institute, die an beiden Umfragen teilgenommen haben

Teilnahme an beiden Surveys-Längsschnitten 2003/2004 und 2007/2008	EU15	EU27	Non-EU	Gesamt
JA	43	8	5	56
% von JA	60,6%	53,3%	62,5%	59,6%
NEIN	28	7	3	38
% von NEIN	39,4%	46,7%	37,5%	40,4%
GESAMT	71	15	8	94

Tabelle 3: Angeschriebene Länder (gültige Antworten / Gesamtantwortzahl aus dem Land)

	<u>Traditionelle EU-Staaten (EU15)</u>	<u>Neue EU-Staaten (EU27)</u>	<u>Nicht-EU-Staaten (non-EU)</u>
	Österreich (2/2)	Rumänien (2/2)	Albanien (0)
	Belgien (3/3)	Malta (0)	Kroatien (0/1)
	Portugal (2/2)	Slowenien (1/1)	Island (0)
	Dänemark (2/2)	Slowakei (2/2)	Russland (0)
	Niederlande (1/2)	Litauen (0)	Serbien (0)
	Finnland (1/1)	Lettland (1/1)	Schweiz (6/6)
	Frankreich (12/12)	Estland (1/1)	Türkei (0)
	Deutschland (30/30)	Polen (5/5)	Norwegen (1/1)
	Großbritannien (1/2)	Tschechien (2/2)	
	Griechenland (1/2)	Ungarn (1/1)	
	Irland (0)		
	Italien (7/9)		
	Luxemburg (0/1)		
	Spanien (1/1)		
	Schweden (2/2)		
GESAMT	65 / 71	15 / 15	7 / 8
Summe 87 / 94			

Von allen an das IfR in Hamburg zurückgesendeten Antworten gaben 87 Institute an, grundsätzlich auch klinische Rechtsmedizin anzubieten (Fragenabschnitt A1), das

entspricht 92,6% aller eingegangenen Antworten. Dabei entfielen 65 Antworten auf die EU15 Mitgliedsstaaten, 15 auf die EU27 Gruppe und 7 auf die non-EU Gruppe.

Der Abschnitt A1 wurde als limitierender Faktor für die Weiterbeantwortung des Fragebogens angesehen. Die 7 negativen Antworten (7,4%) wurden nicht weiter in die weitere Auswertung aufgenommen.

Im Folgenden werden in drei Ergebnisabschnitten zuerst die Gruppen EU15, EU27 und non-EU verglichen (siehe 3.1.). Es folgen eine detaillierte Ergebnisansicht der deutschen Institutsantworten (siehe 3.2.) und ein Vergleich der deutschen Antworten mit denen der EU15 Gruppe, also den traditionellen EU-Staaten (siehe 3.3.).

3.1 Drei - Gruppenvergleich EU15, EU27, non-EU

In diesem Ergebnisabschnitt soll eine globale Übersicht über die Ergebnisse der Umfrage gegeben und einige wichtige Punkte des Fragebogens betrachtet werden.

3.1.1 Abschnitt A

Im Abschnitt A1 wurde allen Instituten, die angaben, klinische Rechtsmedizin anzubieten, ebenfalls die Möglichkeit gegeben, weitere Angaben zu machen. Hierbei wurde nach dem Beginn der klinisch-rechtsmedizinischen Tätigkeit am entsprechenden Institut, sowie nach der Anzahl der Fälle pro Jahr und die Anzahl der Untersuchungen von Kindern unter 14 Jahren gefragt. Von 87 Instituten machten 63 Angaben zur Gründungszeit der klinisch-rechtsmedizinischen Tätigkeit. Die Verteilung auf grobe Zeiträume zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Frage „Seit wann wird an Ihrem Institut klinische Rechtsmedizin angeboten?“

klinische Rechtsmedizin seit	Anzahl	Prozent
2000 oder später	3	4,8
1990 oder später	24	38,1
vor 1990	36	57,1
Gesamt	63	100

Auf die Frage nach den Fallzahlen gaben 79 der 87 Institute eine Antwort (90,8%). Es gab die Möglichkeit, eine Freitextantwort zu geben. Welche Angaben die Institute machten, zeigt kategorisiert die Tabelle 5.

Tabelle 5: Anzahl der Fälle an den Instituten

Anzahl der Patienten	Anzahl der Antworten	Prozent
bis 25/ Jahr	9	11,4
25-100/ Jahr	20	25,3
100 - 1000/ Jahr	35	44,3
>1000/ Jahr	15	19
Gesamt	79	100

69 der 87 Institute machten auch Angaben über ihre Fallzahlen mit Kindesbeteiligung (79,3%). Die Verteilung zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Kinderfallzahlen an den Instituten

Anzahl der Kinder	Anzahl der Antworten	Prozent
bis 25/ Jahr	36	52,2
25-100/ Jahr	20	29
100 - 1000/ Jahr	11	16
>1000/ Jahr	2	2,9
Gesamt	69	100

Die Frage nach dem Gewaltspektrum (A3) zeigte eine deutliche Mehrheit an Fällen von körperlicher und sexueller Gewalt. So gaben 86 von 87 Instituten an, Fälle von körperlicher Gewalt zu untersuchen (98,8%). Sexuelle Gewalt untersuchen 82 der 87 teilnehmenden Institute (94,3%). Nur 16 Institute bejahten, auch psychische Gewalt zu untersuchen (18,4%). 14 Institute gaben an, auch andere, auf dem Fragebogen nicht genannte Formen von Gewalt, zu untersuchen. Dabei wurden besonders die Untersuchung von Gefängnisinsassen, vernachlässigten Kindern und Alten genannt, aber auch Begutachtungsuntersuchungen für andere Institutionen. Diagramm 2 zeigt die prozentuale Verteilung des Gewaltspektrums auf die drei Gruppen.

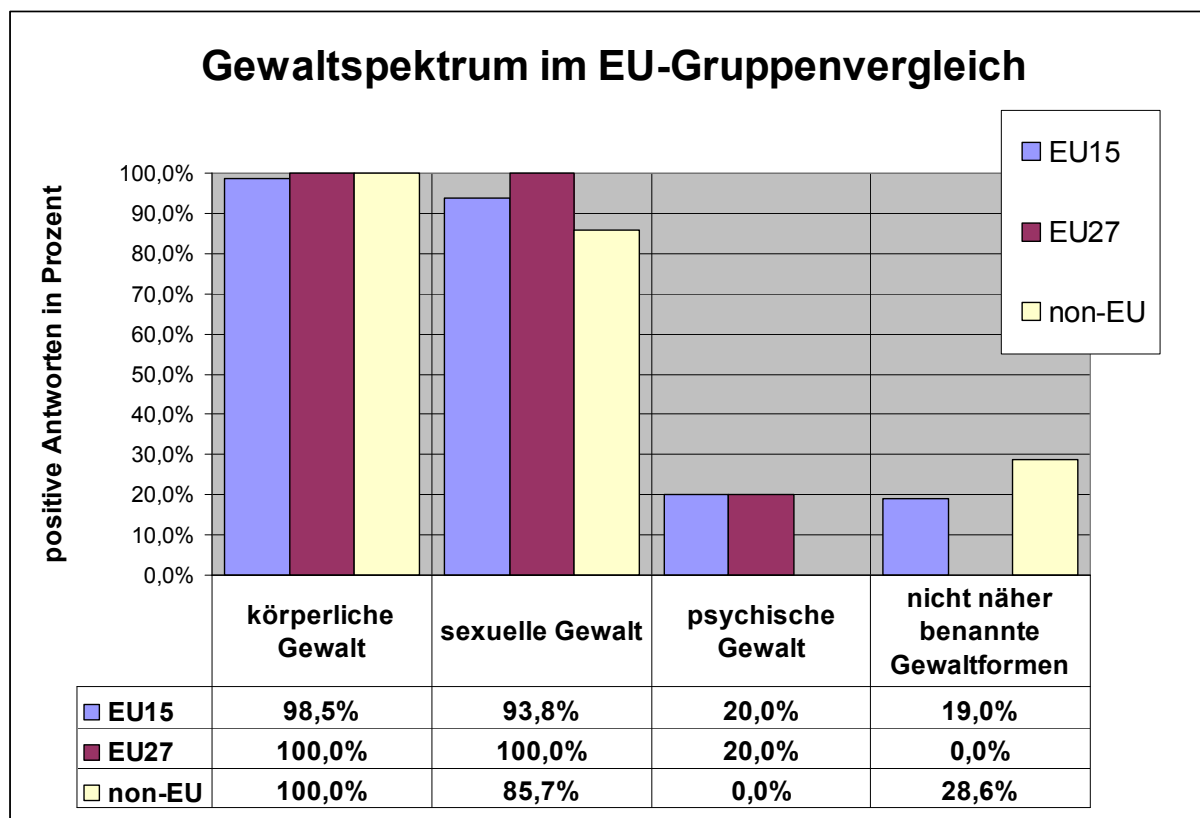


Diagramm 2: positive Antworten der drei Gruppen auf die Untersuchung von verschiedenen Gewaltformen (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

3.1.2 Abschnitt B

Abschnitt B, als der längste Abschnitt des Fragebogens, erfragt die angebotenen Dienstleistungen zur Versorgung von Gewaltopfern.

Der Teil B1 beschäftigt sich unter anderem mit den Angeboten zur Bewertung des psychischen Status eines Opfers. 27 von 87 Instituten (31%) gaben an, darauf eingestellt zu sein und eine Erhebung des psychischen Befindens vornehmen zu können, 60 (69%) verneinten diese Frage.

Im folgenden Fragenkomplex ging es um sexualisierte Gewalt und die darauf folgenden gynäkologischen Untersuchungen. Da schon in Abschnitt A3 (siehe 3.1.1) nur 82 der 87 teilnehmenden Institute angaben, dass sexualisierte Gewalt zu ihrem untersuchten Gewaltspektrum gehört, reduziert sich in diesem Fragenteil von B1 die Teilnehmerzahl von 87 auf 82.

So ergab sich Folgendes: 45 von 82 Instituten gaben an, für die gynäkologische Untersuchung rechtsmedizinisches Personal abzustellen (54,9%), 27 verneinten dies (32,9%). Keine Angaben machten bei dieser Frage 10 Institute und wurden somit als „unbekannt“ gewertet (12,2%).

Die gynäkologische Untersuchung im interdisziplinären Team, also mit einem Gynäkologen zur Vervollständigung der Untersuchung, bieten 57 von 82 Instituten an (69,5%), 22 tun dies nicht (26,8%). Dabei erfolgt die extragenitale Untersuchung durch den Rechtsmediziner und die gynäkologische Untersuchung sowie die Probenentnahme für eventuelle DNA-Analysen durch den Gynäkologen. Es gab 3 Institute, die bei dieser Frage keine Angaben machten und als „unbekannt“ gewertet werden mussten (3,7%).

Was die Möglichkeiten der kolposkopischen Untersuchung angeht, so ist diese bei 32 von 82 Instituten prinzipiell möglich (39%), bei 37 Instituten nicht (45,1%). 13 Institute wurden als unbekannt bewertet, da sie keine Angaben machten (15,9%).

Ein weiterer sehr wichtiger Bereich der klinisch-rechtsmedizinischen Dienstleistung stellt das Screening auf sexuell übertragbare Krankheiten (sexual transmitted infections = STI's) dar. Prinzipiell möglich ist dieses Screening bei 37 Instituten (45,1%), nicht möglich bei 31 Instituten (37,8%), 14 Institute machten dazu keine oder nicht auswertbare Angaben (17,1%). Den prozentualen 3-Gruppen-Vergleich bezüglich des Screenings zeigt Diagramm 3.

Das Screening wird bei Opfern sexueller Gewalt durchgeführt und umfasst eine Postexpositionsprophylaxe gegen HIV, Hepatitis B und Hepatitis C. Zusätzlich wird ein Schwangerschaftstest durchgeführt, bei Bedarf Notfallkontrazeptiva verabreicht und über einen eventuellen Schwangerschaftsabbruch aufgeklärt und beraten, Risiken einer möglichen HIV- oder Hepatitisinfektion werden erläutert, sowie einen serologischen HIV bzw. Hepatitis B und C Test durchgeführt.

Bei den Antworten aus der Non-EU-Gruppe zeigte sich ein hoher Anteil an Antworten aus den schweizer Instituten. Der Grund für den geringen prozentualen Anteil der positiven Antworten aus der EU27-Gruppe bleibt zu diskutieren.

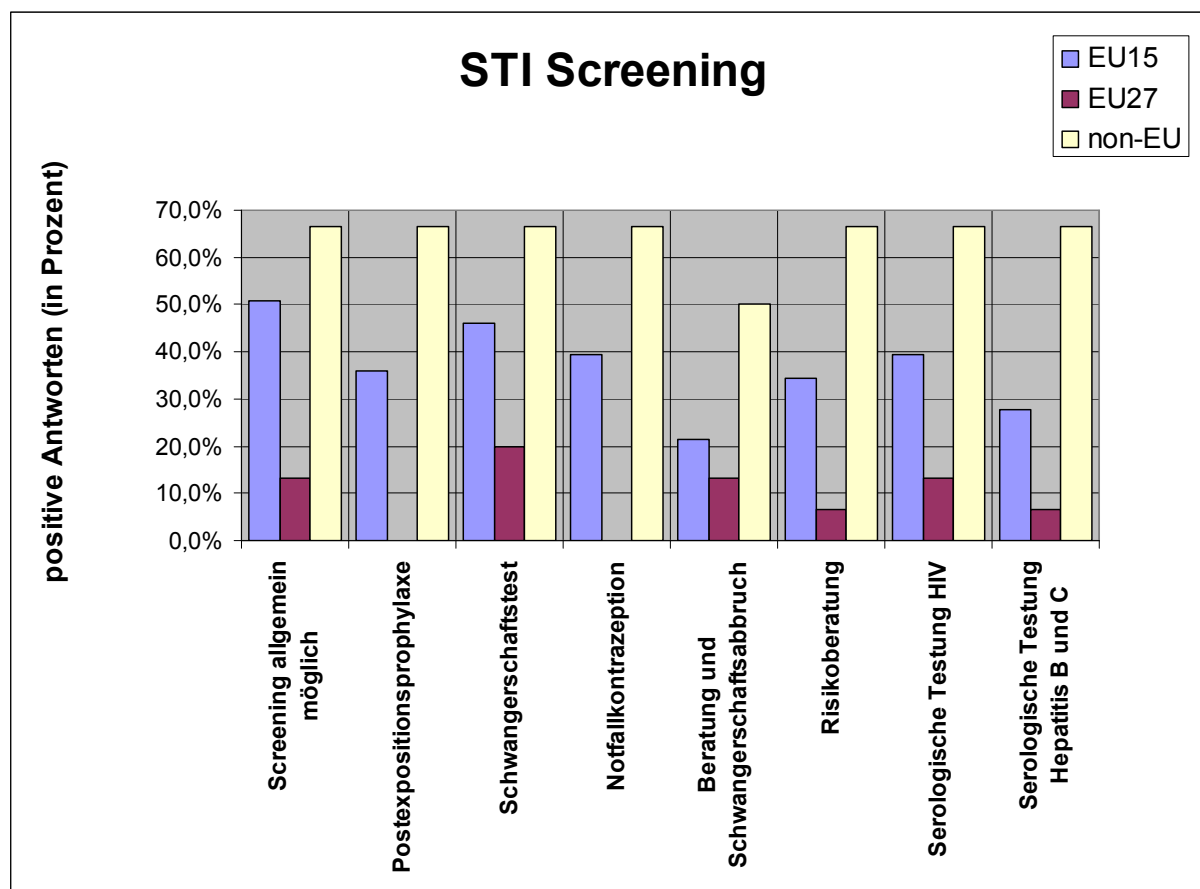


Diagramm 3: Angebot des STI Screening in den 3 Gruppen (EU15 n=61, EU27 n=15, non-EU n=6)

Im Bezug auf die Untersuchung von Kindern, stellten wir die Frage, ob pädiatrisch-gynäkologische Untersuchungen in den jeweiligen Instituten möglich seien und bekamen eine positive Antwort von 69 Instituten (84,1%), 5 verneinten die Frage (6,1%) und 8 waren als „unbekannt“ zu bewerten, da keine Angaben gemacht wurden (9,8%). (Siehe Tabelle 7)

Tabelle 7: Frage: „Ist eine pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung in Ihrem Institut prinzipiell möglich?“

Pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung möglich?	EU15	EU27	non-EU	Gesamt
JA	53	12	4	69
NEIN	1	2	2	5
unbekannt	7	1	0	8
Gesamt	61	15	6	82

Die kolposkopische Untersuchung eines Kindes ist laut Angaben der Institute in 31 Fällen möglich (37,8%), in 35 nicht (42,7%). Hier gab es 16 als „unbekannt“ zu bewertende Antworten ohne jegliche Angaben (19,5%).

In 42 Instituten kann eine pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung durch ausgebildetes rechtsmedizinisches Personal erfolgen (51,2%), in 27 Instituten verneinte man diese Frage (32,9%). Die Antworten von 13 Instituten wurden, mangels Angaben, als „unbekannt“ bewertet (15,9%).

Die Mehrheit der Institute - nämlich 53 - arbeitet im Zusammenhang mit Kindern mit einem Spezialisten zusammen und führt die pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung in Kooperation durch (64,6%), 18 der Institute antworteten, sie würden dies nicht tun (22%). 11 Institute machten keine Angaben (13,4%).

Des Weiteren wurde nach der Überweisungspolitik der einzelnen Institute gefragt. So gaben 72,4% aller Institute an, Gewaltopfer nach einer Untersuchung an andere Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten (EU15 70,8%, EU27 66,7%, non-EU 100%). Als solche Gesundheitseinrichtungen wurden zum Beispiel Trauma-Krisen-Interventionszentren, Gynäkologen, Radiologen und Infektiologen genannt.

52,9% der Institute überweisen ihre Patienten nach der Untersuchung an Opfer- und Rechtshilfen, wie zum Beispiel Sozialdienste, Frauenhäuser und Rechtsberatungen (EU15 55,4%, EU27 33,3%, non-EU 71,4%).

Im Teil B2 und B3 wurde nach der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des ambulanten rechtsmedizinischen Dienstes gefragt. Untersuchungen nach Terminvereinbarungen werden bevorzugt. 52 Institute (59,8%) antworten in diesem Teil der Frage mit „ja“, während nur 36 Institute bestätigen (41,4%), auch ohne Terminvereinbarung einen Dienst anzubieten. Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Institute versucht, telefonische Erreichbarkeit zu garantieren, ohne dabei auf Anrufbeantworter zurückzugreifen. 56 Institute (64,4%) bieten einen persönlichen Kontakt am Telefon zu jeder Zeit, 2 von 87 Instituten (2,3%) stellen einen Anrufbeantworter bereit, um Telefonate entgegenzunehmen. Die Anzahl der positiven Antworten in den einzelnen Gruppen zeigt Diagramm 4.

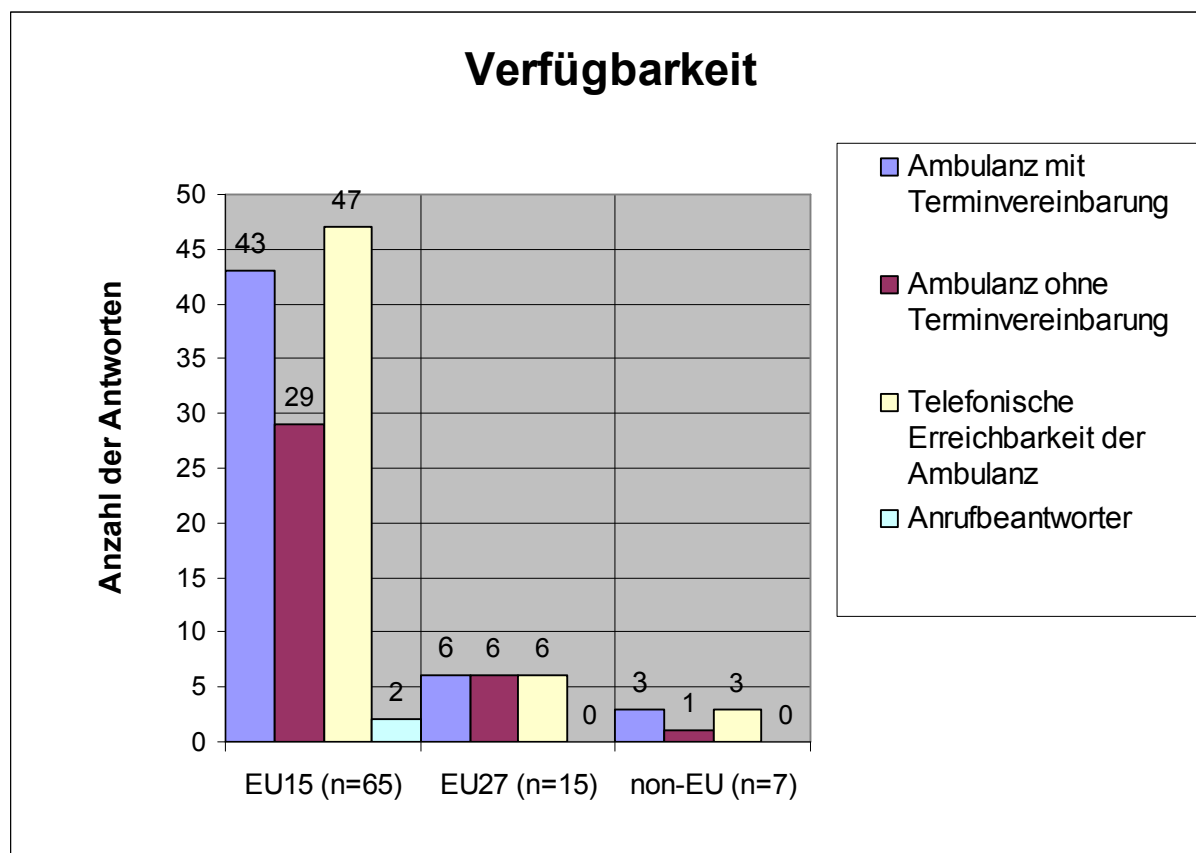


Diagramm 4: Verfügbarkeit des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

Bei den Öffnungszeiten lässt sich eine Entwicklung zum „Rund-um-die-Uhr-Service“ feststellen. Viele Institute sind 7 Tage die Woche und 24 Stunden täglich erreichbar und bieten stets einen Bereitschaftsdienst. 65 von 87 Instituten (74,7%) sind 7 Tage in der Woche erreichbar. 62 Institute bieten den ganzen Tag ihre Dienste an (71,3%). Nur werktags - also nur montags bis freitags - stehen hingegen nur 15 Institute bereit für Untersuchungen an Gewaltopfern (17,2%), zu normalen Bürozeiten sind es nur noch 12 (13,8%). Illustriert werden diese Informationen im Drei-Gruppenvergleich in Diagramm 5.

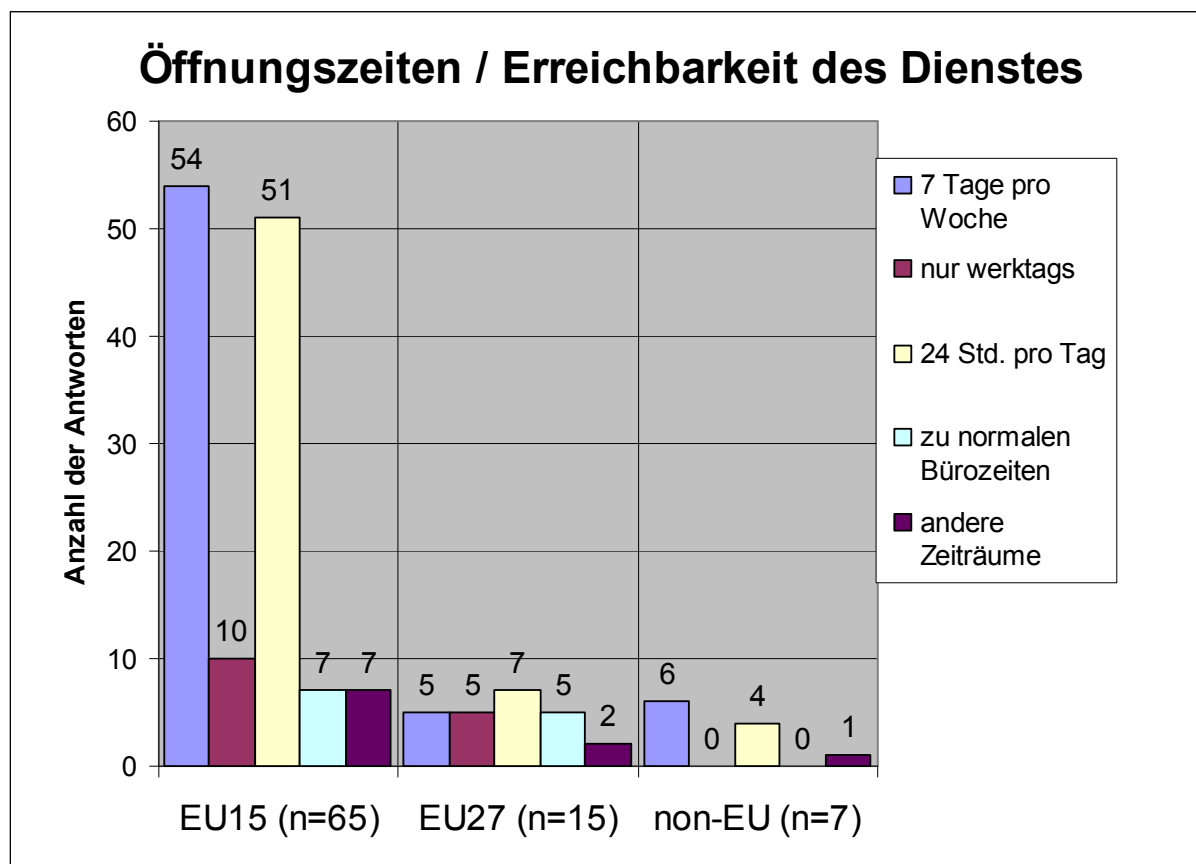


Diagramm 5 - Öffnungszeiten des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

Ein weiterer Punkt des Fragebogens war, wer genau eine rechtsmedizinische Untersuchung veranlassen kann (B4). Dieser Abschnitt soll unter anderem hervorzuheben, ob das Opfer selber auch das Recht hat, dies zu tun oder ob es erst andere Institutionen - zum Beispiel die Polizei - hinzuziehen muss. Dabei kam heraus, dass 54 Institute (62,1%) auch dem Opfer selber die Untersuchung anbieten (EU15 69,2%, EU27 53,3%, non-EU 14,3%), bei 29 Instituten können Opfer nicht direkt eine Untersuchung beantragen (33,3%). Die Antworten von 4 Instituten wurden als unbekannt gewertet, weil keines der möglichen Kreuze auf dem Fragebogen gesetzt wurde (4,6%). 41 der Institute gaben an, ein Gewaltopfer müsse erst die Polizei verständigen, ehe man ihm eine Untersuchung anbieten könne (47,1%). (Siehe Diagramm 6). Da insgesamt 87 Institute antworteten, kommt es hier zu einem Widerspruch mit der Summe der Antworten von hier 96. Dies ist damit zu begründen, dass einige Institute beide Antwortmöglichkeiten positiv bewerteten.

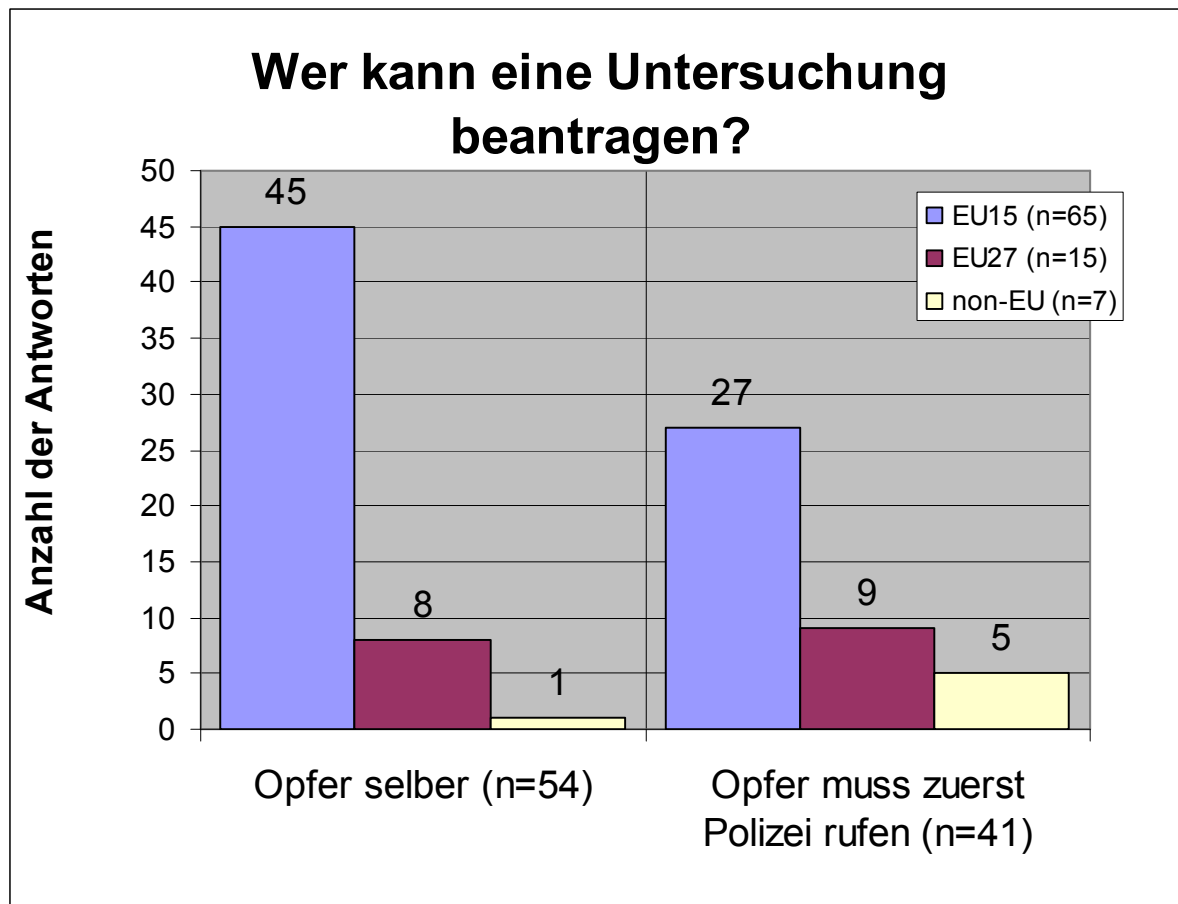


Diagramm 6 – Frage: „Kann ein Gewaltopfer selber eine Untersuchung in Auftrag geben?“ (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

Als abschließenden Punkt von Abschnitt B (B7) wurde erfragt, inwieweit andere Fachgebiete zu einer rechtsmedizinischen Untersuchung hinzugezogen werden. Das Ergebnis zeigt Diagramm 7. Angegeben sind dort jeweils die Anzahl der mit „ja“ angekreuzten Items des Fragebogens. Da ursprünglich auch das Thema „Forensische Krankenpflege“ in die Studie mit einfließen sollte, wurde besonderes Augenmerk auf diesen Punkt der Fragestellung gelegt. Es erreichte uns jedoch nur von 5 Instituten die Nachricht, dass auch forensische Krankenpflegekräfte bereit gestellt werden, um an der Untersuchung mitzuwirken. Davon kamen 4 Antworten aus den Instituten der EU15 Gruppe und eine von einem Mitglied der non-EU Gruppe.

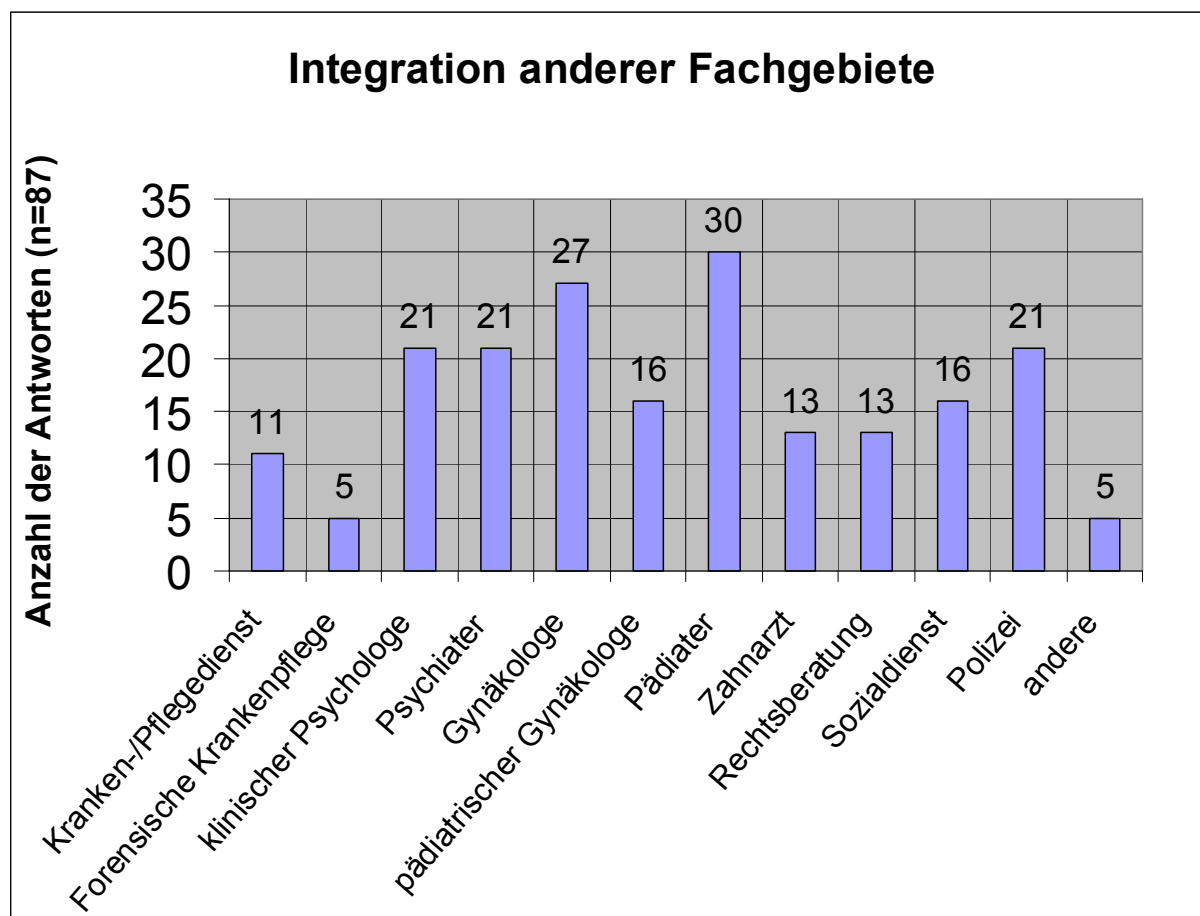


Diagramm 7: Interdisziplinäre Dienstleistungen im klinisch-rechtsmedizinischen Institut (n=87)

3.1.3 Abschnitt C

Dieser Abschnitt betrachtet die gesetzlichen und gesundheitswissenschaftlichen Rahmenbedingungen einer klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchung. Die erste Frage, die in diesem Abschnitt betrachtet werden sollte, beschäftigt sich damit, welche Rechtsvorschrift, behördliche Weisung oder sonstige administrative Regelung eine rechtsmedizinische Untersuchung stützt. Bildlich dargestellt ist die Zusammensetzung der Antworten in Diagramm 8. So gab die Mehrheit von 37 der 87 Institute an, eine gesetzliche Vorschrift als Grundlage für die Untersuchung zu haben, das entspricht 42,5%.

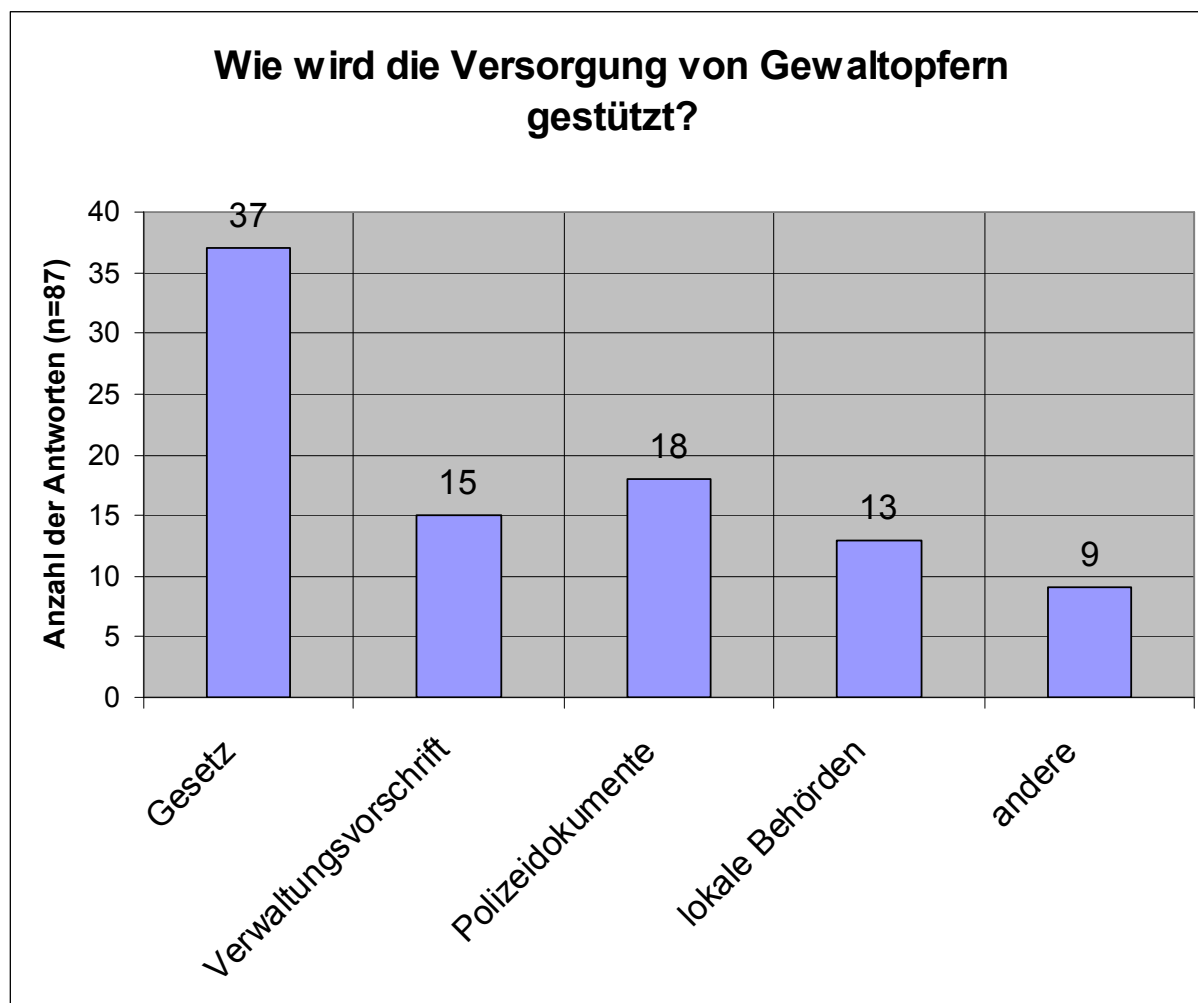


Diagramm 8 – Frage „Wodurch wird die rechtsmedizinische Versorgung von Gewaltopfern administrativ gestützt?“ Als „andere“ wurden zum Beispiel Zentren für Vergewaltigungsopfer, Justiz- und Sozialbehörden und andere Ärzte genannt. (n=87)

Auf die Frage, ob, und wenn ja, welche Versicherungen die Kosten einer rechtsmedizinischen Untersuchung decken, antworteten 22 Institute, dass die gesetzliche / staatliche Krankenversicherung die Kosten dafür trage (25,3%), 51 Institute gaben an, dass diese die Kosten nicht übernehme (58,6%). 14 setzten bei dieser Frage gar kein Kreuz und wurden als unbekannt gewertet (16,1%).

Durch private Krankenversicherung werden nur in 11 von 87 Instituten die Kosten gedeckt (12,6%), 59 verneinten diese Frage (67,8%), der Rest von 17 Instituten machte keine verwertbaren Angaben (19,5%).

Die Sozialversicherung spielt, laut den eingegangenen Antworten der Institute, eine noch unwichtigere Rolle. Nur 6 von 87 Instituten bejahten, dass die Sozialversicherung

die Kosten für eine Untersuchung übernehmen (6,9%), 61 verneinten dies (70,1%) und 20 wurden, aufgrund mangelnder Angaben, als unbekannt gewertet (23%). (Siehe Diagramm 9)

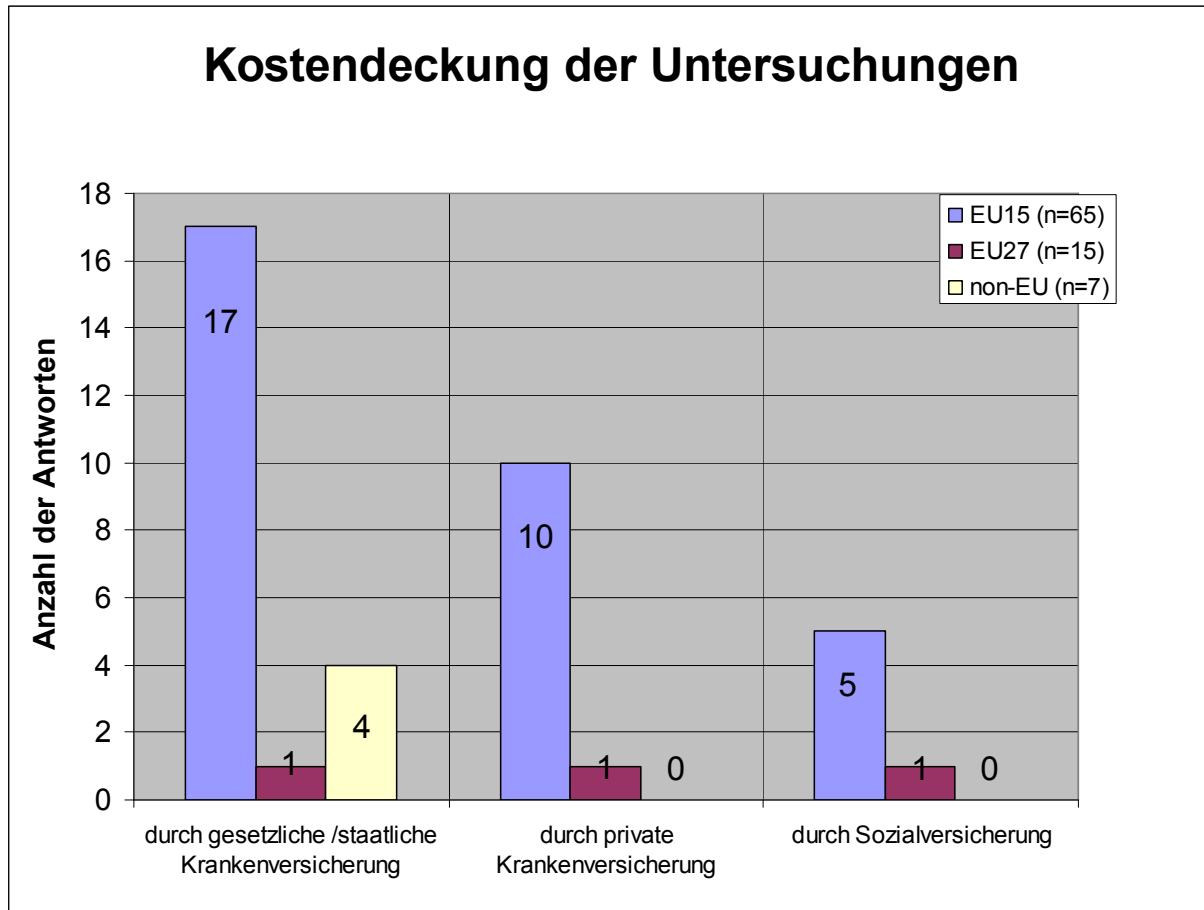


Diagramm 9 – Kostendeckung der Untersuchungen durch Versicherungen (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

Wichtig erschien bei der Erstellung des Fragebogens auch, ob die Institute die Ergebnisse ihrer Untersuchung an die Polizei oder andere Institutionen weiter melden müssen. In 28 von 87 Instituten (32%) besteht eine Berichtspflicht nach rechtsmedizinischen Untersuchungen gegenüber der Polizei oder anderen Institutionen, selbst wenn das Opfer eigenständig, ohne Anzeige, bei diesen Institutionen eine Untersuchung in Auftrag gegeben hat. In 60% (52 von 87 Instituten) ist dies nicht der Fall. Bei dieser Frage gab es 7 Institute, die keine Angaben machten (8%). (Siehe Diagramm 10)

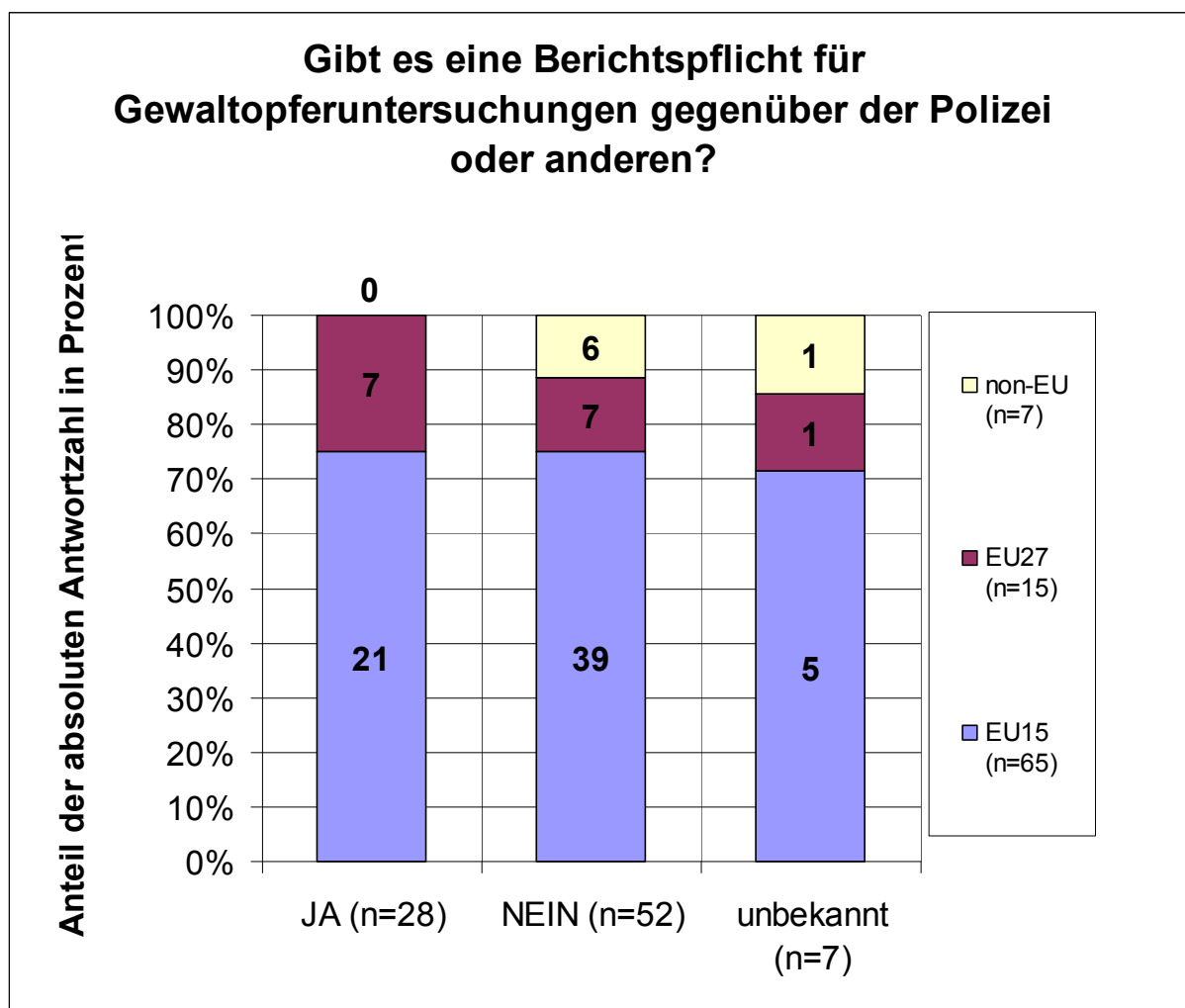


Diagramm 10 – Berichtspflicht gegenüber anderen Institutionen, absolute Antwortzahlen in den Säulenschichten. (EU15 n=65, EU27 n=15, non-EU n=7)

3.1.4 Abschnitt D

Im Abschnitt D, in dem es um die Strategien zur rechtsmedizinischen Gesundheitsprävention geht, fragten wir nach Öffentlichkeitsarbeit und Angeboten zur Ausbildung im rechtsmedizinischen Sektor.

Besonders interessierte bei dieser Frage, wie Opfer von Gewalt von der Möglichkeit einer klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchung erfahren. 31% der antwortenden Institute gaben an, durch eine Homepage auf sich aufmerksam zu machen, 25,3% verfügen über Broschürenmaterial, 12,6% lassen auch in den Medien (Rundfunk, Zeitung, Fernsehen) für sich werben. Die meiste Unterstützung erhalten die Institute,

laut eigenen Angaben, von der Polizei und den Gerichten, die Opfer auf die klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen aufmerksam machen. 86,5% der antwortenden Institute werden von der Polizei beworben, 66,7% von den Gerichten.

Zum Thema Aus- und Weiterbildung antworteten 70 von 87 Instituten, sie würden Berufsausbildungsgänge anbieten (80,5%). Meistens handele es sich dabei um die Ausbildung von Medizinstudenten. 13 Institute bieten laut eigenen Angaben keine Aus- und Weiterbildung an (14,9%) und 4 machten keine Angaben, weswegen sie als unbekannt gewertet wurden (4,6%).

3.2 Analyse der Antworten aus den deutschen Instituten für Rechtsmedizin

Von 38 angeschriebenen deutschen rechtsmedizinischen Instituten beantworteten 30 unseren Fragebogen, das entspricht einem Antwortanteil von 78,9%. Lediglich beim Fragenabschnitt B1 zum Thema sexualisierte Gewalt machten 3 der Institute gar keine Angaben und wurden deswegen aus der Wertung genommen, weswegen sich die Teilnehmerzahl in Teilen von B1 auf 27 verringert (siehe 3.2.2).

3.2.1 Abschnitt A

Von den 30 Instituten gaben alle an, auch klinisch-rechtsmedizinische Dienste anzubieten. Deswegen konnten auch alle 30 Antworten als gültig gewertet werden. Auf die Frage, seit wann klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen am entsprechenden Institut durchgeführt werden, erreichten uns verschiedene Antworten. Viele der befragten Institute bieten ihre Untersuchungen schon seit der Gründung des Institutes an. In Jahreszahlen ausgedrückte Zeiträume erstrecken sich von circa 1900 bis zum heutigen Datum. Die meisten Institute gaben an, im Zeitraum zwischen 1980 und 1998 mit dem klinisch-rechtsmedizinischen Dienst begonnen zu haben. Dabei erklärten 17 Institute, schon vor 1990 mit klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen begonnen zu haben (56,7%), 7 dagegen begannen erst nach 1990 mit klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen (23,3%).

Die Anzahl der Untersuchungen in den Instituten schwankt ebenfalls erheblich. Die Mehrheit der Institute führt bis zu 100 klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen pro Jahr durch. 2 Institute führen, laut eigenen Angaben, weniger als 25 Untersuchungen im Jahr durch (6,7%), bei 14 Instituten liegt die Anzahl der Untersuchungen zwischen 25 und 100 pro Jahr (46,7%). 12 Institute untersuchen 100 bis 1000 Patienten pro Jahr (40%). Dabei werden über 200 Untersuchungen pro Jahr nur in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, dem auch das Institut von Oldenburg unterstellt ist, und in Hamburg durchgeführt. Hamburg steht mit 1200 Untersuchungen pro Jahr an der Spitze vor Hannover, mit circa 405 Untersuchungen. (siehe Tabelle 8)

Tabelle 8 – Anzahl der Untersuchungen pro Jahr

Anzahl der Untersuchungen pro Jahr			
bis 25	25-100	100-1000	>1000
Ulm	Heidelberg	Kassel	Hamburg
Göttingen	Berlin	München	
	Köln	Münster	
	Frankfurt/Main	Mainz	
	Halle	Essen	
	Würzburg	Erlangen-Nürnberg	
	Düsseldorf	Hannover inkl. Oldenburg	
	Gießen	Magdeburg	
	Kiel	Freiburg	
	Lübeck	Potsdam	
	Dresden	Bremen	
	Frankfurt/Oder	Leipzig	
	Rostock		
	Greifswald		

Die Untersuchung von Kindern unter 14 Jahren wurde in dem darauf folgenden Item erfragt. Bei allen Instituten, außer dem Institut für Rechtsmedizin (IfR) in Hamburg – dieses untersucht laut eigenen Angaben circa 160 Kinder unter 14 Jahren pro Jahr – bewegt sich die Anzahl der untersuchten Kinder zwischen 0 und 80. Die Mehrheit der Institute untersucht weniger als 50 Kinder im Jahr, 18 Institute gaben eine Fallzahl kleiner als 25 an (60%). 4 Institute untersuchen zwischen 25 und 50 Kinder unter 14 Jahren pro Jahr (13,3%). 3 Institute (Mainz, Hannover inklusive Oldenburg und Dresden) untersuchen zwischen 50 und 80 Kinder im Jahr (10%).

Der Ort, an dem die klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung erfolgt, ist in den meisten Fällen das eigene Institut, 28 Institute bestätigten diese Aussage (93,3%). Nur 2 von 30 deutschen Instituten machten dazu keine Angaben (6,6%). Auch in anderen Abteilungen des Krankenhauses, dem das jeweilige Institut angegliedert ist, finden laut Angaben von 27 Instituten gelegentlich Untersuchungen statt (90%), nur bei 3 Instituten ist dies nicht der Fall (10%). Auch in anderen Krankenhäusern finden bei 29 Instituten Untersuchungen statt (96,7%). Die Räumlichkeiten der Polizei stellen in 27 von 30 Fällen einen Ort für die Untersuchungen dar (90%). Drei der teilnehmenden Institute führen Untersuchungen auch in speziell für Gewaltopfer eingerichteten Interventionszentren durch, in denen ebenfalls Beratung und Schutz des Opfers, sowie die Koordination weiterer Maßnahmen erfolgen kann (10%). 7 Institute gaben an, noch weitere, in dem Fragebogen nicht genannte Einrichtungen für die Untersuchung von Gewaltopfern zu nutzen (23,3%). Dabei wurden zum Beispiel die Wohnung des Opfers, Arztpraxen von behandelnden Ärzten oder Schulen genannt.

Auch die deutschen Institute wurden nach dem Gewaltspektrum befragt, mit dem sie es zu tun haben. Alle Institute gaben an, mit körperlicher Gewalt zu tun zu haben. 27 bejahten auch sexuelle Gewalt als eine Form, die untersucht wird (90%), 3 Institute verneinten diese Art von untersuchter Gewalt (10%). Dabei erhielten wir von einem Institut den Hinweis, dass Untersuchungen bei sexueller Gewalt an Frauen in Kooperation mit einem Gynäkologen erfolgen. Psychische Gewalt hingegen wird von keinem der Institute untersucht. Nicht näher benannte Gewalt gaben 2 Institute als untersuchte Gewaltform an, dabei wurde insbesondere die Vernachlässigung von Kindern genannt.

3.2.2 Abschnitt B

Die Dokumentation der Verletzungen und des allgemeinen gesundheitlichen Status des Opfers erfolgt in allen Instituten für eine eventuelle strafprozessuale Verwendung, in 27 Instituten für zivilprozessuale Verwendungen (90%). 24 von 30 Instituten gaben an, die Dokumentation auch konsiliarisch für andere Gesundheitsdienstleister anzubieten (80%). Nur 21 der Institute dokumentieren die Verletzungen des Gesundheitsstatus auch für das Opfer selbst (70%).

Die Begutachtung von Verletzungen erfolgt in allen Fällen für strafprozessuale Verwendungen, in 26 Fällen für zivilprozessuale Verwendung (86,7%). In 20 Instituten wird für andere Gesundheitsdienstleister begutachtet (66,7%) und in nur 16 von 30 Instituten begutachten Rechtsmediziner direkt für das Opfer (53,3%).

Die Spurensicherung, zum Beispiel für DNA Analysen, wird bei 27 von 30 Instituten durchgeführt (90%), es gab 3 Negativantworten (10%).

Nur 4 Institute bestätigten, auch Wundversorgung durchzuführen (13,3%), 26 Institute überlassen das anderen ärztlichen Abteilungen (86,7%).

Die Erhebung eines psychologischen Status bieten 4 Institute explizit an (13,3%), 26 Institute bieten dies nicht an oder setzten aus anderen Gründen kein Häkchen bei dieser Frage (86,7%). Eines der Institute wies jedoch darauf hin, stets einen psychotherapeutischen Experten hinzuzuziehen, wenn es um solche Fragen ginge.

Im nächsten Fragenkomplex ging es um die sexualisierte Gewalt gegenüber Erwachsenen und Kindern. Hierbei ging es vor allem darum, wie die Institute mit dieser Form der Gewalt umgehen.

Wie schon im Ergebnisabschnitt 3.1.2 kommt es auch in diesem Abschnitt zu einer Verringerung der Teilnehmerzahl, da schon in Abschnitt A3 (siehe 3.2.1) 3 der 30 Institute angaben, dass sexualisierte Gewalt nicht zu ihrem untersuchten Gewaltspektrum gehöre, reduziert sich in diesem Fragenteil von B1 die Teilnehmerzahl auf 27. Auch die Prozentwerte beziehen sich auf diese 27 Teilnehmer.

Im Falle von sexualisierter Gewalt gegen Frauen werden gynäkologische Untersuchungen in 8 Instituten durch einen Rechtsmediziner durchgeführt (29,6%), 19 Institute verneinten diese Frage, indem sie kein Häkchen setzen (70,4%). Dabei gab das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg an, gynäkologische Untersuchungen durch einen rechtsmedizinischen Experten nur für Kinder anzubieten, Frauen werden durch einen hinzugezogenen Gynäkologen untersucht.

23 der 27 Institute ziehen bei gynäkologischen Untersuchungen andere Experten (Gynäkologen, Pädiater und andere) hinzu, um die Untersuchung dann in einem interdisziplinären Team durchzuführen (85,2%), 4 Institute tun dies nicht (14,8%).

Kolposkopische Untersuchungen sind nur in einem der 27 Institute prinzipiell möglich und werden von Rechtsmedizinern durchgeführt (3,7%). Diese Frage wurde von 26

Instituten mit „nein“ beantwortet (96,3%), jedoch wurde in vielen Fällen darauf aufmerksam gemacht, dass bei Bedarf stets ein Gynäkologe hinzugezogen wird, der dann die etwaigen Untersuchungen, wie zum Beispiel eine kolposkopische Untersuchung oder Schwangerschaftstests und Tests zum Nachweis von Infektionskrankheiten, durchführt.

Wie schon bei der Frage mit der kolposkopischen Untersuchung wird auch das Screening zum Nachweis von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten (sexual transmitted infections = STI's) häufig nicht vom Rechtsmediziner, sondern vom Gynäkologen durchgeführt. So ist das Screening nur bei 6 von 27 antwortenden Instituten prinzipiell möglich (22,2%). Die näher auf die einzelnen Bestandteile des Screenings eingehenden Fragen, zum Beispiel zur Postexpositionsprophylaxe, den Schwangerschaftstest, Notfallkontrazeptiva, Abtreibungsberatung und HIV- und Hepatitis-Tests wurden von den 27 teilnehmenden deutschen Instituten nur sehr selten mit „ja“ beantwortet. In diesem Abschnitt gab es auch sehr viele Mitteilungen, dass etwaige Untersuchungen immer vom Gynäkologen durchgeführt würden.

Es folgte die Frage nach pädiatrisch-gynäkologischen Untersuchungsmöglichkeiten an den Instituten. Bei 20 von 27 Instituten sind solche Untersuchungen an Kindern grundsätzlich möglich (74,1%). 7 Institute setzten bei dieser Frage kein Häkchen (25,9%), ein Institut von diesen 7 gab im Freitext an, nicht die Möglichkeiten zu haben, eine solche Untersuchung durchzuführen. Bei 4 Instituten können auch Kinder mit dem Kolposkop untersucht werden (14,8%), bei 23 Instituten ist das nicht möglich und das Item wurde nicht angekreuzt (85,2%). 10 von 27 Instituten führen die pädiatrisch-gynäkologischen Untersuchungen durch eigene Rechtsmediziner durch (37%). 15 von 27 Instituten untersuchen Kinder in Zusammenarbeit mit Pädiatern, auf Kinder spezialisierte Gynäkologen oder Proktologen (55,6%).

Der nächste Teil dieses Abschnitts befasst sich mit der Weiterleitungspraxis der jeweiligen Institute und erfragt einige Möglichkeiten zur Überweisung von Gewaltopfern, nachdem sie in der Rechtsmedizin untersucht wurden. Grundsätzlich leiten 63,3% (19 von 30) der deutschen Institute die untersuchten Gewaltopfer an andere Gesundheitseinrichtungen weiter. Folgendes Diagramm 11 zeigt, wie die deutschen

Institute geantwortet haben (n=30). Gezeigt sind jeweils die Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen.

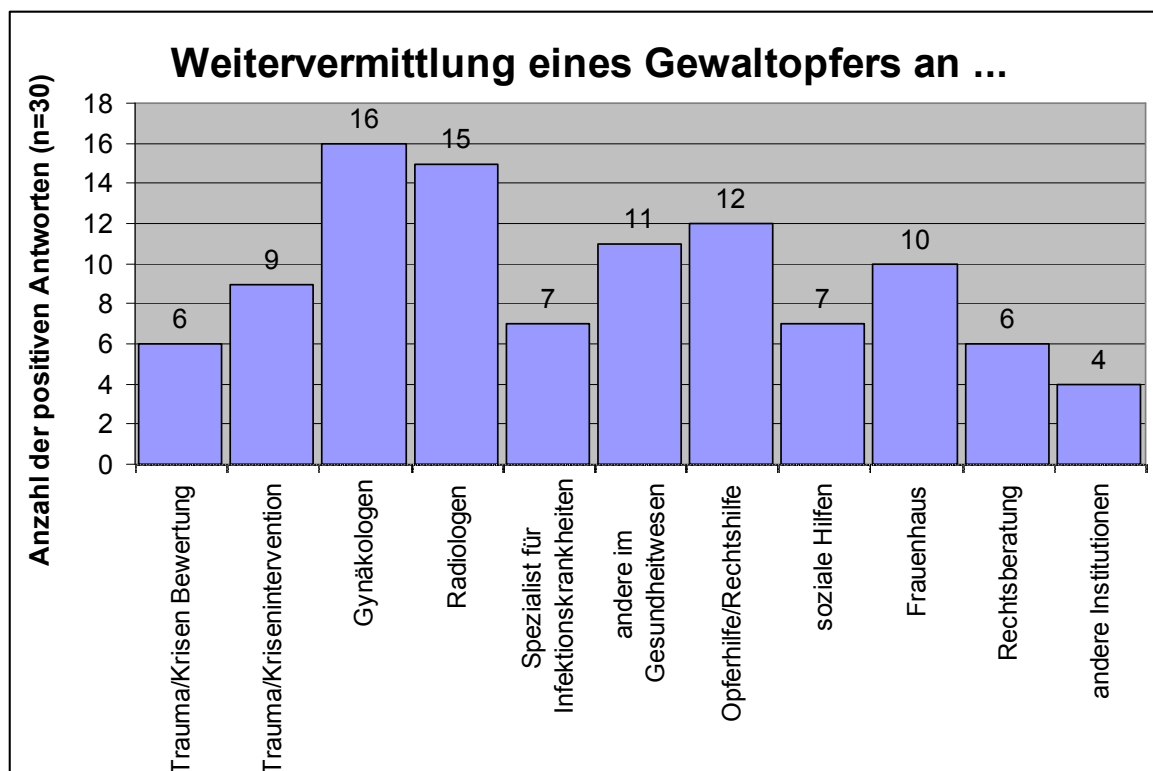


Diagramm 11 – Weitervermittlung eines Gewaltopfers an andere Institutionen (n=30)

Nicht nur an Gynäkologen, Radiologen oder Infektiologen wird überwiesen, sondern auch an andere Spezialisten im Gesundheitssystem, wie zum Beispiel Augenärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und Kinderärzte. Als andere nicht-ärztliche Institutionen wurden Beratungsstellen, Frauennotrufzentralen und der Kinderschutzbund genannt.

Im Bereich der Verfügbarkeit des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes bieten 23 Institute einen Dienst mit Terminvereinbarung an (76,7%), bei 13 von 30 Instituten ist der Service auch ohne Terminvereinbarung möglich (43,3%). 26 von 30 Instituten haben einen telefonischen Bereitschaftsdienst (86,7%), bei einem Institut wird diese Erreichbarkeit durch einen Anrufbeantworter gewährleistet (3,3%).

Bei den Öffnungszeiten des klinisch - rechtsmedizinischen Dienstes erkennt man auch bei den deutschen Instituten, dass eine Bereitschaft rund um die Uhr zur Verfügung gestellt wird, so sind 29 der 30 Institute 7 Tage in der Woche erreichbar (96,7%). 26

Institute gaben an, eine 24-Stunden Bereitschaft anzubieten (86,7%). Nur an Werktagen sind lediglich 3 der Institute erreichbar für Gewaltopfer (10%), zu normalen Bürozeiten sind es 4 (13,3%). Allerdings bescheinigte ein Institut, dass sich die Öffnungszeiten zu den Bürozeiten nur auf Fälle beziehen, bei denen Opfer eigenständig und ohne Polizeibegleitung erscheinen. Fallabhängig bieten alle teilnehmenden Institute dauerhafte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit.

Im nächsten Teil (B4) ging es darum, wer eine Untersuchung anordnen, beziehungsweise beauftragen darf. Bei allen Instituten können dies andere Ärzte, die Polizei, die Staatsanwaltschaft, sowie Zivil- und Strafergerichtsbarkeit tun. In 23 Fällen darf das Opfer selbst eine Untersuchung in Auftrag geben (76,7%), in 9 muss es erst die Polizei verständigen, um zu einer Untersuchung zugelassen zu werden (30%). Die Familiengerichtsbarkeit ist in 28 Fällen befugt, eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung zu veranlassen (93,3%). Behörden, die den Jugendschutz zur Aufgabe haben, arbeiten ebenfalls mit den Instituten zusammen, in 27 von 30 Instituten nimmt man ihr Gesuch auf eine Untersuchung von Gewaltopfern an (90%). Das Diagramm 12 zeigt diese Verteilung noch einmal bildlich.

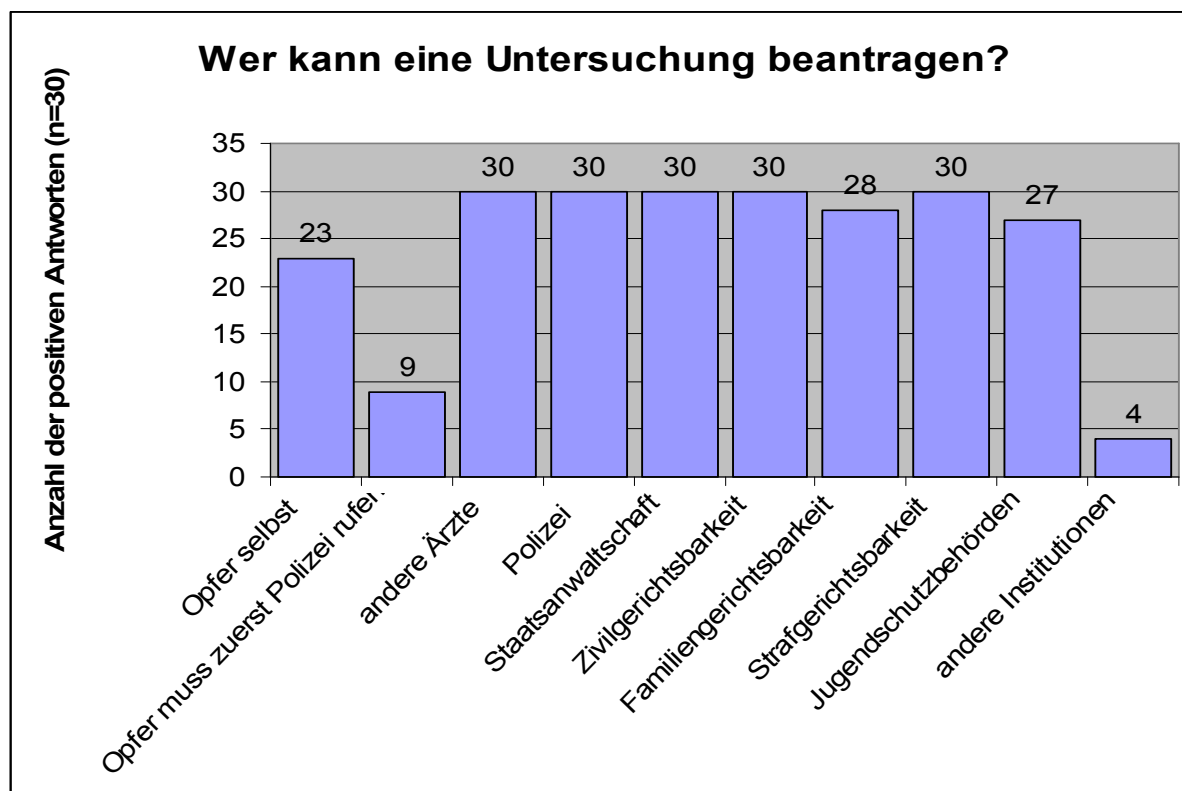


Diagramm 12 – Frage: „Wer kann bei den deutschen Instituten eine Untersuchung beantragen?“ (n=30)

Der Schutz von Opfern in den Instituten wird durch vielerlei Maßnahmen zu gewährleisten versucht. 23 von 30 Instituten verfügen generell über Opferschutzmaßnahmen (76,7%). 4 Institute bieten Wachpersonal, das die Räumlichkeiten sichert (13,3%). Zutrittsbeschränkungen bestehen bei 15 von 30 Instituten (50%). Gesonderte Wartebereiche für Opfer von Gewalt werden von 8 Instituten angeboten (26,7%), gesonderte Untersuchungsbereiche von 14 der 30 Institute (46,7%). Lediglich ein Institut besitzt eine Alarmfunktion für den klinisch-rechtsmedizinischen Bereich (3,3%). (siehe Diagramm 13)

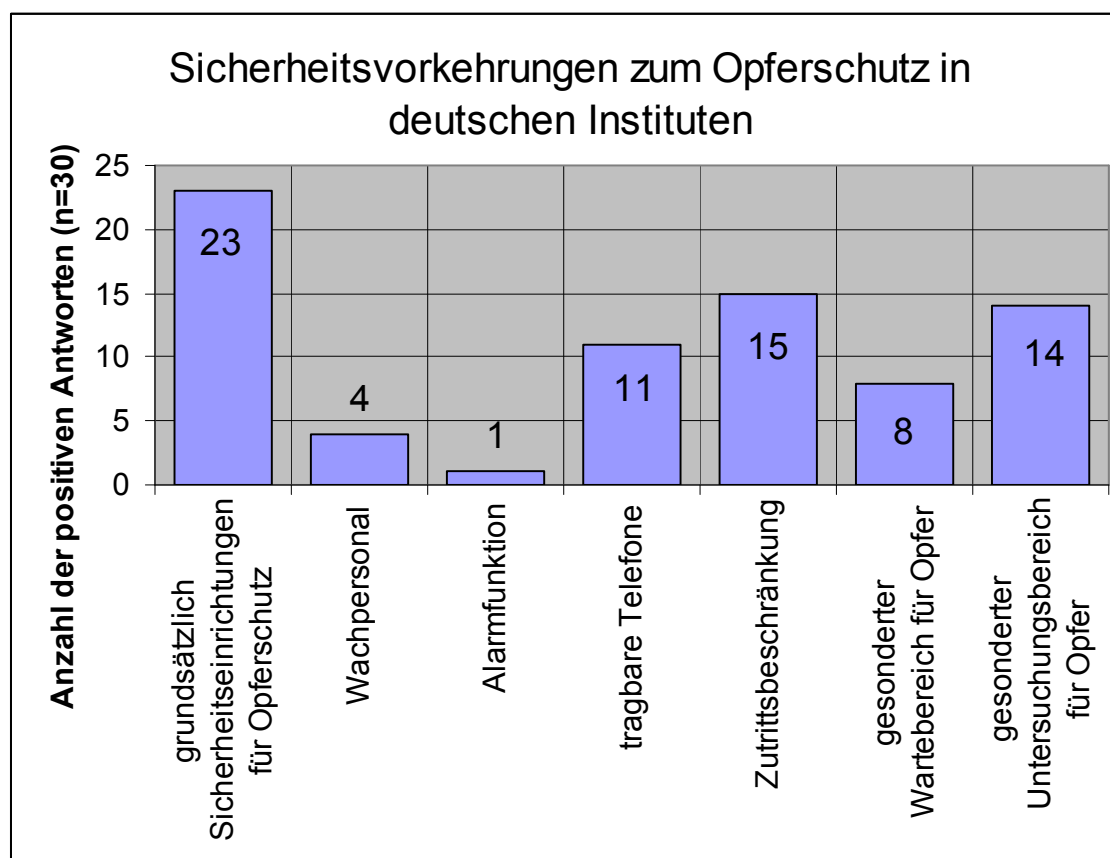


Diagramm 13 – Sicherheitsvorkehrungen zum Opferschutz in deutschen Instituten (n=30)

Das Angebot der rechtsmedizinischen Konsultation außerhalb des Institutes zum Beispiel für andere Gesundheitsdienste wird im nächsten Teil des Abschnitts abgefragt (B6). Dabei kam heraus, dass die Mehrzahl der Institute – nämlich 24 von 30 (80%) – alles abhängig von der jeweiligen Situation machen und auch bereit sind, für andere Institutionen konsiliarisch zur Verfügung zu stehen. Per Telefon oder Fax sind es 15

Institute, die ihre Dienste anbieten (50%), per Internet nur noch 10 (33,3%). Über persönlichen Kontakt sind 16 Institute bereit, Opfer für andere Institutionen außerhalb des Institutes zu untersuchen (53,3%). 4 Institute sind bereit, nach entsprechenden formalen Absprachen mit anderen Institutionen auch extern Untersuchungen anzubieten (13,3%). (Siehe Diagramm 14)

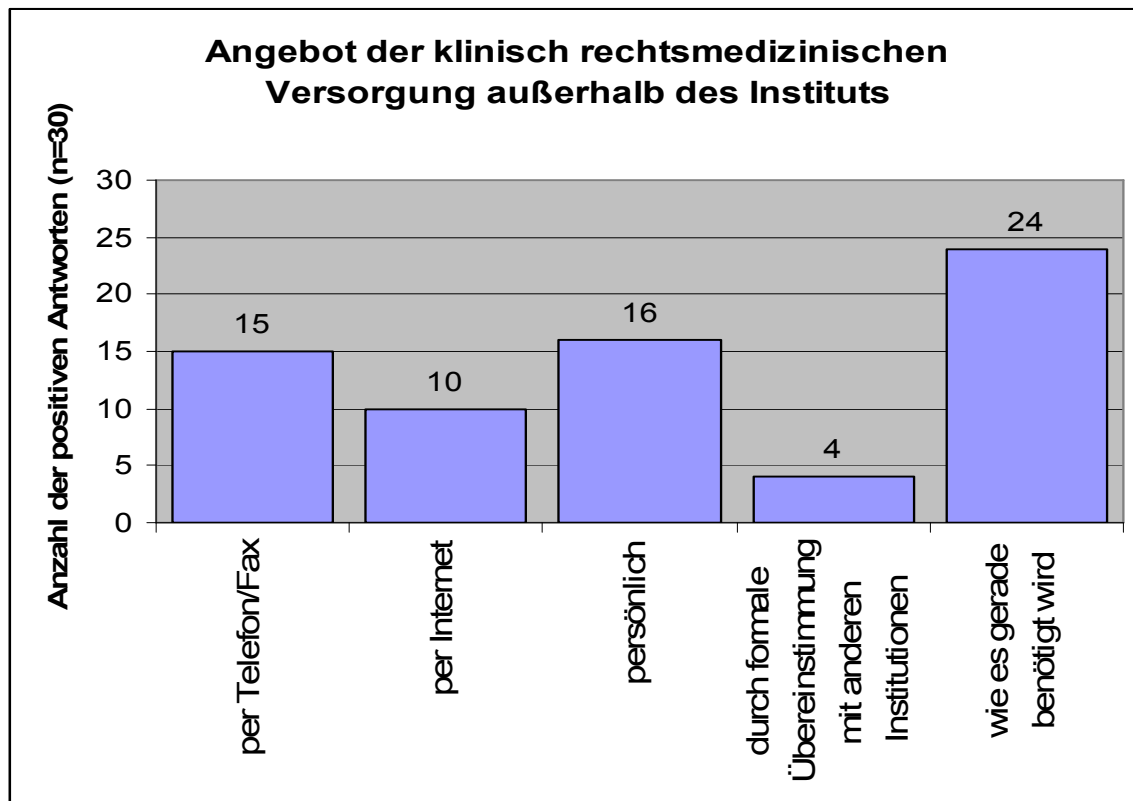


Diagramm 14 – Angebot der klinisch-rechtsmedizinischen Versorgung außerhalb des Instituts (n=30)

Abschnitt B7 beschäftigt sich damit, inwiefern die Institute auch andere Professionen in ihre Arbeit mit einbeziehen.

Leider ist in diesem Abschnitt eine sehr hohe Quote an Enthaltungen zu beobachten. Wiederholt stellt sich heraus, dass die meisten Institute auf die Hilfe von Gynäkologen, Kinderärzten und pädiatrischen Gynäkologen zurückgreifen. In dieser Frage nicht näher erwähnte Professionen, die dennoch von den Teilnehmern genannt werden, sind Radiologen und Kinderradiologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Psychologen und Übersetzer. Keines der teilnehmenden deutschen Institute beschäftigt neben den Rechtsmedizinern auch forensisches Krankenpflegepersonal. Das Diagramm 15 zeigt die Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen.

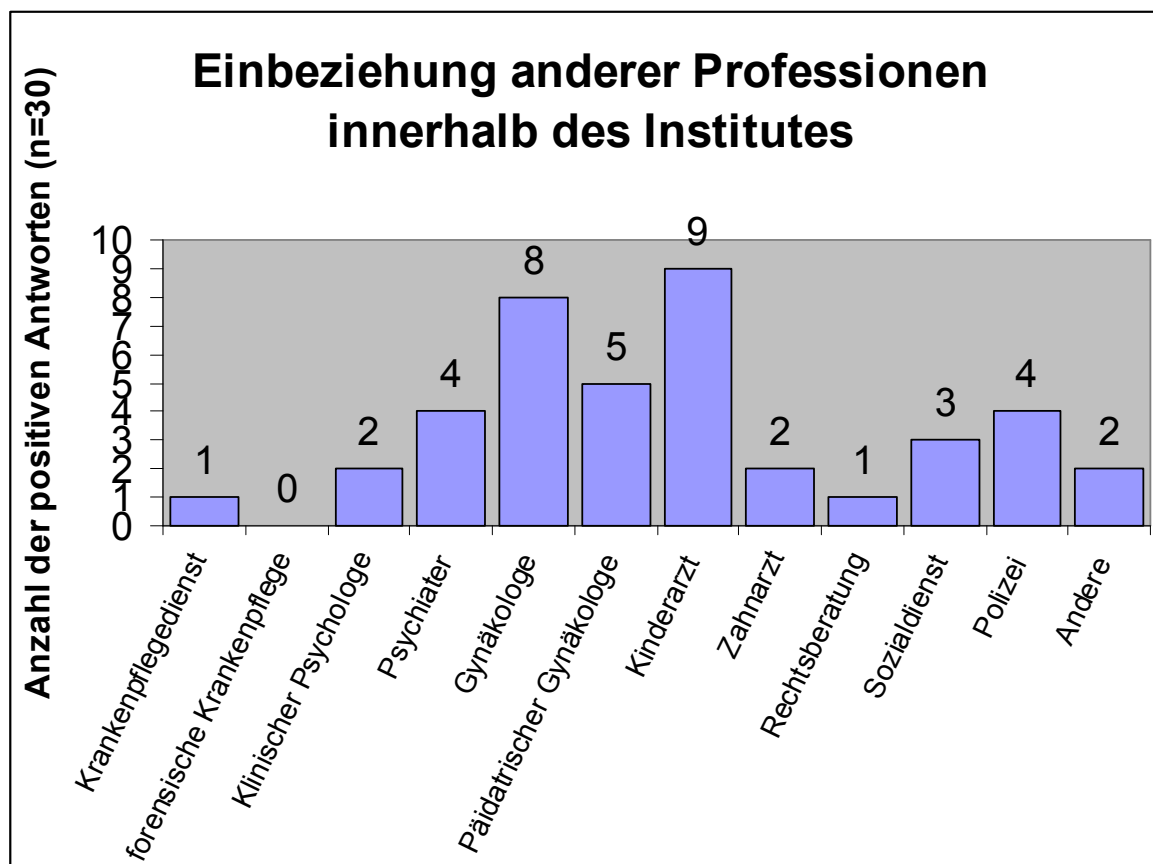


Diagramm 15 – Einbeziehung anderer Professionen innerhalb des Instituts (n=30)

3.2.3 Abschnitt C

Die erste Frage in diesem Abschnitt (C1) zielte darauf ab, welche administrativen Regelungen beziehungsweise Gesetze oder Vorschriften die Dienstleistungen der ambulanten Rechtsmedizin stützen. Die Ergebnisse zeigen, dass 14 Institute durch die Gesetzeslage des Landes gestützt werden (46,7%), 5 durch eine Verwaltungsvorschrift (16,7%), 6 durch polizeiliche Dokumente (20%) und 3 durch lokale Behörden (10%). Als „andere“ stützende Institutionen wurden dabei von einem Institut die Justiz- und Sozialbehörden genannt (3,3%). Ein Institut machte bei dieser Fragestellung gar keine Angaben.

Des Weiteren wurde gefragt, ob es in den einzelnen Instituten bereits eine systematische Zusammenstellung von Daten zu Auswirkungen von Gewalttaten auf die Gesundheit im Sinne eines Monitorings des eigenen Fallaufkommens gebe. Dabei

antworteten 4 Institute, dass solche Daten bereits zusammengetragen werden beziehungsweise wurden (13,3%). 3 Institute stellten in Aussicht, dass diese Daten in nächster Zukunft zum Zweck der Erstellung einer größeren Datenbank auch zusammengetragen werden könnten (10%). 5 Institute planen bereits eine solche Datenerhebung (16,7%), ein großes Problem stelle dabei jedoch die mangelnde Anzahl an Ärzten dar.

Auf die Frage nach den Versicherungssystemen, die für die Deckung der Kosten von Arbeiten in der klinischen Rechtsmedizin zuständig sind, antworteten 3 Institute, dass die gesetzliche und staatliche Krankenversicherung die Kosten für eine Untersuchung übernehme (10%), 21 Institute verneinten dies (70%), 6 mussten als unbekannt gewertet werden, weil gar kein Kreuz gesetzt wurde (20%). 3 Institute gaben an, die private Krankenversicherung würde die Dienste bezahlen (10%). Auch hier verneinten dies 21 Institute (70%) und es gab 6 Unbekannte (20%). Zur Sozialversicherung als Kostenträger einer rechtsmedizinischen Untersuchung machte keines der teilnehmenden Institute positive Angaben. 23 Institute verneinten, dass die Sozialversicherung die Kosten von Untersuchungen übernehme (76,7%) und 7 Institute machten gar keine Angaben, weswegen deren Antwort als unbekannt gewertet werden musste (23,3%).

Ebenfalls um Kostenträger ging es in der nächsten Frage (C4). Dabei sollte aufgedeckt werden, von wem eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung gezahlt wird. Dabei ist zu erkennen, dass tendenziell die Polizei und Staatsanwaltschaft die Kosten übernehmen, dies antworteten jeweils 25 Institute (83,3%). 10 erklärten, die Klinik würde für entstehende Kosten aufkommen (33,3%), 9 würden zunächst das Opfer selbst zur Kasse bitten (30%). Medizinische Fakultäten der Universität würden bei 6 Instituten für entstandene Kosten aufkommen (20%), auf Spendengelder und öffentliche Gelder entfielen jeweils 2 Antworten (6,7%), auch Täter müssen bei einem Institut die Kosten tragen (3,3%). Als andere Kostenträger wurden Kinderhilfsorganisationen und das rechtsmedizinische Personal genannt. Alle genannten Werte werden in Diagramm 16 noch einmal bildlich dargestellt.

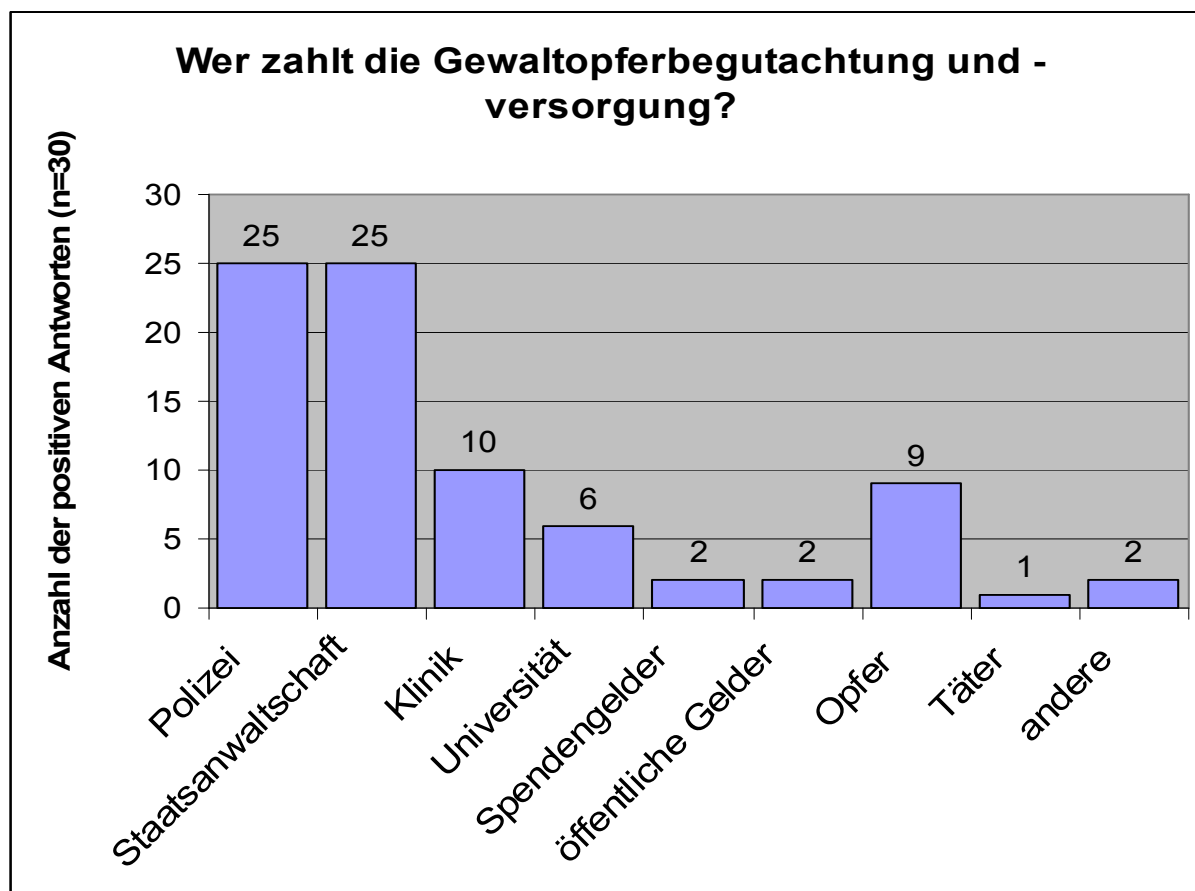


Diagramm 16 – Frage: „Wer zahlt die Gewaltopferbegutachtung und –versorgung?“ (n=30)

Ob es eine Berichtspflicht bei Gewaltopferuntersuchungen gegenüber der Polizei oder anderen Institutionen gibt, bejahten 4 von 30 Instituten (13,3%). 2 von ihnen fügten jedoch hinzu, dass dieses ausschließlich mit der Erlaubnis des Opfers geschehe. Bei 24 Instituten muss im Falle, dass ein Gewaltopfer alleine eine Untersuchung in Auftrag gibt, kein Bericht an die Polizei oder andere weitergegeben werden (80%). Bei dieser Frage machten 2 Institute keine Angaben (6,7%).

3.2.4 Abschnitt D

Die öffentliche Bekanntmachung des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes ist sehr wichtig. Gewaltopfer sollten über die Möglichkeiten informiert sein, mit denen sie gegen ihre Peiniger vorgehen können. In den meisten Fällen – 26 von 30 Instituten gaben das an - ist es die Polizei, die Opfer von Gewalt auf die Möglichkeit einer klinisch-

rechtsmedizinischen Untersuchung aufmerksam macht (86,7%). 20 von 30 Instituten nannten das Gericht als Institution, die Gewaltopfer über derartige Möglichkeiten informiert (66,6%). Flyer und Berichte in Journalen und Tageszeitungen als gedrucktes Material, sowie gelegentliche Beiträge in Rundfunk und Fernsehen, stellen ebenso ein wichtiges Mittel dar, die Bevölkerung zu informieren. Einige der Institute bieten auch eine Homepage an, auf der Interessierte an Informationen gelangen können. Aber auch Telefonseelsorgen wurden als wichtige Anlaufstelle für Gewaltopfer genannt, um auf die klinische Rechtsmedizin aufmerksam zu machen. Im Diagramm 17 ist noch einmal zu sehen, wie viele Institute die einzelnen Items mit „ja“ beantwortet haben.

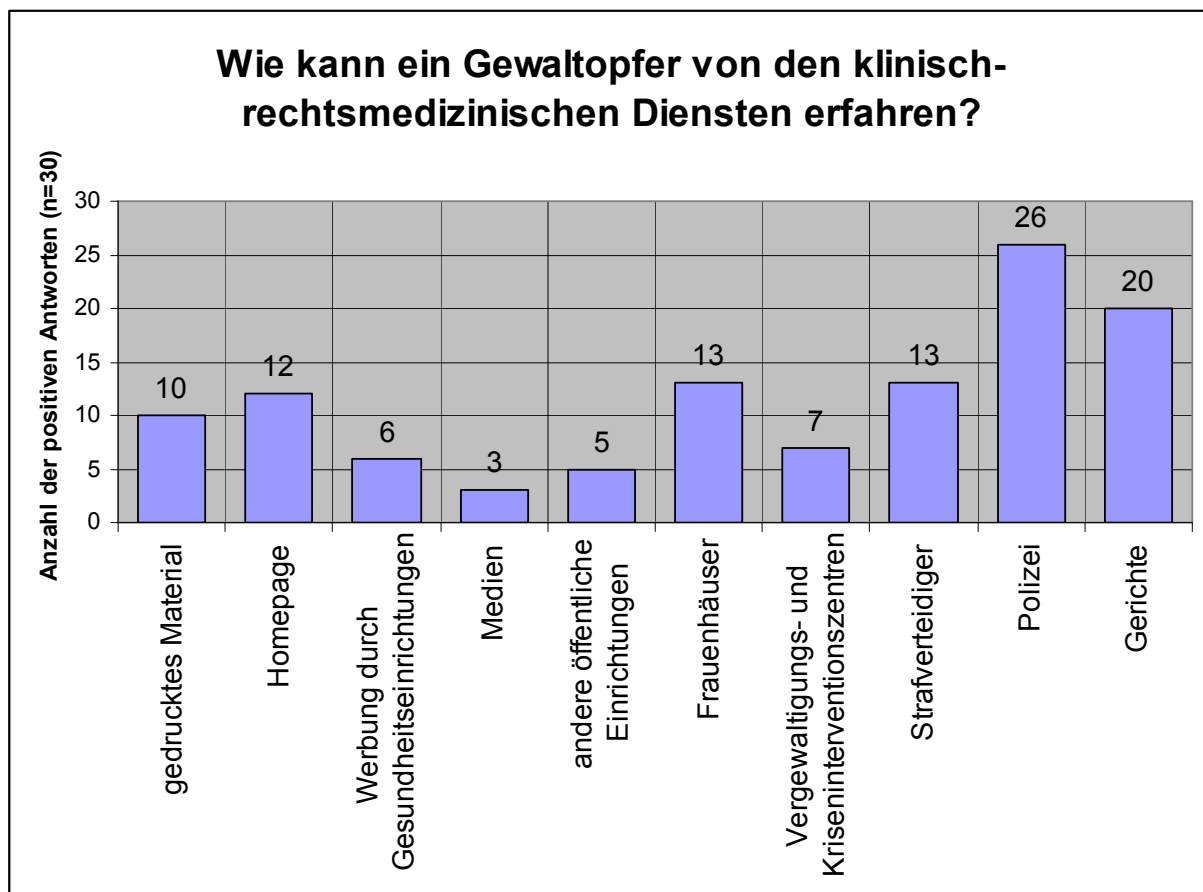


Diagramm 17 – Frage: „Wie kann ein Gewaltopfer von den klinisch-rechtsmedizinischen Diensten erfahren?“ (n=30)

Abschließend wurde erfragt, ob Ansätze der klinischen Rechtsmedizin auch in verschiedenen Berufsausbildungen mit einbezogen werden. 22 Institute gaben an, generell auch eine Grundausbildung und Fortbildungen in klinischer Rechtsmedizin

anzubieten (73,3%). In 17 Instituten wird der klinische Anteil der Rechtsmedizin in Berufsausbildungen und Studiengängen eingebaut (56,7%). 10 Institute gaben an, an der Ausbildung von Medizinstudenten beteiligt zu sein (33,3%), 3 Institute beteiligen sich an der Ausbildung von Krankenpflegekräften (10%). Jurastudenten bekämen in 2 Instituten einen Einblick in das Gebiet der klinischen Rechtsmedizin (6,7%) und 3 Institute arbeiten mit der Polizeischule zusammen, um Polizisten einen Einblick zu gewähren (10%).

9 von 30 Instituten erklärten, auch in der Ausbildung von Fachkräften tätig zu sein (30%). Dabei wurden speziell Kinderärzte, Mitarbeiter von sozialen Diensten (Antiaggressions- Trainingseinheiten, Frauennotrufzentralen), Polizisten und Rechtsmediziner selbst als auszubildende Personen genannt. 10 Institute sind eingebunden in das System von Fort- und Weiterbildung dieser genannten Berufsgruppen (33,3%).

3.2.5 Abschnitt E

Ein Institut berichtete uns, dass es eine Zusammenarbeit aus Kinderschutzgruppen und ärztlichen Beratungsstellen plane. Dabei sollen Kinderärzte, Kinderchirurgen und Sozialarbeiter zusammenarbeiten.

3.3 Globaler Vergleich der deutschen Institute mit den Instituten der EU15 - Länder inklusive Norwegen und Schweiz

In diesem letzten Teil der Ergebnisdarstellung sollen die Antworten der EU15 Staaten (Österreich, Belgien, Portugal, Dänemark, Niederlande, Finnland, Frankreich Großbritannien, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien und Schweden) mit den Antworten der deutschen Institute verglichen werden, wobei in der Gegenüberstellung noch die Antworten aus Norwegen und der Schweiz einbezogen wurden. Auch wenn Norwegen und die Schweiz keine Mitglieder der Europäischen Union sind, werden sie aus kulturgeographischen Gründen im Folgenden der mit Deutschland verglichenen Gruppe der EU15 Staaten zugeteilt.

In diesem Ergebnisabschnitt werden wieder nur einige ausgesuchte Einzelpunkte der Abschnitte betrachtet.

3.3.1 Abschnitt A

Von den 71 teilnehmenden Instituten der EU15 Staaten und den 8 teilnehmenden Instituten aus der Schweiz und Norwegen, die Antworten zurückschickten, waren 72 gültig (siehe Tabelle 9). Das heißt, diese 72 Institute gaben an, auch klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen durchzuführen, das entspricht 91,1% der Antworten. Die 30 deutschen Institute gaben alle an, klinisch-rechtsmedizinisch aktiv zu sein (100%).

Tabelle 9 – Anzahl gültiger Antworten / erhaltene Antworten aus den EU15 Staaten, inklusive Deutschland und den non-EU-Staaten Norwegen und Schweiz

	Traditionelle EU-Staaten (EU15)	Nicht-EU-Staaten (non-EU)
	Österreich (2/2)	Albanien (0)
	Belgien (3/3)	Kroatien (0/1)
	Portugal (2/2)	Island (0)
	Dänemark (2/2)	Russland (0)
	Niederlande (1/2)	Serbien (0)
	Finnland (1/1)	Schweiz (6/6)
	Frankreich (12/12)	Türkei (0)
	Deutschland (30/30)	Norwegen (1/1)
	Großbritannien (1/2)	
	Griechenland (1/2)	
	Irland (0)	
	Italien (7/9)	
	Luxemburg (0/1)	
	Spanien (1/1)	
	Schweden (2/2)	
GESAMT	65 / 71	7 / 8
Summe 72 / 79		

Insgesamt werden hier die 35 gültigen Antworten aus den EU15 Staaten und 7 gültige Antworten aus Norwegen und der Schweiz (insgesamt 42 gültige Antworten) mit den 30 Antworten aus Deutschland verglichen.

Während in Deutschland jedes Institut auch körperliche Gewalt untersucht, sind es in den anderen EU15 Staaten nur 41 von 42 Institute (97,6%). Sexualisierte Gewalt spielt als Indikation bei 27 deutschen (90%) und 40 europäischen Instituten (95,2%) eine Rolle. Keines der deutschen Institute gab an, bei klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen auch psychische Gewalt zu untersuchen, in den Instituten der anderen EU15 Staaten ist dies in 13 Instituten der Fall (31%). 29 Institute der EU15 Gruppe gaben an, keine psychische Gewalt zu untersuchen, das entspricht 69% (Differenz zwischen Deutschland und EU15 signifikant mit $p < 0,001$).

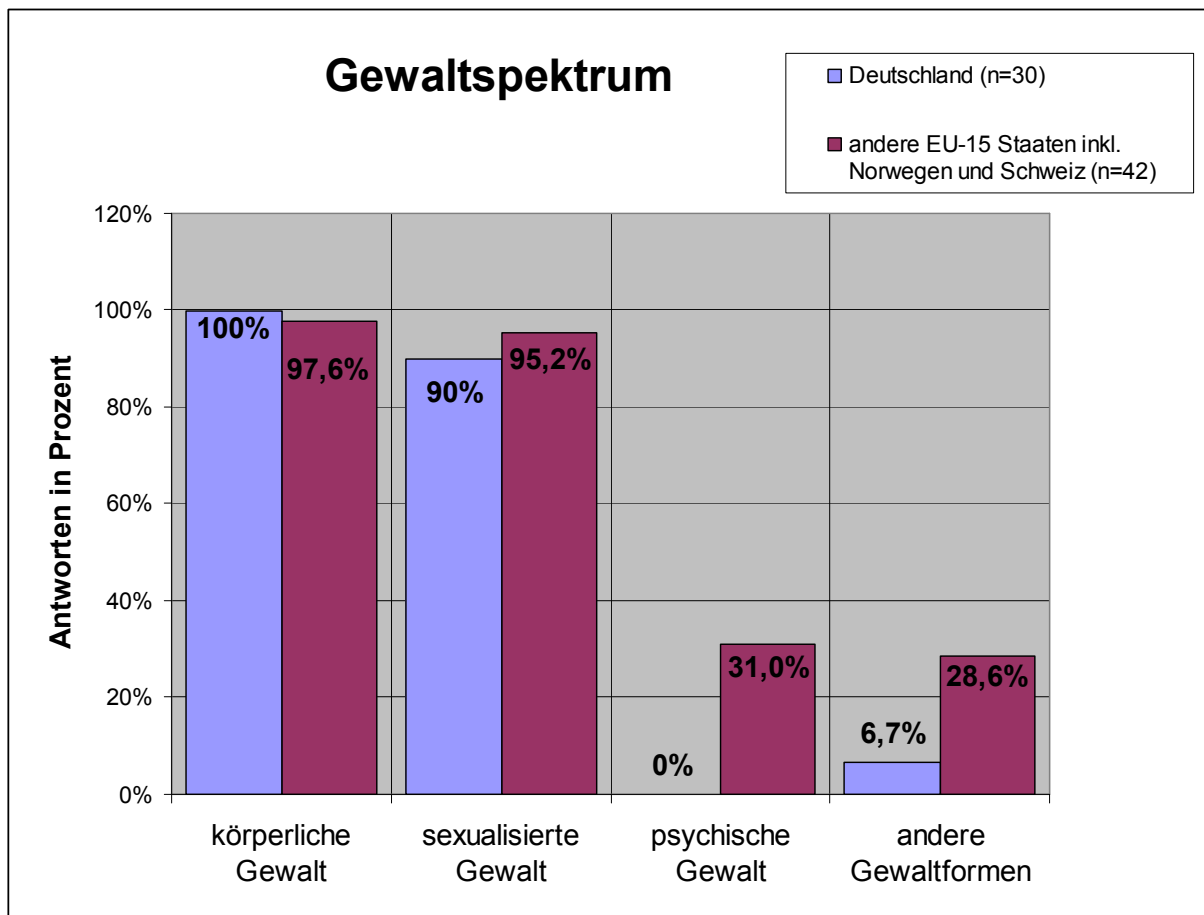


Diagramm 18 – Gewaltspektrum: Vergleich zwischen Deutschland und den anderen EU15 Staaten (Deutschland n=30, andere EU15, inkl. Norwegen und Schweiz n=42)

Als andere Gewaltformen wurden von 12 der europäischen Institute unter anderem Vernachlässigung von Kindern und alten Menschen genannt (28,6%). Auch 2 deutsche Institute (6,7%) nannten Vernachlässigung als eine Form der untersuchten Gewalt. Diagramm 18 (siehe oben) stellt den Vergleich im Bezug auf das Gewaltspektrum dar.

3.3.2 Abschnitt B

Während nur 4 deutsche Institute angaben, sich auch um die Erhebung eines psychologischen Status des Patienten zu kümmern (13,3%), gaben 20 der 42 EU15 Institute an, dies zu tun (47,6%). 22 von ihnen verneinten diese Frage (52,4%). (Differenz signifikant mit $p < 0,01$).

Im Bezug auf sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen gaben 25 der teilnehmenden deutschen Institute an, einen Gynäkologen bei einer Untersuchung hinzuzuziehen (83,3%). Nur 20 Institute der EU15 Staaten holen sich Unterstützung durch einen gynäkologischen Facharzt (47,6%), 22 gaben an, dies nicht zu tun, (52,4%).

Wie schon im Abschnitt 3.2.2 beschrieben, enthielten sich nach der ersten Frage in diesem Komplex 3 der 30 deutschen Institute. Auch von den anderen 42 europäischen Instituten, die bis dahin Antworten gegeben hatten, ließen einige diesen Komplex komplett aus. Deswegen musste die Zahl der ausgewerteten Grundgesamtheit in diesem Komplex bei den deutschen Instituten auf 27 und die der anderen westeuropäischen Staaten auf 40 gesenkt werden. Die ermittelten Prozentwerte beziehen sich auf diese Gesamtwerte.

In 8 deutschen Instituten wird eine gynäkologische Untersuchung auch durch einen Rechtsmediziner vorgenommen (29,6%), in den Instituten der EU15 Staaten wird diese in 28 von 40 Instituten von einem Rechtsmediziner durchgeführt (70%), bei 12 Instituten ist dies nicht der Fall (30%). Dabei ist bei nur einem deutschen Institut die Untersuchung mit einem Kolposkop prinzipiell möglich (2,5%), während dies in 26 von 40 EU15 - Instituten der Fall ist (65%).

Auf die Frage nach dem Screening auf sexuell übertragbare Krankheiten (sexual transmitted infections = STI's), enthielten sich viele deutsche Institute, wie schon in Abschnitt 3.2.2 erwähnt wurde. Das erklärt auch die niedrigen Prozentwerte im Diagramm 19. Bei den Instituten der anderen EU15-Staaten ergab sich eine höhere

Beteiligung bei dieser Frage. Tabelle 10 zeigt die Anzahl der Antworten, die in Diagramm 19 eingeflossen sind.

Tabelle 10 – Screening nach STI's: Anzahl der positiven Antworten

Anzahl der positiven Antworten	Deutschland (n=27)	andere EU15 inkl. Norwegen und Schweiz (n=40)
Screening allgemein	6	29
Post- Expositionsprophylaxe HIV/ Hepatitis B	2	24
Schwangerschaftstest	5	27
Notfallkontrazeptiva	2	26
Schwangerschaftsabbruch und Beratung	3	13
Beratung über HIV/Hepatitis- Risiko	3	22
serologischer HIV-Test	3	25
serologischer Hepatitis B -Test	1	20
serologischer Hepatitis C -Test	1	20

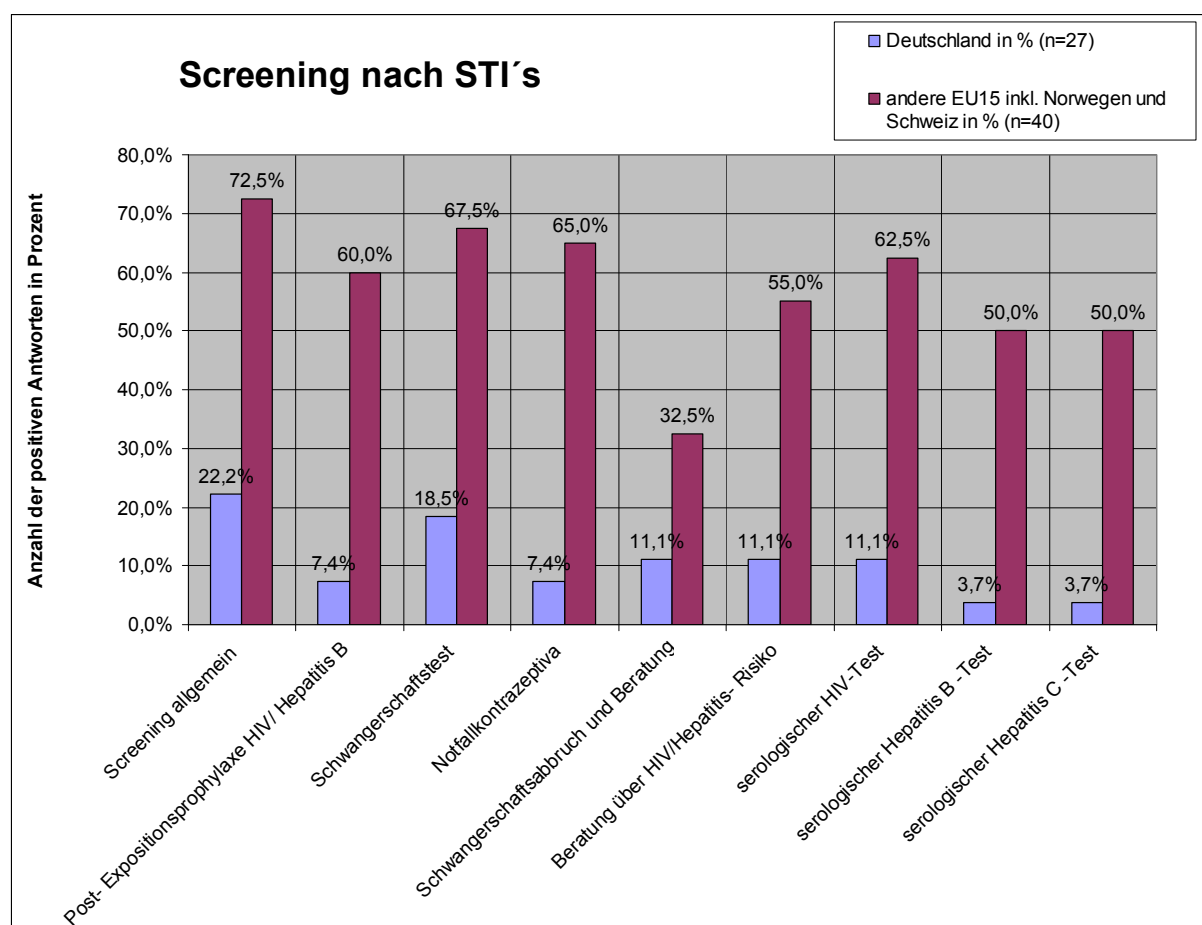


Diagramm 19 – STI Screening: Vergleich zwischen Instituten aus Deutschland und EU15 Staaten (Deutschland n=27, andere EU15, inkl. Norwegen und Schweiz n=40)

In Fragen der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes zeigen sich deutsche Institute als besonders gut aufgestellt gegenüber Instituten anderer EU15 -Staaten. 76,7% der deutschen Institute bieten einen klinisch-rechtsmedizinischen Dienst mit Terminvereinbarung an (23 von 30 Instituten), bei den Instituten der anderen EU15 Staaten sind es 54,8% (23 von 42 Instituten). 17 europäische Institute bieten diesen Dienst auch ohne Terminvereinbarung an (40,5%). In Deutschland bieten dieses 13 Institute an (43,3%).

24 Institute der EU15 Staaten bieten eine telefonische Erreichbarkeit, bei der man stets mit einem Mitarbeiter des Institutes persönlich sprechen kann an (57,1%). In Deutschland wird diese Rufbereitschaft von 86,6% der Institute geboten (26 von 30 Instituten). Nur eines von 42 Instituten der anderen EU15 Staaten greift dabei auf einen Anrufbeantworter zurück, der die Präsenz- Rufbereitschaft ersetzt (2,4%), in Deutschland ist dies ebenfalls ein Institut (3,3%).

31 von 42 europäischen Instituten (73,8%) haben 7 Tage in der Woche geöffnet, 29 Institute sogar 24 Stunden am Tag. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 69%. In Deutschland sind 29 Institute 7 Tage in der Woche geöffnet (96,7%) und 26 Institute (86,7%) sogar rund um die Uhr ($p < 0,05$). Nur 7 europäische Institute sind lediglich an Werktagen für die Patienten verfügbar (16,7%), in Deutschland sind es 3 Institute, die dies angaben (10%). Zu normalen Bürozeiten gaben 3 der europäischen Institute an, verfügbar zu sein (7,1%), hingegen gaben 4 der deutschen Institute dies an (13,3%). Ein Institut der EU15 - Staaten erklärte, dass eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung immer durchgeführt werden kann, wenn die Polizei diese beantrage. Generell deckten sich die Angaben vieler Institute, die angaben, fallabhängig immer eine solche Untersuchung anbieten zu können.

23 von 30 deutschen Instituten (76,6%) bestätigten, dass ein Opfer von Gewalt auch selber eine rechtsmedizinische Untersuchung in Auftrag geben kann, europaweit gaben dies ebenfalls 23 Institute (54,8%) an ($p < 0,05$). 23 der 87 teilnehmenden europäischen Institute erklärten, dass ein Gewaltopfer erst die Polizei verständigen müsse (54,8%), in Deutschland ist das in nur 9 Instituten der Fall (30%).

Als letzten wichtigen Teil dieses Abschnitts wird danach gefragt, inwieweit die Institute andere Fachgebiete in die eigene Arbeit integrieren, beziehungsweise, welche

Professionen sie noch in ihre Institution integriert haben. Veranschaulicht werden die Ergebnisse in Tabelle 11 und Diagramm 20. Dabei werden in Deutschland überwiegend Gynäkologen und Kinderärzte in die klinisch-rechtsmedizinische Arbeit integriert, in den anderen EU15 Staaten sind es eher die klinischen Psychologen, Psychiater, aber auch die Kinderärzte. Grundsätzlich erscheint die interdisziplinäre Vernetzung im eigenen Institut in Deutschland deutlich geringer ausgeprägt.

Tabelle 11: Welche anderen Fachgebiete werden in die eigene Arbeit integriert?

	Deutschland Anzahl der Antworten (n=30)	Deutschland in %	andere EU15 inkl. Norwegen und Schweiz Anzahl der Antworten (n=42)	andere EU15 inkl. Norwegen und Schweiz in %
Krankenpflegedienst	1	3,3	10	23,8
forensische Krankenpflege	0	0,0	5	11,9
Klinischer Psychologe	2	6,7	18	42,9
Psychiater	4	13,3	16	38,1
Gynäkologe	8	26,7	15	35,7
Pädiatrischer Gynäkologe	5	16,7	9	21,4
Kinderarzt	9	30,0	17	40,5
Zahnarzt	2	6,7	11	26,2
Rechtsberatung	1	3,3	11	26,2
Sozialdienst	3	10,0	13	31
Polizei	4	13,3	13	31
Andere	2	6,7	3	7,1

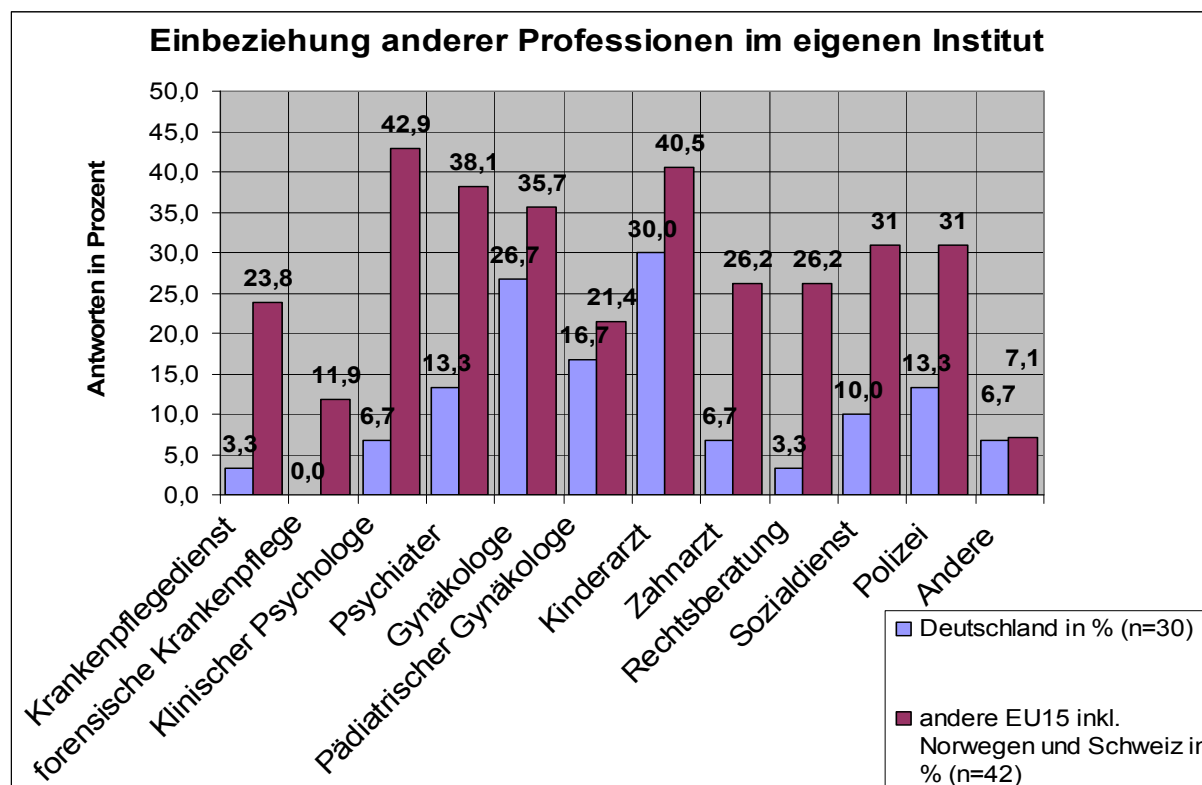


Diagramm 20 – Einbeziehung anderer Professionen im eigenen Institut (Deutschland n=30, andere EU15 inkl. Norwegen und Schweiz n=42)

3.3.3 Abschnitt C

Auch in diesem Abschnitt wurde wieder erfragt, durch wen die klinisch-rechtsmedizinischen Dienstleistungen formal gestützt werden (C1).

Sowohl in Deutschland (46,7%) als auch in den anderen EU15 Staaten (33,3%) gaben 14 Institute an, durch die landesweite Gesetzeslage gestützt zu werden ($p < 0,05$). 5 deutsche Institute nannten eine Verwaltungsvorschrift als Grundlage für die klinisch-rechtsmedizinischen Dienste (16,7%), in den EU15 Staaten gaben dies 9 der 42 Institute an (21,4%). Neben den 6 deutschen Instituten, die angaben, polizeiliche Dokumente als unterstützende Regelung zu haben (20%), teilten dies auch 8 Institute der anderen EU15 Staaten mit (19%). Lokale Behörden unterstützen 3 deutsche Institute formal (10%), in den anderen EU15 Staaten wurde dies von 10 Instituten ebenfalls bestätigt (23,8%). Andere, nicht in den Items genannte Institutionen waren spezielle Untersuchungsstellen für Vergewaltigungsoffer, die den Krankenhäusern angegliedert sind, die Staatsanwaltschaft und einzelne Richter.

Der zweite wichtige Fragenkomplex im Abschnitt C beschäftigt sich mit den Versicherungsträgern, die sich als Kostenträger von Dienstleistungen der klinischen Rechtsmedizin anbieten können (C3). Bei den deutschen Instituten wurde in 3 Fällen geantwortet, dass die gesetzliche und staatliche Krankenversicherung die Kosten für rechtsmedizinische Untersuchungen trage (10%). Institute der EU15 Staaten bejahten dies in 18 Fällen (42,9%) ($p < 0,01$). Die private Krankenversicherung zahlt, dem Fragebogen nach, bei deutschen Instituten in 3 Fällen die Kosten (10%), in Europa ist dieses bei 7 Instituten der Fall (16,7%). Als letzte Antwortmöglichkeit gaben 5 Institute der EU15 Staaten an, ihre Kosten von der Sozialversicherung erstattet zu bekommen (11,9%) ($p < 0,05$). Eines der Institute gab an, dass die Sozialversicherung nur für Kosten als Folgeschäden von Gewalt aufkomme. In Deutschland machte keines der Institute Angaben zum Thema Sozialversicherung. 15 der europäischen Institute (35,7%) teilten mit, die Polizei würde die rechtsmedizinischen Untersuchungen zahlen, in Deutschland bejahten dies 25 der 30 teilnehmenden Institute ($p < 0,001$). Von den europäischen Instituten machten bei dem Item zur gesetzlichen Krankenversicherung 5 Institute keinerlei Angaben und wurden als unbekannt gewertet (11,9%), bei den Items zur privaten Krankenversicherung waren es 8 (19%) und bei der Sozialversicherung 9 Institute (21,4%), die keine Angaben machten. Von den deutschen Instituten gab es bei diesem Fragenkomplex, wie in Abschnitt 3.2.3 schon erwähnt, viele Negativantworten und Enthaltungen.

Auf die Frage, ob es eine Berichtspflicht für Gewaltopferuntersuchungen gegenüber der Polizei oder anderen Institutionen gebe, antworteten - wie in Abschnitt 3.2.3 schon erwähnt - nur 13,3% aller deutschen Institute (4 der 30), dass dies so sei. 24 Institute verneinten diese Frage (80%) und 2 waren als unbekannt zu bewerten, da sie gar keine Angaben dazu machten (6,7%). 17 der EU15 Staaten gaben bei dieser Frage an, dass es eine Berichtspflicht gegenüber anderen Institutionen gebe (40,5%). 21 andere Institute kreuzten bei dieser Frage „nein“ an (50%) und 4 Institute (9,5%) enthielten sich komplett ($p < 0,01$). Berichtspflicht bestände vor allem in Todesfällen in Folge von Gewalt oder bei Gewalthandlungen gegen Schutzbefohlene (Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Alte und Menschen mit Behinderungen) sowie deren Vernachlässigung. Ein Institut gab an, nur nach Absprache mit dem Opfer selber einen

Bericht an andere Institutionen abzugeben. Ein anderes Institut der EU15 Staaten beantwortete die Frage damit, dass Ärzte selber entscheiden müssten, wann sie ihre Schweigepflicht im Sinne des Opfers brechen und anderen Institutionen einen Bericht erstatteten.

3.3.4 Abschnitt D

Im letzten Teil, im Vergleich zwischen den deutschen Instituten und denen der anderen EU15 Staaten, wurde gefragt, ob an den Instituten auch die Grundausbildung von Studenten sowie Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in klinischer Rechtsmedizin angeboten werde. Während 22 deutsche Institute diese Frage generell bejahten (73,3%), waren es in den anderen EU15 Staaten 39 (92,9%). Nur 3 europäische Institute - also 7,1% - gaben an, nicht an der Aus- und Weiterbildung beteiligt zu sein. (Siehe Diagramm 21)

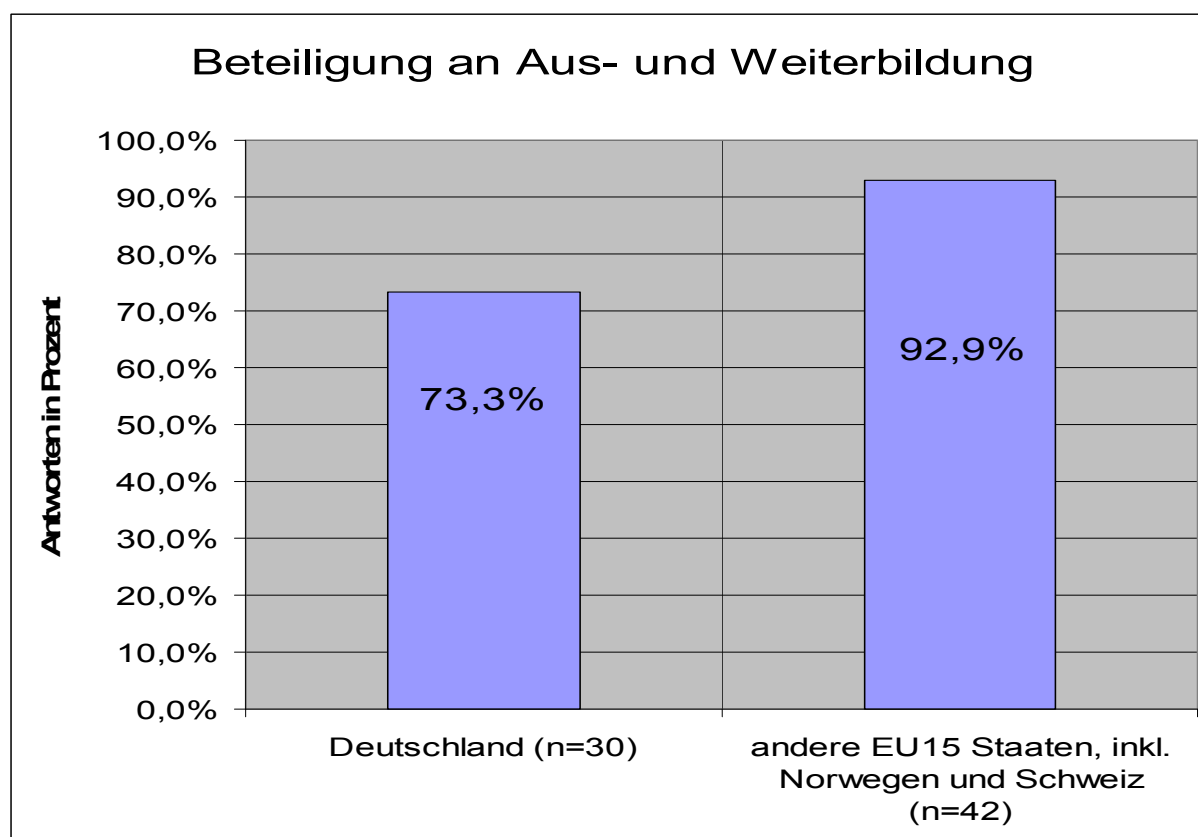


Diagramm 21 – Beteiligung an Aus- und Weiterbildung: Vergleich Deutschland <-> EU15 Staaten (Deutschland n=30, andere EU15, inkl. Norwegen und Schweiz n=42)

4. Diskussion

Die Ergebnisse dieser deskriptiven Studie zeigen, dass mit 92,6% der Großteil der teilnehmenden Institute klinische Rechtsmedizin zur Untersuchung und Begutachtung von Gewaltopfern anbietet. 79,3% der Antwortenden machten sogar Angaben über Fallzahlen zu Untersuchungen von Kindern. Daraus war zu schließen, dass diese Institute auch Untersuchungen von Kindern, die Opfer von Gewalt geworden sind, durchführen. Das bietet den Anlass, sich mit den Besonderheiten der kindlichen rechtsmedizinischen Untersuchung zu befassen.

Ziel der Analyse des Fragebogens sollte es sein, einen qualitativen Vergleich des klinisch – rechtsmedizinischen Versorgungsangebots für Gewaltopfer jeder Altersgruppe zwischen definierten europäischen Ländergruppen, aber auch zwischen einzelnen deutschen Instituten zu ermöglichen. Des Weiteren können anhand der Ergebnisse Vorschläge zur Verbesserung der Strukturqualität entstehen.

Zunächst jedoch einige methodenkritische Bemerkungen. Die Auswertung des Fragebogens war teilweise nicht unproblematisch. Das lag zum Teil daran, dass durch bestimmte Konzeptionsschwächen des Fragebogens nicht immer klar wurde, was ein Teilnehmer bei fehlender Kreuzsetzung meinte.

Im Fragebogen finden sich überwiegend dichotome Fragen mit einer „yes“- / „no“- Antwortmöglichkeit (wie zum Beispiel in Abschnitt A, Abschnitt B2, B3, B4, C2, C3, C5, D2 siehe Anhang). Es kam vor, dass Institute gar nichts ankreuzten, was bei dieser Art von Frage als „unbekannt“ gewertet werden musste. Die „Unbekannten“ konnten bei dieser Umfrage nicht ausgewertet werden. Das wäre zu vermeiden gewesen, indem man dem Teilnehmer mehr Freitextmöglichkeiten geboten hätte.

Ein weiteres Problem, das sich bei der Auswertung der Fragebögen stellte, war die Entzifferung der fast nur handschriftlich ausgefüllten Bögen. Vielleicht sollte eine folgende Befragung auf Basis von Email- Kontakt und online ausfüllbaren Formularen erfolgen.

Das zu Beginn der Studie gesteckte Ziel, auch der klinischen Rechtsmedizin nahestehende Berufsgruppen in die Befragung mit einzuschließen, konnte leider nicht ausreichend erreicht werden. Die 10 angeschriebenen Experten für forensische

Krankenpflege in Europa beteiligten sich nicht ausreichend an der Umfrage (es wurde nur ein Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet), so dass die gewünschten neuen Ergebnisaspekte leider ausblieben. Es bleibt zu überlegen, ob der für die rechtsmedizinischen Institute entworfene Fragebogen für andere Berufsgruppen unpassend formuliert war und deswegen so wenig Antworten zurück kamen. Sollte die Befragung von forensischen Krankenpflegern noch einmal neu entwickelt werden, sollte das Verbreitungskonzept und die Fragebogenkonzipierung überdacht werden.

4.1 Struktur der rechtsmedizinischen Versorgung von Gewaltopfern

Das Angebot für Opfer von Gewalt ist in den einzelnen europäischen Staaten unterschiedlich groß [Hamner et al. 2006]. Die meisten gültigen Antworten (65 von 87) kamen aus der EU15 - Gruppe (74,7%), im Verhältnis zu den 154 angeschriebenen Instituten ergibt das eine Rücklaufquote der EU15-Gruppe von 42,2%. Bei der EU27-Gruppe kamen 15 gültige Antworten von insgesamt 56 angeschriebenen Instituten zurück (26,8%). Die non-EU-Gruppe erzielte ebenfalls eine Rücklaufquote von 42,2% bei allerdings nur insgesamt 7 gültigen Antworten von 17 angeschriebenen Instituten. Diese 7 Antworten repräsentieren lediglich 8% aller eingegangenen gültigen Antworten. Aufgrund der niedrigen absoluten Antwortzahl aus der non-EU-Gruppe bleibt es zu diskutieren, ob die Antworten dieser Gruppe wirklich den Stand ihrer Länder repräsentieren.

Die Anzahl der antwortenden Institute vergrößerte sich im Vergleich zur Befragung von 2003/2004 von 91 auf 94, der prozentuale Anteil sank dagegen von 44,8% auf 41,4%, da auch die Anzahl der angeschriebenen Institute 2007/2008 von 203 auf 227 zugenommen hat [Grassmann 2008].

Besonders erfreulich ist der hohe Anteil an Instituten (59,6%), die nach der ersten Befragung von 2003/2004 wieder eine Antwort zurücksandten. Die Mehrheit dieser Institute gehört der EU15- Gruppe an.

Viele Antworten erreichten uns aus Instituten, die schon seit vielen Jahren rechtsmedizinisch aktiv sind (siehe 3.1.1). Das mag wohl daran liegen, dass die „jüngeren“ Institute noch nicht so etabliert sind, um sich Behandlungsstrukturen aufzubauen. Die meisten antwortenden Institute gaben an, 100-1000 Untersuchungen

pro Jahr durchzuführen. Bei Kindern antwortete die Mehrheit der Institute, weniger als 25 Fälle pro Jahr zu untersuchen.

Arten von untersuchten Gewaltformen:

Opfer von körperlicher und sexualisierter Gewalt machen den Großteil der untersuchten Patienten aus. Lediglich ein kleiner Anteil der Institute im EU-Gruppenvergleich (18,4%) - und dabei keines der deutschen Institute - gab an, sich mit Fällen von psychischer Gewalt (zum Beispiel Stalking) zu befassen. 2003/2004, bei der ersten Umfrage zum Thema Versorgung von Gewaltopfern im europäischen Vergleich, gaben dies 14% aller antwortenden Institute an [Grassmann 2008]. Trotz der vergleichbar niedrigen Quote an positiven Antworten ist auch diese Art von Gewalt sehr verbreitet und scheint etwas mehr Berücksichtigung zu finden, wie der leichte Anstieg des Anteils positiver Antworten zeigt. Dass dennoch nur so wenige Institute angaben, psychische Gewalt in ihren Untersuchungshorizont einzubeziehen, lässt vermuten, dass die Opfer psychischer Gewalt, die nicht körperlich angegriffen wurden, nach Bekanntwerden der Tat meist direkt an Psychologen oder andere Interventionszentren und Fachbereiche weitergeleitet werden. So umgehen sie dann die rechtsmedizinischen Institute, da eine körperliche Untersuchung nicht notwendig erscheint. Viele der antwortenden Institute haben wahrscheinlich auch durchaus zu beobachtende psychische Folgen der körperlichen Gewalt nicht als „psychische Gewalt“ gewertet und angegeben, da sie ihre Untersuchung eher auf somatische Aspekte fokussieren. In Fällen körperlicher und sexualisierter Gewalt verursacht die Tat an sich bei den Opfern jedoch ein psychisches Trauma als erhebliche psychische Folge [Müller et al. 2004], das weiterer Hilfe bedarf. Hier ist auch der Rechtsmediziner gefragt, der die Dringlichkeit einer psychologischen Behandlung im Anschluss an seine Begutachtung erkennen sollte. Denn die psychischen Folgen einer Vergewaltigungstat beispielsweise sind oft weitreichender als die körperlichen und müssen deswegen besonders behandelt werden. Dazu sind spezielle Grundsätze entworfen worden, an denen sich die Betreuung von Gewaltopfern bei der rechtsmedizinischen Untersuchung orientieren sollte. Dazu zählen, unter anderem, genügend Zeit für die Untersuchung oder etwa die Schaffung von kontrollierbaren Rahmenbedingungen für das Opfer [Tschudin 2005].

Im Anschluss an eine körperliche Untersuchung sollte es dem Opfer freigestellt sein, wann und wie es weitere Hilfe annimmt. Am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg wurde 1998 eine Anlaufstelle für Gewaltopfer gegründet. Dort erhalten die Patienten nach der Untersuchung seitdem weitere Kontaktinformationen von beispielsweise Psychologen oder Anwälten, die sich - vermittelt durch Opferschutzorganisationen - um die Opfer von Gewalt kümmern [Seifert et al. 2009]. So bleibt es jedem Einzelnen überlassen, inwiefern er sich in therapeutische Behandlung begibt und die Selbstbestimmung eines Gewaltopfers bleibt vollständig gewahrt.

Ort für eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung:

Die Ergebnisse der Umfrage bezüglich des Ortes, an dem eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung erfolgen kann, zeigen, dass die deutschen Institute flexibel sind. Jeweils 90% der befragten Institute teilten mit, sowohl im eigenen Institut als auch in anderen Abteilungen des Krankenhauses und sogar in anderen Kliniken derartige Untersuchungen durchführen zu können. Auch die Räumlichkeiten der Polizei werden für klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen genutzt. Eine Minderheit von Instituten nannte auch spezielle Interventionszentren als potentielle Orte, an denen eine Untersuchung erfolgen kann. Positiv zu bewerten ist auf jeden Fall, dass die Möglichkeit besteht, Untersuchungen flexibel durchzuführen, um damit gegebenenfalls das Opfer zu schonen und ihm Stress zu ersparen. Andererseits ist nicht klar belegt, ob diese Flexibilität auch einen Zeitgewinn mit sich bringt, der unter Umständen wichtig für die Spurensicherung ist.

4.2. Rechtsmedizinische Einrichtung und angebotene Dienste zur Versorgung von Gewaltopfern

Dokumentation und Begutachtung für andere Institutionen:

In Deutschland erfolgen die klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen und damit die Dokumentation von Verletzungen und das Sammeln von Spuren immer mit dem Ziel, die Ergebnisse später in einem Strafprozess zu verwenden. In den meisten Fällen sind die Auftraggeber einer solchen Untersuchung die Polizei oder die Staatsanwaltschaft. Die meisten der deutschen Institute stellten fest, Untersuchungsbefunde auch für das

Opfer selber (70%) und andere Auftraggeber, wie zum Beispiel das Jugendamt, zu dokumentieren (80%).

Das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg beispielsweise ist mit über 1000 sogenannten „Geschädigtenuntersuchungen“ pro Jahr das aktivste Institut in Deutschland auf diesem Feld. In der Hälfte der Fälle erfolgen die Untersuchungen dort unmittelbar im Rahmen eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens, die andere Hälfte der Untersuchungen erfolgt ohne Auftrag von Strafverfolgungsbehörden für das Opfer selbst. Die Untersuchung ist für den Geschädigten kostenlos. Die Kosten für derartige Untersuchungen trägt der Staat [*Bürgerschaft der Freien Hansestadt Hamburg 2007*]. Der Vorteil eines solchen Angebotes für Opfer von Gewalt ist, dass die Hemmschwelle, eine solche Untersuchungsstelle anzulaufen, möglichst niedrig gehalten wird.

Generell sollte Gewaltopfern - auch wenn sie sich noch nicht darüber im Klaren sind, ob sie den Täter anzeigen wollen - eine körperliche Untersuchung in jedem Fall empfohlen werden, da sie der Befunderhebung und Spurensicherung dient. Die endgültige Entscheidung darüber trifft immer das Opfer selber [*Tschudin 2005*].

Bewertung des psychischen Status eines Gewaltopfers:

Eine entscheidende Rolle bei der Behandlung und Begutachtung von Gewaltopfern spielt die Beurteilung des psychischen Status eines Opfers. 31% aller antwortenden Institute gaben bei dieser Umfrage an, dazu in der Lage zu sein, während es bei der Befragung 2003/2004 nur 21,1% waren [*Grassmann 2008*]. Aus dem Ergebnis lässt sich schließen, dass das Bewusstsein für die Bedeutung dieses Themas in Europa zugenommen hat. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass die große Mehrheit der von Gewalt betroffenen Opfer unter den teilweise erheblichen psychischen, psychosozialen und gesundheitlichen Folgen leidet. So erklärten 79% eines deutschen, von sexueller Gewalt betroffenen Klientel, an psychischen Folgen zu leiden [*Müller et al. 2004*]. Für die Weiterbehandlung und damit die Chancenverbesserung für das Opfer, sein Trauma überwinden zu können, ist die Bewertung des psychischen Status von enormem Wert. Es sei hierbei zu erwähnen, dass die Verarbeitung eines Vergewaltigungstraumas beispielsweise in 3 Phasen abläuft [*Tröger u. Albrecht 2004*]:

Phase 1: unmittelbar auf die Tat folgende Gefühlsverwirrung, emotionaler Zusammenbruch, eventuell auch Schock.

Phase 2: Angst und Scham. In diesem Zeitabschnitt erfolgt oft die Ratsuche in der sozialen Umgebung. Diese Phase kann Jahre dauern, häufig findet man hier Depressionen und Alkoholismus als Ausdruck von mangelhafter Konfliktlösung.

Phase 3: Die erfahrene Kränkung wird verarbeitet. Hier ist oft der Wunsch nach Gesprächen zu erkennen, um die Konfliktsituation zu klären.

Meistens sieht ein Arzt ein Vergewaltigungsoffer in Phase 2 und muss daher möglichst behutsam mit der Angst und der Scham umgehen, der er begegnet. Die Zusammenarbeit mit Kriseninterventionszentren ist in den meisten Fällen ratsam und sollte angestrebt werden. In akuten Fällen ist die Überweisung an eine Klinik für Psychiatrie erforderlich. Generell kann behauptet werden, dass die Folgen von häuslicher Gewalt mit allen verschiedenen sekundären Gewaltformen niemals eine Institution alleine bewältigen kann und die Zusammenarbeit verschiedener Interventionseinrichtungen wichtig ist. Daher sind Kooperationsbündnisse zwischen einzelnen Interventionsstellen unverzichtbar [*Hagemann-White u. Kavemann 2004*]. So muss sich auch die Rechtsmedizin an Kooperationen beteiligen und Arbeits- bzw. Forschungsergebnisse offenlegen, damit stets auch nachhaltige Veränderungen auf dem Gebiet der Versorgung von Gewaltopfern geschehen können.

Vom forensischen Standpunkt aus betrachtet, muss auch das allgemeine Verhalten eines Gewaltopfers während der Untersuchung berücksichtigt werden. Psychische Beeinträchtigungen können zum einen auf eine seelische Belastung nach der Tat zurückgeführt werden, zum anderen aber auch Anzeichen von Drogeneinfluss sein [*Kleemann 2007*]. Diese Tatsache kann später bei einem Strafverfahren von Wichtigkeit sein.

Untersuchungen nach sexualisierter Gewalt:

Ein wichtiger Unterpunkt des Fragebogens im Abschnitt B betraf sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder.

Ein Großteil der Geschädigtenuntersuchungen findet aufgrund von sexueller Gewalt statt, was der Grund dafür ist, dass alle teilnehmenden Institute nach diesem Thema etwas genauer befragt wurden.

Generell ist erfreulich, dass die Aufklärungsquote von Vergewaltigungs- und Nötigungsdelikten nach §177 StGB in Deutschland zwischen 2000 und 2007 von 79,7% auf 82,9% gestiegen ist [Bundeskriminalamt 2007]. Diese Verbesserung der Kriminalstatistik ist sicherlich auch teilweise der verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Behörden und rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen zu verdanken.

Die im Jahr 2007 registrierten Fallzahlen von Vergewaltigung und sexueller Nötigung sind im Vergleich zu 2006 rückläufig [Bundeskriminalamt 2007]. Dieses Ergebnis lässt jedoch nicht vermuten, dass es auch weniger Taten gegeben hat. Oft verhindert die Angst vor dem Täter und davor, Schuldzuweisungen oder Abwertungen zu erfahren, sowie die eigene Scham des Opfers, eine Anzeige bei der Polizei. Dies zeigen auch frühere Studien, zum Beispiel die des kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) von 1992. Das KFN führte damals eine repräsentative Opferbefragung zum Thema „Opfererfahrung“ durch Kriminalität und Gewalt, Kriminalitätsfurcht älterer Menschen“ durch. Die Ergebnisse zeigten, dass die Anzeigenquoten bei unbekanntem Täter bei 57,6%, bei Sichtbekanntschaften und Freunden nur noch bei 26,7% und bei Tätern aus dem familiären Umfeld sogar nur noch bei 17,9% lag. Am häufigsten wurden vollendete Vergewaltigungen angezeigt [Wetzels u. Pfeiffer 1995].

Befragt wurden die teilnehmenden Institute dieser Umfrage nach der körperlichen Untersuchung, die im Anschluss an stattgefundenen sexualisierter Gewalt (sexueller Missbrauch, sexuelle Nötigung) gegen Frauen und Kinder stattfindet und nach dem eventuell während der Untersuchung erfolgenden Screening auf sexuell übertragbare Erkrankungen.

Generell sollte eine körperliche und gynäkologische Untersuchung nach sexueller Gewalt idealerweise bis zu 72 Stunden nach der Tat erfolgen, um für die spätere Beweisführung wichtige Spuren sichern zu können [WHO 2003]. Auch wenn stets eine Untersuchung des ganzen Körpers erfolgen sollte, haben Geschädigte stets das Recht, Teile der Untersuchung zu verweigern. Alle bei der Untersuchung erhobenen Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nur nach Einwilligung des

Betroffenen an ein Gericht weitergegeben werden. Neben der körperlichen Untersuchung sollte der wesentliche Tathergang erfragt und dokumentiert werden [Kleemann 2007]. Bei der körperlichen Untersuchung werden Spuren der Tat gesichert (zum Beispiel Spermaspuren des Täters oder Hautreste unter den Nägeln des Opfers) und die Wunden dokumentiert und anschließend versorgt. Weltweit wird seit einigen Jahren angestrebt, die Untersucher von sexueller Gewalt noch weiter zu schulen und zu spezialisieren. Dabei muss eine Spurensicherung nicht mehr zwangsläufig von ärztlichem Personal, sondern kann auch von geschultem Pflegepersonal (forensic nurses) durchgeführt werden [WHO 2003]. Durch eine solche Professionalisierung von Untersuchern kann vermieden werden, dass sich - wie Du Mont und Parnis in ihrer Arbeit schreiben - emotionale Voreingenommenheit in der späteren Wertung der Befunde niederschlägt [Du Mont u. Parnis 2004].

Das Screening nach sexuell übertragbaren Krankheiten (sexual transmitted infections = STI's, auch sexual transmitted diseases = STD genannt) ist ein weiterer wichtiger Punkt bei der körperlichen Untersuchung von Opfern sexualisierter Gewalt. Auch über den Umfang dieser Maßnahme sollten die befragten Institute Auskunft geben. 2003/2004 gaben lediglich 15,1% der Institute an, ein Screening nach STI's anzubieten [Grassmann 2008], während es bei der aktuellen Befragung bereits 45,1% waren. Hier lässt sich offenbar bereits ein Effekt der zunehmenden Standardisierung durch globale Vorgaben (WHO- Leitlinien) ablesen. Auch alle anderen Unterpunkte zum Thema STI-Screening wurden bei der neuen Umfrage häufiger positiv beantwortet. Im Gegensatz zu den anderen Instituten der EU15-Gruppe, bieten deutsche Institute wesentlich seltener dieses STI- Screening mit allen dazugehörigen Anteilen an. Es bleibt aber offen, inwieweit die Teilnehmer der Befragung die Fragestellung tatsächlich im Hinblick auf „Eigenleistung“ gedeutet haben. Dieses Ergebnis lässt sich darauf zurückführen, dass 85,2% aller antwortenden deutschen Institute Experten anderer Fachbereiche für die Untersuchung von sexualisierter Gewalt von beispielsweise Frauen und Kindern hinzuziehen und diesen dann die Durchführung des Screenings unterliegt.

Zu solch einem Screening gehören unter anderem die Diagnostik von STI durch Abstriche oder Kulturen, eine Postexpositionsprophylaxe für bakterielle Infektionen durch Antibiotika, ein Schwangerschaftstest, die Bereitstellung von Notfallkontrazeptiva,

gegebenenfalls eine Schwangerschaftsabbruchberatung und Abortbehandlung und die Testung von viralen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV und die eventuelle HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP). Für Letztere gibt es keine eindeutigen Empfehlungen. Das Robert-Koch-Institut in Deutschland schreibt dazu: „Bei Opfern einer Vergewaltigung ist angesichts der epidemiologischen Situation in Deutschland ein routinemäßiges Anbieten oder Empfehlen einer HIV-PEP im Allgemeinen nicht gerechtfertigt.“ *[Robert Koch Institut 2004]*

Wie für das Screening gilt auch für die Untersuchungen von vergewaltigten Frauen, dass sie in jedem Fall durch Ärztinnen durchgeführt werden sollten und nicht durch einen Arzt *[Appelt u. Kaselitz 2000]*. Im Gegenzug gilt das natürlich auch im Falle von männlichen Opfern, bei denen dann ein Arzt die Untersuchung durchführen sollte. Seit einigen Jahren existieren für dieses Screening bereits standardisierte Fragebögen, zum Beispiel als Teil des „Sexual Assault Care Examination Set“, die die Anamneseerhebung vor einer gynäkologisch rechtsmedizinischen Untersuchung erleichtern und den Betroffenen - meistens sind es Frauen - die sich immer wiederholenden belastenden Schilderungen der Tat ersparen sollen *[Tschudin 2005]*. Im Endeffekt sollen durch dieses standardisierte Verfahren möglichst viele psychische Spätfolgen beim Opfer vermieden werden.

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern ist in der Regel kein Screening nach STI indiziert, da das Gewinnen von Abstrichmaterial ein sehr traumatisches Erlebnis darstellt. Um ein solches Screening bei Kindern zu veranlassen, bedarf es konkreter Verdachtsmomente auf sexuellen Missbrauch, zum Beispiel spezifische genitale Läsionen, die auf eine sexuell übertragbare Krankheit hinweisen: Herpesverdächtige anogenitale Bläschen, Condylomata acuminata oder syphilitische Hauterscheinungen *[Herrmann 2008]*.

Aus psychologischer Sicht stellt die medizinische Untersuchung von Vergewaltigungsoptionen eine hohe Belastung für den Untersuchten dar. Der Untersucher sollte bedacht mit den Schuld- und Schamgefühlen, sowie der Angst vor Berührung, die die Opfer unabhängig von den Umständen der Vergewaltigung entwickeln, umzugehen wissen. Daher ist auch das Screening nach STI ein Teil der klinischen Rechtsmedizin, bei dem besonders viel Sensibilität erforderlich ist. Der Untersucher sollte dem Opfer stets die Art und den Zweck der Untersuchung erklären und auch nach anderen

Gewalteinwirkungen fragen. Es hilft vielen Betroffenen, wenn der Körper nicht voll entkleidet ist und für die Opfer immer die Möglichkeit besteht, die Kontrolle über die Untersuchung zu behalten [Flury 1994].

Pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung:

Die pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung von Kindern, die vermutlich Opfer sexueller Gewalt geworden sind, kann in der Mehrheit aller antwortenden Institute durchgeführt werden (84,1%), in Deutschland gaben dies im Verhältnis zum Gesamtkollektiv nur 74,1% an.

Für die genitale und anale Untersuchung von Kindern werden heute häufig Kolposkope verwendet. Nur 14,8% der deutschen Institute und 37,8% aller Institute antworteten, dass bei ihnen im Institut die kolposkopische Untersuchung von Kindern möglich sei. Neben diesem speziellen Werkzeug benötigt der Arzt auch die Fähigkeit, mit Kindern über die Tat zu sprechen und dabei möglichst viele Informationen zu erhalten. Aufgrund der wesentlich anspruchsvolleren Untersuchungssituation wird eine Anamnese und gynäkologische Untersuchung von Kindern in vielen Fällen von speziell ausgebildeten Kinder- und Jugendgynäkologen durchgeführt. Die Anamneseerhebung erfolgt teils mit dem Kind alleine und teilweise auch mit der Begleitperson und umfasst neben der internistischen auch die kindergynäkologische Anamnese, Verhaltens-, Sozial- und Familienanamnese. Forensische Interviews sollten nur durch dafür geschultes Personal erfolgen. Im Anamnesegespräch mit Kindern sollten keine Suggestivfragen verwendet und keine Bewertungen oder Emotionen geäußert werden [Herrmann 2008a]. Die Mehrheit der antwortenden Institute (64,6%) gab an, die pädiatrisch-gynäkologische Untersuchung durch einen Spezialisten durchführen zu lassen oder diese in Kooperation durchzuführen. Von den deutschen Instituten antworteten 55,6% in diesem Sinne.

Da unter den Tatbestand des sexuellen Missbrauchs neben der vaginalen Penetration definitionsgemäß auch die anale und orale Penetration sowie Berührungen der Brüste, des Genital- und Analbereichs fallen und auch Masturbation, Exhibitionismus und Pornografie [Buck u. Kreienberg 2004], finden sich in 50% der Fälle von sexuellem Missbrauch gegen Mädchen keine Verletzung des Hymens [Adams et al. 1994]. Da in vielen Fällen also genitale Verletzungen fehlen, dafür aber das psychologische Trauma

umso größere Ausmaße annehmen kann, ist ein multidisziplinäres Vorgehen unter Einbeziehung des Kinder- oder Hausarztes, von Psychologen oder Erziehern, von Kinderschutzbund oder Jugendamt meistens dringend notwendig. Der Schutz des mutmaßlichen Opfers, aber auch die Zurückhaltung vor unberechtigten Beschuldigungen, müssen bedacht werden [Buck u. Kreienberg 2004].

Während die Untersuchung von erwachsenen und jugendlichen Sexualgewaltopfern mindestens 72 Stunden nach der Tat erfolgen sollte, ist die Untersuchung zur Asservierung von Spuren bei Kindern nur bis zu 24 Stunden nach der Tat sinnvoll, da Spuren ab diesem Zeitpunkt zumeist nur noch an der Kleidung gefunden werden. Bei der Untersuchung von Kindern ist der Arzt mit einem weiteren Spektrum von Angst konfrontiert, als bei der Untersuchung von Erwachsenen. Deswegen erfordert eine solche Untersuchung meistens mehr Zeit und Geduld. Schon ungewohnte Untersuchungspositionen, wie die Seitenlage zur Begutachtung der Analregion, können das Kind verängstigen und machen so eine Untersuchung unmöglich. Auf spielerische Weise (z.B. mit Puppen) sollte der behandelnde Arzt versuchen, dem Kind die einzelnen Untersuchungsschritte zu erklären und so die Angst zu nehmen [Herrmann 2008a].

Weiterleitung und Überweisung an andere Institutionen:

Schon 1998 erkannte Hölliger, dass die Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt unterschiedliche Betreuungs- und Interventionsansätze erfordert, da man es mit Verletzungen sowohl körperlicher als auch seelischer Art zu tun hat. Deswegen kann diese auch nicht von einer Institution alleine geleistet werden [Höllinger 1998]. So ist neben der Zusammenarbeit unter Ärzten auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den anderen Interventionseinheiten auch ein wichtiger Grundstein für eine gute Gewaltopferversorgung.

Die aktuelle Befragung zur ärztlichen interdisziplinären Vernetzung und die Überweisung zu ärztlichen Kollegen anderer Fachbereiche ergaben, dass die Vernetzung zwischen verschiedenen Ärztedisziplinen in Deutschland etwas schlechter ausgeprägt ist, als in den anderen Ländern der EU-15-Gruppe. (Siehe Diagramm 20)

Bezüglich der Weiterleitung von Patienten an andere, auch nichtärztliche Institutionen nach einer stattgefundenen Untersuchung zeigen sich seit 2003/2004 vermehrt Institute, die mit anderen Einrichtungen zusammenarbeiten und die untersuchten Gewaltopfer

überweisen: 2003/2004 gaben 70% aller antwortenden Institute an, sie würden beispielsweise an Kriseninterventionszentren überweisen [Grassmann 2008]. Bei der aktuellen Umfrage waren es 72,4%. Möglicherweise kommt es zunehmend zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Interventionseinheiten gegen häusliche Gewalt, auch wenn die Ergebnisse zur ärztlichen interdisziplinären Vernetzung noch gravierende Unterschiede zwischen Deutschland und anderen Ländern zeigen.

Ein verbessertes Ineinandergreifen von Interventionsprojekten bringt im Folgenden dann auch eine reibungslosere Behandlung von Geschädigten und eine verbesserte Informationslage für Geschädigte und Ärzte mit sich. Wenn Ärzte mehr Informationen erhalten, können sie sich vermehrt mit dem Thema der häuslichen Gewalt auseinandersetzen und steigern ihre Kompetenz im Umgang mit Gewaltopfern. Eine Studie von Erickson et al. zeigte, dass Ärzte besonders dann bereit sind, sich mit dem Thema Gewalt in der Familie und sexuellem Missbrauch zu befassen, wenn sie auf Unterstützungssysteme zurückgreifen können [Erickson et al. 2001]. Und so schließt sich dann ein Kreis, in dessen Zentrum die Verbesserung der Versorgung von Gewaltopfern steht.

Einige Interventionsstellen haben einen proaktiven Ansatz. Dort werden die Opfer von häuslicher Gewalt durch professionelle Hilfe - sinnbildlich gesprochen - an die Hand genommen, um aus der zermürbenden Situation nach einer Gewalterfahrung wieder herauszufinden [Franke et al. 2004]. Weil solche Interventionsstellen, neben einer korrekt durchgeführten körperlichen Untersuchung in der Rechtsmedizin, enorm wichtig für Opfer von Gewalt sind, sollte dringend an der Vernetzung der an der Versorgung von Gewaltopfern beteiligten Stellen gearbeitet werden. Eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit durch eine verbesserte Vernetzung einzelner Interventionsstellen sowohl auf medizinischer als auch auf nichtmedizinischer Seite könnten hierzulande zum Beispiel durch Arbeitsgruppen, beziehungsweise Runde Tische erreicht werden. Diese könnten Kooperationsdefizite zwischen den verschiedenen Akteuren aufarbeiten und Hilfsmöglichkeiten für Ärzte noch weiter zugänglich machen [Ellsäßer u. Cartheuser 2006].

Während die Ergebnisse dieser medizinischen Umfrage unter den rechtsmedizinischen Instituten Europas eine Zunahme an Überweisungen an Interventionsstellen aufzeigt,

besteht diesbezüglich laut einer Studie der „Co-ordination Action on Human Rights Violations“ (CAHRV) noch ein Mangel. So gibt es zu wenig spezialisierte Interventionen für Ältere, Kinder und Behinderte oder auch Prostituierte. Lücken äußern sich zum Beispiel auch im Mangel an Frauenhäusern.

Die meisten EU-Staaten zeigen ebenfalls Lücken in der Versorgung von gefährdeten Gruppen, zum Beispiel ethnischen Minderheiten ohne EU-Staatsbürgerschaft. Die statistisch am meisten gefährdete Gruppe in Zentral- und Osteuropa stellt die Volksgruppe der Roma dar [Hamner et al. 2006].

Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes:

Was die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit des rechtsmedizinischen Dienstes betrifft, so lassen sich zwischen den Angaben von 2003/2004 und denen der neuen Umfrage keine relevanten Unterschiede feststellen: 72,4% (63 Institute) gaben 2003/2004 an, einen 24-Stunden- Service anzubieten, neuerdings sind es 71,3% (62 Institute). Dabei sank die Anzahl der Institute, die auch eine Untersuchung ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten, von 43,7% auf 41,4%. In der neuen Umfrage gaben jedoch mehr Institute der EU15-Gruppe an, diesen Service ohne Termin anzubieten (29), als es noch ein paar Jahre vorher waren (25) [Grassmann 2008]. Zwar ist in vielen Fällen von Gewalt, die Spuren hinterlässt (zum Beispiel Hämatome oder Kratzspuren) nicht unmittelbar eine rechtsmedizinische Untersuchung notwendig, der Vorteil einer rund um die Uhr erreichbaren rechtsmedizinischen Ambulanz ist jedoch die zeitnah mögliche Asservierung von biologischen Spuren nach einer Vergewaltigung. Diese sollten sofort gesichert werden.

Bei dieser Befragung zeigten die Ergebnisse, dass eine klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung in 62,1% auch vom Opfer selber in Auftrag gegeben werden kann, während in 47,1% das Opfer zuerst die Polizei einschalten muss, bevor diese die Untersuchung in Auftrag geben kann. In der Vorgängerstudie 2003/2004 gaben dagegen 67% an, dass das Opfer selber eine Untersuchung beantragen könne, während 36,8% meinten, das Opfer müsse zuerst die Polizei rufen. Dabei sank besonders der prozentuale Anteil der Institute der EU27- und non-EU- Gruppe, der angab, das Opfer könne die Untersuchung auch selber beantragen. Betrachtet man die Ergebnisse im Vergleich, gibt es hier, hinsichtlich der Möglichkeit zur niederschweligen

Inanspruchnahme, also keine klare Entwicklung. Im deutschen Vergleich gaben 23 Institute (76,7%) an, das Opfer selbst könne eine Untersuchung in Auftrag geben, während 9 Institute anführten, das Opfer müsse zunächst die Polizei verständigen (30%). Vorteile einer solchen Regelung sind, wie bereits erwähnt, dass das Opfer sich eher zu einer unverbindlichen Untersuchung entschließt, da nicht zwangsläufig eine Anzeige vorangeht.

4.3 Gesetzliche und durch das öffentliche Gesundheitswesen bedingte Rahmenbedingungen

Gesetzliche Rahmenbedingungen:

Auf gesetzlicher Ebene folgte Deutschland 2002 mit der Einführung des Gewaltschutzgesetzes (GewSchG) dem österreichischen Rechtssystem, das ein solches Gesetz bereits 1997 einführt. Seit in Kraft treten dieses Gesetzes, das die Gewalt in Partnerschaften gesellschaftlich ächtet, haben einige Bundesländer Deutschlands ihre Polizeigesetze geändert. In Hamburg zum Beispiel wurde der Polizei durch den §12a des Hamburgischen Gesetzes zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (HambSOG) eine Eingriffsbefugnis zur vorläufigen Regelung von Fällen häuslicher Gewalt gegeben [Franke et al. 2004].

Schon vorher wurde das Recht der Kinder auf eine gewaltfreie Erziehung erstmals am 8. November 2000 im §1631 Abs. 2 des BGB im Rahmen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und zur Änderung des Kindesunterhaltsrechts (GewÄchtG) ausdrücklich festgeschrieben. Es stellt fest: Jedes Kind hat ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen oder andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig [GewÄchtG 2000].

In der Umfrage bestätigten 42,5% aller teilnehmenden Institute, dass sie eine gesetzliche Grundlage als Stütze für die klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen von Gewaltopfern hätten. Warum lediglich 46,7% der deutschen teilnehmenden Institute dies angaben, ist aufgrund der eindeutigen Gesetzeslage in Deutschland in Frage zu stellen. Hierbei sei zu erwähnen, dass es in Deutschland keine direkte gesetzliche Grundlage für klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen an Gewaltopfern gibt. Lediglich die Entnahme von Blutproben und körperliche Eingriffe an Beschuldigten in

einem Strafprozess ist durch den § 81a der Strafprozessordnung geregelt [StPO Stand 2009]. Offenbar wurde die Frage als nicht eindeutig empfunden und von manchen nur auf diesen Bereich der Beweismittelsicherung im Strafverfahren, von anderen eher auf fehlende spezielle Regelungen im niederschweligen Sektor bezogen.

Datensammlung für Vernetzungszwecke:

Wenn viele verschiedene Institutionen zusammenwirken, kann es zu Verzögerungen kommen, auch wenn eine gute Vernetzung zwischen ihnen besteht. Diese Verzögerungen geschehen schlussendlich zu Lasten der Betroffenen [Franke et al. 2004]. Deswegen wurden die deutschen Institute, mit Blick auf eine zukünftige Vernetzung von Institutionen, in diesem Abschnitt unter anderem nach einer systematischen Zusammenstellung von Daten zur Wirkung von Gewalt auf die Gesundheit bei eigenen Untersuchungskollektiven im Sinne einer Surveillance/Monitoringfunktion gefragt. Lediglich 13,3% der Institute gaben an, bereits Daten gesammelt zu haben und 16,7% planen, eine Datenbank zu errichten. Die niedrigen Prozentwerte bei dieser Frage zeigen, dass die Datenvielfalt trotz allseitigem Bestreben nach besserer Vernetzung der einzelnen Interventionsgruppen in rechtsmedizinischen Instituten noch lange nicht die Menge erreicht hat, die sie haben könnte. Begründet wurde der Mangel an gesammelten Daten teilweise mit dem Arbeitskräftemangel.

Die mangelnden Voraussetzungen für eine Vernetzung vieler Interventionsgruppen, die die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verbessern soll, wird auch besonders von Seiten der niedergelassenen Ärzte kritisiert: 87% der befragten Ärzte in Brandenburg arbeiteten regelmäßig mit anderen Stellen zusammen. 20,6% sind mit dieser Zusammenarbeit nicht zufrieden. 30,4% gaben sogar an, dass die Versorgungssituation von Gewaltfällen „nicht ausreichend“ sei [Ellsäßer u. Cartheuser 2006].

Finanzielle Rahmenbedingungen:

Die Finanzierung der klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchung obliegt in einigen Ländern - hierzu zählen beispielsweise Frankreich, Norwegen und die Schweiz [Grassmann 2008] - den Versicherungen. In anderen Ländern, wie in Deutschland, hat die Rechtsmedizin keine kassenärztliche Zulassung. Die Krankenkassen verweigern Zahlungen für rechtsmedizinische Untersuchungen, mit der Begründung, dass die

Untersuchung nicht in therapeutischem Zusammenhang stehe und keine unmittelbare Konsequenz für die folgenden Behandlungen habe. In solchen Fällen sind klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen Privatleistungen und müssen demnach vom Auftraggeber selbst gezahlt werden. In Deutschland sind dies meist die Polizei und die Staatsanwaltschaft, wie auch die Ergebnisse zeigen, in denen dies jeweils 25 der 30 Institute angaben. Einige Kliniken übernehmen die Kosten, dies teilten 10 Institute mit. Die Universität als Geldgeber bestätigten 6 Institute. Oft werden die Kosten einer Untersuchung auch von anderen Institutionen der Öffentlichen Hand übernommen. Das Ergebnis der Umfrage deckt sich auch mit den Daten aus dem Bundesland Hamburg: Dort werden die Leistungen des Instituts für Rechtsmedizin teilweise durch universitäre Staatsgelder, teils durch die allgemeinen staatlichen Zuweisungen getragen. Kosten im Bereich der Forschung und Lehre, der Krankenversorgung sowie im Dienstleistungsbereich, werden durch Einnahmen aus den Untersuchungen und öffentliche Gelder (beziehungsweise universitäre Finanzierung) bezahlt. Im Bereich der forensisch-medizinischen Dienste und der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Geschädigtenuntersuchungen sind vor 2007 erhebliche Defizite erwirtschaftet worden [Bürgerschaft der Freien Hansestadt Hamburg 2007]. Die 1997 vereinbarten Ausgleichzahlungen der Stadt Hamburg hatten längst nicht die Mehrkosten berücksichtigt, die durch die starke Vergrößerung des klinisch-rechtsmedizinischen Dienstes in den letzten 10 Jahren in Hamburg entstanden sind.

Insgesamt 32 aller antwortenden Institute bestätigten, ihre Leistungen würden von der gesetzlichen (17), privaten (10) oder der Sozialversicherung (5) getragen werden, das entspricht einem prozentualen Anteil von 36,8%. 2003/2004 gaben dies nur 24% an. Von den deutschen Instituten gaben jeweils 3 an, Leistungen würden von gesetzlichen und privaten Krankenkassen bezahlt, was aufgrund der Rechtslage in Deutschland als Falschantwort gewertet werden kann. Bei den Angaben bezüglich der Unterschiede zwischen den beiden Befragungen muss überlegt werden, ob die Veränderungen wirklich relevant sind, da sich die Versicherungssysteme der einzelnen Länder in den letzten 5 Jahren höchstwahrscheinlich nicht so viel verändert haben, dass es zu solchen Veränderungen hätte kommen können.

Neue Überlegungsansätze für die Zukunft könnten beispielsweise sein, wie forensisch-medizinische Dienstleistungen zusätzlich zum Auftraggeber Polizei/Justiz finanziert werden könnten.

Berichtspflicht:

Die letzte Frage dieses Abschnitts sollte darlegen, ob Ärzte der Polizei oder anderen Institutionen gegenüber zu einer Meldung verpflichtet sind.

Dem Gesetz nach werden sexuelle Gewaltstraftaten heute auch als Officialdelikte bezeichnet, das heißt, die Staatsanwaltschaft ist beim Verdacht einer Straftat auch ohne Vorliegen einer Anzeige oder eines Strafantrags von Amts wegen zur Ermittlung verpflichtet. Ärzte, die Kenntnis von einem Officialdelikt erhalten, sind nicht verpflichtet, dieses zu melden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, sich von der Schweigepflicht entbinden zu lassen, wenn aus ärztlicher Sicht eine strafrechtliche Untersuchung dringend erforderlich scheint. Wird ein solches Officialdelikt bei der Polizei angezeigt, muss es von Amtes wegen verfolgt werden. Die körperliche Untersuchung wird in jedem Falle angestrebt. Opfer sexueller Gewalt nehmen als Zeugen am Prozess teil und nicht - wie es früher war - als Kläger. Das Opfer kann ein einmal eingeleitetes Verfahren wegen eines Officialdeliktes in der Regel nicht mehr stoppen [Klopstein et al. 2008].

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen im Wesentlichen, dass es keine Berichtspflicht in Deutschland gibt, 80% der Institute verneinten eine gesetzliche Berichtspflicht. Im Gegensatz dazu scheint die Lage in den anderen EU15- Staaten, inklusive Schweiz und Norwegen, nicht klar geregelt zu sein. Hier gaben 40,5% der antwortenden Institute an, dass es eine Berichtspflicht gegenüber der Polizei geben würde.

In Deutschland besteht ein „Offenbarungsrecht“. So hat ein Arzt hierzulande das Recht, seine Schweigepflicht im Sinne eines Opfers zu brechen, wenn die Aufgabe der Schweigepflicht nach ärztlicher Abwägung im mutmaßlichen Interesse des verstorbenen oder nicht geschäftsfähigen Patienten (zum Beispiel Kinder) liegt. Nach § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand) kann die Schweigepflicht zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes gebrochen werden. Unter Strafe gestellt ist lediglich die unbefugte Offenbarung (§ 203 StGB), wobei das Kindeswohl als zu schützendes Rechtsgut nach Versuch des intensiven Gesprächs mit den Eltern sicherlich im Einzelfall eine Offenbarung rechtfertigen kann (Rechtsgüterabwägung).

Außerdem heißt es im §9 der Musterberufsordnung für Ärzte: „Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist [...]“ *[Musterberufsordnung für deutsche Ärzte 2006]*.

Püschel erwähnt in seinem Kapitel über Kindesmisshandlung die Meldepflicht in besonders gravierenden Fällen von Kindesmisshandlungen. Im deutschen Strafgesetz ließe sich bis dato noch keine Meldepflicht bei Kindesmisshandlung ableiten, während sie in den USA und Österreich bereits bestehe *[Püschel 2004]*.

Angesichts eklatanter Einzelfälle von Kindesmisshandlungen und –vernachlässigung in den vergangenen Jahren haben Bund und Länder 2008 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)“ *[Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009]* auf den Weg gebracht. Für beteiligte Ärzte würde das in Kraft tretende dieses neuen Gesetzes im Wesentlichen eine Lockerung der Schweigepflicht mit sich bringen. Ärzte sind dann nach Artikel 1 §2 bereits bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung befugt, eine sofortige Meldung an das zuständige Jugendamt zu tätigen, ohne dass die Zustimmung der Eltern erforderlich ist. Bisher war die Meldung nur bei akuter oder nicht abwendbarer Gefahr für das Kind, also einem „rechtfertigenden Notstand“ (§ 34 StGB) möglich.

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist dieses Gesetz jedoch noch nicht in Kraft getreten, da über die Formulierung, unter anderem zum Thema Datenschutz, noch kontrovers diskutiert wird.

4.4 Ansätze und Strategien einer in die rechtsmedizinische Dienstleistung implementierbaren Sekundärprävention

Dieser Abschnitt beschäftigte sich besonders mit der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung der einzelnen Institutionen und dem Bereich der Aus- und Weiterbildung.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung einzelner Institutionen:

Bisherige Forschungen haben ergeben, dass es Opfern von Gewalt oft schwer fällt, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Daher werden Gewaltopferambulanzen (zum Beispiel die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle in Hamburg) gezielt in den Medien beworben

und der bürokratische Aufwand für das Opfer so gering wie nötig gehalten. So soll die Konsultation eines Rechtsmediziners erleichtert werden. Dies zeigt die zunehmende Bedeutung einer guten Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich auf.

2003/2004 gaben noch 23,3% an, eigenes Broschürenmaterial zu besitzen, während dies bei dieser Befragung bereits 25.3% waren. Auch die Anzahl der Institute, die eine eigene Homepage betreiben, hat offensichtlich zugenommen. Von damals 26,7% stieg der prozentuale Anteil an Instituten, die eine Internetpräsenz betreiben, auf jetzt 31%, was sich vermutlich mit der zunehmenden Wichtigkeit des Internets als Basis für Öffentlichkeitsarbeit begründen lässt.

Die deutschlandweiten Ergebnisse zeigten, dass - neben den Medien - eigenen Homepages, Frauenhäusern und Kriseninterventionszentren auch Telefonseelsorge als wichtige Anlaufstelle für Gewaltopfer genannt wurde, um auf die klinische Rechtsmedizin aufmerksam zu machen. Nottelphone sind auf Krisenintervention spezialisierte Beratungsstellen, bei der sich Opfer von Gewalt selbstbestimmt Unterstützung und Beratung bei psychischen Problemen holen können [Flury 1994]. Sie gelten als eine der wichtigsten ersten Anlaufstellen für Betroffene, da die Hemmschwelle, telefonisch über die geschehene Tat mit jemandem zu sprechen, niedriger ist, als sie jemandem persönlich anzuvertrauen.

Meldungen aus der Schweiz zufolge wurde auch an der besseren Kommunikation einzelner Interventionsprojekte gearbeitet. In der Schweizerischen Konferenz der Interventionsstellen und -projekte (SKIP) sind landesweit schon viele Interventionsprojekte miteinander vernetzt. Die allgemeine Entwicklung von Interventionsmaßnahmen scheint ebenfalls voran gekommen zu sein. Im europäischen Ausland hat man neue Interventionsprojekte entworfen oder altbewährte weiterentwickelt. So wird bereits seit Beginn der 80er-Jahre in der Schweiz das US-amerikanische Modellprojekt „Domestic Abuse Intervention Project“ (DAIP) erfolgreich angewendet. Es geht die Gewalt in Ehe und Partnerschaft mit Hilfe der Koordination von Behörden und anderen Interventionsgruppen an [Leugger 2005].

Aus- und Weiterbildung:

Schon Alpert et al. erkannten 1997, dass zwischenmenschliche Gewalt ein immer wichtiger werdendes Thema ist und bis dato noch nicht ausreichend in die Ausbildung

von Medizinstudenten und jungen Medizinerinnen einbezogen wird. Medizinische Fakultäten sollten nicht nur im frühen Stadium des Medizinstudiums mit der Lehre des Themas der zwischenmenschlichen Gewalt beginnen, sondern auch das Interesse der Studierenden für das Thema wecken, zum Beispiel durch den Einbau von Fällen in eine problemorientierte Lerneinheit oder Kurse zum Erlernen der Gesprächsführung mit Opfern von Gewalt [Alpert et al. 1997].

Beim Thema Aus- und Weiterbildung antworteten 70 von 87 Instituten, sie würden dies im Rahmen von Berufsausbildungsgängen anbieten (80,5%). Meistens handele es sich dabei um die Ausbildung von Medizinstudenten. Die Gruppe der westeuropäischen Staaten (EU15, inklusive Schweiz und Norwegen) lag mit 92,9% an positiven Antworten bezüglich der Beteiligung an Aus- und Weiterbildung, weit vorne vor den deutschen Instituten, von denen lediglich 73,3% angaben, aus- und weiterzubilden. 10% der deutschen Institute gaben an, auch an der Ausbildung von Krankenpflegekräften beteiligt zu sein, 33,3% an der Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal im medizinischen und nichtmedizinischen Bereich. Da es sich bei rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland in der Regel um universitätsgebundene Einrichtungen handelt, wäre davon auszugehen, dass eigentlich alle deutschen Institute zumindest an der Ausbildung von Medizinstudenten beteiligt sein müssten. Warum nur 73,3% dies angaben, lässt die Vermutung aufkommen, dass die antwortenden Ärzte entweder selber nicht an der Ausbildung beteiligt sind oder die Frage falsch verstanden haben.

Als Beispiel für ein Aus- und Weiterbildungsprogramm lässt sich die Entwicklung des Instituts für Rechtsmedizin der Universität zu Köln nennen: Es versucht stets Kontakt zu Beratungsstellen im Netzwerk gegen häusliche Gewalt zu halten, um einen Austausch von Informationen untereinander zu gewährleisten. Dazu werden, unter anderem, Fortbildungen und Fachtagungen auch für nichtmedizinisches Personal angeboten. Seit 2003 werden auch an der Krankenpflegeschule des Universitätsklinikums regelmäßig Seminarveranstaltungen zum Thema „häusliche Gewalt“ für angehende Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen angeboten (In Bezug auf die Standards und Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung zum Thema häusliche Gewalt BMFSFJ Nr. 92/2002).

Als weiteres gutes Beispiel für die Fortbildung von medizinischem Fachpersonal ist hier das seit 2007 existierende Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt“

(MIGG) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu nennen. Es dient als Maßnahme zur Unterstützung von niedergelassenen Ärzten, die immer wieder mit dem Thema der häuslichen Gewalt konfrontiert werden und deswegen einen sachgerechten Umgang mit Opfern von Gewalt und die Dokumentation von Gewaltspuren beherrschen müssen [Ritz-Timme u. Graß 2009].

Auch der Bedarf an Unterstützung im Bereich Gewalt gegen Kinder wurde erkannt. Auf deutscher Ebene bietet das Bundesland Brandenburg beispielsweise spezifische Fortbildungen für Kinder- und Jugendärzte an. Außerdem soll durch die Gründung regionaler Arbeitsgruppen die Vernetzung aller Akteure, die mit Kindern als Opfer von Gewalt zu tun haben, verbessert werden [Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie 2004]. Zur allgemeinen Information für Kinderärzte haben einige deutsche Bundesländer, aufgrund der Brisanz des Themas „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“, einen Leitfaden herausgegeben, um frühzeitig Gewaltanwendungen oder Risiken für Kinder zu erkennen. Er soll einerseits als Unterstützung zur Früherkennung und Dokumentation von Gewalt gegen Kinder dienen, andererseits die Verbesserung des interdisziplinären Fallmanagements bewirken. Dieser Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ wurde von der Mehrheit der teilnehmenden Ärzte einer Umfrage in Brandenburg positiv bewertet [Ellsäßer u. Cartheuser 2006].

Entgegen der Angaben in dieser Umfrage, die mit 80,5% der Institute einen hohen Anteil an Aus- und Weiterbildungsbeteiligung angibt, wird die Quantität und Qualität der Aus- und Weiterbildung auf diesem Sektor jedoch von vielen Seiten kritisiert:

Bei der „4. National Conference on Health and Domestic Violence“ in San Francisco im März 2007 wurde abermals bemängelt, dass Aus- und Weiterbildungscurricula besonders im medizinischen Bereich weiterhin nicht ausreichend seien und besonders die Lernzielkataloge der medizinischen Studiengänge in diesem Bereich verbessert werden müssten. Auch sei der Bedarf an neuen Ausbildungszielen für Gesundheitspflegekräfte aufgezeigt worden. Neben den offensichtlichen Defiziten in der Ausbildung von medizinischen Fachkräften wurde ebenfalls die mangelnde interdisziplinäre Perspektive der Fortbildungskonzepte kritisiert [Brzank u. Hellbernd 2007]. „Aspekte der forensischen Traumatologie sollten Ärzten im Rahmen von Aus- und Weiterbildung verstärkt bekannt gemacht werden“, fordern dabei Graß und

Rothschild in ihrer Arbeit über die Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt [Graß u. Rothschildt 2004].

Und auch auf deutscher Ebene wurde bereits der Ruf nach mehr Fortbildung auf diesem Sektor laut: bei zwei 2002 und 2006 veröffentlichten Umfragen unter bayerischen und brandenburgischen Kinderärzten wurde klar, dass weiterhin Bedarf nach mehr Information besteht. So wünschten sich 62% der teilnehmenden Ärzte aus Brandenburg mehr Aus- und Fortbildung zum Thema Gewalt gegen Kinder [Ellsäßer u. Cartheuser 2006], in Bayern waren es 44% der teilnehmenden Ärzte [Kopecky-Wenzel et al. 2002a].

Da es noch viele Ärzte gibt, die immer noch wenig Erfahrung mit Gewalt im ärztlichen Alltag haben, sollten dringend evidenzbasierte Behandlungsleitlinien eingeführt und in regelmäßigen Abständen Qualitätskontrollen diesbezüglich durchgeführt werden [Brzank u. Hellbernd 2007].

Auf internationaler Ebene scheint die Ausbildung von forensischen Krankenpflegekräften momentan denen von Ärzten voraus zu sein, da das Thema der Gewalt seit Jahren fest in den Ausbildungscurricula integriert ist und in vielerlei Hinsicht versucht wird, den Absolventen die Fähigkeiten für einen adäquaten Umgang mit Gewaltopfern zu vermitteln [Brzank u. Hellbernd 2007]. Im Gegensatz zu Großbritannien und den USA, wo die forensische Krankenpflege seit Jahren einen festen Sitz in jeder klinischen Rechtsmedizin inne hat, ist dieses Fachgebiet in Deutschland noch weitestgehend unbekannt.

In der Schweiz wurde das Thema häusliche Gewalt bereits in die Polizeiausbildung eingebunden [Leugger 2005]. In Deutschland hingegen besteht weiterhin Bedarf an Polizeiaus- und vor allem -fortbildung in diesem Bereich [Hagemann-White u. Kavemann 2004].

Die Sensibilisierung und Ausbildung von medizinischem Personal ist eine sehr wichtige Präventionsmaßnahme im Gesundheitsbereich. Nicht nur das Erkennen von Gewaltspuren ist für die Untersuchung von Gewaltopfern von Wichtigkeit, sondern auch das Wissen darüber, wie schwer es für Geschädigte ist, sich nach einer Tat Hilfe zu suchen. Nur wenn Ärzte empathisch auf die Gewaltopfer eingehen können, können sie eine angemessene Hilfe für das Opfer sein. Umfragen unter Krankenpflegepersonal und

Ärzten haben gezeigt, dass es für eine korrekt ausgeführte Gewaltanamnese oft an Ausbildung, vorhandener Zeit und an geeigneten Räumlichkeiten mangelt [Appelt u. Kaselitz 2000].

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist anzustreben, dass rechtsmedizinische Institute zum einen die Aufgabe der weitreichenden Schulung und Information von Ärzten und Beratungsstellen erfüllen und zum anderen als zentrales medizinisches Kompetenzzentrum auftreten, das durch eine meist universitäre Anbindung die Kontakte zu anderen medizinischen Fachbereichen hat. Durch den so zustande kommenden interdisziplinären Austausch kann die Qualität der Gewaltopferversorgung verbessert werden, da durch die Fortbildung von niedergelassenen Ärzten die Anzahl der Ärzte, die ein Gewaltopfer potentiell anlaufen kann, vergrößert wird. Durch die größere Anzahl an Konsultationsmöglichkeiten wird jedem Betroffenen ein Stück Selbstbestimmung zurückgegeben, was bei der Gewalttat genommen wurde. Das Zurückerlangen von Selbstbestimmung spielt für die Verarbeitung eines Traumas eine wichtige Rolle [Graß u. Rothschildt 2004].

Erfahrungen zeigen, dass die Weiterbildung von Berufsgruppen, die mit häuslicher Gewalt zu tun haben, ein wesentlicher Bestandteil der Wissenserweiterung dieser Berufsgruppen ist. Weiterbildung verbessert das Outcome der Opfer, da alle beteiligten Berufsgruppen über Betroffenheit und Folgen der Gewalt informiert sind und schneller helfen können. Außerdem verringert sie langfristig Leiden und Kosten. Wünschenswert wäre daher eine Ausweitung der Aus- und Weiterbildungscurricula besonders im medizinischen Bereich [Leugger 2005]. All die bis jetzt aufgezählten Gründe sprechen eindeutig dafür, der Forderung nach mehr Aus- und Weiterbildung auf diesem Sektor unbedingt nachzugehen.

Die Verbesserung der Mediziner Ausbildung könnte zum Beispiel durch den Kontakt der Studenten mit Frauenberatungsstellen und Zufluchtseinrichtungen erreicht werden oder auch durch Interviews mit Betroffenen. So könnte eine Sensibilisierung der Studenten für das Thema der häuslichen Gewalt erreicht werden [Brzank u. Hellbernd 2007].

5. Zusammenfassung

Diese deskriptive Umfrage zum Thema der Versorgung von Gewaltopfern sollte einen europäischen Vergleich erzielen und die Entwicklungen der klinischen Rechtsmedizin seit der Datenerhebung in der Vorgängerstudie von 2003/2004 aufzeigen.

Methode:

Die 4 Themenschwerpunkte des vom IfR in Hamburg und dem Sozialministerium Hessen entwickelten Fragebogens waren die Struktur der rechtsmedizinischen Versorgung von Gewaltopfern (A), die rechtsmedizinische Einrichtung und angebotene Dienste zur Versorgung von Gewaltopfern (B), gesetzliche und durch das öffentliche Gesundheitswesen bedingte Rahmenbedingungen für klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen (C) und Ansätze und Strategien einer in die rechtsmedizinische Dienstleistung implementierbaren Sekundärprävention (D). Es wurden 227 Teilnehmer, bestehend aus Instituten für Rechtsmedizin und Experten für forensische Krankenpflege in Europa, angeschrieben.

Ergebnisse:

Die Rücklaufquote der versandten Fragebögen betrug 41,4% / 2003/2004: 44,8 %.

92,6% der antwortenden Institute bieten klinische Rechtsmedizin zur Untersuchung und Begutachtung von Gewaltopfern an (2003/2004: 96%), 79,3% auch die Untersuchung von Kindern als Opfer von Gewalt. Neue Ergebnisaspekte aus dem Bereich der forensischen Krankenpflege blieben aufgrund mangelnder Antwortbeteiligung leider aus.

Generell können als Ergebnisse folgende wichtige Aspekte zusammengefasst werden:

1. Mehr Flexibilität der rechtsmedizinischen Untersucher besonders in Deutschland

Jeweils 90% der deutschen Institute nennen als Untersuchungsort neben dem eigenen Institut auch andere Abteilungen des Krankenhauses und Räumlichkeiten der Polizei, 96,7% untersuchen sogar in anderen Krankenhäusern.

2. Leichter Anstieg von psychischer Gewalt als untersuchte Gewaltform

Der Anteil an untersuchter psychischer Gewalt stieg seit der letzten Studie 2003/2004 von 14% auf nun 18,4%, ebenso die Anzahl der Institute, die den psychischen Status eines Opfers beurteilen können (31,4% / 2003/2004: 21,1%)

3. Zunahme des Angebotes zur Durchführung des Screeningtest auf STI

Aktuell bieten 45,1% der teilnehmenden Institute die Durchführung des Screenings auf sexuell übertragbare Krankheiten (STI) an, 2003/2004 waren dies nur 15,1%

4. Mehrheitlich Kooperation mit spezialisierten Kinder- und Jugendgynäkologen bei Untersuchungen sexuell misshandelter Kinder

69% der Institute (74,1% der deutschen Institute) führen die Untersuchung von offenbar sexuell misshandelten Kindern durch, in 64,4% der Fälle in Kooperation mit einem spezialisierten Kinder- und Jugendgynäkologen. In Deutschland setzen 55,6% der Institute auf eine solche Kooperation.

5. Leichte Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren des medizinischen und psychosozialen Sektors

Nach ihrer eigenen Untersuchung überweisen 72,4% der Institute an andere Institutionen (2003/2004: 70%).

6. Deutsche Vorreiterrolle im Bezug auf das niederschwellige Angebot von klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen und die Erreichbarkeit des Dienstes

76,6% der deutschen Institute bieten Untersuchungen für Opfer von Gewalt an, ohne dass diese vorher eine polizeiliche Anzeige tätigen müssen oder ein gerichtlicher Auftrag erforderlich ist (62,1% aller teilnehmenden Institute, 2003/2004: 67 %). Deutsche Institute bieten in 86,7% (im Gegensatz zum Gesamtkollektiv 71,3%) der Fälle eine 24-Stunden-Bereitschaft an.

7. Breitere Verteilung der Kosten auf verschiedene Kostenträger

Insgesamt gaben bei dieser Umfrage mehr Institute an, dass als Kostenträger für die Leistung auch Versicherungen in Frage kommen (44,8%), als noch vor 5 Jahren in der Vorgängerstudie (24%).

8. Bessere Öffentlichkeitsarbeit

Von damals 26,7% stieg der prozentuale Anteil an Instituten, die eine Internetpräsenz betreiben, auf jetzt 31%. Ein erweitertes Angebot an Informationen zu Geschädigtenuntersuchungen wird bereitgestellt.

9. Große Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsprogrammen

Entgegen der in der Literatur vielfach kritisierten Defizite in der Ausbildung von medizinischen Fachkräften [Brzank u. Hellbernd 2007] gaben bei dieser Umfrage insgesamt 80,5% der Institute an, sich an der Aus- und Weiterbildung zu beteiligen. Die

Gruppe der westeuropäischen Staaten (EU15 inklusive Schweiz und Norwegen) lag mit 92,9% an positiven Antworten weit vor den deutschen Instituten, von denen lediglich 73,3% angaben, aus- und weiterzubilden.

Andere Ergebnisse zeigen aber auch, dass die Sammlung von Daten bezüglich der Gewaltopferversorgung noch nicht ausreichend geschehen ist. So muss weiter daran gearbeitet werden, dass in Zukunft durch derartige Datensammlungen Qualitätsstandards entworfen werden können, um so die Struktur der Versorgung verbessern zu können. Weitere Ziele für die Zukunft wären die noch bessere Vernetzung bereits vorhandener professioneller Interventionsstellen [*Franke et al. 2004*], eine noch ausführlichere Standardisierung der forensisch-medizinischen Dokumentation [*Sheridan 1996*] und die weitere Förderung des nationalen und internationalen Austausches, um Erkenntnisse zu vereinigen und Lernprozesse einzuleiten [*Brzank u. Hellbernd 2007*].

Anhang

Der Fragebogen

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

FOLLOW-UP ANALYSIS 2007/2008

This questionnaire is addressed to experts for medico - legal examinations of surviving victims of violence in Europe

In 2003/2004, funded by the European Union DAPHNE I Programme to Combat Violence against Children, Youths and Women, the European Violence Prevention in Health Network carried out the first step of this survey as a situational analysis of medico-legal and health services for surviving victims of interpersonal violence – particularly violence against women and children. *The long-term objective is to improve health care for victims of interpersonal violence whose lives – and health - are affected by severe aggression, and to further the implementation of the World Health recommendations of 2002 for effective violence prevention world-wide.*

In order to enhance a profession's efficacy, it is essential to know how it functions. This questionnaire is designed to help understand to what extent medico-legal experts are able to assess the health effects of interpersonal violence systematically in Europe. Of particular interest is the depth of the forensic medical and nursing community's participation in growing multi-sectoral efforts to combat interpersonal violence. We hope, with your help, to find venues that the forensic health field still needs to explore if it is to succeed in becoming more accessible and expanding its role in violence prevention.

Finally we have designed this questionnaire as a networking tool. *We hope that it will encourage forensic medicine and nursing to embark on new forms of cooperation in the community, to link up with other clinicians and institutions outside the health field. To this end, we invite you to join the European Violence Prevention in Health Network.* This sustainable outcome of our Daphne I project is a supportive group of forensic physicians, other health actors, victim advocates, law enforcement, the judiciary and policy-making who collaborate with each other on an ad hoc basis.

You are more than welcome to pass the survey instrument on to colleagues in the medico-legal professions.

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

Please return by January 16, 2008 to Axel Heinemann:

Fax +49 (0) 40 428 03-39 34, heinemann@uke.uni-hamburg.de

4 Questionnaire

Name and address of your institute / organization:

Name / email / telephone number of person to contact:

Position of respondent:

Affiliation of your institute / organization (e.g. university, municipal agency, private practice)

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

Please do not use my contact data for networking purposes.

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

Multiple answers are permitted!

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

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

yes *If so, since when?*

How many per year? (estimate 2006)

children <14 years?

no

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

short-term yes no

mid-term yes no

long-term yes no

If you answered question No. 1 with “no”, please stop here and mailto: see page 1

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

2. **Setting:** Do you perform forensic examinations of violence victims ? (multiple coding)

- in (your) institute of legal medicine?
- in other departments in your hospital
- in other hospitals
- at police stations
- in intervention centres (i.e. centres that provide counselling and referrals and perhaps coordinate other violence intervention and protection services in the community)
- elsewhere (please specify where):

3. **Victim population served:** what spectrum of violence do you evaluate? (check all that apply)

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

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

1. Please specify the type of service you / your institution offer: (check all that apply)

Type of service
Documentation of the nature of injuries <input type="checkbox"/> for criminal procedures <input type="checkbox"/> for civil and other procedures <input type="checkbox"/> for other health professionals <input type="checkbox"/> for the victim directly
Expertise / medical opinion focusing on reconstructive details such as wound age, cause of injury, credibility of victim's report <input type="checkbox"/> for criminal procedures <input type="checkbox"/> for civil and other procedures <input type="checkbox"/> for other health professionals <input type="checkbox"/> for the victim directly

Type of service
<input type="checkbox"/> Specimen trials and storage (e.g. for DNA analysis)
<input type="checkbox"/> Dressings/ Wound management
<input type="checkbox"/> Assessment of the psychological state of the victim
In cases of sexualized violence (adults):
<input type="checkbox"/> conduct gynaecological exam by medico- legal expert staff (if needed) <input type="checkbox"/> medico- legal expert conducts extra- genital examination in conjunction with a gynaecologist who conducts the gynaecological exam and takes specimen for DNA analysis (interdisciplinary team) <input type="checkbox"/> conduct exam/ documentation with a colposcope (if needed) <input type="checkbox"/> screening for Sexually Transmitted Infections (STI) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> STI post exposure prophylaxis <input type="checkbox"/> discuss testing for pregnancy <input type="checkbox"/> offer emergency contraceptives <input type="checkbox"/> provide abortion counselling <input type="checkbox"/> counselling for HIV / postexposure prophylaxis <input type="checkbox"/> testing for HIV / <input type="checkbox"/> Hepatitis B / <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> paediatric gynaecological exam where sexual abuse is suspected: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> exam/ documentation with a colposcope (if needed) <input type="checkbox"/> exam by your medico- legal staff <input type="checkbox"/> exam in cooperation with external specialist <p style="text-align: center;">Please describe: _____</p>
<input type="checkbox"/> victim referral to other health services such as calling ahead for an appointment (please specify which services you refer to): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> psychological / trauma crisis assessment <input type="checkbox"/> psychological / trauma crisis intervention <input type="checkbox"/> gynaecology <input type="checkbox"/> radiology or other imaging techniques <input type="checkbox"/> infectious disease unit <input type="checkbox"/> other health disciplines, please specify:
<input type="checkbox"/> victim referral to victim and / or legal aid services (please specify which services you refer to): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> social services <input type="checkbox"/> women's' shelter / rape crisis centre <input type="checkbox"/> legal aid association / legal counsel <input type="checkbox"/> other victim aid services, please specify:

2. Please describe your availability, how victims of violence reach you:

How can victims contact you? (check all that apply)

- walk-in service with prior appointment without appointment
on call service (telephone contact with real person) yes no
on call service (answering machine) yes no

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

- 7 days a week yes no
only on local work days yes no
24-hours a day yes no
only during local office hours yes no
other selected times (please specify):

4. Who can request an examination? (check all that apply)

- The victim directly – without a physician's referral /an authority's request? yes no
Must the victim first call the police or other authority? yes no
Can the victim be seen through referrals from other physicians? yes
 no
Police? yes no
Prosecutor's office? yes no
Civil court? yes no
Family court? yes no
Criminal court? yes no
Authorities responsible for protection of children/young persons? yes no
Others? Please specify:

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

- guards alarms portable phones restricted public access
 separate victim waiting area separate victim exam area
 other, please specify:

6. Do you provide medico-legal consultation to other health providers outside your institution?
(check all that apply)

- by teleconference/fax by internet in person; please specify
- through a formal agreement with another health service / hospital department
- on an ad hoc basis, as the need arises

7. Do you integrate services from other health providers and/or violence intervention professionals within your own institution? (interdisciplinary services under one roof) (check all that apply)

- nurse forensic nurse
- clinical psychologist psychiatrist
- gynaecologist paediatric gynaecologist
- paediatrician dentist
- legal counsel social worker/victims' advocate
- police other (please specify)_____

C) Legal and Public Health Framework

The Spanish Organic Act 1/2004 of 28 December 2004 on Integrated Protection Measures against Gender Violence formally established units for the evaluation of gender violence in Spanish institutes of legal medicine.

1. In your country, are medico-legal services for survivors of violence supported *expressis verbis* by

- the law administrative rule policy document, such as an action plan
- contract e.g. with local authority?

please specify_____

2. Is there a public health interest in your expertise in conducting surveillance (systematic compilation of health data regarding health effects of violence)?

yes, we have already started this activity

If yes: do you have data to share? yes no

yes, we are planning to start this activity

3. *Is your medico-legal clinical work covered by insurance schemes in your country? (check all that apply):*

public health insurance yes no
 private health insurance yes no
 social insurance yes no

4. *Are your victim evaluation and care services paid for by the: (check all that apply)*

police
 public prosecutor
 global hospital budget
 university / research unit
 grant money (funding from the government or a private foundation; donations)
 a public fund designated to compensate victims of violence
 the victim
 the aggressor
 other, please specify:

5. *Are you required by law to report cases of violence to the police or other authorities even when a victim requests a forensic exam without a public authority's request?*

yes (please specify in which cases):
 no

D) Medico-Legal Violence Prevention Approach / Strategy

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

printed material – flyers, posters, stickers etc., please specify, including the information where these are distributed?
 website – links between your site and those of support services etc., please give us your website address:
 health profession association / health insurer newsletters etc.
 media coverage, please specify:
 other public relations:
 women's violence protection associations / women's shelters
 rape crisis centres

- legal advocacy associations
- police
- courts

2. Do you teach in primary, specialty training and/or continuing education programmes?

- yes
- no

3. Please specify: Which professions do you teach (e.g. health, legal and social work or other fields):

Primary training; Fields:

Specialty training; Fields:

Continuing education; Fields:

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

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

Thank you very much for participating in this survey!

Nancy Gage-Lindner, Esq. & Axel Heinemann, M.D.
Hesse Department of Social Welfare, Wiesbaden / Institute of Legal Medicine, Hamburg

European Violence Prevention in Health Network - established with the support
of the European Union Daphne I Programme 2000-2003 to Combat Violence against Children, Youths and Women

**Please return by January 16, 2008 to Axel Heinemann:
Fax +49 (0) 40 428 03-39 34, heinemann@uke.uni-hamburg.de**



Literaturverzeichnis

- Adams JA, Harper K, Knudsen S, Revilla J (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 94: 310–317
- Alpert EJ, Sege RD, Bradshaw YS (1997) Interpersonal Violence and the Education of Physicians. *Academic Medicine* 72 Supplement: 41-50
- Appelt B, Kaselitz V (2000) Prevention of domestic violence against women - European Survey, Good Practice Models WAVE Training Programme, WAVE Office (Hrsg.) 2000
- Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt (2002) Begleiter Umgang bei häuslicher Gewalt. Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2. Auflage
- Brzank P, Hellbernd H (2007) Häusliche Gewalt und Gesundheit: was können wir aus internationalen Erfahrungen für Deutschland lernen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 1259-1264
- Buck G, Kreienberg R (2004) Kinder- und Jugendgynäkologie Basiswissen für die Frauenarztpraxis. In: *Der Gynäkologe*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 37(6):527–544
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium der Justiz (2003) Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechtes auf gewaltfreie Erziehung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)
- Bundeskriminalamt (2007) Polizeiliche Kriminalstatistik 2007, Bundesministerium des Innern Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.)
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 18. Wahlperiode (2007) Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft - Erhalt der vollen Funktionsfähigkeit des Instituts für Rechtsmedizin als Instrument für Strafverfolgung und Opferschutz in Hamburg: Drucksache 18/6274
- Du Mont J, Parnis D (2004) The doctor's dilemma: Care giving and medicolegal evidence collection. *Medicine and Law* 23(3): 515–29.

- Ellsäßer G, Cartheuser C (2006) Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ durch Brandenburger Kinder- und Jugendärzte. *Gesundheitswesen* 68: 265-270
- Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. (2001) Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics*; 108: 98–102
- Flury R (1994) Krisenberatung sexuell misshandelter Frauen. *Therapeutische Umschau* 51(2): 132-135
- Franke B, Seifer D, Anders S, Schröer J, Heinemann A (2004) Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin* 14(3): 193-198
- Gelles RJ (2002) Gewalt in der Familie. In: Heitmeyer W, Hagan J (Hrsg.) *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1043-1077
- Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung und zur Änderung des Kindesunterhaltsrechts GewÄchtG (2000)
- Godenzi A (1994) *Gewalt im sozialen Nahraum*. Helbing & Lichtenhahn, Basel/Frankfurt am Main
- Godenzi A, Yodanis C (1998) *Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen*. Universität Freiburg Schweiz
- Graß H, Rothschild MA (2004) *Klinische Rechtsmedizin Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt*. *Rechtsmedizin* 14(3): 188-191
- Grassmann J (2008) *Die derzeitige Situation in der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Pilotstudie*. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.
- Hagemann-White C, Kavemann B (2004) *Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung*. BFSFJ (Hrsg.)
- Hamner J, Gloor D, Meier H, Eriksson M, Haller B, Kevamann B, Kirwil L, Logar R, Lovett J, Thiara RK (2006) *Coordination Action on Human Rights Violations (CAHRV) Agencies and evaluation of good practice: domestic violence, rape and sexual assault*. Final Report December 2006 <http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm> (Stand: Juli 2009)

- Hellbernd H, Brzank P, Wiener K, Maschewsky-Schneider U (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)
- Herrmann B (2008) Sexuell übertragbare Erkrankungen und prophylaktische Maßnahmen Kapitel B10 In: Herrmann B et al. (Hrsg.) Kindesmisshandlung – medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 157-168
- Herrmann B (2008a) Anamnese und Untersuchung bei sexuellem Missbrauch eines Kindes Kapitel B8 In: Herrmann B et al. (Hrsg.) Kindesmisshandlung – medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Springer Verlag Berlin/Heidelberg, 121-130
- Hofner MC, Python NV, Martin E, Gervasoni J-P, Graz B, Yersin B (2005) Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emergency Medicine Journal* 22(7): 481–485
- Höllinger F (1998) Die Arbeitsweise der Institutionen. In: Sozialressort der Steiermärkischen Landesregierung (Hrsg.) Gewalt in der Familie. Leykom, Graz, 172
- Honig M-S (1986) Verhäuslichte Gewalt, sozialer Konflikt, wissenschaftliche Konstrukte, Alltagswissen, Handlungssituationen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillouchon F, Saurel-Cubizolles M-J, Schiltz, M-A (2003) Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. La Documentation française, Paris, 2003
- Kavemann B (2000) Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de/veroeff.htm> . (Stand Juli 2009)
- Kleemann WJ (2007) Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, forensische Sexualmedizin In: Madea (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin, 2. aktualisierte Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 259-264
- Klopstein U, Streit S, Schön CA (2008) Körperliche und sexuelle Gewalt an Erwachsenen – vom forensischen Denken und ärztlichen Handeln. *Therapeutische Umschau* 65: 371-379
- Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R. (2002) Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Evaluation, Teil 1: Häufigkeiten

- von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Kinderärztliche Praxis* 2002(6): 388–393
- Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R. (2002a) Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Evaluation, Teil 2: Einstellungen der Ärzte und Bedarf an Unterstützung bei der Anwendung. *Kinderärztliche Praxis* 2002(6): 394–403
 - Leugger KH (2005) Die Rolle des Staates und der Institution bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gegen Frauen, mit speziellem Fokus auf der Prävention. *Therapeutische Umschau* 62(4): 251-254
 - Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M (2002) Captured queen, men's violence against women in „equal“ Sweden – a prevalence study. Fritzes Offentliga Publikationer, Stockholm
 - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (2004) Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Beratungsunterlagen für die 3. Fachtagung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg am 21. April 2004 in Potsdam
 - Müller U, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C, Schulz B, Münster A (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland – Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BFSFJ (Hrsg.) Berlin
 - (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte MBO-Ä 1997 (Stand 2006) § 9 Schweigepflicht
 - Püschel K (2004) Kindesmisshandlung, Kapitel 26 In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg.) *Handbuch gerichtliche Medizin I* Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1153-1170
 - Ritz-Timme S, Graß H (2009) Häusliche Gewalt – Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt?, *Deutsches Ärzteblatt* 106(7): 282-283
 - Robert-Koch-Institut (2004) Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Deutsch-Österreichische Empfehlungen. Letzte Aktualisierung August 2004. www.rki.de (Stand Juli 2009)
 - Schwander M (2003), Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, 121(2), Bern.

- Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J, Gehl A, Heinemann A, Püschel K (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg Rechtsmedizin 14: 182–187
- Seifert D, Lambe A, Anders S, Püschel K, Heinemann A (2009) Quantitative analysis of victim demographics and injury characteristics at a metropolitan Medico-Legal Center. Forensic Science International 188: 46-51
- Sheridan DJ (1996) Forensic documentation of battered pregnant women. Journal of Nurse-Midwifery 41: 467-472.
- Strafprozessordnung (StPO) der Bundesrepublik Deutschland § 81a (Stand 30.07.2009)
- Sturzbecher D. (2002) Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken. 1. Auflage, Leske und Budrich, Opladen
- Tröger HD, Albrecht K (2004) Vergewaltigung, Kapitel 25 In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin I Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1131-1151
- Tschudin S (2005) Die Erstbetreuung von Frauen nach sexueller und körperlicher Gewalt. Therapeutische Umschau 62(4): 223-229
- Wetzels P (1997) Gewalterfahrung in der Kindheit, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos, Baden-Baden
- Wetzels P, Pfeiffer C (1995) Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen Raum - Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Forschungsbericht Nr. 37, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover, 1–18
- World Health Organisation (2002) World report on violence and health http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ (Stand Juli 2009)
- World Health Organisation (2003) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence
- Wyss E (2004) Faktenblatt 4: Gewaltbegriffe. Fachstelle gegen Gewalt, Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann: <http://www.mann-als-opfer.com/downloads/factsheet4buerofuergleichstellung.pdf> (Stand Juli 2009)

Danksagung

Zunächst möchte ich Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die Bereitstellung dieses interessanten Themas danken.

Besonderer Dank geht an Dr. med. Axel Heinemann, der sich als Betreuer dieser Arbeit stets Zeit für mich genommen hat und mich bei der Bearbeitung des Themas sehr unterstützt hat.

Dank geht auch an die stets hilfsbereiten PD Dr. med. Dragana Seifert und Nancy Gage-Lindner, die mir durch Ihre Kontakte in der klinischen Rechtsmedizin und der forensischen Krankenpflege sowie der persönlichen Bereitstellung ihres Studienmaterials sehr geholfen haben.

Eine ebenfalls große Hilfe bei der Erstellung dieser Arbeit war mir Prof. Dr. rer. nat. Hans-Peter Beck-Bornholdt, der mir durch seine Seminare und guten Tipps ein paar meiner – wie ich heute weiß - unnötige Sorgen nehmen konnte. Auch dafür möchte ich mich bedanken.

Ein ganz großes „Dankeschön“ geht an Lisa Teske und Gudrun Schumann, die mir durch ihre kurzfristige und spontane Korrektur dieser Arbeit enorm weiter geholfen haben. Ohne euch hätte ich die Arbeit nicht zum angepeilten Termin abgeben können: Vielen Dank!

Zu guter Letzt möchte ich auch noch persönlichen Dank an meine Eltern Heinz und Barbara Siemer aussprechen, die während meines gesamten Studiums stets hinter mir und meinen Entscheidungen gestanden und mich unterstützt haben.

Erklärung

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

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

Julia Marie Siemer

Hamburg, 26. Januar 2010