

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Püschel

Erhebung eines Ist-Zustandes der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nordwestlich von Hamburg

Dissertation

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

vorgelegt von:

Thekla von dem Berge
aus Hannover

Hamburg 2012

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 20.08.2012

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

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

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: PD Dr. med. A. Hill

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Definition des Gewaltbegriffs	6
1.2	Gewaltformen	7
1.2.1	Körperliche Gewalt	7
1.2.2	Häusliche Gewalt	9
1.2.3	Sexuelle Gewalt	10
1.2.4	Gewalt gegen Kinder	11
1.2.4.1	Die Entwicklung des Kinderschutzes	11
1.2.4.2	Körperliche Misshandlung	12
1.2.4.4	Sexueller Missbrauch	13
1.3	Gesundheitliche (und ökonomische) Folgen von Gewalt.....	14
1.4	Unterstützung für Gewaltopfer – die Rolle des Bundes.....	15
1.5	Unterstützung für Gewaltopfer – Die Rolle der Rechtsmedizin.....	17
1.6	Rechtsmedizinische Versorgungssituation in Deutschland	20
1.7	Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe	24
2	Fragestellung und Arbeitshypothesen	27
3	Material und Methoden	28
3.1	Material.....	28
3.2	Methode	29
3.2.1	Datenerhebung.....	29
3.2.2	Auswertungskriterien	30
3.2.3	Rechtliche Grundlagen für die Zuordnung zu einer der jeweiligen Gewaltformen.....	31
3.3	Datenauswertung	32
4	Ergebnisse.....	33
4.1	Kreis Pinneberg	33
4.1.1	Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen	33
4.1.2	Auftraggeberstruktur.....	35
4.1.3	Geschlecht	36
4.1.4	Altersstruktur	37

4.1.5	Untersuchungsort	39
4.1.6	Deliktverteilung - Geschädigte	40
4.1.7	Deliktverteilung - Beschuldigte	42
4.1.8	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge	43
4.1.9	Untersuchungszeitpunkt	45
4.1.10	Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte	47
4.1.11	Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte	49
4.2	Norderstedt	51
4.2.1	Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen	51
4.2.2	Auftraggeberstruktur	53
4.2.3	Geschlecht	54
4.2.4	Altersstruktur	55
4.2.5	Untersuchungsort	56
4.2.6	Deliktverteilung - Geschädigte	57
4.2.7	Deliktverteilung - Beschuldigte	58
4.2.8	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge	58
4.2.9	Untersuchungszeitpunkt	59
4.2.10	Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte	60
4.2.11	Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte	61
4.3	Itzehoe	62
4.3.1	Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen	62
4.3.2	Auftraggeberstruktur	64
4.3.3	Geschlecht	65
4.3.4	Altersstruktur	66
4.3.5	Untersuchungsort	67
4.3.6	Deliktverteilung - Geschädigte	69
4.3.7	Deliktverteilung - Beschuldigte	70
4.3.8	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge	71
4.3.9	Untersuchungszeitpunkt	71
4.3.10	Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte	72
4.3.11	Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte	74
5	Diskussion	75

5.1	Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen.....	75
5.2	Auftraggeber.....	80
5.3	Geschlecht.....	84
5.4	Altersstruktur	86
5.5	Untersuchungsort	89
5.6	Deliktverteilung der Geschädigten und Beschuldigten	91
5.7	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge.....	94
5.8	Untersuchungszeitpunkt	95
5.9	Rechtsmedizinische Befunde der Geschädigten und Beschuldigten	97
5.10	Fazit	102
6	Zusammenfassung.....	105
7	Anhang.....	106
7.1	Abbildungsverzeichnis	106
7.2	Diagrammverzeichnis	106
7.3	Tabellenverzeichnis	107
8	Literaturverzeichnis	108
	Danksagung	115
	Lebenslauf	116
	Eidesstattliche Versicherung	117

1 Einleitung

1.1 Definition des Gewaltbegriffs

Der Gewaltbegriff beruht nicht auf einer allgemeingültigen, eindeutigen Definition, vielmehr existieren unterschiedliche Begriffsbestimmungen, welche auf einer „kontextabhängigen, individuellen Wahrnehmung und Bewertung von Gewalt“ (Hornberg et al. 2008) basieren.

Die wissenschaftliche Gewaltforschung unterscheidet generell zwischen einer eng und einer weit gefassten Definition von Gewalt, die kontextbezogen Anwendung finden. Der *enge Gewaltbegriff* umfasst ausschließlich physische Gewalt, die sich durch äußerlich sichtbare Verletzungen zeigt. Der *weite Gewaltbegriff* hingegen impliziert zusätzlich alle Formen von schädlichen Handlungen, also jegliche physische und psychische Gewalt bis hin zu fast jedem verbalem Konfliktverhalten (Franke et al. 2004).

Eine internationale Definition des Gewaltbegriffs, die für diese Dissertation in ihrer Anwendung sinnvoll ist, veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2003 in ihrem „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“:

Gewalt ist hiernach „der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“.

Nach der Definition der WHO umfasst Gewalt nicht nur konkrete Formen von körperlicher und sexualisierter Gewalt, sondern ebenso psychische, ökonomische und soziale Gewalt, die unter anderem auf Drohungen, Einschüchterung und Abhängigkeit basieren (WHO 2003, Wieners u. Hellbernd 2000). Folglich ist das tatsächliche Ausmaß von Gewalt kaum überschaubar und aufgrund hoher Dunkelfeldziffern nur schwer zu erfassen. Unbestritten ist aber, dass Gewalt ein signifikantes, globales Problem darstellt, dem ein hohes Maß an Bedeutung zukommen sollte (World Health Assembly 1996).

1.2 Gewaltformen

Der Schwerpunkt dieser Arbeit ist auf zwischenmenschliche, körperliche Gewalt gesetzt, bezüglich welcher die WHO (Krug et al. 2002) zwischen zwei Gruppen unterscheidet:

1. Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern
2. Gewalt, die von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgeht

Es handelt sich hierbei vor allem um die Formen körperlicher und häuslicher Gewalt, sexueller Gewalt, sowie der Gewalt gegen Kinder, welche auch in dieser Dissertation vorrangig behandelt und nachfolgend definiert werden. Hingegen werden seelische oder emotionale Misshandlungen sowie Vernachlässigungen, insbesondere von Kindern und alten Menschen, im Folgenden nicht dargestellt.

1.2.1 Körperliche Gewalt

Der Begriff der *körperlichen Gewalt* umfasst generell Gewaltübergriffe, welche Ohrfeigen, Schläge mit Fäusten oder Gegenständen, Stöße, Tritte, Würgen, Fesseln, Waffengewalt und tätliche Angriffe - bis hin zu tödlichen Folgen - beinhalten (Müller et al. 2004, Wieners u. Hellbernd 2000). Körperliche Gewalt kann sowohl von der Familie und von Intimpartnern, als auch von anderen Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehen. Handelt es sich um körperliche Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern, so wird diese Gewaltform unter dem Oberbegriff *häusliche Gewalt* zusammengefasst (vgl. 1.2.2).

In der ersten deutschen Prävalenzstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gaben 37% aller Befragten (n= 10.264) an, seit ihrem 16. Lebensjahr im öffentlichen, halböffentlichen oder im privaten Bereich von körperlicher Gewalt betroffen gewesen zu sein. In etwa zwei Dritteln dieser Fälle handelte es sich hierbei um mittlere bis schwere körperliche Gewalt, aus

welcher physische sowie psychische Verletzungen in Form von manifesten Ängsten vor erneuten Gewaltübergriffen und schwerwiegenden, lebensgefährlichen Verletzungen resultierten (Müller et al. 2004).

Bezüglich der Gewaltbetroffenheit von Männern liegen für Deutschland aktuell noch keine repräsentativen Daten vor. Einer ersten orientierenden Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ (n= 266) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zufolge, sind Männer hauptsächlich während ihrer Kindheit und Jugend von Gewalt betroffen. Im jüngeren Erwachsenenalter konnte eine erhöhte Gewaltbelastung vor allem in den Lebensbereichen Öffentlichkeit/Freizeit, Ausbildung/Schule und im Wehrdienst festgestellt werden. Für das Erwachsenenalter gaben 40% der befragten Männer an, körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein (Jungnitz et al. 2004).

Dieses Ergebnis lässt eine vergleichbar hohe Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern bezüglich körperlicher Gewalt vermuten (Hornberg et al. 2008).

Ein zunehmendes Problem im Bereich der körperlichen Gewalt ist die aktive, körperliche Misshandlung alter Menschen durch Verwandte oder andere Fürsorgepersonen (WHO 2003). Die Bedeutung der Gewalt gegen alte Menschen wird bei einer immer weiter alternden Bevölkerung und deren Pflegebedürftigkeit zunehmen (Wagner 2000). Die Gefahr im höheren Lebensalter Opfer von Gewalt zu werden, wird vordergründig durch „die Abnahme der psychischen Widerstandsfähigkeiten, die Zunahme der Verletzlichkeit (und) eine Abnahme der Abwehr- und Fluchtmöglichkeiten (...)“ (Püschel 2007) begründet. Trotz der augenscheinlich zunehmenden Relevanz dieser Problematik, ist die Forschungslage über das Ausmaß der Gewaltbetroffenheit älterer Personen gering. Der WHO zufolge erleiden zwischen vier und sechs Prozent der alten Menschen irgendeine Form von Misshandlung in ihrem häuslichen Umfeld, wobei dies auch in Institutionen, wie beispielsweise Pflegeheimen, weiter verbreitet als allgemein bekannt ist (WHO 2003).

1.2.2 Häusliche Gewalt

In der Literatur wird *häusliche Gewalt* überwiegend in ihrer Kurzform als „Gewalt zwischen Erwachsenen in der Familie oder in Partnerschaften“ (Hellbernd et al. 2005) umschrieben und ist dabei unabhängig vom Ort des Geschehens.

In der Habilitationsschrift von Seifert wurde 2007 in Bezug auf die Komplexität des Begriffs der häuslichen Gewalt auf Grundlage der Definitionen von Godenzis (1993), Büchlers (1998) und Schwanders (2003), eine neue Definition formuliert:

„Gewalt im sozialen Nahraum wird in sozialen Situationen ausgeübt, die bezüglich der beteiligten Individuen durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet sind. Gewalt wird unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses ausgeübt. Sie kann sowohl in einer bestehenden als auch aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung stattfinden.“

Laut Statistiken erfahren überwiegend Frauen Gewalt durch ihren männlichen Partner (Hellbernd et al. 2005, Müller et al. 2004, Seifert et al. 2004, Seifert et al. 2006b). Der deutschen Repräsentativuntersuchung zur Gewaltbetroffenheit von Frauen des BMFSFJ (Müller et al. 2004) zufolge, hat etwa jede vierte Frau in ihrem Erwachsenenleben mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch den Beziehungspartner durchlebt. Dabei sind die Gewaltwiderfahrnisse grundsätzlich unabhängig von Bildungsstand, Nationalität, Einkommen, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit. Der Hauptrisikofaktor von (häuslicher) Gewalt betroffen zu sein, liegt in der während der Kindheit und des Jugendalters gemachten Gewalterfahrung - sei es als Beobachter elterlicher Gewalt oder als unmittelbar betroffene Person (Anders et al. 2006, Hornberg et al. 2008, Seifert et al. 2006a).

Oftmals resultiert hieraus ein „Kreislauf der Gewalt“, aus dem sich die Betroffenen aus vielerlei Gründen, wie zum Beispiel Angst, Scham, finanzieller Abhängigkeit oder sozialer Isolation nicht selbstständig befreien können (Hellbernd et al. 2005, Püschel et al. 2006).

1.2.3 Sexuelle Gewalt

Gemäß § 177 StGB (Strafgesetzbuch) wird bezüglich des Tatbestandes der sexuellen Gewalt zwischen den Untergruppen der *sexuellen Nötigung* und *Vergewaltigung* differenziert:

„Wer eine andere Person mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt sexuelle Handlungen des Täters an sich zu dulden (...)“ wird der *sexuellen Nötigung* bezichtigt.

Der Tatbestand einer *Vergewaltigung* entsteht „in besonders schweren Fällen, wenn der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich vornehmen lässt, (...), wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (...)“.

Aus den Ergebnissen der repräsentativen Opferbefragung von Wetzels u. Pfeiffer (1995) bezüglich sexueller Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum ging hervor, dass 8,6% von 2.103 befragten Frauen seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal Opfer sexueller Nötigung oder einer Vergewaltigung gewesen sind. Der neuesten repräsentativen Prävalenzstudie des BMFSFJ zur Gewaltbetroffenheit von Frauen zufolge (Müller et al. 2004), ist mittlerweile jede siebte in Deutschland lebende Frau (13%) seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal Opfer sexueller Gewalt geworden.

1.2.4 Gewalt gegen Kinder

1.2.4.1 Die Entwicklung des Kinderschutzes

Jahrzehntelang wurde Gewaltanwendung als erzieherische Maßnahme innerhalb der Familie akzeptiert und toleriert (Franke et al. 2004). Der Begriff und die Problematik der Kindesmisshandlung, wie sie uns heute bekannt ist, existierte nicht (Herrmann et al. 2008).

Die öffentliche Wahrnehmung und das Gewaltverständnis wurden in Deutschland erst in den siebziger Jahren durch die feministische Frauenbewegung erreicht. Das Züchtigungsrecht (Prügelstrafe) an deutschen Schulen wurde 1973 abgeschafft, das erste Kinderschutzzentrum wurde 1976 in Berlin gegründet (Franke et al. 2004, Herrmann et al. 2008).

Im Jahr 1979 formulierte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine konkrete Definition von Kindesmisshandlung:

„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z.B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht und zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt, und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“

Doch erst zum 8. November 2000 wurde das Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine gewaltfreie Erziehung in § 1631 Abs. 2 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) ausdrücklich festgelegt. Eine Erweiterung und Stärkung des aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen soll das am 01.01.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) gewährleisten. Dazu wurden Gesetzestextänderungen- und Erweiterungen im Achten Sozialgesetzbuch (SGB) zur Kinder- und Jugendhilfe vorgenommen. Die Bestandteile dieser neuen Gesetze beinhalten frühe Hilfen und verlässliche Netzwerke für werdende Eltern, eine nachhaltige Stärkung des Einsatzes von Familienhebammen, den Ausschluss einschlägig Vorbestrafter von den Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, eine Befugnisnorm für Berufsheimnisträger (beispielsweise Ärzte) zur Informationsweitergabe an das Jugendamt, sowie weiter-

führende verbindliche Standards in der Kinder- und Jugendhilfe (BMFSFJ 2010).

1.2.4.2 Körperliche Misshandlung

Unter körperlicher Misshandlung von Kindern wird eine Vielzahl von Verletzungen zusammengefasst. In der Literatur werden Schläge mit der Hand oder der Faust gegen Kopf, Bauch oder Gesäß, Tritte, Zerren, Kneifen und Beißen, Stoßen und Schleudern gegen Gegenstände, Verbrennungen mit heißem Wasser oder Zigaretten, Würgen, Fesseln oder Vergiftungen beschrieben. Dabei sind die Methoden der Misshandlungen vielfältig und reichen von körperlicher impulsiver bis hin zu instrumenteller geplanter Gewalt (Püschel 2004). Allgemeinsymptome der Kindesmisshandlung, die neben akuten Verletzungen oder Narben vorliegen können, sind ein reduzierter Allgemeinzustand, mangelhafte Pflege, Untergewicht und/oder Minderwuchs (Banaschak u. Madea 2003).

Gewaltübergriffe finden im Säuglings- und Kindesalter überwiegend innerhalb des Elternhauses statt und verlaufen oftmals chronisch-rezidivierend, eskalierend (Herrmann 2002, Püschel 2004, Seifert 2007). Gerade deshalb ist das Erkennen und Unterscheiden zwischen akzidentiellen und absichtlich zugefügten Verletzungen von entscheidender Bedeutung.

Die bundesweite Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) gibt u.a. Anhalt über das deutschlandweite Ausmaß von Gewalt gegen Kinder. Sie beleuchtet ausschließlich das Hellfeld, da in den Statistiken lediglich zur Anzeige gebrachte Straftaten aufgeführt werden. Demnach wurden für das Jahr 2009 deutschlandweit 4.126 Fälle registriert, bei denen Kinder Opfer von körperlichen Misshandlungen wurden. Für die Erfassung der tatsächlichen Prävalenz ergeben sich vielfältige Schwierigkeiten (bspw. Methodik, unterschiedliche Definitionen), so dass von einem weitaus höheren, unklaren Dunkelfeld ausgegangen werden muss (Herrmann 2002, Banaschak u. Madea 2003).

1.2.4.4 Sexueller Missbrauch

Gemäß § 176 StGB ist der Tatbestand des sexuellen Missbrauchs von Kindern grundsätzlich erfüllt, wenn ein Mensch „sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt (...)“. Formen von sexueller Gewalt liegen hierbei beispielsweise in Handlungen wie dem Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, Zungenküssen, oralem, vaginalen und analem Geschlechtsverkehr sowie Penetration mit dem Finger oder Gegenständen.

Eine allgemeinere Definition veröffentlichten Herrmann et al. 2008:

„Sexueller Kindesmissbrauch wird als die Einbeziehung und Nötigung von Kindern oder Jugendlichen zu sexuellen Aktivitäten definiert, die sie aufgrund entwicklungsbedingter Unreife nicht vollständig erfassen können, bei denen sie außerstande sind, bewusst einzuwilligen (...) und bei dem soziale Tabus der Familie bzw. der Gesellschaft verletzt werden (...)“. Dabei ist der sexuelle Missbrauch für die Betroffenen „ein komplexes und traumatisierendes, zentrales Lebensereignis“. Die Objektivierung des sexuellen Missbrauchs wird durch ein fehlendes „Missbrauchssyndrom“, welches das Vorliegen des Missbrauchs beweisen könnte, erschwert (Banaschak u. Madea 2003). Selbst in zweifelsfreien Missbrauchsfällen fehlen häufig spezifische, anogenitale Befunde (Herrmann et al. 2002). Dadurch, dass der Missbrauch überwiegend durch Eltern, nahe Angehörige oder Vertrauenspersonen meist ohne gewaltsamen körperlichen Kontakt stattfindet, lassen sich auch keine akuten Verletzungsfolgen nachweisen (Herrmann et al. 2008).

Die Hellfeld-Kriminalistik der Bundesrepublik Deutschland erfasste für das Jahr 2009 14.038 Kinder, welche Opfer sexuellen Missbrauchs wurden (PKS 2009). Bezüglich der Prävalenz von Mädchen und Jungen ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Nach konservativen Schätzungen sind deutschlandweit 10 - 15% der Mädchen und 5 - 10% der Jungen von „sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt“ („hands-on-Handlungen“) betroffen (Herrmann et al. 2008).

1.3 Gesundheitliche (und ökonomische) Folgen von Gewalt

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation gehört Gewalt weltweit zu den größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder. Global ist schätzungsweise jede fünfte Frau von Gewalt betroffen (Krug et al. 2002).

Die gesundheitlichen Auswirkungen können kurz-, mittel-, und langfristiger Natur sein. Sie treten zum einen in Form von akuten physischen Verletzungen und Beeinträchtigungen auf, zum anderen können somatische, psychosomatische und psychische Folgeerkrankungen resultieren (Heise et al. 1999, Hellbernd et al. 2005). Obwohl es gesundheitliche Beschwerden und Störungen gibt, welche besonders häufig mit spezifischen Formen von Gewalt assoziiert werden, existieren grundsätzlich keine gesundheitlichen Schädigungen, in deren Zusammenhang eine bestehende Gewaltproblematik ausgeschlossen werden kann (Hagemann-White 2003).

Als häufige akute und unmittelbare Verletzungsfolgen körperlicher Gewalt werden in nationalen sowie in internationalen Studien Hämatome, Prellungen, Knochenbrüche, Kopf- und Gesichtsverletzungen sowie Stich- und Hiebverletzungen angegeben (Campbell et al. 2002, Müller et al. 2004, Seifert et al. 2009). Als Folgen sexueller Gewalt treten neben akuten Verletzungen mit überdurchschnittlicher Häufigkeit schwere und längerfristig andauernde psychische Beeinträchtigungen wie etwa Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualitätsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen ebenso wie Depression, Suizidalität oder chronische Schmerzsyndrome auf (Hagemann-White u. Böhne 2003, Jelinek et al. 2007, Krug et al. 2002, Müller et al. 2004). Das Ausmaß des Schadens für das Individuum hängt unter anderem sowohl von der Dauer der erfahrenen Gewaltepisoden als auch der Schwere der Misshandlung ab (Krug et al. 2002).

Die deutsche Repräsentativstudie zur Gewaltbetroffenheit von Frauen des BMFSFJ ergab, dass Kinder und Jugendliche, die im familiären Umfeld körperliche Auseinandersetzungen ihrer Eltern miterlebten oder im häuslichen Umfeld misshandelt wurden, später zwei bis dreimal häufiger Gewalt durch ihren (Ex)-Partner erlitten, als Frauen, die keine solche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern miterlebten oder selbst erfuhren (47% vs. 21%). Auch zeigten die

Analysen, dass Frauen, welche Gewalt ausgesetzt waren, zu gesundheitsgefährdenden Bewältigungsstrategien neigen. Diese umfassen primär einen signifikant erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum sowie die vermehrte Einnahme von psychotropen Substanzen (Müller et al. 2004).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich Gewalt nicht nur auf die aktuelle Gesundheit, sondern vielmehr auch auf „das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen“ (Hellbernd et al. 2005) der Betroffenen auswirkt. Somit ergibt sich eine langfristige Problematik.

In Folge der gravierenden individuellen körperlichen und psychischen Auswirkungen von Gewalt entstehen massive, unmittelbare Kosten für das Gesundheitssystem. Neben diesen direkten Ausgaben entstehen zudem auch indirekte Kosten, unter anderem in den Bereichen der Beratung und Unterstützung, Unterbringung in Zufluchtseinrichtungen, der Justiz, sowie den Produktivitätseinbußen im Erwerbsbereich. Sofern all diese Folgekosten in die Berechnungen mit einbezogen werden, ergeben sich auf nationalen Ebenen zwei- bis dreistellige Millionen- und Milliardenbeträge, welche auf Gewaltfolgen zurückzuführen sind (Brzank 2009).

1.4 Unterstützung für Gewaltopfer – die Rolle des Bundes

Gewalt ist ein wesentlicher Bestandteil im Leben vieler Menschen. Die Gegenwärtigkeit der Gewaltproblematik sowie die Dringlichkeit, sich mit dieser auseinanderzusetzen, wurden von der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1996 auf der Weltgesundheitsversammlung in Genf betont. In ihrer Resolution forderte die WHO die Mitgliedsstaaten dazu auf, Gewaltprävention als eine primäre Aufgabe des Gesundheitswesens zu erkennen und anzunehmen. In diesem Sinne soll auf nationaler Ebene das Ausmaß von Gewalt anhand von Studien erhoben werden, um gezielt Kooperationsmodelle und Programme zu entwickeln, die es möglich machen, den Auswirkungen von Gewalt im eigenen Land entgegenzuwirken (World Health Assembly 1996).

Die deutsche Bundesregierung reagierte auf diese Resolution im Jahr 1999 und verabschiedete den ersten Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Ziel dieses Aktionsplans war es, einen Status quo betroffener Frauen und ihrer Versorgungssituation zu erfassen, um diese durch unterschiedliche Ansätze mit verschiedenen Projekten nachhaltig zu verbessern. Der Aktionsplan sah Maßnahmen in den Bereichen der Prävention, der Rechtsetzung, der Kooperation zwischen staatlichen Institutionen und nichtstaatlichen Hilfseinrichtungen, der bundesweiten Vernetzung von Hilfsangeboten, Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sowie Maßnahmen der internationalen Zusammenarbeit zur Rechtsetzung vor (BMFSFJ 1999, Schweikert 2007).

Zur Erhebung des Status quo wurde im Jahr 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine mehrmonatige repräsentative Prävalenzstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ durchgeführt. Es wurden 10.264 Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren zu ihren aktuellen und vergangenen Gewaltwiderfahrnissen befragt. Des Weiteren wurden im Rahmen des Aktionsplans modellhafte Kooperations- und Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt wie das Projekt S.I.G.N.A.L., BIG (Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen) und KIK (Netzwerk bei häuslicher Gewalt, Region Kiel) unterstützt und erfolgreich umgesetzt.

Auf rechtlicher Ebene konnten zwei bedeutende Änderungen von Gesetzestexten erreicht werden. Zum einen das bereits erwähnte Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine gewaltfreie Erziehung (vgl. 1.2.4.1), zum anderen wurde zum 1. Januar 2002 das Gewaltschutzgesetz eingeführt, welches es ermöglicht, einen gewalttätigen Partner aus der gemeinsamen Wohnung zu verweisen und ein Betretungsverbot (je nach Bundesland von 10 Tagen bis zu 28 Tagen) auszusprechen – „Wer schlägt, der geht.“ (BMFSFJ 1999, Hagemann-White u. Kavemann 2004, Franke et al. 2004).

Im Jahr 2007 veröffentlichte die Bundesregierung einen aktualisierten zweiten Aktionsplan, der sich am Aufbau des ersten Aktionsplans orientierte. Ziel dieses Aktionsplans ist es, die im Rahmen des ersten Aktionsplans gewonnenen Erkenntnisse durch konkrete, effiziente Handlungsstrategien in die Praxis umzusetzen und beschlossene sowie begonnene Projekte der Kommunen, Länder

und des Bundes weiterzuentwickeln und aufrechtzuerhalten (Schweikert 2007, BMFSFJ 2012).

Aus den Ergebnissen der Prävalenzstudie des BMFSFJ ließ sich vor allem ein dringender Bedarf an einer standardisierten, medizinischen Versorgung von Gewaltopfern ableiten. An diesem Punkt setzt das Modellprojekt M.I.G.G. (Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen) an. Um eine verbesserte regionale medizinische Versorgungssituation von geschädigten Personen zu schaffen, wurden niedergelassene Ärzte (beispielsweise Hausärzte, Gynäkologen) im Umkreis der Städte München, Düsseldorf, Kiel, Berlin und dem Ennepe-Ruhr-Kreis mit der Problematik von Gewalt vertraut gemacht. Ziel des Projektes war es, Gewalt zu erkennen, anzusprechen und Leitfäden bzw. standardisierte Untersuchungen zu etablieren. Begleitet wurde das Projekt durch die rechtsmedizinischen Institute in München, Düsseldorf und Kiel sowie durch S.I.G.N.A.L. e.V. und das Netzwerk GESINE (Ritz-Timme u. Graß 2009).

Grundsätzlich ergibt sich für das Gesundheitssystem eine Notwendigkeit, niedrigschwellige, leicht zugängliche, (anonyme) Beratungs- und Hilfsangebote einzurichten (BMFSFJ 2012).

1.5 Unterstützung für Gewaltopfer – Die Rolle der Rechtsmedizin

Der Rechtsmediziner wird tagtäglich mit „Spuren von Gewalt am menschlichen Körper“ (Graß u. Rothschild 2004) konfrontiert. Neben Obduktionen und Begutachtungen verstorbener Patienten besteht ein wesentlicher Bestandteil der rechtsmedizinischen Aufgaben auch aus Untersuchungen lebender Patienten (Madea 2003, Seifert u. Püschel 2004). Diese „Lebenduntersuchungen“ (klinische Rechtsmedizin) haben in den vergangenen Jahren an Bedeutung zugenommen und beschreiben ein stetig wachsendes Arbeitsfeld der Rechtsmedizin (Pollak 2006). Üblicherweise erfolgen die Untersuchungen lebender Patienten nach einem Gewaltgeschehen im Auftrag von Ermittlungsbehörden. Es werden sowohl geschädigte als auch beschuldigte (tatverdächtige) Personen untersucht. Dabei sind die exakte, gewaltbezogene Anamnese und eine ausführ-

liche, vor Gericht verwertbare, Befunderhebung sowie die Sicherstellung von Beweismaterialien (beispielsweise in Form von Kleidungsstücken und Abstrichen, Blutentnahmen zur toxikologischen Untersuchung sowie Fotoaufnahmen der Verletzungen) elementare Aufgaben in der rechtsmedizinischen Versorgung geschädigter als auch beschuldigter Personen (Anders et al. 2006, Grassberger 2009).

In Zusammenschau aller Befunde ist der Rechtsmediziner in der Lage, Verletzungen differierendster Art zu interpretieren, um dann Form und Intensität der Gewalteinwirkungen nachzuvollziehen und zu beurteilen (Graß u. Rothschild 2004). Die Untersuchungsergebnisse sind demnach eine bedeutende Komponente bei der Rekonstruktion eines Gewaltgeschehens (Banaschak et al. 2011), und die Rechtsmedizin übernimmt so eine wichtige Funktion in der interdisziplinären medizinischen Zusammenarbeit, sowie in der Zusammenarbeit mit der (Kriminal-) Polizei, dem Rechtswesen und vorhandenen Opferhilfsangeboten. Der Rechtsmediziner fungiert in diesen Bereichen als Berater, Sachverständiger und Gutachter oder als Vermittler. Die klinische Rechtsmedizin versteht sich folglich als Bindeglied zwischen den beschriebenen Systemen, Behörden und Institutionen (Graß u. Rothschild 2004).

Patientinnenumfragen im Rahmen des S.I.G.N.A.L. Interventionsprojektes, der ersten deutschen Prävalenzstudie zur Gewaltbetroffenheit von Frauen, sowie der Opferbefragung „Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum“ (Hellbernd et al. 2004, Müller et al. 2004, Wetzels u. Pfeiffer 1995) zeigen, dass vor allem Haus- und Klinikärzte für Gewaltopfer eine Schlüsselrolle in der medizinischen Versorgung einnehmen. Sie werden in den Befragungen als erste Ansprechpartner nach einem Gewaltgeschehen benannt. Eine Studie niedergelassener Ärzte und Ärztinnen zum Umgang mit der Gewaltproblematik in Berlin ergab, dass sich Hausärzte durchaus als Ansprechpartner verstehen. Dennoch fühlen sie sich den Versorgungsanforderungen im Umgang mit den Gewaltopfern oftmals nicht gewachsen (Mark 2000). Die Gründe hierfür sind vielseitig und liegen vor allem in der persönlichen Befürchtung einer defizitär (rechtsmedizinischen) ärztlichen Ausbildung, die es sowohl erschwert, Verletzungen und Beschwerden als Gewaltfolgen zu diagnostizieren, sowie

eine prozesstüchtige und kompetente Dokumentation von Verletzungen anzufertigen. Weiterhin meinen Hausärzte, dass sie nicht genug Zeit haben, sich mit der Gewaltproblematik der Geschädigten adäquat auseinanderzusetzen (Artus 2007, Hagemann-White u. Bohne 2003, Hornberg et al. 2008, Püschel et al. 2006, Seifert et al. 2004).

Dies spiegeln auch die Erfahrungen aus der alltäglichen klinischen Versorgung von Gewaltopfern wider. Sie zeigen, dass der Schwerpunkt in der akuten Behandlung von Verletzungen bzw. deren Folgen lag, und bei Anamnese und Untersuchung der Geschädigten „zu wenig gutachterliche, kriminalistische bzw. justizielle Aspekte“ berücksichtigt wurden (Püschel et al. 2006).

Werden mutmaßliche Folgen von Gewalteinwirkung in der Erstversorgung nicht erkannt oder mögliche Gewaltgeschehen nicht thematisiert, so führt dies zu einer lückenhaften, ungenügenden Anamnese und Dokumentation der Verletzungen. In einem Strafverfahren können diese Ausführungen den Anforderungen an ein rechtsverwertbares Gutachten mit hoher Sicherheit nicht entsprechen. Vielmehr erfährt das Gewaltopfer unter Umständen durch die fehlende beweiskräftige Untersuchung eine sekundäre Viktimisierung, da die Justiz in diesem Fall ihrer Genugtuungsfunktion und der immateriellen Schadenskompensation für das Opfer nicht gerecht werden kann und den Beschuldigten freisprechen muss (Graß u. Ritz-Timme 2006, Wessels u. Beulke 2009).

Aus diesem Grund gilt es, gerade die rechtsmedizinischen Dienstleistungen und Kompetenzen sinnvoll in das bestehende System zu integrieren, um eine hochprofessionelle, ganzheitliche Betrachtung von Gewalt betroffener Personen sicherzustellen, denn „kein anderes Fach verbindet das Wissen um die Bedürfnisse der Opfer, die Beweisanforderungen von Seiten der Polizei und der Justiz sowie die Kenntnisse über die lokalen Netzwerke, Interventionsstellen und Hilfsinstitutionen wie das der Rechtsmedizin“ (Seifert 2007).

1.6 Rechtsmedizinische Versorgungssituation in Deutschland

Von Gewalt betroffene Personen sehen in den meisten Fällen zunächst von einer Anzeige bei der Polizei ab (Anders et al. 2006, Graß u. Ritz-Timme 2006, Müller et al. 2004). Gerade hieraus erschließt sich die Notwendigkeit, die Geschädigten zu erkennen und vorerst auch ohne polizeiliche Meldung optimal versorgen und beraten zu können.

In Hamburg ist diese Versorgung der Gewaltopfer durch das Institut für Rechtsmedizin (IfR) des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) bereits seit dem Jahr 1998 im Rahmen einer ambulanten rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle gewährleistet. Das Angebot richtet sich an alle von Gewalteinwirkungen betroffene Personen. Verletzungsdokumentation, Maßnahmen zur Spurensicherung, sowie die Erstellung eines (gerichtsverwertbaren) Gutachtens sind für das Opfer kostenlos und werden auch ohne Auftrag der Kriminalpolizei oder einer anderen Institution durchgeführt. Die resultierenden Ergebnisse unterliegen grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht. Für die Opfer besteht somit ein niedrigschwelliges Angebot das 24 Stunden und sieben Tage die Woche (auch an Feiertagen) verfügbar ist (Seifert et al. 2004).

Zusätzlich bietet das IfR in Hamburg seit dem Jahr 2007 eine spezialisierte, interdisziplinäre Untersuchungsstelle für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch an (Kinder Kompetenzzentrum).

Deutschlandweit wurde in den vergangenen Jahren eine Zunahme ambulanter Untersuchungen lebender Personen in rechtsmedizinischen Instituten verzeichnet (Banaschak et al. 2011, Siemer 2010). Dies ist unter anderem auf das im Januar 2002 in Kraft getretene Gewaltschutzgesetz und eine damit verbundene Sensibilisierung für die Thematik Gewalt zurückzuführen (Gahr et al. 2005, Seifert et al. 2006).

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin gibt es aktuell deutschlandweit 32 Institute für Rechtsmedizin (URL: www.dgrm.de, Stand: 04.01.2012). In den meisten Fällen sind diese Institute an Universitätskliniken gebunden (Graß u. Rothschild 2004), sodass zwar das geographische Einzugs-

gebiet vordefiniert wird, die rechtsmedizinischen Institute jedoch hinsichtlich ihrer Dienstleistungen nicht an das zugehörige Bundesland gebunden sind. Die Verteilung dieser Institute wird in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt:

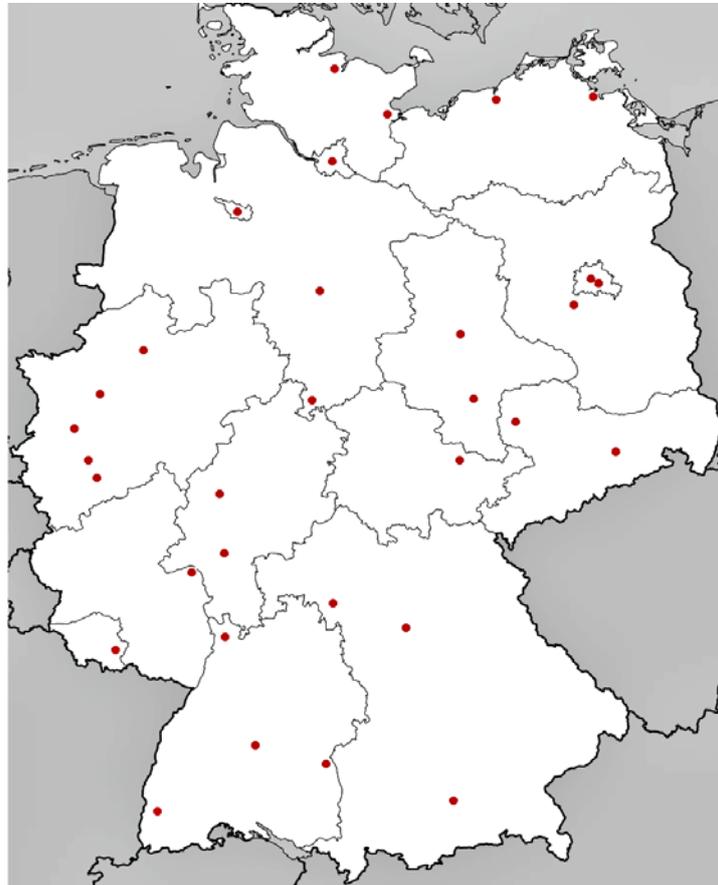


Abbildung 1: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute in Deutschland

Aus dem Internetauftritt der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (www.dgrm.de, Stand 04.01.2012) und deren weiterführenden Informationsquellen (Links zu den jeweiligen Homepages der Institute) geht hervor, dass nur neun dieser Institute eine eigene rechtsmedizinische Opferambulanz - im Sinne eines leicht zugänglichen, niedrighschwelligigen Angebots - besitzen. In der situationsbezogenen Analyse klinisch-rechtsmedizinischer Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa (Siemer 2010) gaben 23 von insgesamt 30 befragten deutschen rechtsmedizinischen Instituten an, grundsätzlich klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Gewaltopfern durchzuführen. Dabei unterscheiden sich die Angebote der einzelnen Institute jedoch deutlich

hinsichtlich ihrer Struktur, Gesamtzahl an durchgeführten Untersuchungen, angebotenen Dienstleistungen, Finanzierung und ihrer Vernetzung mit anderen medizinischen Fachrichtungen beziehungsweise Opferhilfsangeboten.

Selbst wenn jedes der in der obigen Darstellung abgebildeten rechtsmedizinischen Institute eine Opferambulanz besitzen würde, so könnte aufgrund der geographischen Verteilung, der regionalen Einzugsgebiete und der unterschiedlichen Größe der einzelnen Institute keine flächendeckende und somit niedrigschwellige rechtsmedizinische Versorgungssituation gewährleistet werden.

Generell existieren eine Vielzahl an Unterstützungs- und Zufluchtseinrichtungen freier Träger und Vereine für gewaltbetroffene Personen, an die sie sich im Bedarfsfall wenden können. Eine regelmäßige Einbeziehung aller in der Versorgung von Gewaltopfern wichtigen Institutionen mit Integration des medizinischen Hilfesystems und rechtsmedizinischer Dienstleistungen konnte bisher nicht erreicht werden (Hornberg et al. 2008, Wieners u. Hellbernd 2000, Seifert et al. 2004).

Dabei sollte gerade die Rechtsmedizin die Schnittstelle zwischen Opfer, Gesundheitswesen, psychosozialer Hilfe und Behörden darstellen (Graß u. Rothschild 2004). Ein Projekt, das mehrere dieser Akteure miteinander verknüpft, ist das Projekt der anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS), welches 2006 in Bonn etabliert wurde. In diesem Projekt arbeiten sowohl das Gesundheitssystem, Opferhilfeeinrichtungen, das Institut für Rechtsmedizin Bonn und die Polizei zusammen. Die anonyme Spurensicherung wurde mittlerweile auch in anderen Städten umgesetzt (z.B. Bochum, Essen, Köln und Wuppertal) (Schulte o.J.).

Eine intensive Zusammenarbeit verschiedener Institutionen wird auch durch das rechtsmedizinische Institut Köln gefördert. Dort bemüht man sich neben dem Angebot zentraler rechtsmedizinischer Kompetenzzentren insbesondere um den Ausbau regionaler Beratungs- und Untersuchungsangebote, sogenannte „Schwerpunktambulanzen und -praxen“, „um die fehlende Dichte von rechtsmedizinischen Angeboten zu kompensieren“ (Graß u. Rothschild 2004, Seifert 2007).

Die rechtsmedizinischen Institute in München, Düsseldorf und Kiel beteiligten sich an der Betreuung und Schulung von hausärztlichen Praxen im Rahmen des Modellprojektes M.I.G.G. des BMFSFJ (Ritz-Timme u. Graß 2009).

In der Fachliteratur wurde bereits vielfach gefordert einen flächendeckenden Ausbau der klinischen Rechtsmedizin zu unterstützen und in das Regelversorgungssystem mit aufzunehmen (Gage-Lindner u. Phinney 2004, Gahr et al. 2005, Graß u. Rothschild 2004, Oehmichen u. Meissner 2004, Seifert et al. 2004, Wieners u. Hellbernd 2000).

1.7 Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe

In Hamburg ist die rechtsmedizinische Versorgung und Begutachtung von geschädigten und beschuldigten Personen durch das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gewährleistet. Es bestand der Verdacht, dass in verschiedenen, zum Teil direkt an Hamburg angrenzenden Regionen, eine *regionale rechtsmedizinische Versorgungsstruktur* noch nicht ausreichend vorhanden ist.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um Stand und Qualität der Versorgungssituation gewaltbetroffener Personen soll eine Ist-Stand Erhebung der rechtsmedizinischen Versorgungssituation in Gebieten nordwestlich von Hamburg durchgeführt werden. Hierfür wurden die Kreisstadt Itzehoe (IZ) sowie die Stadt Norderstedt (NO) und der Kreis Pinneberg (KPI) exemplarisch ausgewählt. Die Kreisstadt Pinneberg und die Stadt Elmshorn wurden repräsentativ zum Kreis Pinneberg zusammengefasst. Die nachfolgende Abbildung 2 stellt die Lage der einzelnen Bezirke sowie die Lage der rechtsmedizinischen Institute in Schleswig-Holstein und Hamburg dar:

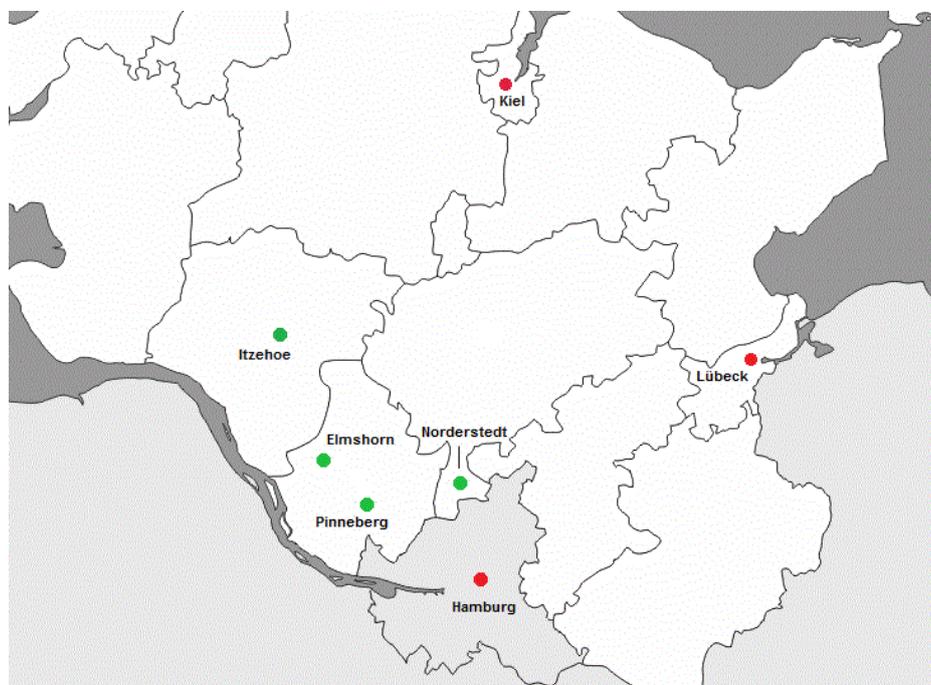


Abbildung 2: Verteilung der rechtsmedizinischen Institute in Hamburg und Schleswig-Holstein
(rote Punkte: Standorte der rechtsmedizinischen Institute in Hamburg und Schleswig-Holstein, grüne Punkte: geographische Lage der ausgewerteten Bezirke dieser Dissertation)

Die Regionen wurden aufgrund ihrer geographischen Nähe zu Hamburg und der sehr guten infrastrukturellen Anbindung an die Stadt, sowie der langjährigen intensiven Kooperation zwischen den Ermittlungsbehörden der Bezirke und dem Hamburger Institut für Rechtsmedizin ausgewählt. Es ist zu berücksichtigen, dass die genannten Bezirke sowohl durch das rechtsmedizinische Institut in Hamburg, als auch durch die rechtsmedizinischen Institute in Kiel und Lübeck betreut werden.

Die Institute für Rechtsmedizin in Kiel und Lübeck wurden im Jahr 2000 organisatorisch zusammengelegt und werden seitdem durch einen gemeinsamen Direktor geleitet. Am Standort Kiel arbeiten fünf, am Standort Lübeck vier ärztliche Mitarbeiter. Die Aufgabenbereiche beider Institute umfassen sämtliche Dienstleistungen der Forensischen Pathologie/Histologie sowie der klinischen Rechtsmedizin (Gewaltopferuntersuchungen). Zusätzlich werden an beiden Standorten Lehre und Forschung betrieben (URL Kiel: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin/Standort+Kiel/Unser+Team-p-12.html>, URL Lübeck: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin/Standort+L%C3%BCbeck/Unser+Team-p-104.html>, Stand 05.04.2012).

Durch die vom Land Schleswig-Holstein vorgegebenen, rechtsmedizinisch begrenzten Kapazitäten kann eine flächendeckende rechtsmedizinische Versorgung Schleswig-Holsteins nicht erreicht werden.

Es ist zu erwarten, dass sich bei den erhobenen Daten allein aufgrund der Heterogenität der untersuchten Gebiete sowie der fehlenden Zuordnung zu einem bestimmten rechtsmedizinischen Zentrum deutliche Unterschiede hinsichtlich der Fallzahlen ergeben werden. Aufträge aus dem Kreis Pinneberg (Entfernung der Kreisstadt Pinneberg zum IfR HH ca. 18 km, der Stadt Elmshorn ca. 30 km) werden nahezu ausschließlich an die Rechtsmedizin in Hamburg gerichtet, von Aufträgen des Bezirks Itzehoe (Entfernung Kreisstadt Itzehoe zum IfR HH 54 km) kann erwartet werden, dass ein Großteil der Dienstleistungen durch die Institute in Lübeck und Kiel durchgeführt wird.

Die Erhebung repräsentativer Datensätze sowie ein direkter Vergleich der Fallzahlen der ausgewerteten Regionen wird nicht angestrebt – vielmehr sollen die

Daten dieser retrospektiven Analyse bestehende Kooperationen zwischen dem Institut für Rechtsmedizin, Behörden sowie einzelnen Institutionen aufzeigen, welche wiederum Ansatzpunkte für gezielte Interventionsprojekte darstellen können, um die bestehende *regionale rechtsmedizinische Versorgungssituation* zu verbessern.

2 Fragestellung und Arbeitshypothesen

Das Ziel der vorliegenden Dissertation besteht darin, den Status quo der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nördlich von Hamburg im Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe zu erfassen, um anschließend Aussagen zum Ist-Zustand, das daraus abzuleitende Versorgungsaufkommen und den Versorgungsbedarf zu treffen. Anhand der erhobenen Daten sollen Strategien zur Verbesserung der bestehenden Versorgungssituation entwickelt werden.

Folgende Hypothesen sollen anhand der erhobenen Daten geprüft werden:

Die Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Rechtsmedizin und der Kriminalpolizei bzw. den Ermittlungsbehörden ist trotz langjähriger Kooperation deutlich verbesserungsfähig. Das Leitungsspektrum der Rechtsmedizin scheint unzureichend bekannt zu sein.

In den Jahren 2000 bis 2009 haben rechtsmedizinische Untersuchungen in den genannten Gebieten nur dann stattgefunden, wenn eine polizeiliche Anzeige vorlag. Niedrigschwellige Untersuchungsaufträge gab es hingegen kaum.

Die Untersuchungen wurden überwiegend in Hamburg und nicht regional vor Ort durchgeführt.

Eine Untersuchungsanforderung wurde seitens der Kriminalpolizei überwiegend bei Sexualdelikten gestellt.

Es wurden deutlich mehr weibliche als männliche Geschädigte untersucht.

Es wurden deutlich seltener Beschuldigte als Geschädigte untersucht.

Die untersuchten Personen waren überwiegend unter 40 Jahren alt.

Laut Kriminalstatistiken gab es deutlich mehr erfasste Delikte als durchgeführte Untersuchungen, in denen das Institut für Rechtsmedizin zur Begutachtung und Dokumentation hinzugezogen wurde.

3 Material und Methoden

3.1 Material

Für den Zeitraum von 2000 bis 2009 wurden im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg Akten von rechtsmedizinisch körperlichen Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen sowie zusätzlich telefonisch geleistete Beratungen ausgewertet.

Dabei umfasste die retrospektive Analyse sämtliche Anfragen an das Institut für Rechtsmedizin, in denen die Bezirke Elmshorn, Itzehoe, Norderstedt und Pinneberg als Auftraggeber verzeichnet waren. Die Stadt Elmshorn und die Kreisstadt Pinneberg wurden in der Auswertung repräsentativ zum Kreis Pinneberg zusammengefasst. Vereinzelt gab es Anfragen von anderen Polizeidienststellen des Kreises Pinneberg (z.B. Quickborn, Wedel). Diese wurden aufgrund der geringen Fallzahl in dem Auswertungszeitraum vernachlässigt und nicht in die Datenerhebung mit einbezogen.

Die Fälle für den Zeitraum 2004 bis 2009 wurden anhand der elektronischen Datenbank des Instituts für Rechtsmedizin ermittelt. Unter der Suchoption „Auftraggeber“ wurde nach „Elmshorn“, „Itzehoe“, „Norderstedt“ und „Pinneberg“ gesucht. Die Fallsuche der Jahre 2000 bis 2003 erfolgte mittels Durchsicht der im Institut für Rechtsmedizin archivierten Handakten, da diese nicht in der elektronischen Datenbank erfasst waren.

Für den gesamten Auswertungszeitraum konnten insgesamt 310 Fälle aus den o.g. Regionen nordwestlich von Hamburg als Datenquellen genutzt werden.

3.2 Methode

3.2.1 Datenerhebung

Die erhobenen Daten wurden tabellarisch mittels des Datenverarbeitungsprogrammes Microsoft Office Excel 2007 erfasst. Dabei wurde für jeden der oben genannten Bezirke eine eigene Datentabelle erstellt. Die Fälle wurden anhand der (fortlaufenden) institutsinternen Tagebuchnummern („U-Nr.“) anonymisiert und codiert.

Die Datenerhebung sowie die Auswertungskriterien- und Gliederungen orientierten sich am Aufbau des institutsinternen Basisdokumentationsbogens (BADO). Die Einzelinformationen wurden dann aus den Handakten entnommen. Durch die täglich wechselnde ärztliche Versorgung der rechtsmedizinischen Ambulanz ergaben sich untersucherabhängige Unterschiede hinsichtlich der Ausführlichkeit der rechtsmedizinischen Befunderhebung und Beurteilung. In einer Vielzahl der Gutachten erfolgte aufgrund des zum Untersuchungszeitpunkt noch unklaren Sachverhaltes, fehlender Behandlungsunterlagen bzw. noch nicht abgeschlossener Ermittlungen keine abschließende Beurteilung/Stellungnahme. Nicht aus der Akte zu entnehmende Informationen wurden als „fehlend“ oder „zum Untersuchungszeitpunkt unbekannt“ gekennzeichnet. Diese wurden in der Datenauswertung berücksichtigt und in den Ergebnissen mit aufgeführt bzw. ausgewertet.

In den meisten Fällen waren die allgemeinen Untersuchungsdaten sowie die personenbezogenen Daten (siehe 3.2.2) vollständig.

3.2.2 Auswertungskriterien

Es wurden folgende Kriterien in Anlehnung an den BADO Bogen dokumentiert und kategorisiert:

Allgemeine Untersuchungsdaten:

- Auftraggeber der Untersuchung
- Datum des Auftragseingangs (wenn nachvollziehbar auch Uhrzeit der Untersuchungsanforderung)
- Datum des Untersuchungszeitpunktes
- Zeitspanne (h) zwischen Anforderung durch den Auftraggeber und Untersuchungszeitpunkt
- Untersuchungsort

Personenbezogene Daten:

- geschädigte/beschuldigte Person oder Telefonberatung
- Geschlecht
- Alter zum Untersuchungszeitpunkt
- Tatmotiv – beschuldigte Person (Verwandtschaft, Partnerschaft, Ex-Partnerschaft, Bekanntschaft, Fremdtäter)

Gewaltform:

- wurde der Sachverhaltsschilderung des Auftraggebers (Opfer selbst, Mitteilung der (Kriminal-) Polizei) entnommen: kein Konflikt bekannt, Sexualdelikt, Vergewaltigung, häusliche Gewalt, körperliche Gewalt, Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch/Kind, Raub, Tötungsdelikt.

Die Differenzierungen zwischen körperlicher und häuslicher Gewalt, Kindesmisshandlung und häuslicher Gewalt, Vergewaltigung und Sexualdelikt sowie sexuellem Missbrauch erfolgten orientierend am Gesetzestext (vgl. 3.2.3).

Rechtsmedizinische Untersuchung:

- Lokalisation der Verletzung
Hirnschädel, Gesichtsschädel, Nacken, Hals, Brust(-korb), Brüste, Abdomen, Rücken, Genitale, Gesäß, obere Extremität, untere Extremität.

- Art der Verletzung
unterteilt entsprechend allgemeingültiger rechtsmedizinischer Gewalteinwirkungen: stumpfe ungeformte/geformte Gewalt, scharfe Gewalt – Stich- und/oder Schnittverletzungen, halbscharfe Gewalt, Schussverletzung, thermische Gewalteinwirkung, Frakturen, Bissverletzungen, Fesselungsspuren, Widerlagerverletzungen, Griffspuren, Abwehrverletzungen, Kratzspuren, Ritzverletzungen, Würgemale.

3.2.3 Rechtliche Grundlagen für die Zuordnung zu einer der jeweiligen Gewaltformen

Für die Zuordnung ergaben sich bezüglich der Gewaltformen körperlicher und häuslicher Gewalt, sexueller Gewalt, sowie Gewalt gegen Kinder folgende Differenzierungen (vgl. 1.2.1 bis 1.2.4):

Sexuelle Nötigung/Sexualdelikt oder Vergewaltigung

Die Unterteilung erfolgte nach den rechtlichen Bestimmungen des § 177 StGB (Definition vgl. 1.2.3). Die Einteilung beruht dabei zum einen auf den Angaben des Opfers, zum anderen auf der gutachterlichen Stellungnahme des Rechtsmediziners. Wurde durch den Rechtsmediziner in der abschließenden Beurteilung des Gutachtens festgestellt, dass die Angaben des Opfers (Penetration) mit den dargebotenen Verletzungen (und biologischen Spuren) schlüssig waren, so wurde das Delikt der Kategorie „Vergewaltigung“ zugeordnet. Sofern nach Angaben des Opfers oder des rechtsmedizinischen Gutachtens unklar blieb, ob eine Penetration stattgefunden hat oder nicht, oder

es bei dem Versuch einer Penetration blieb, wurde das Delikt zumindest der Kategorie „sexuelle Nötigung/Sexualdelikt“ zugeordnet.

Körperliche Kindesmisshandlung oder häusliche Gewalt

Die Kinder, die aufgrund einer mutmaßlichen körperlichen Misshandlung im Institut für Rechtsmedizin vorgestellt wurden, bis 14 Jahre alt waren und durch Vater, Mutter, aktuellen Partner der Mutter, Sorgeberechtigte oder Geschwister misshandelt worden sein sollten, wurden der Kategorie „Kindesmisshandlung“ zugeordnet (vgl. 1.2.4.1) – am Wortlaut des Gesetzestextes zum sexuellen Missbrauch orientierend (§ 176 StGB) wurden Kinder/Jugendliche über 14 Jahre der Kategorie „häusliche Gewalt“ zugeordnet.

Sexueller Missbrauch

Gemäß § 176 StGB wurden Geschädigte, welche zum Untersuchungszeitpunkt bis 14 Jahre alt waren, der Kategorie „sexueller Missbrauch“ zugeteilt (vgl. 1.2.4.2).

3.3 Datenauswertung

Anhand der gewonnenen Daten erfolgte eine quantitative Analyse mithilfe des Datenprogramms Microsoft Excel 2007. Die Daten wurden in Tabellen eingepflegt und graphisch dargestellt.

4 Ergebnisse

4.1 KREIS PINNEBERG

4.1.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen

Das Diagramm 1 zeigt eine Übersicht aller Aufträge im Untersuchungszeitraum für den Kreis Pinneberg. Die Auftraggeber waren die Kriminalpolizei Pinneberg, die Kriminalpolizei Elmshorn sowie verschiedene Institutionen des Kreises Pinneberg (vgl. 4.1.2).

Im Auswertungszeitraum 2000 – 2009 kam es bei 191 Fällen zur Hinzuziehung der Rechtsmedizin, davon waren 186 (97%) Aufträge für eine körperliche Untersuchung. In fünf (3%) Fällen wurde eine telefonische Beratung durchgeführt. Die (Kriminal-) Polizei Pinneberg, die (Kriminal-) Polizei Elmshorn und das Amtsgericht Pinneberg erteilten 174 (91%) der insgesamt 191 Aufträge. Die Auftraggeber der verbleibenden 17 (9%) Anfragen werden in Diagramm 2 (4.1.2. Auftraggeberstruktur) gesondert dargestellt.

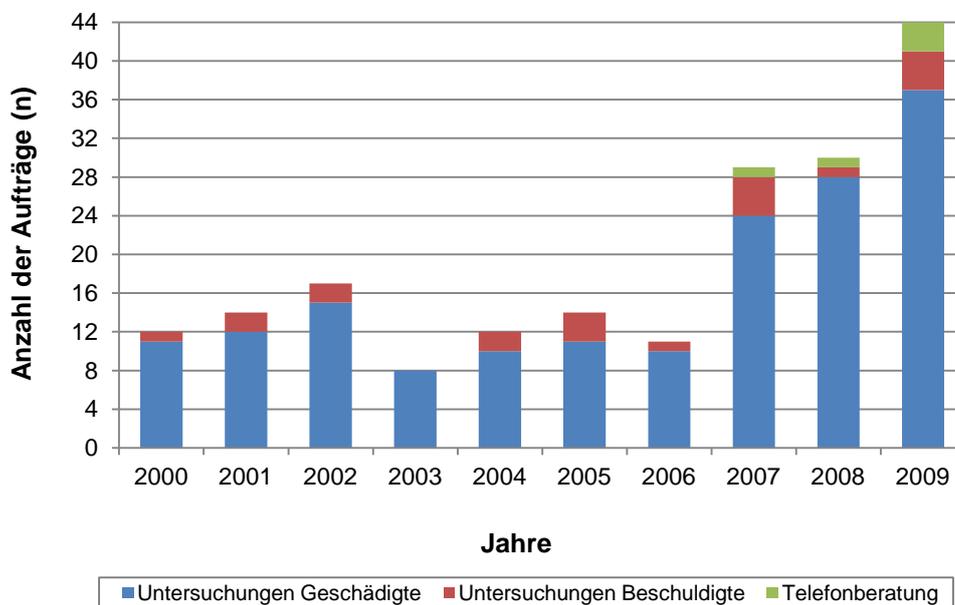


Diagramm 1: Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE – Kreis Pinneberg 2000 - 2009 (n= 191)

In 86% (n= 165) der Fälle wurden rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen von Geschädigten durchgeführt. 10% (n= 20) der Untersuchten waren Beschuldigte, in 90% (n= 18) dieser Fälle wurden Beschuldigte und Geschädigte desselben Deliktes untersucht. In 3% (n= 5) der Fälle leistete die Rechtsmedizin eine telefonische Beratung. In einem (1%) Fall fand eine mit der Kriminalpolizei Elmshorn vereinbarte Untersuchung einer Geschädigten nicht statt.

Während in den Jahren 2000 - 2002 die Zahl der Anforderungen von 12 auf 17 anstieg, nahmen diese im Jahr 2003 um mehr als die Hälfte ab. In den Jahren 2004 und 2005 erreichten die Auftragsanforderungen wieder das Niveau der Jahre 2000 und 2001. Im Jahr 2006 wurden elf Aufträge erteilt.

2007 und 2008 stieg die Zahl der Anforderungen an das Institut für Rechtsmedizin. Im Jahr 2007 gingen im Institut 29 Aufträge und im Jahr 2008 30 Aufträge des Kreises Pinneberg ein. Für das Jahr 2009 wurde erneut ein deutlicher Zuwachs der Anforderungen verzeichnet. Es wurden insgesamt 44 Untersuchungen und Beratungen durchgeführt.

Die Untersuchungen von Beschuldigten fanden ab dem Jahr 2000 statt. Die Anzahl dieser Aufträge belief sich auf eine bis vier Untersuchungen pro Jahr. Im Jahr 2003 wurden keine Beschuldigten untersucht.

Neben Geschädigten- und Beschuldigtenuntersuchungen wurde ab dem Jahr 2007 erstmals das Angebot der Telefonberatung genutzt. 2007 und 2008 wurde jeweils eine telefonische Beratung geleistet. Im Jahr 2009 waren es vier Telefonberatungen. Diese Beratungen wurden nur von der Kriminalpolizei Pinneberg und der Kriminalpolizei Elmshorn genutzt.

Mit insgesamt 165 (86%) körperlichen Untersuchungen machten die Geschädigtenuntersuchungen den Hauptteil der Anforderungen innerhalb des ausgewerteten Zeitraums (Diagramm 1) aus. Die Zunahme der Anforderungen insgesamt ging mit einem steigenden Anteil von Geschädigtenuntersuchungen einher. Das Angebot der Untersuchung von Beschuldigten und der Telefonberatung wurde vergleichsweise wenig genutzt.

4.1.2 Auftraggeberstruktur

91% (n= 174) der im Institut für Rechtsmedizin eingegangenen Aufträge (vgl. 4.1.1) wurden durch die (Kriminal-) Polizei Pinneberg, die (Kriminal-) Polizei Elmshorn und das Amtsgericht Pinneberg erteilt. Von der (Kriminal-) Polizei Pinneberg gingen 128 (67%) Aufträge ein, von der (Kriminal-) Polizei Elmshorn 45 (23%) Aufträge und vom Amtsgericht wurde ein (1%) Auftrag verzeichnet. In dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum war somit die Kriminalpolizei der Hauptauftraggeber.

In 9% (n= 17) der Fälle wurden niedrighschwellige Untersuchungs- und Beratungsaufträge von verschiedenen Institutionen des Kreises Pinneberg getätigt. Diese wurden in Diagramm 2 gesondert aufgeführt.

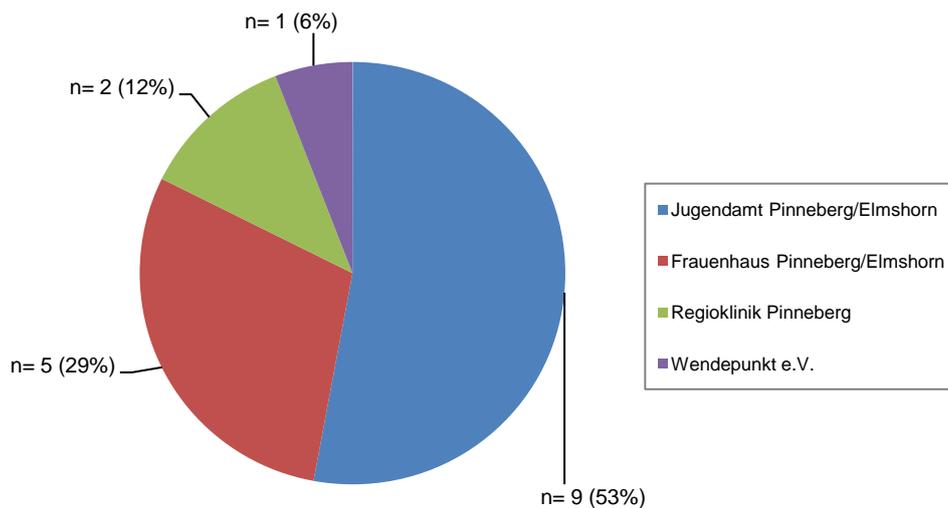


Diagramm 2: Anforderungen der verschiedenen Institutionen des Kreises Pinneberg (n= 17)

In neun (53%) Fällen wurde das Jugendamt Pinneberg und das Jugendamt Elmshorn als Auftraggeber verzeichnet. Fünf (29%) Anforderungen tätigten das Frauenhaus Pinneberg und das Frauenhaus Elmshorn. Die Regioklinik Pinneberg erteilte zwei (11%) Aufträge. Wendepunkt e.V. gab eine (6%) Anforderung an das Institut für Rechtsmedizin in Auftrag.

4.1.3 Geschlecht

Das Diagramm 3 zeigt die Geschlechterverteilung der insgesamt 185 untersuchten Personen des ausgewerteten Zehnjahreszeitraums (Untersuchung einer Geschädigten fand nicht statt, vgl. 4.1.1). Es wurden 62 (34%) Männer untersucht. Von den männlichen Untersuchten (n= 62) waren 42 (68%) Personen Geschädigte und 20 (32%) Personen Beschuldigte. Demnach waren alle untersuchten beschuldigten Personen männlich.

Die 123 (66%) untersuchten Frauen wurden in ihrer Gesamtheit als Geschädigte registriert.

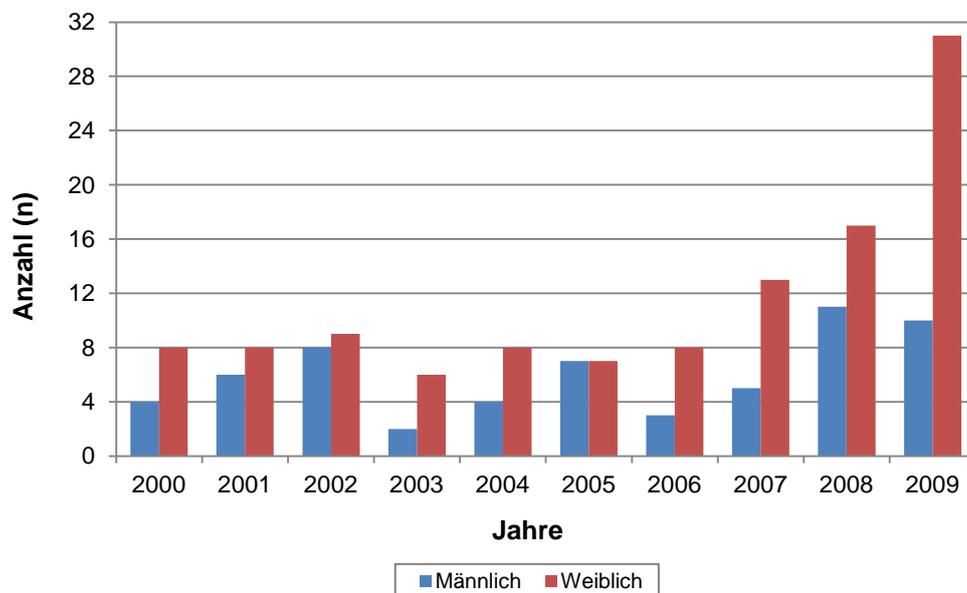


Diagramm 3: Geschlechterverteilung – Kreis Pinneberg (n= 185)

Betrachtet man nun den Anteil der geschädigten Frauen (n= 123) und der geschädigten Männer (n= 42) an der Gesamtzahl der Geschädigten (n= 165), so ergibt sich, dass 75% (n= 123) der Geschädigten Frauen und 25% (n= 42) Männer waren.

Hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Jahre überwiegt der Anteil der untersuchten weiblichen Personen vor allem in den Jahren 2007,

2008 und 2009. Im Jahr 2009 wurden dreimal so viele Frauen wie Männer untersucht.

4.1.4 Altersstruktur

In Diagramm 4 ist das Alter aller untersuchten Geschädigten (n= 165) dem Alter der Beschuldigten (n= 20) gegenübergestellt. In zwei (1%) Fällen war das Alter der Geschädigten zum Untersuchungs-/Beratungszeitpunkt nicht bekannt.

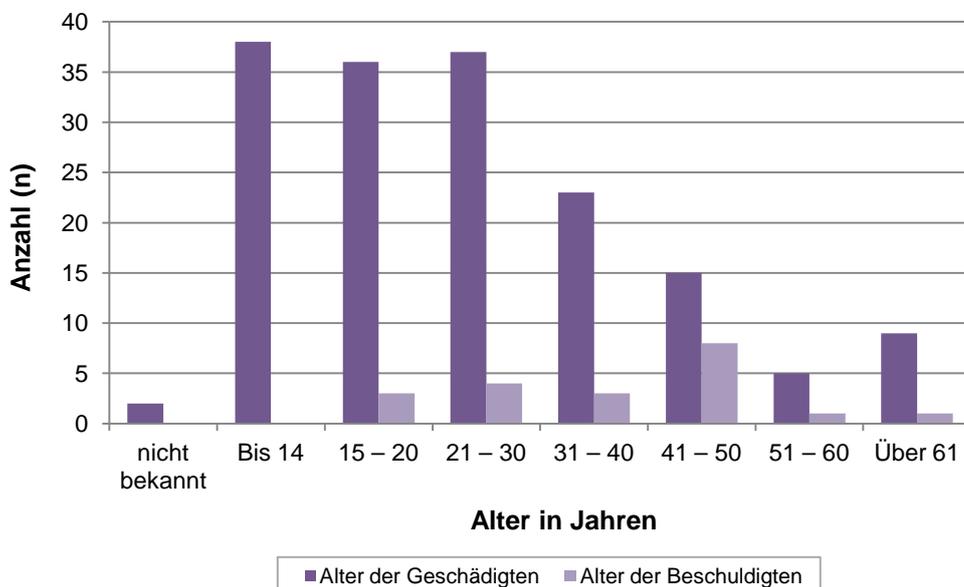


Diagramm 4: Altersverteilung – Kreis Pinneberg (n= 185)

Insgesamt waren 77% (n= 96) der Geschädigten zwischen 15 und 40 Jahren. 9% (n= 15) der Geschädigten waren zwischen 41 und 50 Jahre alt. In 3% (n= 5) der Fälle waren die Geschädigten 51 – 60 Jahre alt, in 5% (n= 9) der Fälle über 61 Jahre alt.

Der Anteil der Beschuldigten ist in der Altersgruppe der 41 – 50 Jährigen mit 40% (n= 8) am höchsten. 20% (n= 4) der Beschuldigten waren zum Vorfallszeitpunkt zwischen 21 und 30 Jahre und 15% (n= 3) zwischen 15 und 20 Jahre alt. Ebenfalls 15% (n= 3) der Beschuldigten fielen in die Altersgruppe der 31 bis

40- Jährigen. Jeweils ein (5%) Beschuldigter konnte der Altersgruppe der über 51- Jährigen sowie den über 61- Jährigen zugeordnet werden. In der Altersgruppe der bis 14 - Jährigen wurden 38 geschädigte Personen erfasst. In 66% (n= 25) dieser Fälle waren die Geschädigten zum Vorfalzeitpunkt zwischen zehn Monaten und zehn Jahren alt.

Die durchgeführten Untersuchungen von Kindern beliefen sich bis 2006 auf durchschnittlich zwei Aufträge pro Jahr. Seit 2007 stieg die Anzahl dieser Anforderungen kontinuierlich an. Im Jahr 2007 waren es vier, im Jahr 2008 neun und im Jahr 2009 zehn durchgeführte rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen von Kindern.

In 71% (n= 27) dieser Fälle wurden die Aufträge durch die Kriminalpolizei Pinneberg und Kriminalpolizei Elmshorn erteilt. In 24% (n= 9) der Fälle wurden die Untersuchungs- und Beratungsaufträge vom Jugendamt Pinneberg oder vom Jugendamt Elmshorn getätigt und in 5% (n= 2) der Fälle von der Regio- klinik Pinneberg.

4.1.5 Untersuchungsort

In Diagramm 5 wurden die Orte, an denen die rechtsmedizinischen Untersuchungen für den Kreis Pinneberg durchgeführt wurden, dargestellt.

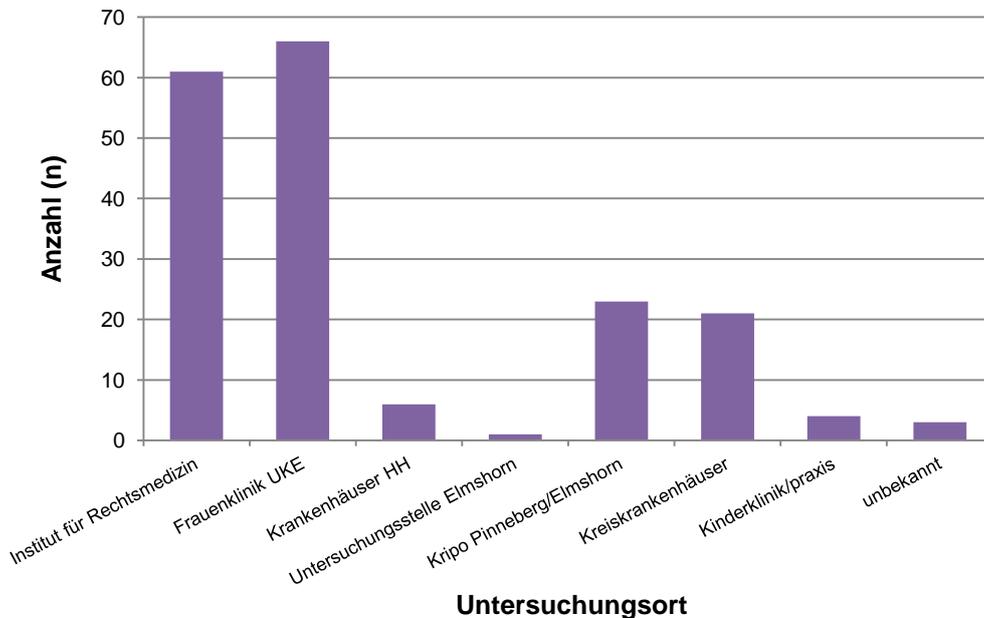


Diagramm 5: Verteilung der Untersuchungsorte – Kreis Pinneberg (n= 185)

61 (33%) der insgesamt 185 durchgeführten körperlichen Untersuchungen fanden im Institut für Rechtsmedizin statt. 66 (36%) Untersuchungen wurden in der Frauenklinik oder in der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf durchgeführt. Diese Untersuchungen waren gynäkologische Untersuchungen von Geschädigten im Rahmen einer mutmaßlich stattgehabten Vergewaltigung oder eines Sexualdelikts.

23 (12%) Untersuchungen fanden in den Räumlichkeiten der (Kriminal-) Polizei Pinneberg oder Elmshorn statt, in 13 (56%) dieser Fälle waren die untersuchten Personen Beschuldigte. In 21 (11%) Fällen wurden die rechtsmedizinischen Begutachtungen in Kreiskrankenhäusern durchgeführt, in sechs (3%) Fällen in Krankenhäusern Hamburgs. Eine (0,5%) Untersuchung fand in der Untersuchungsstelle Elmshorn statt.

Vier (2%) Untersuchungen wurden in einer Kinderklinik oder Kinderarztpraxis durchgeführt. In drei (1,5%) Fällen war der Untersuchungsort nicht in der Akte aufgeführt.

4.1.6 Deliktverteilung - Geschädigte

Das Kreisdiagramm (Diagramm 6) zeigt die Verteilung der definierten Straftaten auf die Geschädigten.

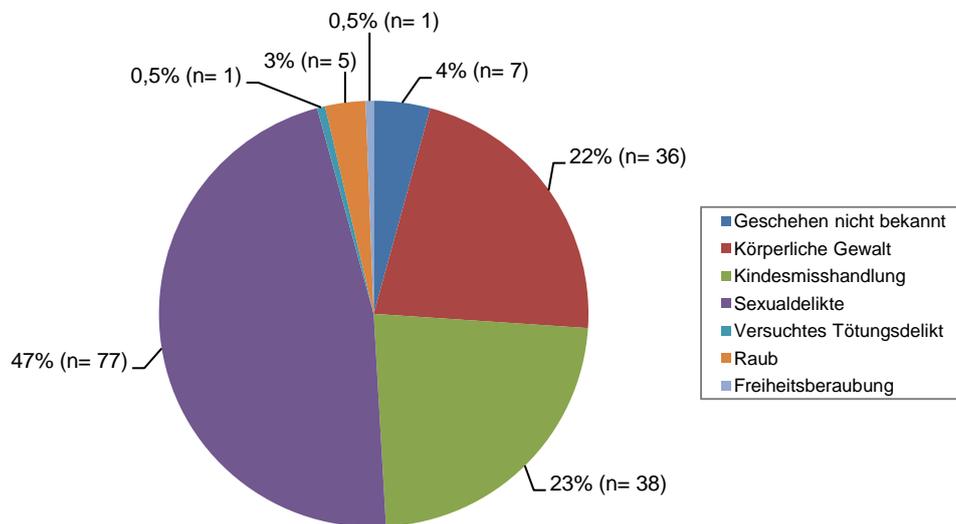


Diagramm 6: Verteilung der Delikte/ Geschädigte – Kreis Pinneberg (n= 165)

In 77 (47%) Fällen wurden die Geschädigten aufgrund eines mutmaßlichen Sexualdelikts untersucht und beraten. 73% (n= 56) der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung wurden als Vergewaltigung registriert, 27% (n= 21) als Sexualdelikt. 36 (22%) der durchgeführten Untersuchungen und Beratungen bezogen sich auf eine vorangegangene Einwirkung körperlicher Gewalt. Der Anteil von häuslicher Gewalt am Tatbestand körperlicher Gewalt ergab 47% (n= 17).

In 38 (23%) Fällen bestand der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung. In diesem Deliktfeld wurde in 53% (n= 20) der Fälle ein sexueller Missbrauch und in 47% (n= 18) der Fälle eine Kindesmisshandlung anderer Art dokumentiert.

In fünf (3%) Fällen handelte es sich um Raub, der mit körperlicher Gewalt einherging. In jeweils einem (0,5%) Fall wurde ein versuchtes Tötungsdelikt sowie eine Freiheitsberaubung registriert. Ein unbekannter Geschehensablauf lag bei sieben (4%) untersuchten Personen vor. In fünf (86%) dieser Fälle konnte nach rechtsmedizinischer Einschätzung von einem Sturzgeschehen ohne Fremdverschulden ausgegangen werden.

Die fünf telefonischen Beratungen durch einen Rechtsmediziner bezogen sich auf die Deliktfelder häusliche Gewalt, körperliche Gewalt, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch sowie das weitere Vorgehen bei einem im Krankenhaus verstorbenen Patienten (Anmerkung: Telefonberatung nicht in Diagramm 6 dargestellt).

4.1.7 Deliktverteilung - Beschuldigte

Das Diagramm 7 zeigt die Verteilung der Straftaten auf die Beschuldigten (Geschädigte vergleiche Diagramm 6).

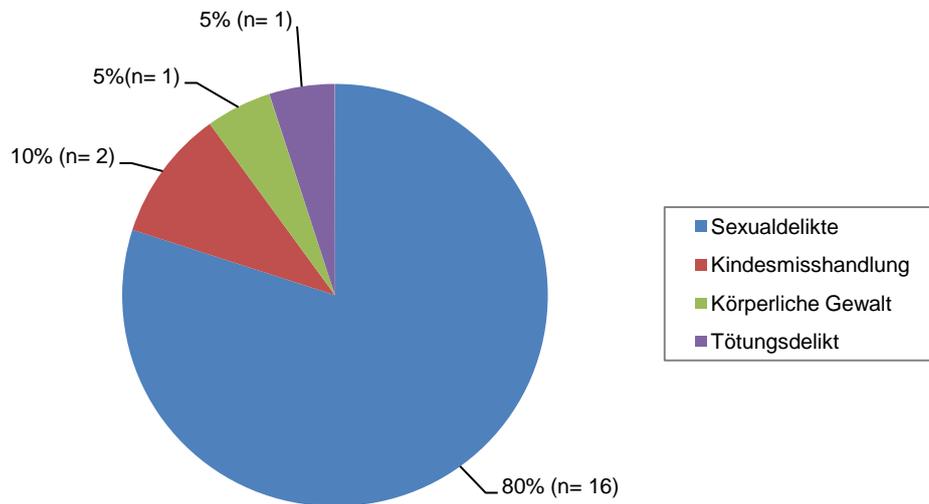


Diagramm 7: Verteilung der Delikte/ Beschuldigte – Kreis Pinneberg (n= 20)

16 (80%) Beschuldigte wurden aufgrund eines Sexualdelikts, zwei (10%) aufgrund einer Kindesmisshandlung untersucht. Einem (5%) Beschuldigten wurde die Ausübung körperlicher Gewalt, einem (5%) anderen ein Tötungsdelikt vorgeworfen.

Der Anteil der Beschuldigten, die aufgrund einer Vergewaltigung unter Tatverdacht standen und daraufhin untersucht wurden, ist mit zwölf (60%) Personen am höchsten. Vier (20%) Beschuldigten wurde ein Sexualdelikt unterstellt. In zwei (10%) Fällen bestand der Verdacht auf den sexuellen Missbrauch eines Kindes. Einem (5%) Beschuldigten wurde die Ausübung häuslicher Gewalt vorgeworfen.

4.1.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge

Das Diagramm 8 und das Diagramm 9 bilden die jahreszeitliche Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin ab. In Diagramm 8 wurden die Jahre 2000 bis 2004 dargestellt, in Diagramm 9 die Jahre 2005 bis 2009.

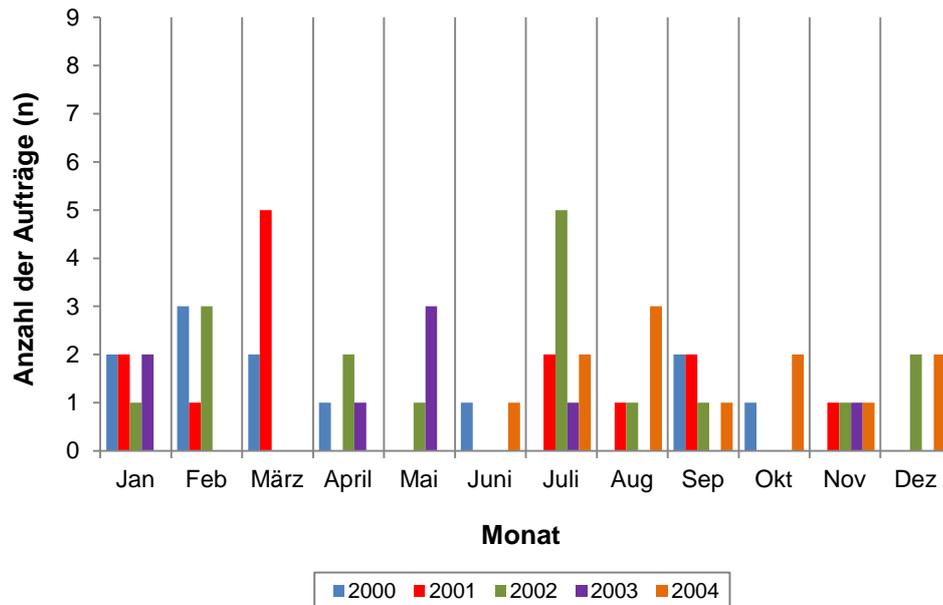


Diagramm 8: Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge 2000 - 2004 – Kreis Pinneberg (n= 63)

In den Jahren 2000 bis 2004 gingen 63 Aufträge im Institut für Rechtsmedizin ein. Hinsichtlich der Verteilung der Aufträge auf die einzelnen Monate lässt sich keine jahreszeitliche oder monatliche Häufung an Aufträgen feststellen.

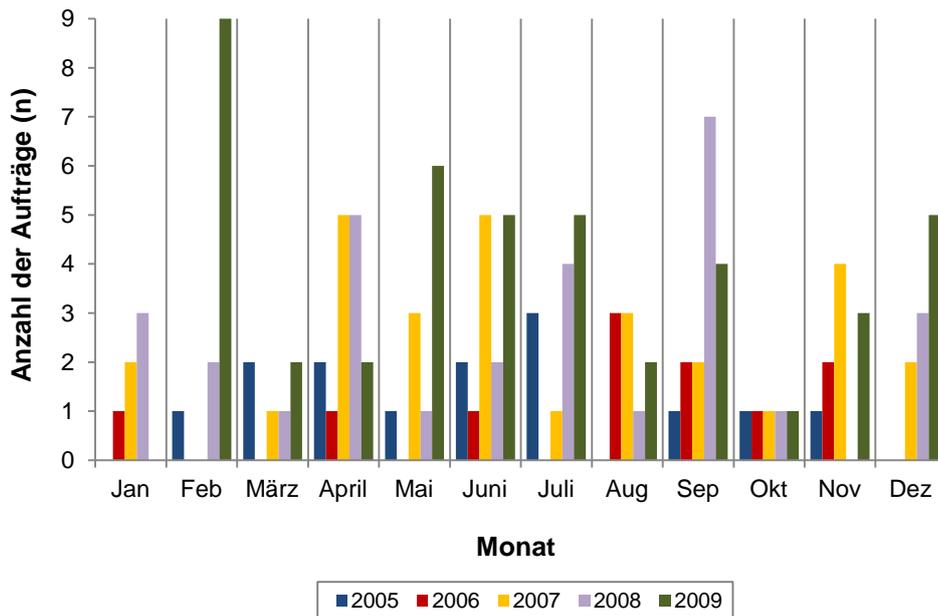


Diagramm 9: Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge 2005 - 2009 – Kreis Pinneberg (n= 128)

In den Jahren 2005 bis 2009 gingen 128 Aufträge im Institut für Rechtsmedizin ein. Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verteilung der Aufträge lässt sich im Vergleich eine angedeutete Häufung der Auftragseingänge für die Monate April bis September feststellen. In diesem Zeitraum wurden durchschnittlich 13 Aufträge pro Monat an das Institut für Rechtsmedizin erteilt. In den Monaten Oktober bis März waren es durchschnittlich acht Aufträge.

4.1.9 Untersuchungszeitpunkt

In Diagramm 9 wird die Zeitdauer zwischen dem mutmaßlichen Gewaltgeschehen und dem Untersuchungszeitpunkt der 185 (untersuchten) Gesamtfälle dargestellt.

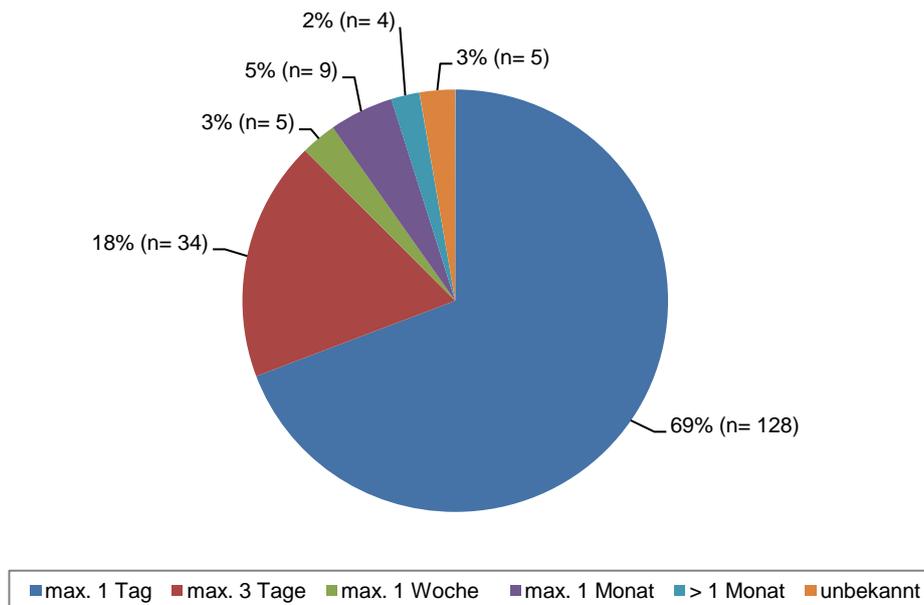


Diagramm 10: Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung –
Kreis Pinneberg (n= 185)

69% (n= 128) der Untersuchungen fanden maximal 24 Stunden nach dem zur Untersuchung anlassgebenden Vorfall statt, davon erfolgten 68% (n= 87) der Untersuchungen aufgrund eines Sexualdelikts oder eines sexuellen Missbrauchs. 18% (n= 34) der Untersuchungen erfolgten innerhalb von 72 Stunden und 3% (n= 5) nach maximal 7 Tagen. 5% (n= 9) der Untersuchungen wurden nach einem Ereignis, welches maximal vier Wochen zurücklag und 2% (n= 4) nach einem Ereignis, welches über vier Wochen zurücklag, durchgeführt. In 3% (n= 5) der Fälle war die Zeitspanne zwischen dem anlassgebenden Vorfall und der Untersuchung unbekannt.

Die fünf telefonischen Beratungen wurden nicht im Diagramm 9 dargestellt. Diese erfolgten in zwei (40%) Fällen maximal 24 Stunden nach dem zur Beratung anlassgebenden Vorfall und in einem (20%) Fall innerhalb von 72

Stunden. Bei den zwei (40%) verbleibenden Telefonberatungen war die Zeitspanne zwischen dem anlassgebenden Vorfall und der Beratung unbekannt.

In 28 (15%) Fällen konnte die genaue Zeitdauer zwischen dem telefonischen Eingang des Auftrags im Institut für Rechtsmedizin und dem Beginn der rechtsmedizinischen Untersuchung ausgewertet werden. Demnach fanden die Untersuchungen durchschnittlich drei Stunden nach Anforderung der Kriminalpolizei oder einer der Institutionen des Kreises Pinneberg statt.

4.1.10 Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte

In Tabelle 1 werden die in dem Auswertungszeitraum erhobenen rechtsmedizinischen Befunde aller untersuchten Geschädigten (n= 165) nach abnehmender Häufigkeit geordnet. Es wurden insgesamt 255 Befunde erhoben.

25 (15%) der untersuchten Personen erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen (21 (84%) dieser Personen wurden nach sexualisierter Gewalt untersucht). Die verbleibenden 140 (75%) Personen wiesen eine bis multiple Verletzungen auf.

Tabelle 1: Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde (n= 255) der Geschädigten

Rechtsmedizinische Befunde	Anzahl (n)
Stumpfe ungeformte Gewalt	80
Stumpfe geformte Gewalt	34
Keine Verletzung	25
Scharfe/halbscharfe Gewalt	24
Unspezifische Verletzung	22
Abwehrverletzung	16
Genitale/anale Verletzung	13
Fraktur	9
Widerlagerverletzung	7
Strangulationsbefunde (Würgemale, Petechien)	7
Hirnblutung	4
Ritzverletzung (Selbstbeibringung)	4
Gegenstoßverletzung	3
Thermische Einwirkung	3
Schussverletzung	1
Stauungssyndrom	1
Narben von Misshandlungen	1
Keine Beurteilung	1

In 80 (31%) Fällen wurde eine stumpfe ungeformte Gewalteinwirkung festgestellt. Diese zeigte sich vor allem in Form von multiplen Hämatomen und Prellungen.

Es wurden 34 (13%) Folgen stumpfer geformter Gewalt dokumentiert, davon handelte es sich in 13 (38%) Fällen um Griffspuren an der Innenseite von Oberarmen und Oberschenkeln (Spreizverletzungen). In 4 (12%) Fällen zeigte sich die Art der geformten Gewalteinwirkung durch Fesselungsspuren an Hand- und/oder Fußgelenken sowie bei einer (3%) Geschädigten durch Bissverletzungen. Bei 22 (8%) Geschädigten lagen unspezifische Verletzungen oder unspezifische Begleitverletzungen vor.

Es fanden sich 16 (6%) Abwehrverletzungen, welche sich typischerweise an den Handinnenflächen (aktiv) und den Streckseiten der Unterarme sowie an den Handrücken der Patienten (passiv) zeigten.

In 24 (9%) Fällen waren Geschädigte von einer scharfen oder halbscharfen Gewalteinwirkung betroffen. Hierbei handelte es sich in zwölf (50%) Fällen um Schnittverletzungen, in vier (17%) Fällen um Stichverletzungen und in ebenfalls vier (17%) Fällen um Kratzspuren (halbscharfe Gewalt).

Verletzungen der Genital- oder Analregion wiesen 13 (5%) Geschädigte auf, darunter waren vier (30%) Deflorationsverletzungen. Des Weiteren wurden neun (3%) Frakturen dokumentiert.

In sieben (3%) Fällen konnten Widerlagerverletzungen an den Schulterblättern oder den Dornfortsätzen der Wirbelsäule festgestellt werden. In weiteren sieben (3%) Fällen wurden Strangulationsbefunde diagnostiziert, vierfach (57%) handelte es sich hierbei um Würgemale, dreifach (43%) um das Vorliegen von petechialen Einblutungen in die Augenbindehäute, die Lidhäute oder die Mundschleimhaut.

In vier (2%) Fällen wurde eine Hirnblutung dokumentiert. Bei drei (1%) untersuchten Personen wurde durch eine Bildgebung (Computertomographie vom Schädel) eine Gegenstoßverletzung diagnostiziert.

An vier (2%) Patienten zeigten sich frische Ritzverletzungen. Diese Befunde wurden als Selbstbeibringungsverletzungen identifiziert. Weitere drei (1%) Geschädigte besaßen Verletzungen in Form einer thermischen Gewalteinwirkung.

Eine (0,5%) geschädigte Person wies multiple Narben von Misshandlungen auf. Es wurden jeweils eine (0,5%) Schussverletzung und ein (0,5%) Stauungssyndrom diagnostiziert. In einem (0,5%) Fall wurden die rechtsmedizinisch erhobenen Befunde nicht beurteilt, da dem Gutachter zur Erstellung des Gutachtens notwendige Informationen seitens der Kriminalpolizei fehlten.

Hinsichtlich der Lebensgefährlichkeit der Verletzungen wurde in 17 (7%) Fällen eine Aussage getroffen. 13 (5%) der dokumentierten Verletzungen wurden als potentiell lebensbedrohlich, vier (2%) als akut lebensgefährlich eingestuft.

4.1.11 Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte

In Tabelle 2 werden die in dem Auswertungszeitraum erhobenen rechtsmedizinischen Befunde der Beschuldigten (n= 20) nach abnehmender Häufigkeit aufgeführt. Es wurden insgesamt 20 Befunde erhoben.

Acht (40%) der untersuchten Personen erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen. Die verbleibenden 14 (60%) Personen wiesen eine oder zwei Verletzungen auf.

Tabelle 2: Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde (n= 20) der Beschuldigten

Rechtsmedizinische Befunde	Anzahl (n)
Keine Verletzung	8
Unspezifische Verletzung	5
Stumpfe ungeformte Gewalt	4
Stumpfe geformte Gewalt	1
Scharfe/halbscharfe Gewalt	2

Fünf (25%) Beschuldigte wiesen unspezifische Verletzungen auf, die einem mutmaßlichen Konflikt nicht eindeutig zugeordnet werden konnten.

In vier (20%) Fällen zeigten sich Folgen einer stumpfen ungeformten Gewalteinwirkung. Des Weiteren wurde eine (5%) stumpfe geformte Gewalteinwirkung und zwei (10%) scharfe/halbscharfe Gewalteinwirkungen dokumentiert. Das

Hautverletzungsmuster der halbscharfen Gewalteinwirkung wurde dem von der Geschädigten beschriebenen Ablauf des Delikts eindeutig zugeordnet.

4.2 NORDERSTEDT

4.2.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen

Das Diagramm 10 zeigt eine Übersicht aller Aufträge im Untersuchungszeitraum für die Stadt Norderstedt. Die Auftraggeber waren die Kriminalpolizei Norderstedt, das Jugendamt Norderstedt sowie das Frauenhaus Norderstedt.

In dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum kam es bei 44 Fällen zur Hinzuziehung der Rechtsmedizin, davon waren 41 (93%) Aufträge für eine körperliche Untersuchung. In drei (7%) Fällen wurde eine telefonische Beratung durchgeführt. Die Kriminalpolizei Norderstedt erteilte 40 (91%) der insgesamt 44 Aufträge. Die Auftraggeber der verbleibenden 4 Anfragen (9%) werden in Diagramm 11 (4.2.2) gesondert aufgeführt.

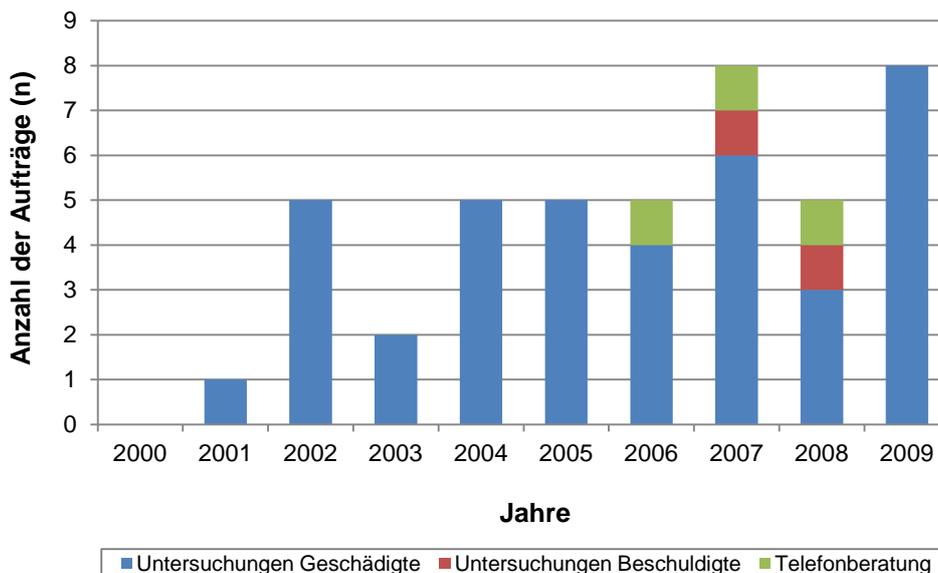


Diagramm 10: Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE – Norderstedt 2000 – 2009 (n= 44)

In 86% (n= 38) der Fälle wurden rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen von Geschädigten durchgeführt. In einem Fall (2%) wurde ein Beschuldiger untersucht. In 7% (n= 3) der Fälle führte das Institut für Rechtsmedizin

eine telefonische Beratung durch. In zwei (5%) Fällen fanden die vereinbarten Untersuchungen einer Geschädigten und eines Beschuldigten nicht statt.

Im Jahr 2000 fanden keine rechtsmedizinischen Untersuchungen statt, im Jahr 2001 wurde eine Anforderung verzeichnet. In den Jahren 2002, 2004, 2005, 2006 und 2008 wurden jeweils fünf Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin erteilt. Von den im Jahr 2005 in Auftrag gegebenen Untersuchungen wurden vier durchgeführt, die fünfte fand nicht statt, da der Geschädigte zum Untersuchungszeitpunkt nicht anwesend war. 2003 fanden zwei Untersuchungen statt. 2007 und 2009 wurden die meisten Anforderungen in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum gestellt. Für beide Jahre waren es acht Untersuchungs-/Beratungsaufträge. Im Jahr 2007 wurden von den acht Anforderungen sieben ausgeführt. Die erste Anforderung zur Untersuchung eines Beschuldigten wurde zwar im Jahr 2007 erteilt, fiel jedoch aus. Eine zweite Beschuldigtenuntersuchung wurde im Jahr 2008 in Auftrag gegeben und durchgeführt. In dem gesamten Zeitraum wurde daher nur eine Untersuchung eines Beschuldigten durchgeführt.

Die telefonische Beratung durch das Institut für Rechtsmedizin wurde erstmals im Jahr 2006 in Anspruch genommen, im Jahr 2007 und 2008 fand ebenfalls jeweils eine Telefonberatung statt.

Das Diagramm 10 zeigt deutlich, dass den Hauptanteil der Anforderungen die Untersuchungen von geschädigten Personen darstellen. Das Angebot der Untersuchung von Beschuldigten sowie eine rechtsmedizinische telefonische Beratung wurde in lediglich fünf (12%) Fällen genutzt.

4.2.2 Auftraggeberstruktur

91% (n= 40) der im Institut für Rechtsmedizin eingegangenen Aufträge (vgl. 4.2.1) wurden durch die Kriminalpolizei Norderstedt erteilt. In dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum war somit die Kriminalpolizei der Hauptauftraggeber. In 9% (n= 4) der Fälle wurden niedrigschwellige Untersuchungs- und Beratungsaufträge von verschiedenen Institutionen und einer Privatperson des Bezirks Norderstedt getätigt. Diese wurden im folgenden Diagramm 11 dargestellt.

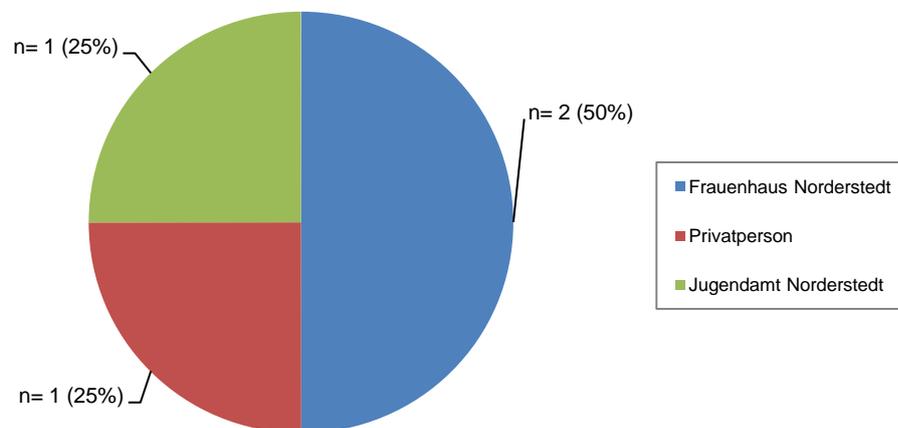


Diagramm 11: Anforderungen verschiedener Institutionen Norderstedts (n= 4)

In jeweils einem (25%) Fall wurde das Jugendamt Norderstedt und eine Privatperson als Auftraggeber verzeichnet. Zwei (50%) Anforderungen wurden durch das Frauenhaus Norderstedt getätigt.

4.2.3 Geschlecht

Das Diagramm 12 zeigt die Geschlechterverteilung der insgesamt 39 untersuchten Personen (zwei in Auftrag gegebene Untersuchungen fanden nicht statt, vgl. 4.2.1) in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum.

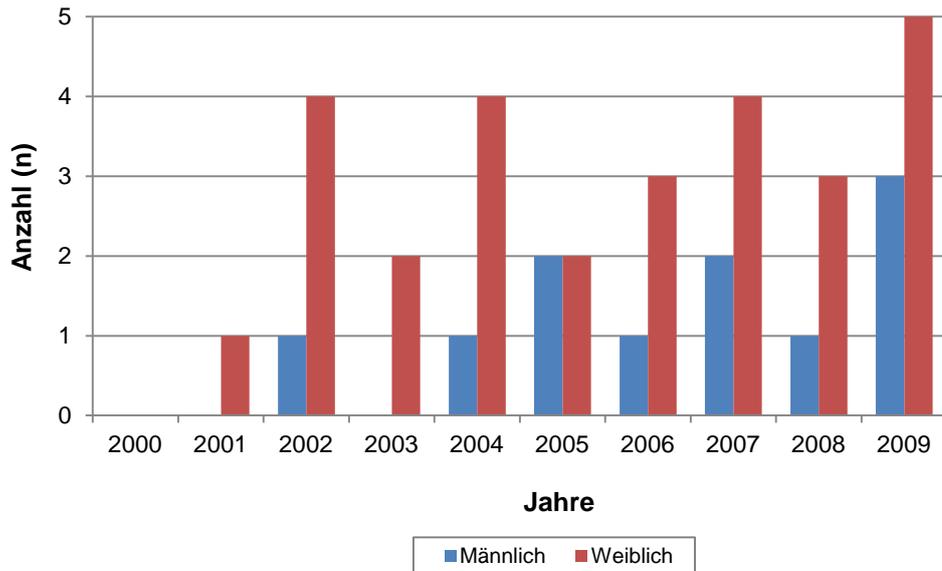


Diagramm 12: Geschlechterverteilung – Norderstedt (n= 39)

Es wurden elf (28%) Männer untersucht. Davon waren zehn (91%) Personen Geschädigte und eine (9%) Person ein Beschuldigter. Die 28 (72%) untersuchten Frauen wurden in ihrer Gesamtheit als Geschädigte erfasst.

Betrachtet man nun den Anteil geschädigter Frauen und geschädigter Männer an der Geschädigtenzahl insgesamt (n= 38), so ergibt sich, dass 74% (n= 28) weiblich und 26% (n= 10) männlich waren.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung auf die einzelnen Jahre wurden deutlich mehr weibliche als männliche Personen untersucht (ausgenommen des Jahres 2005).

4.2.4 Altersstruktur

In Diagramm 13 ist das Alter der untersuchten Geschädigten (n= 38) dem Alter der untersuchten Beschuldigten (n= 1) gegenübergestellt.

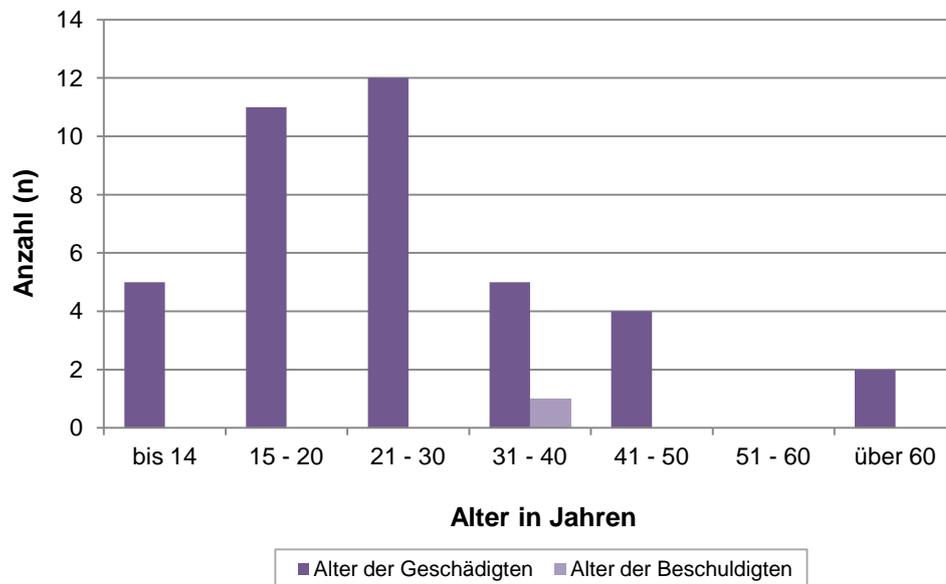


Diagramm 13: Altersverteilung der Untersuchten – Norderstedt (n= 39)

74% (n= 28) der Geschädigten waren zum Untersuchungs-/Beratungszeitpunkt zwischen 15 und 40 Jahren alt, 13% (n= 5) fielen in die Altersgruppe der bis 14 Jährigen. 8% (n= 3) der Geschädigten waren über 41 Jahre, 5% (n= 2) über 60 Jahre alt.

Der Beschuldigte wurde der Altersgruppe der 31 – 40 Jährigen zugeordnet.

In der Altersgruppe der bis 14 - Jährigen wurden insgesamt fünf untersuchte Kinder erfasst. In diesen Fällen waren die Geschädigten zum Vorfallzeitpunkt zwischen zehn und 14 Jahre alt. Alle Fälle mit Verdacht auf Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch wurden durch die Kriminalpolizei erteilt.

Weiterhin fanden zwei telefonische Beratungen (ohne Untersuchung) durch das Kinder Kompetenzzentrum des Instituts für Rechtsmedizin statt, bei denen die Geschädigten ebenfalls der Altersgruppe der bis 14 - Jährigen zugeordnet

wurden. Die beratenen Personen waren das Jugendamt Norderstedt sowie eine Privatperson (Anmerkung: Telefonberatung nicht in Diagramm 13 dargestellt).

4.2.5 Untersuchungsort

In Diagramm 14 wurden die Untersuchungsorte, an denen die rechtsmedizinischen Untersuchungen durchgeführt wurden, dargestellt und gemäß der Reihenfolge des Diagramms 5 aufgeführt.

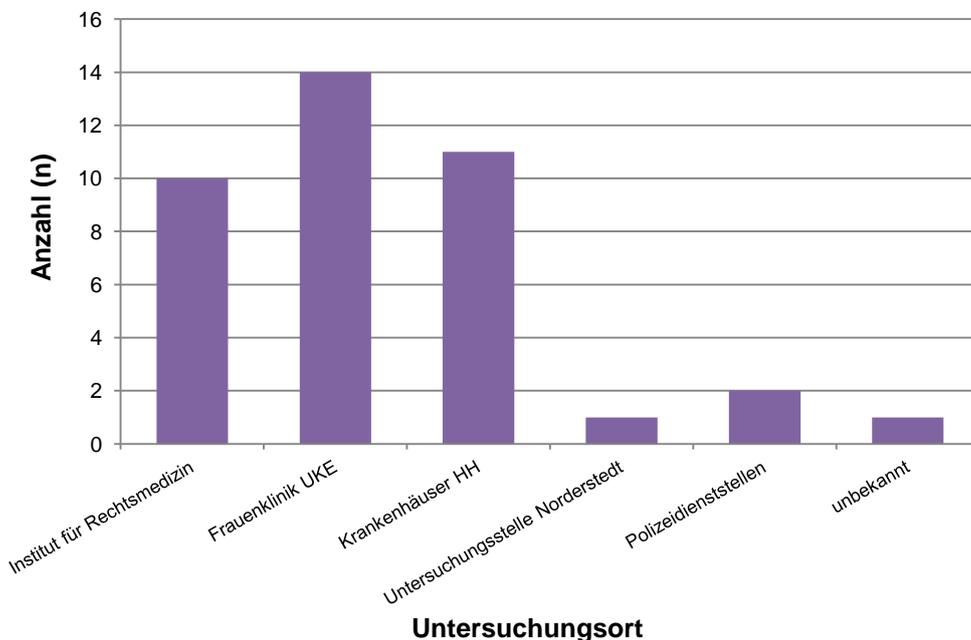


Diagramm 14: Verteilung der Untersuchungsorte – Norderstedt (n= 39)

Von insgesamt 39 durchgeführten Untersuchungen fanden 14 (36%) in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Eppendorf statt. Elf (28%) Untersuchungen wurden in Hamburger Krankenhäusern und zehn (26%) weitere im Institut für Rechtsmedizin durchgeführt. Die verbleibenden Untersuchungen (n= 2, 5%) wurden in Polizeidienststellen (Polizeikommissariat 34/Hamburg und Polizeidienststelle Bad Oldesloh) und in der Untersuchungsstelle Norderstedt durchgeführt (n= 1, 2,5%). In einem Fall (2,5%) war der Untersuchungsort nicht in der Akte aufgeführt.

4.2.6 Deliktverteilung - Geschädigte

Das Diagramm 15 veranschaulicht die Verteilung der vorliegenden Straftaten auf die Geschädigten.

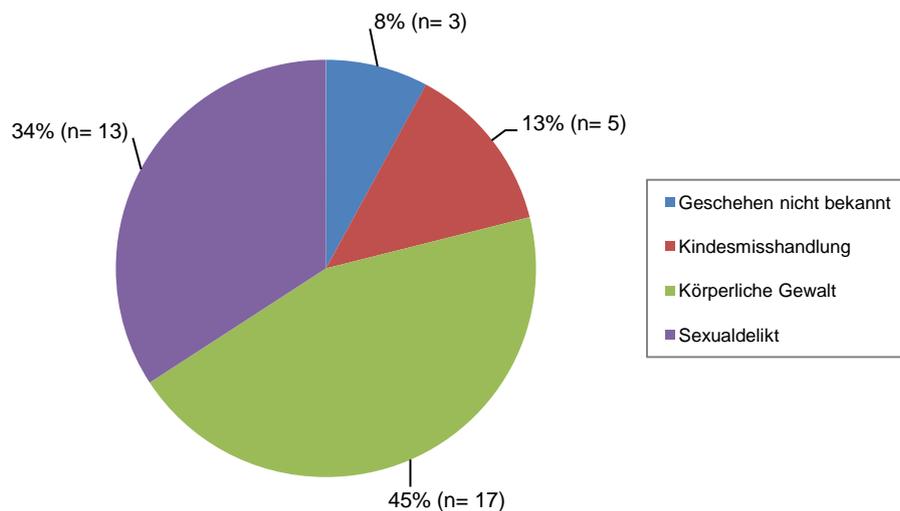


Diagramm 15: Verteilung der Delikte/ Geschädigte – Norderstedt (n= 38)

In 17 (45%) Fällen wurden die Geschädigten aufgrund einer vorangegangenen Erfahrung mit körperlicher Gewalt untersucht und beraten. Der Anteil von häuslicher Gewalt am Tatbestand der körperlichen Gewalt ergab 29% (n= 5). 13 (34%) Untersuchungen/Beratungen bezogen sich auf ein mutmaßliches Sexualdelikt. Neun (69%) dieser Straftaten wurden als Vergewaltigung dokumentiert, vier (31%) als Sexualdelikt. In fünf (13%) Fällen wurde als Untersuchungsgrund Gewalt gegen ein Kind dokumentiert. Vier (80%) dieser Kinder wurden aufgrund eines sexuellen Missbrauchs untersucht, ein (20%) Kind aufgrund einer Kindesmisshandlung.

Bei drei (%) untersuchten Personen war das Geschehen zum Untersuchungszeitpunkt nicht hinreichend bekannt.

Die drei telefonischen Beratungen durch einen Rechtsmediziner bezogen sich auf die Deliktfelder körperliche Gewalt, Kindesmisshandlung sowie sexueller

Missbrauch. Beraten wurden die Kriminalpolizei Norderstedt, das Jugendamt Norderstedt und eine Privatperson (Anmerkung: Telefonberatung nicht in Diagramm 15 dargestellt).

4.2.7 Deliktverteilung - Beschuldigte

Auf eine graphische Darstellung der Verteilung der definierten Straftaten auf die Beschuldigten gemäß 4.1.7, Diagramm 7 wurde verzichtet, da nur ein Beschuldiger aufgrund des Tatvorwurf eines Raubes untersucht worden ist.

4.2.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge

Aufgrund der geringen Fallzahlen ließ sich keine jahreszeitliche oder monatliche Häufung an Aufträgen feststellen, so dass auf eine graphische Darstellung gemäß 4.1.8, Diagramm 8 und Diagramm 9 verzichtet wurde.

4.2.9 Untersuchungszeitpunkt

Das Diagramm 16 stellt die Zeitdauer zwischen dem mutmaßlichen Gewaltereignis und der rechtsmedizinischen Untersuchung der 39 (untersuchten) Gesamtfälle dar.

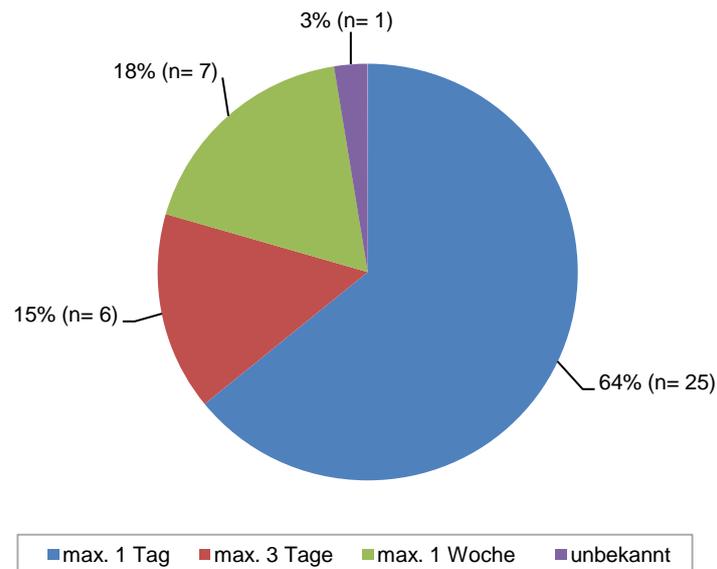


Diagramm 16: Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung – Norderstedt (n= 39)

64% (n= 25) der Untersuchungen fanden maximal 24 Stunden nach dem zur Untersuchung anlassgebenden Vorfall statt, 15% (n= 6) der Untersuchungen innerhalb von 72 Stunden und 18% (n= 7) nach maximal sieben Tagen. In einem (3%) Fall war der Zeitraum zwischen der Untersuchungsanforderung und der Untersuchung nicht bekannt.

Die drei telefonischen Beratungen wurden nicht im Diagramm 16 dargestellt. Bei zwei (67%) dieser Telefonberatungen war die Zeitspanne zwischen dem anlassgebenden Vorfall und der Beratung unbekannt. In einem (33%) Fall erfolgte die telefonische Beratung maximal 24 Stunden nach dem mutmaßlichen Geschehen.

In 24 (62%) Fällen war der Tag des Auftragseingangs sowie der Tag der rechtsmedizinischen Untersuchung nachvollziehbar. In 23 (96%) dieser Fälle wurden die rechtsmedizinischen Untersuchungen innerhalb von 24 Stunden nach Auftragseingang durchgeführt.

4.2.10 Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte

In Tabelle 3 werden die erhobenen rechtsmedizinischen Befunde aller untersuchten Geschädigten (n= 38) nach abnehmender Häufigkeit aufgelistet. Es lagen insgesamt 65 Befunde vor.

Fünf (13%) der untersuchten Personen erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen (vier (89%) dieser Personen wurden nach sexualisierter Gewalt untersucht). Die verbleibenden 33 (87%) Personen wiesen eine bis multiple Verletzungen auf.

Tabelle 3: Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde (n= 65) der Geschädigten

Rechtsmedizinische Befunde	Anzahl (n)
Stumpfe ungeformte Gewalt	23
Scharfe/halbscharfe Gewalt	10
Stumpfe geformte Gewalt	8
Keine Verletzung	5
Genitale/anale Verletzung	4
Abwehrverletzung	3
Widerlagerverletzung	3
Hirnblutung	3
Unspezifische Verletzung	2
Fraktur	2
Ritzverletzung (Selbstbeibringung)	1
Gegenstoßverletzung	1

In 23 (35%) Fällen wurde eine stumpfe, ungeformte Gewalteinwirkung dokumentiert. Es wurden acht (12%) Folgen stumpfer, geformter Gewalt festgestellt,

in fünf (62,5%) Fällen konnten diese Verletzungen als Griffspuren an Armen und Beinen identifiziert werden.

In zehn (15%) Fällen fanden sich scharfe oder halbscharfe Gewalteinwirkungen. In fünf (50%) dieser Fälle handelte es sich um Stichverletzungen, in vier (40%) Fällen um Schnittverletzungen. In einem (10%) Fall handelte es sich um eine Kratzspur (halbscharfe Gewalt).

Bei vier (6%) untersuchten Personen lagen genitale oder anale Verletzungen vor, die dem zur Untersuchung anlassgebenden Vorfall zugeordnet werden konnten. Jeweils drei (4%) Geschädigte erlitten Abwehrverletzungen, Widerlagerverletzungen und Hirnblutungen. Im Zusammenhang mit einer der Hirnblutungen wurde eine (2%) Gegenstoßverletzung dokumentiert. In zwei (3%) Fällen wiesen die Geschädigten Frakturen auf.

Bei zwei (3%) Geschädigten waren die geringen äußerlich sichtbaren Verletzungen als unspezifische Begleitverletzungen einzustufen. Weitere zwei (3%) Patienten beschrieben einen Würgevorgang, der nicht mit äußerlich sichtbaren Verletzungen einherging.

An einem (2%) Patienten zeigten sich frische Ritzverletzungen, welche als Selbstbeibringungsverletzung erfasst wurden.

Hinsichtlich der Lebensgefährlichkeit der Verletzungen wurde in nur acht (12%) Fällen eine Aussage getroffen. Sieben (5%) der dokumentierten Verletzungen wurden als potentiell lebensgefährlich, eine (2%) Verletzung als akut lebensgefährlich beschrieben.

4.2.11 Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte

Auf eine tabellarische Aufzählung der rechtsmedizinischen Befunde der Beschuldigten gemäß 4.1.11, Tabelle 2 wurde verzichtet, da es sich nur um einen untersuchten Beschuldigten handelt.

Der Beschuldigte wies Verletzungen in Form von scharfer Gewalt auf. Es handelte sich hierbei um multiple Schnitt- und Hiebverletzungen, die mit dem von der Geschädigten geschilderten Geschehen in Einklang gebracht wurden.

4.3 ITZEHOE

4.3.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen

Das Diagramm 17 zeigt eine Übersicht aller Aufträge im Untersuchungszeitraum für die Kreisstadt Itzehoe. Die Auftraggeber waren die (Kriminal-) Polizei Itzehoe, die Staatsanwaltschaft Itzehoe sowie einzelne Institutionen der Stadt Itzehoe.

In dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum kam es bei 75 Fällen zur Hinzuziehung der Rechtsmedizin, davon waren 72 (96%) Aufträge für eine körperliche Untersuchung. In drei (4%) Fällen wurde eine telefonische Beratung durchgeführt. Die (Kriminal-) Polizei Itzehoe und die Staatsanwaltschaft Itzehoe erteilten 73 (97%) der insgesamt 75 Aufträge. Die Auftraggeber der verbleibenden zwei (3%) Anfragen wurden unter 4.3.2 gesondert beschrieben.

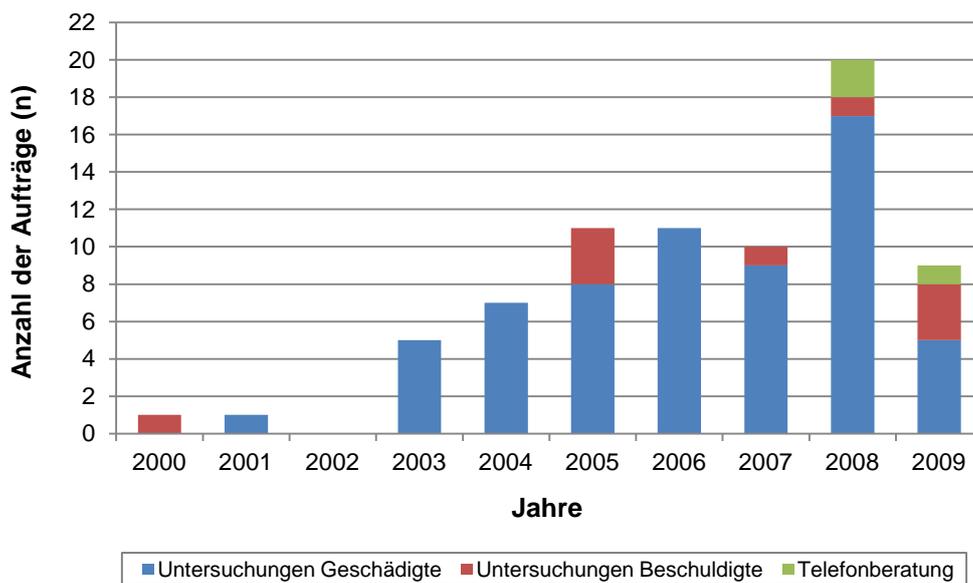


Diagramm 17: Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE – Itzehoe 2000 - 2009 (n= 75)

In 81% (n= 61) der Fälle wurden rechtsmedizinische körperliche Untersuchungen von Geschädigten durchgeführt. 12% (n= 9) der Untersuchten waren Beschuldigte. In 4% (n= 3) der Fälle wurde eine telefonische Beratung durch das Institut für Rechtsmedizin geleistet. In 2 (3%) Fällen fanden die in Auftrag

gegebenen Untersuchungen von Geschädigten nicht statt. In einem dieser Fälle befand sich der minderjährige Geschädigte zum Untersuchungszeitpunkt im Krankenhaus und lehnte eine Untersuchung ohne Anwesenheit der Eltern ab, in dem anderen Fall ist der Grund nicht bekannt.

In den Jahren 2000 und 2001 wurde jeweils ein Auftrag an die Rechtsmedizin erteilt. Im Jahr 2002 gab es keinerlei Anforderungen. Zwischen den Jahren 2003 bis 2005 nahmen die Anfragen stetig zu. Während im Jahr 2003 fünf Anforderungen verzeichnet wurden, waren es im Jahr 2004 sieben und in den Jahren 2005 und 2006 elf Anforderungen. Im Jahr 2007 wurden zehn Anfragen getätigt. 2008 verdoppelte sich dann die Zahl der Anforderungen: Es wurden 20 Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin erteilt. Im Jahr 2009 nahmen diese um mehr als die Hälfte ab. Es wurden neun Untersuchungs- und Beratungsanfragen getätigt.

Die erste Untersuchungsanforderung für eine beschuldigte Person wurde im Jahr 2000 erteilt. Dieser Auftrag entstammte der Staatsanwaltschaft Itzehoe. Die Kriminalpolizei Itzehoe ließ die erste Beschuldigtenuntersuchung durch einen Rechtsmediziner Ende 2005 durchführen. In den Jahren 2001 bis 2004 und im Jahr 2006 fanden keine Beschuldigtenuntersuchungen statt, für die Jahre 2007 und 2008 war es jeweils eine Untersuchung. Im Jahr 2009 wurden drei Untersuchungen von Beschuldigten durchgeführt.

Das Angebot der telefonischen Beratung durch einen Rechtsmediziner wurde erstmals im Jahr 2008 in Anspruch genommen, es wurden zwei Telefonberatungen durchgeführt. Im Jahr 2009 wurde eine telefonische Beratung geleistet.

Anhand des Diagramms 17 ist deutlich erkennbar, dass im ausgewerteten Zehnjahreszeitraum die Untersuchungen von Geschädigten den Hauptanteil der Auftrageingänge an das Institut für Rechtsmedizin ausmachten.

4.3.2 Auftraggeberstruktur

97% (n= 73) der im Institut für Rechtsmedizin eingegangenen Aufträge (vgl. 4.3.1) wurden durch Ermittlungsbehörden erteilt. Die (Kriminal-) Polizei war mit 91% (n= 68) der Aufträge der Hauptauftraggeber. Die verbleibenden 6% (n= 5) dieser Aufträge wurden durch die Staatsanwaltschaft Itzehoe erteilt.

In 3% (n= 2) der Fälle wurden niedrigschwellige Untersuchungs- und Beratungsaufträge getätigt. In jeweils einem (50%) Fall wurde das Jugendamt Itzehoe sowie das Krankenhaus Itzehoe als Auftraggeber verzeichnet. Auf eine graphische Darstellung gemäß 4.1.2 und 4.2.2 wurde aufgrund der geringen Fallzahl verzichtet.

4.3.3 Geschlecht

Das Diagramm 18 zeigt die Geschlechterverteilung der insgesamt 70 untersuchten Personen in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum. Es wurden 18 (26%) Männer untersucht, darunter neun (50%) Geschädigte und neun (50%) Beschuldigte. Demnach waren alle untersuchten beschuldigten Personen männlich. Die 52 (74%) untersuchten Frauen wurden in ihrer Gesamtheit als Geschädigte registriert.

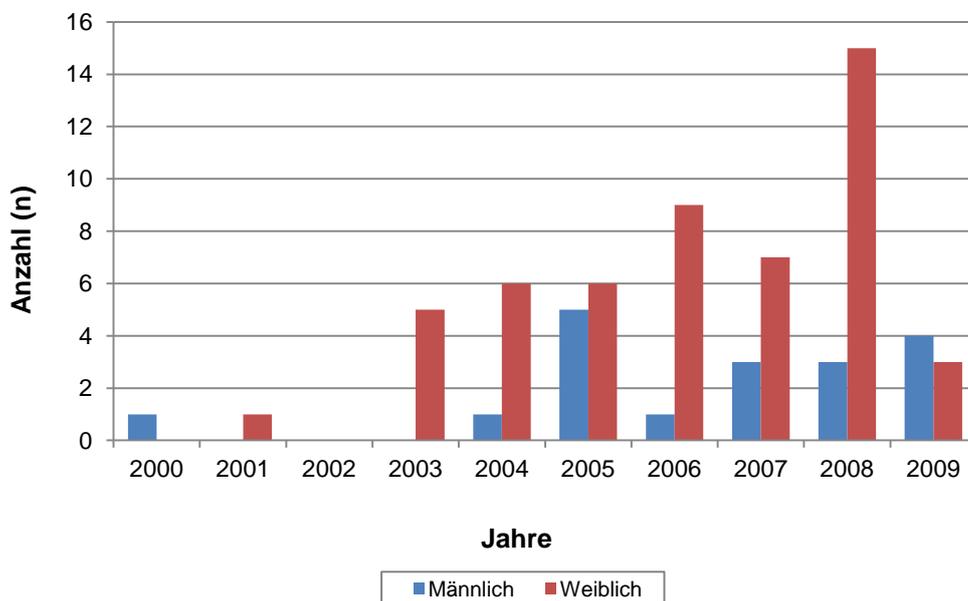


Diagramm 18: Geschlechterverteilung - Itzehoe (n= 70)

Betrachtet man den Anteil der geschädigten Frauen und Männer an der Geschädigtenanzahl insgesamt (n= 61), so ergibt sich, dass 87% (n= 52) der Geschädigten Frauen und 13% (n= 9) Männer waren.

Hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Jahre überwiegt der Anteil der untersuchten weiblichen Personen vor allem in den Jahren 2003, 2004 sowie in den Jahren 2006 bis 2008. Im Jahr 2009 wurden erstmalig mehr Männer als Frauen untersucht.

4.3.4 Altersstruktur

In Diagramm 19 wurde eine Gegenüberstellung des Alters der untersuchten Geschädigten (n= 61) und des Alters der untersuchten Beschuldigten (n= 9) vorgenommen.

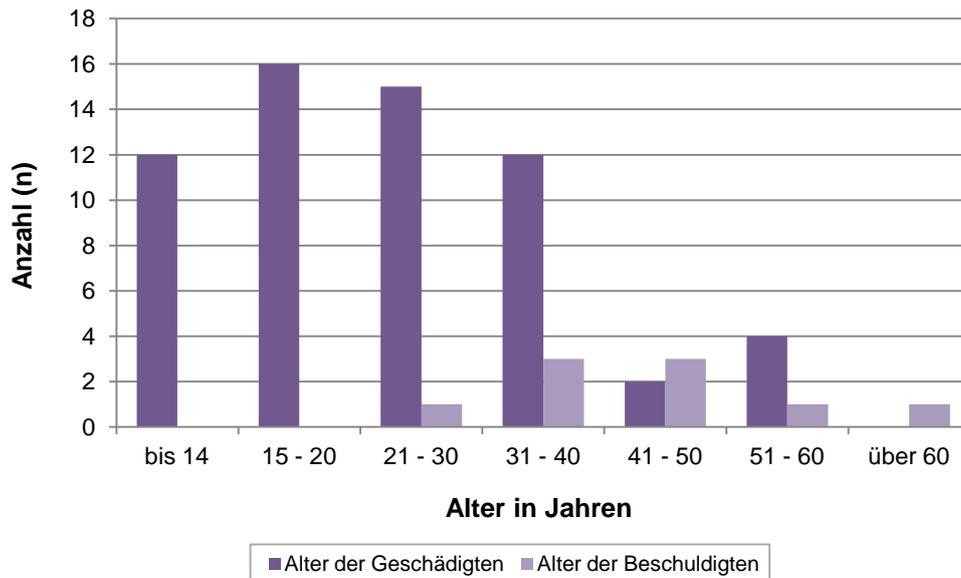


Diagramm 19: Altersverteilung - Itzehoe (n= 70)

70% (n= 43) der Geschädigten waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 15 und 40 Jahre alt. 20% (n= 12) der Geschädigten fielen in die Altersgruppe der bis 14 Jährigen. Wiederum 3% (n= 2) der geschädigten Personen wurden der Altersgruppe der 41 – 50 Jährigen zugeordnet. 7% (n= 4) der mutmaßlichen Opfer waren über 51 Jahre alt.

Jeweils drei (33%) Beschuldigte waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 31 und 40 Jahre und 41 und 50 Jahre alt. Ein (11%) Beschuldiger war zum Vorfallszeitpunkt zwischen 21 und 30 Jahre alt. Ebenfalls ein (11%) Beschuldiger war zwischen 51 und 60 Jahre alt sowie ein (11%) Weiterer über 60 Jahre alt.

In der Altersgruppe der bis 14 - Jährigen wurden zwölf Geschädigte erfasst. Sechs (50%) der untersuchten Kinder waren zwischen null und zehn Jahre alt.

Im Jahr 2004 wurde ein (8%) Auftrag für eine Kinderuntersuchung erteilt, im darauf folgenden Jahr waren es drei (25%) Untersuchungsanforderungen. Im Jahr 2006 wurde kein Auftrag für eine Kinderuntersuchung erteilt. 2007 gab es einen (8%) Auftragseingang. Im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren wurde im Jahr 2008 ein deutlicher Zuwachs an rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen von Kindern verzeichnet. Es wurden sieben (58%) geschädigte Personen begutachtet. Im Jahr 2009 gab es keine Untersuchungen von Kindern.

In 92% (n= 11) aller Fälle mit Verdacht auf Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch wurden die Aufträge durch die Kriminalpolizei Itzehoe erteilt, in einem (8%) Fall durch das Jugendamt.

4.3.5 Untersuchungsort

In Diagramm 20 werden die Orte, an denen die rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen durchgeführt wurden, dargestellt und gemäß der Reihenfolge des Diagramms 5 aufgeführt.

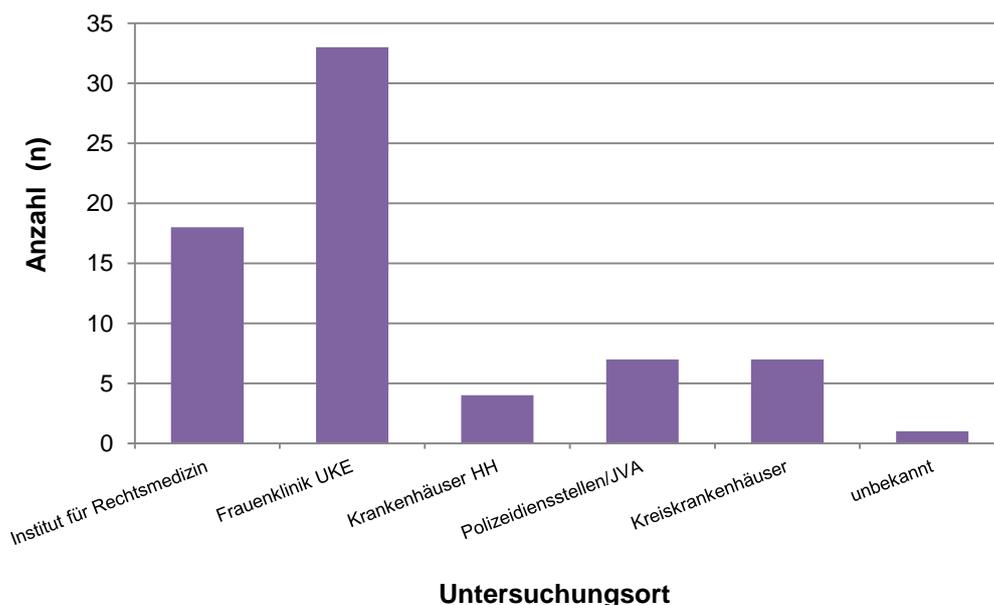


Diagramm 20: Verteilung der Untersuchungsorte – Itzehoe (n= 70)

33 (47%) der insgesamt 70 durchgeführten körperlichen Untersuchungen fanden in der Frauenklinik oder der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf statt. 18 (26%) Untersuchungen wurden im Institut für Rechtsmedizin durchgeführt. Vier (6%) Untersuchungen fanden in Krankenhäusern der Stadt Hamburg statt.

Sieben (10%) Untersuchungen wurden in den Räumlichkeiten der Kriminalpolizei vorgenommen. Darunter befanden sich die Dienststellen der Kriminalpolizei Itzehoe, der Kriminalpolizei Pinneberg/Elmshorn sowie die Justizvollzugsanstalt Itzehoe. In diesen sieben Fällen wurden ausschließlich Untersuchungen von Beschuldigten durchgeführt.

In weiteren sieben (10%) Fällen wurden die rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen in Kreiskrankenhäusern durchgeführt. In einem (1%) Fall war der Untersuchungsort nicht in der Akte aufgeführt.

4.3.6 Deliktverteilung - Geschädigte

Das Kreisdiagramm (Diagramm 21) verdeutlicht die Verteilung der genannten Straftaten auf die geschädigten Personen.

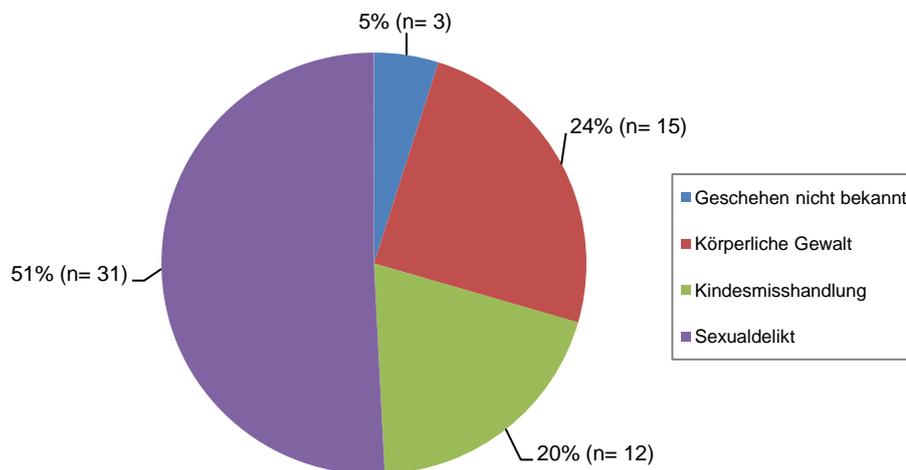


Diagramm 21: Verteilung der Delikte/ Geschädigte - Itzehoe (n= 61)

31 (51%) Untersuchungen und Beratungen erfolgten aufgrund eines mutmaßlichen Sexualdelikts. 23 (74%) der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung wurden als Vergewaltigung registriert, acht (26%) als Sexualdelikt. In 15 (24%) Fällen wurden die Geschädigten aufgrund einer körperlichen Gewalteinwirkung begutachtet. Der Anteil von häuslicher Gewalt am Tatbestand der körperlichen Gewalt ergab 27% (n= 4).

In 12 (20%) Fällen bestand der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, in drei (25%) dieser Fälle handelte es sich um einen sexuellen Missbrauch und in neun Fällen (75%) um eine Kindesmisshandlung.

Bei drei (5%) Geschädigten war das Geschehen zum Untersuchungszeitpunkt nicht bekannt.

In zwei (67%) von insgesamt drei Telefonberatungen wurde in einem Fall das weitere Procedere eines Sexualdelikts, in dem anderen Fall das weitere Procedere einer mutmaßlichen Vergewaltigung durchgesprochen.

In dem verbleibenden Fall (33%) handelte es sich um eine telefonische Beratung des Krankenhauses Itzehoe bezüglich einer Aufklärung des Lebenspartners eines Patienten über eine HIV-Infektion (Anmerkung: Telefonberatung nicht in Diagramm 21 dargestellt).

4.3.7 Deliktverteilung - Beschuldigte

Das Diagramm 22 zeigt die Verteilung der Straftaten auf die Beschuldigten. (Geschädigte vergleiche Diagramm 21)

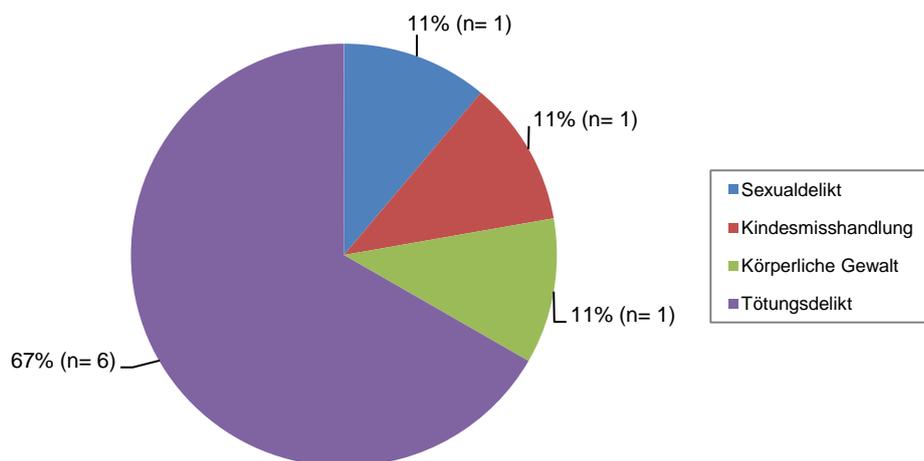


Diagramm 22: Verteilung der Delikte/ Beschuldigte - Itzehoe (n= 9)

Sechs (67%) der beschuldigten Personen waren verdächtig, ein Tötungsdelikt vollzogen zu haben. In jeweils einem (n= 11%) Fall fanden Untersuchungen aufgrund eines mutmaßlichen Sexualdelikts, einer Kindesmisshandlung und einer Ausübung körperlicher Gewalt statt.

4.3.8 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge

Aufgrund der geringen Fallzahlen ließ sich keine jahreszeitliche oder monatliche Häufung an Aufträgen feststellen, so dass auf eine graphische Darstellung gemäß 4.1.8, Diagramm 8 und Diagramm 9 verzichtet wurde.

4.3.9 Untersuchungszeitpunkt

In Diagramm 23 wird die Zeitdauer zwischen dem mutmaßlichen Gewaltgeschehen und dem Untersuchungszeitpunkt der 70 (untersuchten) Gesamtfälle dargestellt.

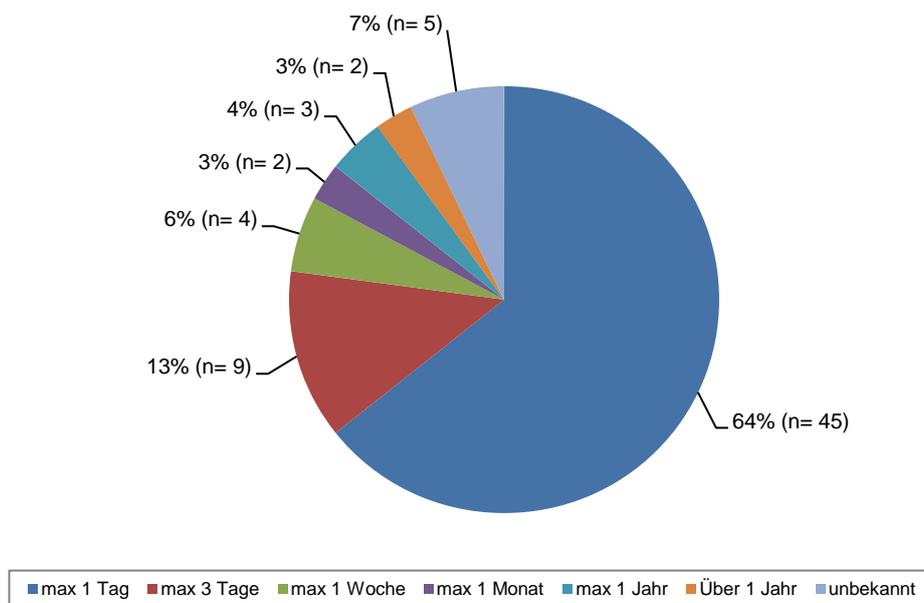


Diagramm 23: Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung – Itzehoe, (n= 70)

64% (n= 45) der Untersuchungen fanden maximal 24 Stunden nach dem zur Untersuchung anlassgebenden Vorfall statt. Weitere 13% (n= 9) der Untersuchungen innerhalb von 72 Stunden und 6% (n= 4) nach maximal 7 Tagen. In jeweils 3% (n= 2) der Fälle wurden die Untersuchungen nach einem Ereignis, welches maximal vier Wochen zurücklag und nach einem Ereignis, welches

über ein Jahr zurücklag, durchgeführt. 4% (n= 3) der Begutachtungen fanden innerhalb eines Jahres statt. In 7% (n= 5) der Fälle war der Vorfallszeitpunkt zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht bekannt.

Die drei telefonischen Beratungen wurden nicht im Diagramm 26 dargestellt. In jedem dieser Fälle war die Zeitspanne zwischen dem anlassgebenden Vorfall und der Beratung unbekannt.

4.3.10 Rechtsmedizinische Befunde - Geschädigte

In Tabelle 4 werden die in dem Auswertungszeitraum erhobenen rechtsmedizinischen Befunde der untersuchten Geschädigten (n= 61) nach abnehmender Häufigkeit geordnet. Es wurden insgesamt 97 Befunde erhoben.

15 (25%) der untersuchten Personen erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen (13 (87%) dieser Personen wurden nach sexualisierter Gewalt untersucht). Die verbleibenden 46 (75%) Personen wiesen eine bis multiple Verletzungen auf.

Tabelle 4: Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde (n= 97) der Geschädigten

Rechtsmedizinische Befunde	Anzahl (n)
Stumpfe ungeformte Gewalt	30
Stumpfe geformte Gewalt	16
Keine Verletzung	15
Scharfe/halbscharfe Gewalt	12
Genitale/anale Verletzung	6
Abwehrverletzung	5
Schussverletzung	3
Unspezifische Verletzung	2
Strangulationsbefunde (Würgemale, Petechien)	2
Ritzverletzung (Selbstbeibringung)	2
Thermische Einwirkung	1
Fraktur	1
Hirnblutung	1
Narben von Misshandlungen	1

In 30 (31%) Fällen wurde eine stumpfe ungeformte Gewalteinwirkung festgestellt. Es wurden 16 (16%) Folgen stumpfer, geformter Gewalt dokumentiert, in acht (50%) Fällen konnten die Verletzungen als Griffspuren an Armen und Beinen identifiziert werden.

In 12 (12%) Fällen lag eine Einwirkung scharfer oder halbscharfer Gewalt vor, sechs (50%) dieser Verletzungen waren Schnitt-, fünf (42%) Stichverletzungen. In einem Fall (8%) handelte es sich um halbscharfer Gewalt in Form von Kratzspuren des vermeintlichen Täters.

An sechs (6%) Geschädigten zeigten sich genitale oder anale Verletzungen.

In fünf (5%) Fällen fanden sich bei der klinischen Untersuchung Abwehrverletzungen. Weiterhin lagen drei (3%) Schussverletzungen vor.

Zwei (2%) Patienten gaben einen Würgevorgang an. In beiden Fällen wurde ein Strangulationsbefund in Form von Würgemalen erhoben.

Es wurden zwei (2%) Ritzverletzungen befundet, welche als Selbstbeibringungsverletzungen eingestuft wurden. In beiden Fällen bestätigten die Geschädigten nach der Untersuchung, dass sie sich die Verletzungen selbst zugefügt hatten.

In weiteren zwei (2%) Fällen wurden unspezifische Begleitverletzungen dokumentiert.

Es wurden eine (1%) Fraktur, eine (1%) Hirnblutung sowie eine (1%) Einwirkung thermischer Gewalt dokumentiert. Eine (1%) weitere Person wies massive Narben von multiplen Misshandlungen auf.

Hinsichtlich der Lebensgefährlichkeit der Verletzungen wurde in nur neun (9%) Fällen eine Aussage getroffen. Die neun dokumentierten Verletzungen wurden als potentiell lebensbedrohlich beschrieben.

4.3.11 Rechtsmedizinische Befunde - Beschuldigte

In Tabelle 5 werden die in dem Auswertungszeitraum erhobenen rechtsmedizinischen Befunde der Beschuldigten (n= 9) nach abnehmender Häufigkeit geordnet. Es wurden insgesamt neun Befunde erhoben.

Zwei (22,5%) der untersuchten Personen erlitten keine äußerlich sichtbaren Verletzungen. Die verbleibenden sieben (77,5%) Personen wiesen eine oder zwei Verletzungen auf.

Tabelle 5: Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde (n= 9) der Beschuldigten

Rechtsmedizinische Befunde	Anzahl (n)
Stumpfe ungeformte Gewalt	4
Keine Verletzung	2
Scharfe/halbscharfe Gewalt	2
Abwehrverletzung	1

An vier (44%) beschuldigten Personen zeigten sich Folgen einer stumpfen ungeformten Gewalteinwirkung. In zwei (22,5%) Fällen waren die Beschuldigten von einer scharfen/halbscharfen Gewalteinwirkung betroffen. In einem (50%) dieser Fälle handelte es sich um eine Kratzspur der Geschädigten. Des Weiteren wurde eine (11%) Abwehrverletzung dokumentiert.

5 Diskussion

5.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen

Rechtsmedizinische Dienstleistungen werden primär im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens von der (Kriminal-) Polizei und anderen Ermittlungsbehörden nach einem Gewaltgeschehen in Anspruch genommen (vgl. auch 5.2). Dabei dienen die rechtsmedizinischen Untersuchungen vornehmlich der gerichtsverwertbaren Dokumentation und Objektivierung medizinischer Befunde (Gahr et al. 2005). Neben den Untersuchungen von Gewaltopfern spielen auch die Untersuchungen der Tatverdächtigen eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Klärung und Rekonstruktion mutmaßlicher Gewaltgeschehen (Grassberger 2009, Seifert et al. 2004).

Die Durchführung ambulanter, forensisch-medizinischer Untersuchungen nach Gewalteinwirkungen haben in den vergangenen Jahren zugenommen (Banaschak et al. 2011). Dies belegen auch die von Gahr et al. 2005 veröffentlichten Gesamtzahlen zu „Lebendbegutachten“ der rechtsmedizinischen Institute von Hannover, Köln und Leipzig der Jahre 1999 bis 2003 sowie die von Seifert et al. 2004 publizierten Gesamtzahlen des rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums in Hamburg der Jahre 1999 bis 2003.

Danach zeigte sich insgesamt eine konstante Zunahme der durchgeführten Untersuchungen pro Jahr und Institut. Im Jahr 2003 führte Hannover 296 (1999: 187) Untersuchungen, Leipzig 157 (1999: 39) und Köln 57 (1999: 26) Untersuchungen von Gewaltopfern durch (Gahr et al. 2005). Das Institut für Rechtsmedizin in Hamburg führte im Jahr 2003 1.071 Untersuchungen durch (1999: 46) (Seifert et al. 2004).

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation erhobenen Daten können diese Entwicklung ebenfalls bestätigen. Im Kreis Pinneberg und in den Städten Norderstedt und Itzehoe konnte von 2000 bis 2009 (2000: 13 vs. 2009: 61) grundsätzlich eine steigende Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen verzeichnet werden.

Eben dieser kontinuierliche Anstieg der Gesamtuntersuchungszahlen lässt darauf schließen, „dass der Wert und die Bedeutung der rechtsmedizinischen Lebendbegutachtungen zunehmend erkannt werden“ (Gahr et al. 2005).

Dabei geht die Zunahme der Anforderungen insgesamt mit einem steigenden Anteil von Geschädigtenuntersuchungen einher. Die Möglichkeit auch Tatverdächtige seitens der Rechtsmedizin untersuchen zu lassen, wird, im Gegensatz zu Untersuchungen geschädigter Personen, von der Kriminalpolizei deutlich weniger oder gar nicht in Anspruch genommen. Diesen Aspekt verdeutlichen die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation sowie die Publikation von Gahr et al. 2005.

In der Studie von Gahr et al. 2005 wurden die Untersuchungen der Geschädigten in folgende Kategorien eingeteilt: Körperverletzung, Sexualdelikt, sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung, Verkehrsdelikt, Altersbestimmung und Selbstbeschädigung. In der Kategorie „Sonstige“ (n= 106) wurden sowohl untersuchte Tatverdächtige und „Untersuchungen nach zweifelhaften Suizidversuchen“ erfasst. Um ein vergleichbares Auswertungskollektiv zu erhalten, wurden aus der Gesamtzahl der Geschädigten von Gahr et al. 2005 die Kategorien Verkehrsdelikt, Altersbestimmung und Selbstbeschädigung ausgenommen. Es verblieb ein vergleichbares Gesamtkollektiv von 1623 untersuchten Geschädigten und Beschuldigten. Daraus ergibt sich, dass alle drei Institute in dem ausgewerteten Fünfjahreszeitraum in insgesamt 93% der Fälle Untersuchungen von Geschädigten nach mutmaßlichen Körperverletzungen, Sexualdelikten, sexuellem Missbrauch sowie Kindesmisshandlungen durchführten und in nur etwa 7% der Fälle Untersuchungen von Beschuldigten (tatsächlicher Anteil der Beschuldigten kleiner, da in der Kategorie „Sonstige“ nicht nur Tatverdächtige erfasst wurden, siehe oben).

Trotz des deutlich kleineren Untersuchungskollektivs der vorliegenden Arbeit (n= 310) und der genannten Einschränkungen hinsichtlich der Fallzahl der Tatverdächtigen, sind die Daten von Gahr et al. 2005 prozentual (mit geringen Abweichungen) mit den Ergebnissen dieser Dissertation vergleichbar. So wurden in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum für den Kreis Pinneberg und Norderstedt in 86% der Fälle Untersuchungen von Geschädigten durchgeführt,

in Itzehoe belief sich die Zahl auf 81%. Lediglich 10% (Kreis Pinneberg), 2% (Norderstedt) und 12% (Itzehoe) der Untersuchten waren Beschuldigte.

Dabei kann „eine frühzeitige körperliche Untersuchung von Tatverdächtigen (...) einen wesentlichen Beitrag zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit einer Aussage leisten und zur Tatrekonstruktion beitragen“ (Grassberger 2009). Außerdem dienen die Untersuchungen auch der Entlastung Tatverdächtiger (Grassberger 2009).

Die Kriminalpolizei des Kreises Pinneberg gab in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum 10% (n= 20) der körperlichen Untersuchungen für beschuldigte Personen in Auftrag, hiervon wurden 80% der Untersuchungen aufgrund eines mutmaßlichen Sexualdeliktes durchgeführt. Körperliche Untersuchungen und Sicherungen biologischer Spuren sind jedoch nicht nur im Rahmen von Sexualdelikten sinnvoll: Biologische Spuren (bspw. Opfer-DNA unter den Fingernägeln) sowie Verletzungen durch aktives Zuschlagen, Verletzungen durch das Tatwerkzeug (Messer, Pistole) oder Beschädigungen der Kleidung während des Gewaltgeschehens lassen oftmals unabhängig davon, ob es sich um ein Sexualdelikt oder aber um körperliche Gewalt handelt, Rückschlüsse auf den Tatvorgang zu (Grassberger 2009). Ziel sollte es daher sein, die Ermittlungsbehörden für die Sinnhaftigkeit einer rechtsmedizinischen Untersuchung zu sensibilisieren. Grundsätzlich sollte im Rahmen von Ermittlungen bei Gewaltdelikten bewertet werden, ob eine rechtsmedizinische Untersuchung ergänzend anzustreben ist. Der Nutzen einer Untersuchung sollte dabei individuell für die einzelnen Fälle, möglichst auch durch eine rechtsmedizinische Vorabberatung, kritisch geprüft werden.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund exemplarisch die Polizeilichen Kriminalstatistiken der Jahre 2008 bis 2010 für den Kreis Pinneberg ist nicht nachvollziehbar, warum die Untersuchungsaufträge für rechtsmedizinische Untersuchungen in dem ausgewerteten Zehnjahreszeitraum so gering waren (PKS 2008, PKS 2009, PKS 2010 Bad Segeberg und Kreis Steinburg). An der Anzahl an Körperverletzungsdelikten kann es dabei nicht gelegen haben. Denn die Gesamtzahlen von Körperverletzungen beliefen sich im Kreis Steinburg (Itzehoe) auf etwa 1.000 Delikte pro Jahr und stagnierten auf einem konstant

hohen Niveau. Im Kreis Pinneberg lag die Zahl der registrierten Körperverletzungen jährlich in etwa bei 2.200, wobei im Vergleich zum Jahr 2009 für das Jahr 2010 eine Zunahme der registrierten Körperverletzungen von 2.208 auf 2.282 festgestellt wurde. In der vorliegenden Arbeit wurden in dem gesamten Auswertungszeitraum von zehn Jahren aus dem Kreis Pinneberg jedoch in nur 22% (n= 36) und aus Itzehoe in nur 24% (n= 15) der Fälle Untersuchungen hinsichtlich körperlicher Gewalt in Auftrag gegeben. In beiden Bezirken wurde der Hauptanteil an Untersuchungsaufträgen bei Sexualdelikten gestellt. Die Zahl der Untersuchungsaufträge bildet somit in keiner Weise die Kriminalstatistiken für diesen Zeitraum ab. Sicherlich ist davon auszugehen, dass es nicht im Rahmen jeder Körperverletzung zwingend zu äußerlich sichtbaren und damit dokumentationsfähigen Befunden kommen muss. Es sollte jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass die Polizei, insbesondere kleinere lokale Polizeistationen, mit dem rechtsmedizinischen Leistungsspektrum bei Lebenduntersuchungen nicht vertraut ist. Ein weiterer Grund für diese Diskrepanz könnte sein, dass die Geschädigten ggf. bereits vor der Anzeige bei der Polizei ihren Hausarzt oder einen Arzt einer anderen Fachdisziplin (z.B. Chirurg) aufgesucht haben und über ein ärztliches Attest verfügen, das seitens der Polizei als ausreichend erachtet wird. Ggf. werden durch die Polizei selbst fotografische Aufnahmen der Verletzungen gefertigt.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Forschungsergebnisse der WiBIG Studie (Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt) des BMFSFJ wird die Bedeutung einer gerichtsverwertbaren rechtsmedizinischen Untersuchung nochmals deutlich (Hagemann-White u. Kavemann 2004). Diesen Ergebnissen zufolge fertigte die Polizei im Rahmen körperlicher Gewaltgeschehen in nur 1 – 3 Prozent der Fälle Fotoaufnahmen von Verletzungen an, obwohl diese in der Beweisaufnahme und Beweissicherung der Polizei einen wesentlichen Bestandteil darstellen (Hagemann-White u. Kavemann 2004).

In der klinischen Rechtsmedizin ist die Anfertigung von aussagekräftigen Fotoaufnahmen im Rahmen der körperlichen Untersuchung unerlässlich (Banaschak et al. 2011). Die Lage, Größe, Form und das Erscheinungsbild der

Verletzungen werden durch Beschreibungen so detailliert wie möglich festgehalten und dabei sinnvoll durch Fotoaufnahmen ergänzt (Graß u. Ritz-Timme 2005). Werden die Beweise nicht sachgerecht gesichert oder Verletzungen nicht als Gewaltfolgen erkannt und dokumentiert, fehlen diese unter Umständen in einem Ermittlungsverfahren und die Geschädigten erfahren möglicherweise eine sekundäre Viktimisierung (Püschel et al. 2006).

Anhand dieser Ausführungen lassen sich zwei Arbeitshypothesen bestätigen: Zum einen ist die Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Rechtsmedizin und der Kriminalpolizei bzw. den Ermittlungsbehörden trotz langjähriger Kooperationen hinsichtlich der Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen deutlich verbesserungsfähig. Zum anderen lässt die einseitige Auftragslage bezüglich der Untersuchten (deutlich weniger Beschuldigte als Geschädigte) daran denken, dass ggf. das Leistungsspektrum der Rechtsmedizin im Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe unzureichend bekannt ist. Zur weiteren Objektivierung dieses Verdachts könnten direkte Befragungen der Polizei Aufschluss geben.

Als grundlegendes Ziel in der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kriminalpolizei und Rechtsmedizin sollte gelten, dass sowohl Geschädigte als auch Beschuldigte (sofern ermittelt) desselben Deliktes rechtsmedizinisch untersucht werden. Zusätzlich sollte die Kriminalpolizei die rechtsmedizinische Kompetenz im Umgang mit Gewaltopfern vermehrt bei Körperverletzungsdelikten nutzen. Generell können, unabhängig von der Gewaltart, durch Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen desselben Deliktes Aussagen des Opfers oder des Täters bestätigt, sowie Schutzbehauptungen widerlegt werden (Grassberger 2009). Die (Kriminal-) Polizei sollte für das vielfältige Tätigkeitsspektrum der Rechtsmedizin sensibilisiert werden.

Die Notwendigkeit standardisierter Handlungsabläufe in der Versorgung von Gewaltopfern und der in diesem Zusammenhang wichtige Aspekt der niedrigschwelligen Hilfsangebote werden in den folgenden Unterpunkten der Diskussion weiter ausgeführt.

5.2 Auftraggeber

Im Regelfall wird der Auftrag zur körperlichen rechtsmedizinischen Untersuchung von den zuständigen Ermittlungsbehörden erteilt (Seifert et al. 2007). Erwartungsgemäß ergab die Auswertung, dass sowohl im Kreis Pinneberg, als auch in Norderstedt 91% aller Anforderungen an das Institut für Rechtsmedizin durch die Kriminalpolizei oder (Amts)gerichte veranlasst wurden.

Lediglich die verbleibenden 9% der Untersuchungen wurden durch Jugendämter, Frauenhäuser und konsiliarisch von Krankenhäusern in Auftrag gegeben (vgl. 4.1.2, 4.2.2, 4.3.2). In dem hier ausgewerteten Zehnjahreszeitraum erteilte lediglich in einem Fall eine Privatperson einen Auftrag an das Institut für Rechtsmedizin, hierbei handelte es sich sogar nur um eine telefonische Beratung (vgl. 4.2.2). Für Itzehoe wurden 97% der Aufträge durch die Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft erteilt und lediglich 2% durch das Krankenhaus sowie das Jugendamt Itzehoe. Jugendämter, Frauenhäuser und Krankenhäuser werden als niedrighschwellige, außerstrafrechtliche Hilfsangebote gewertet.

Trotz der deutlich geringeren Fallzahlen ist die Auftraggeberstruktur dieser Dissertation in ihrer groben Struktur weitgehend mit der einjährigen Studie von Seifert et al. 2007 zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums in Hamburg (n= 1075), Ergebnisse des ersten Projektjahres, sowie mit der von Gahr et al. 2005 veröffentlichten Studie (1999 - 2003) zu Untersuchungen von Gewaltopfern in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover (n= 1181), Köln (n= 198) und Leipzig (n= 393) vergleichbar. In allen genannten Instituten waren die Ermittlungsbehörden Hauptauftraggeber der rechtsmedizinischen Anforderungen.

Ein Grund dafür, dass die Dienstleistungen rechtsmedizinischer Institute überwiegend durch Ermittlungsbehörden in Anspruch genommen werden, liegt vermutlich in der Art der öffentlichen Wahrnehmung des Faches Rechtsmedizin (Püschel et al. 2006). Dem Großteil der Allgemeinbevölkerung und auch den Professionen, welche mit Opfern von Gewalt in Berührung kommen, ist unbekannt, dass klinische Untersuchungen von Gewaltopfern eine der elementaren

Aufgaben der Rechtsmedizin darstellen (Seifert u. Püschel 2004, Seifert et al. 2004).

Es ist also davon auszugehen, dass die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle in Hamburg mit ihren Aufgaben und der Möglichkeit privater, kostenloser Begutachtung von Gewaltopfern im Kreis Pinneberg, in Norderstedt und in Itzehoe nicht ausreichend bekannt ist. Folglich muss das Wissen über die Existenz eines konkreten, medizinischen Angebots für Opferuntersuchungen verfügbar gemacht werden (Grassmann 2008, Hagemann-White u. Kavemann 2004).

Die Tatsache, dass von Gewalt betroffene Personen, welche vorerst von einer Strafanzeige bei der Polizei absehen, nicht oder zu spät durch das bestehende Angebot an Opferhilfeeinrichtungen aufgefangen werden, zeigt die aktuelle Studie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“ des BMFSFJ (Müller et al. 2004). Demnach verfügten zwar 62% der Frauen über die Kenntnis von Hilfeeinrichtungen, doch machten lediglich in 11% der Fälle Betroffene nach erlebter Gewalt hiervon Gebrauch. Immerhin 38% der Befragten gaben an, keine Hilfeeinrichtungen zu kennen, an die sie sich im Bedarfsfall wenden könnten.

Die Barrieren, welche die Betroffenen daran hindern, ein Hilfsangebot aufzusuchen, sind vielfältig. Rönneberg u. Hammarström 2000 analysierten hierzu 276 Studien und fanden heraus, dass unter anderem strukturelle (zeitliche) Begrenzungen innerhalb des Gesundheitswesens, Scham, Angst und die Befürchtung, dass die Polizei oder andere Institutionen über die vorliegende Gewaltproblematik ohne ihr Einverständnis informiert werden könnten, zu diesen Barrieren zählen. Ein weiteres Hindernis kann der Ort des Hilfsangebots darstellen (Graß u. Rothschild 2004, Seifert et al. 2007).

Rechtsmedizinische Institute sind in den meisten Fällen an ein Universitätsklinikum gebunden (Graß u. Rothschild 2004), sodass sie, trotz ihrer häufig innerstädtischen zentralen Lage, unter Umständen zu weit vom Wohnort des Opfers (auf regionaler Ebene) entfernt liegen. Die Hürde, die Untersuchungsstelle aufzusuchen, erweist sich dann für die Betroffenen als unüberwindbar (Seifert et al. 2007). Dies könnte eine plausible Erklärung dafür sein, dass

insbesondere für den Kreis Pinneberg und Norderstedt die Hamburger Untersuchungsstelle trotz guter infrastruktureller Anbindung an Hamburg in lediglich 9% der Fälle als niedrigschwelliges Untersuchungsangebot angenommen wurde. In diesen Fällen auch nur dann, wenn Jugendämter, Krankenhäuser oder Frauenhäuser in den Vorfall involviert waren.

In dem zweiten Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen wurde ausdrücklich ein deutschlandweit bestehender Bedarf an niedrigschwelligen, leicht erreichbaren Beratungs- und Hilfsangeboten in der Gewaltopferversorgung festgestellt. Der Schwerpunkt wurde hierbei auf die medizinische Versorgung der Gewaltopfer gesetzt (BMFSFJ 2012).

Die Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg belegt, dass niedrigschwellige, außerstrafrechtliche Untersuchungsangebote von informierten Betroffenen angenommen werden, zu einer Erhellung des Dunkelfeldes führen und verschiedene Hilfssysteme miteinander verknüpfen. Zu Beginn des Projektes im Jahr 1999 wurden 46 Lebendbegutachtungen durchgeführt, im Jahr 2003 waren es bereits 1.071 Untersuchungen (Püschel et al. 2006). Mittlerweile belaufen sich die jährlich durchgeführten Untersuchungen in Hamburg auf etwa 1.200 Untersuchungen. Nach eigenen Angaben wird die Untersuchungsstelle aktuell in der Hälfte aller Fälle als niedrigschwelliges Angebot, d.h. ohne vorherige polizeiliche Anzeige, genutzt (Siemer 2010). Dieser stetige Zuwachs verdeutlicht sowohl den bestehenden Bedarf an rechtsmedizinischen Untersuchungsambulanzen, als auch die steigende Bereitschaft der Betroffenen, ein solches Angebot in Anspruch zu nehmen (Grassmann 2008).

Die verzeichnete Steigerung von rechtsmedizinischen Untersuchungen ist dabei auf intensivierete Kooperationen mit Hilfsorganisationen, anderen medizinischen Fachrichtungen des Universitätsklinikums Eppendorf, der Polizei und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zurückzuführen (Seifert et al. 2004).

Ähnliche Opferhilfsprojekte werden in den rechtsmedizinischen Instituten in Köln, Düsseldorf und München angeboten, wo ebenfalls niedrigschwellige Zentren für Gewaltopfer oder konkrete Untersuchungsangebote etabliert wurden

(Graß u. Rothschild 2004, Graß u. Ritz-Timme 2006, Mützel et al. 2010). In Bonn wurde vom Arbeitskreis Opferschutz Bonn/Rhein-Sieg in Zusammenarbeit mit den Bonner Krankenhäusern und dem rechtsmedizinischen Institut des Universitätsklinikums Bonn das Projekt der anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS) eingerichtet. An dieses Projekt anlehnend wurde die „anonyme Spurensicherung“ auch in Köln etabliert (Schulte o.J.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den Jahren 2000 bis 2009 rechtsmedizinische Untersuchungen in den genannten Gebieten vor allem dann stattfanden, wenn eine polizeiliche Anzeige vorlag. Eine der Arbeitshypothesen konnte hierin bestätigt werden. Um nachhaltig eine verbesserte, niedrighschwellige, regionale Versorgungsstruktur mit einem erweiterten Spektrum an Auftraggebern zu etablieren, muss eine Vernetzung zentraler und regionaler beratender und behandelnder Hilfesysteme erreicht werden (Hagemann-White u. Bohne 2003, Hellbernd et al. 2005).

5.3 Geschlecht

Die in dieser Dissertation erhobenen Daten bezüglich geschädigter Personen haben ergeben, dass für den Kreis Pinneberg und die Städte Norderstedt und Itzehoe deutlich mehr Frauen als Männer untersucht wurden.

Die Summe der Geschädigten des Kreises Pinneberg setzte sich aus 75% weiblichen und 25% männlichen Personen zusammen. Ähnliche Ergebnisse ließen sich auch für Norderstedt festhalten, während sich für Itzehoe ergab, dass 87% der Geschädigten weiblich und 13% männlich waren.

Es könnte fälschlicherweise der Eindruck entstehen, dass Frauen generell häufiger von Gewalt betroffen sind als Männer. Den Ergebnissen des ersten Projektjahres des Hamburger Modellprojekts zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums (Seifert et al. 2007) zufolge, waren 61,6% der untersuchten Opfer weiblich und 38,4% männlich. Bei diesem Vergleich ist allerdings zu beachten, dass es sich in der von Seifert et al. 2007 veröffentlichten Studie um eine einjährige Auswertung mit einer deutlich größeren Fallzahl (n= 1071) handelte. Es kann jedoch festgehalten werden, dass auch in dieser Auswertung der Anteil weiblicher Geschädigter an der Geschädigtenzahl insgesamt höher war als der Anteil männlicher Betroffener.

Der Schwerpunkt nationaler und internationaler Studien zu Gewalt und Geschlechterforschung liegt primär auf weiblichen Personen, welche Gewalt im sozialen Nahraum ausgesetzt sind (Campbell et al. 2002, Feder et al. 2006, Heise et al. 1999, Seifert et al. 2009). Männer hingegen werden in der Literatur überdurchschnittlich häufig als Gewaltausübende beschrieben (Hornberg et al. 2008, Liebschutz et al. 2003). Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen ein ähnliches Bild: Die untersuchten Beschuldigten waren sowohl im Kreis Pinneberg (n= 20) und in Norderstedt (n= 1), als auch in Itzehoe (n= 9) ausschließlich männlich. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den in dieser Dissertation untersuchten Fällen um ein vorselektiertes Untersuchungskollektiv gehandelt hat, sodass die Aussagekraft dieses Ergebnisses eingeschränkt ist.

Im Gegensatz zu der Vielzahl an großen Studien, die zur Gewaltbetroffenheit von Frauen veröffentlicht wurden, existieren kaum repräsentative Untersuchungen zur Gewaltbetroffenheit von Männern (Graß u. Ritz-Timme 2006). In aktueller Literatur wird wiederholt beschrieben, dass Männern Gewalt vor allem in der Öffentlichkeit widerfährt (Jungnitz et al. 2004, Seifert et al. 2007).

Entgegen diesem primär gezeichneten Bild verdeutlichen zwei aktuelle Studien, dass Männern auch in Partnerschaften in hohem Maße körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt ausgesetzt sind. In der deutschen Pilotstudie zur Erkundung des Problemfeldes „Gewalt gegen Männer“ des BMFSFJ berichteten 23% von insgesamt 190 befragten Männern, dass sie sowohl sexuelle als auch körperliche Gewalt in ihren Partnerschaften erfuhren. Etwa 5% gaben an, Verletzungen erlitten zu haben, keiner der Männer rief in diesem Zusammenhang die Polizei (Jungnitz et al. 2004). Weiterhin ergab eine dreijährige portugiesische Studie zu Partnerschaftsgewalt (n= 4646) des „Clinical Forensic Legal Medicine Department of the North Branch of National Institute of Legal Medicine of Portugal“, dass in 11,5% (n= 535) der Fälle Männer von ihrer Partnerin angegriffen wurden (Carmo et al. 2011).

Sowohl in der deutschen Pilotstudie des BMFSFJ (Jungnitz et al. 2004) als auch in der Studie von Carmo et al. 2011 wurde festgestellt, dass männliche Betroffene Gewaltvorkommen in der Partnerschaft, sowie daraus resultierende Verletzungen, oftmals bagatellisieren oder verleugnen und deutlich seltener im medizinischen Versorgungssystem vorstellig werden als weibliche Betroffene. Die männlichen Betroffenen befürchten generell, sich durch Bekanntmachung ihrer Gewaltwiderfahrnisse lächerlich zu machen (Carmo et al. 2011, Jungnitz et al. 2004). Gemäß den vorliegenden Studien ergeben sich eindeutige Hinweise darauf, dass im Bereich häuslicher Gewalt mit einer deutlich höheren Prävalenz männlicher Betroffener gerechnet werden muss, als bisher angenommen (Graß u. Ritz-Timme 2006).

Dass Frauen gleichermaßen wie Männer die Rolle der Gewaltausübenden einnehmen können, verdeutlichen nicht nur die beschriebenen Studien, sondern exemplarisch auch die polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik

Deutschland für das Jahr 2009. Demnach waren 75% der erfassten Tatverdächtigen männlich und 25% weiblich.

Auch wenn in dieser Dissertation geringe, im Vorfeld selektierte, Fallzahlen vorliegen und es sich nicht um eine repräsentative Auswertung handelt, so bilden die Ergebnisse zumindest andeutungsweise die in der Öffentlichkeit weit verbreitete geschlechtsspezifische Gewaltbelastung/ -wahrnehmung ab.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse dieser Dissertation mit der Arbeitshypothese, dass im vorliegenden Untersuchungskollektiv deutlich mehr weibliche als männliche Geschädigte untersucht wurden, übereinstimmen. Grundsätzlich stellt Gewalt jedoch eine geschlechterübergreifende Problematik dar, welche weitere vertiefende und repräsentative Studien benötigt, damit allgemeingültige geschlechtervergleichende Aussagen getroffen werden können (Hornberg et al. 2008).

5.4 Altersstruktur

In allen ausgewerteten Bezirken dieser Dissertation war der Hauptanteil der geschädigten Personen zwischen 15 und 40 Jahren alt. Am zweithäufigsten waren bis 15 - Jährige Personen von Gewalt betroffen. Die untersuchten Personen befanden sich demnach im jüngeren oder mittleren Lebensalter.

Trotz geringer Fallzahlen decken sich die Ergebnisse dieser Dissertation mit den von Seifert et al. 2004 veröffentlichten Daten des ersten Projektjahres zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums in Hamburg. Die Mehrzahl der untersuchten Personen befand sich auch hier im jüngeren und mittleren Lebensalter. Ältere Personen wurden vergleichsweise wenig untersucht.

Eine von Walby u. Allen 2004 publizierte Studie aus Großbritannien ergab, dass insbesondere Frauen und Männer unter 25 Jahren gefährdet sind, Opfer zwischenmenschlicher Gewalt zu werden. Auch dieser Aspekt, lässt sich mit dem Patientenkollektiv dieser Dissertation in Einklang bringen. Für den Kreis

Pinneberg waren 81% der untersuchten Geschädigten zwischen 10 Monaten und 30 Jahren alt, für Norderstedt waren es 87% und für Itzehoe 90%.

Im Rahmen des S.I.G.N.A.L. Modellprojektes, welches zur Unterstützung von Gewalt betroffener Frauen im Jahr 1999 in der Notaufnahme des Berliner Universitätsklinikums Benjamin Franklin umgesetzt wurde, wurden in den ersten drei Jahren (Okt. 1999 bis Dez. 2002) 136 Frauen hinsichtlich häuslicher Gewalt untersucht. Das Alter der Betroffenen lag zwischen 14 und 80 Jahren, mehr als drei Viertel dieser Frauen waren zum Untersuchungszeitpunkt unter 40 Jahre alt (Hellbernd et al. 2005). In dieser Untersuchung wurden ausschließlich weibliche Personen berücksichtigt, in der Auswertung der vorliegenden Dissertation hingegen handelte es sich sowohl um weibliche als auch um männliche Geschädigte. In der Mehrzahl der Fälle wurden jedoch weibliche Personen untersucht (KPI: 75%, NO: 74%, IZ: 87%). Demnach kann ein exemplarischer Vergleich der Altersstruktur dieser Dissertation und der Studie von Hellbernd et al. 2005 vorgenommen werden.

Zum Untersuchungszeitpunkt waren im Kreis Pinneberg 77%, in Norderstedt 74% und in Itzehoe 70% der geschädigten Personen zwischen 15 und 40 Jahren alt (vgl. 4.1.4, 4.2.4, 4.3.4).

Dieses Ergebnis wiederum lässt sich mit den Gesamtzahlen der Kriminalstatistik des Kreises Pinneberg 2009 in Einklang bringen, welche ebenfalls in etwa die oben beschriebene Altersstruktur abbildet. Demzufolge waren 66% der erfassten Geschädigten (n= 3.669, weiblich und männlich) im Kreis Pinneberg zwischen 14 und 40 Jahren alt.

Gewalt gegen ältere Menschen bildet sich sowohl in dieser Dissertation, in der Auswertung von Seifert et al. 2004, als auch in der Kriminalstatistik des Kreises Pinneberg 2009 nur vereinzelt ab.

Im Kreis Pinneberg wurden im Jahr 2009 von 2.260 registrierten geschädigten Erwachsenen (ab 21 Jahre) lediglich 200 Senioren (über 60 Jahren) erfasst, welches einem Anteil von 9% entspricht (PKS Bad Segeberg 2009). Die Daten des Zehnjahresuntersuchungszeitraums dieser Dissertation ergaben, dass für den Kreis Pinneberg nur 5% aller untersuchten Geschädigten über 60 Jahre alt

waren. Im Gegensatz dazu steht das geschätzte hohe Ausmaß der Gewalt gegen alte Menschen (WHO 2003), so dass in Folge dessen davon auszugehen ist, dass alte Menschen in Statistiken zur Gewaltkriminalität deutlich unterrepräsentiert sind und in diesem Bereich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss (PKS 2009, Püschel 2007).

Von ebenfalls hohen Dunkelfeldern muss auch im Deliktbereich der Gewalt gegen Kinder ausgegangen werden (Banaschak u. Madea 2003). Für den Kreis Pinneberg wurden in dem Erhebungszeitraum immerhin 23% der Untersuchungsaufträge für bis 15 - Jährige Personen erteilt. Vergleicht man die registrierten Straftaten der Kriminalstatistik des Kreises Pinneberg 2009 für Senioren und für Kinder (bis 14 Jahre) miteinander, zeigt sich, dass Kinder als Opfer, im Rahmen der PKS, mit einer Anzahl von 282 in etwas höherem Maße erfasst wurden als Senioren (n= 200).

Hinsichtlich der sich ergebenden Unterschiede der Untersuchungsaufträge in den Alterskategorien dieser Dissertation (Kinder: 23%, Senioren: 5%) ist zu vermuten, dass die Thematik der Gewalt gegen Kinder in den vergangenen Jahren eine zunehmende größere Beachtung im öffentlichen und auch (rechts) medizinischen Bewusstsein gefunden hat, als Gewalt gegen alte Menschen (Graß et al. 2007).

Die grundsätzlich hohen Dunkelziffern sind am ehesten darauf zurückzuführen, dass diese komplexen Gewaltformen vornehmlich im privaten Nahraum in Beziehungsabhängigkeit (beispielsweise im Pflege- und Altenheim) oder aber innerfamiliär, im häuslichen Umfeld stattfinden (Anders et al. 2006, Herrmann et al. 2008, Püschel 2004, Püschel 2007, Seifert 2007).

Aufgrund der im ausgewerteten Zehnjahreszeitraum verhältnismäßig geringen Anzahl an Beschuldigtenuntersuchungen (n= 30) ist ein Vergleich absoluter Zahlen aus der aktuellen Literatur nicht statthaft. Im Folgenden werden daher bewusst nur die Ergebnisse des Kreises Pinneberg (meisten Beschuldigtenuntersuchungen im Auswertungszeitraum, n= 20), mit Zahlen aus der Literatur verglichen.

Liebschutz et al. 2003 stellten in ihrem Buch „Violence against women - A Physician's guide to identification and management“ fest, dass 18 bis 24

jährige (männliche) Personen das höchste Risiko aufweisen, Gewalt auszuüben. Ein erhöhtes Risiko bleibt bis zum 30. Lebensjahr bestehen. Diese Beobachtung deckt sich in etwa mit der Kriminalstatistik des Kreises Pinneberg 2009. In der statistischen Auswertung liegt der Anteil junger Straftäter (bis 21 Jahre) am Anteil aller Tatverdächtigen seit dem Jahr 2001 konstant bei etwa 30%. Weitere 23% aller Beschuldigten waren zwischen 21 und 30 Jahren alt.

In dieser Dissertation war der Anteil der untersuchten Beschuldigten in der Altersgruppe der 41 bis 50 Jährigen mit 40% für den Kreis Pinneberg am höchsten. 20% der untersuchten Beschuldigten waren zum Vorfallszeitpunkt zwischen 21 und 30 Jahren und 15% zwischen 15 und 20 Jahren alt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Untersuchungskollektiv der vorliegenden Arbeit vordergründig Personen des mittleren und jüngeren Lebensalters umfasst (unter 40 Jahre). Ältere Personen wurden vergleichsweise wenig untersucht. Folglich kann die vor Beginn der Auswertung aufgestellte Arbeitshypothese bestätigt werden.

5.5 Untersuchungsort

In Auftrag gegebene körperliche, rechtsmedizinische Untersuchungen wurden für alle ausgewerteten Bezirke überwiegend in den Ambulanzzimmern des Instituts für Rechtsmedizin oder anderen medizinischen Abteilungen des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf durchgeführt (KPI: 69%, NO: 62%, IZ: 73%). Die Opfer sexueller Gewalt wurden zumeist in der Frauenklinik des Universitätsklinikums in Kooperation mit einem Gynäkologen untersucht. Fanden die Untersuchungen in den Räumlichkeiten der (Kriminal-) Polizei statt, so handelte es sich in der Mehrzahl (KPI: 56%, NO: 50%, IZ: 100%) der Fälle um Untersuchungen beschuldigter Personen.

Die rechtsmedizinischen Begutachtungen in Kreiskrankenhäusern und Krankenhäusern Hamburgs (KPI: 14%, NO: 28%, IZ: 16%) begründeten sich durch stationäre Aufenthalte der zu untersuchenden Personen. Entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin sollten Begutach-

tungen nach einem Gewaltgeschehen möglichst zeitnah stattfinden (Banaschak et al. 2011), sodass auch in den Fällen dieser Dissertation die rechtsmedizinischen Untersuchungen noch während der Hospitalisierung durchgeführt wurden.

In der Studie von Gahr et al. 2005 bezüglich Lebendbegutachtungen in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig finden die Ergebnisse dieser Dissertation Bestätigung. Demzufolge fanden die körperlichen Untersuchungen überwiegend „in den Räumlichkeiten des rechtsmedizinischen Institutes oder auf Polizeidienststellen, in Kliniken oder Praxen (...)“ (Gahr et al. 2005) statt.

Die in Auftrag gegebenen körperlichen Untersuchungen wurden bevorzugt im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg oder aber der Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Insbesondere die Ambulanzräume des Instituts für Rechtsmedizin bieten bestmögliche Bedingungen für die körperlichen Untersuchungen, da die Räumlichkeiten sowohl eine optimale Beleuchtung und Ausstattung während der Untersuchungen sowie den Schutz der Intimität der Betroffenen gewährleisten (Seifert et al. 2004). Die rechtsmedizinischen Untersuchungen werden institutsintern standardisiert und teilweise in Kooperationen mit anderen medizinischen Abteilungen durchgeführt. Diese Kooperationen beschränken sich nicht nur auf akutmedizinische Behandlungen und weiterführende Therapien der Verletzungen, sondern auch auf infektionsprophylaktische Maßnahmen („Hamburger Modell“) (Schmiedel et al. 2009). Insbesondere nach aggressiven, sexuellen Gewalteinwirkungen oder durch „offene Verletzungen bei Täter und Opfer mit Blut- bzw. Sekretübertragung“ ist eine Aufklärung und Beratung hinsichtlich Infektionen mit übertragbaren Erkrankungen wie beispielsweise HIV, Hepatitis B und C obligat (Püschel et al. 2006). Empfehlungskonform wird nach Rücksprache mit dem Institut für Mikrobiologie und Immunologie des UKE und dem Patienten das Infektionsrisiko sowie die Indikation und Möglichkeit einer infektionsmedizinischen Prophylaxe erörtert. In der Akutsituation oder im Zweifelsfall werden die HIV-Prophylaxe (PEP = Post-expositionsprophylaxe) und/oder eine Aktiv/Passiv-Impfung gegen Hepatitis B direkt durch den behandelnden Rechtsmediziner verabreicht. Die adäquate

Weiterbetreuung der Opfer wird dann (am darauffolgenden Werktag) durch das Institut für Mikrobiologie und Immunologie übernommen (Schmiedel et al 2009, Stammer et al. 2006).

Ein weiterer Grund, welcher neben der Postexpositionsprophylaxe für eine Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin spricht, ist die Möglichkeit der Initiierung einer psychosozialen Weiterbetreuung der Betroffenen. Eine solche interdisziplinäre Vernetzung war bisher im Kreis Pinneberg (Städte Norderstedt und Itzehoe diesbezüglich nicht repräsentativ) nicht gegeben, sodass eine Untersuchung von sexuellen Gewaltopfern grundsätzlich in Hamburg angestrebt worden ist.

Gemäß der Arbeitshypothese wurden die rechtsmedizinischen Untersuchungen überwiegend in Hamburg am Institut für Rechtsmedizin durchgeführt. Am Universitätsklinikum wurden enge interdisziplinäre Kooperationen gefördert, um Gewaltopfern eine optimale und ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen. Um ebensolche Behandlungen und weiterführende Therapien im Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe, vor Ort, durchführen zu können, müssen vor allem Infrastrukturen zwischen medizinischen Fachrichtungen ausgebildet werden.

5.6 Deliktverteilung der Geschädigten und Beschuldigten

Betrachtet man die Auftragshintergründe der körperlichen Untersuchungen für den Kreis Pinneberg und Itzehoe, so wurden in etwa der Hälfte der Fälle rechtsmedizinische Untersuchungen nach Sexualdelikten (KPI: 47%, IZ: 51%) durchgeführt, gefolgt von körperlicher (häuslicher) Gewalt (KPI: 22%, IZ: 24%) und gleichermaßen von Gewalt gegen Kinder (KPI: 23%, IZ: 20%). Für Norderstedt hingegen wurden die Geschädigten in etwa der Hälfte der Fälle (45%) nach körperlicher (häuslicher) Gewalt und in 34% der Fälle nach Sexualdelikten untersucht. Rechtsmedizinische Begutachtungen von Kindern als mutmaßliche Misshandlungsoffer wurden in 13% der Fälle durchgeführt.

Veröffentlichte Daten einzelner rechtsmedizinischer Institute bezogen auf Le- benduntersuchungen Geschädigter zeigen, dass im Rahmen deutlich höherer

Fallzahlen vor allem Begutachtungen nach Körperverletzungen stattfanden (Gahr et al. 2005). So wurden in Hannover, Leipzig und Köln von 1999 bis 2003 insgesamt 1517 Untersuchungen aufgrund von Körperverletzungen, Sexualdelikten, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch untersucht. 52% der Untersuchungen wurden nach Körperverletzungen und 32% nach Sexualdelikten durchgeführt. 11% der Untersuchungen fanden nach einer mutmaßlichen Kindesmisshandlung und 6% bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch statt (Anmerkung: Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die absoluten Zahlen dieser Publikation in Prozentzahlen umgerechnet.).

Ein unmittelbarer Vergleich mit der einjährigen Studie von Seifert et al. 2004 aus dem Institut für Rechtsmedizin in Hamburg ist nicht möglich, da die Auftragshintergründe in Konfliktkategorien hinsichtlich der Täter/Opfer - Beziehungen eingeteilt wurden.

Den polizeilichen Kriminalstatistiken der ausgewerteten Bezirke zufolge (PKS 2009 Bad Segeberg und Kreis Steinburg), verzeichnen Körperverletzungen (Rohheitsdelikte) und Sexualdelikte (auch sexueller Missbrauch von Kindern) einen relativ geringen Anteil an der Gesamtkriminalität. Körperverletzungen liegen zwischen 10% und 14%, Sexualdelikte nur bei etwa 1%. Da in Kriminalstatistiken jedoch lediglich die Hellfeld-Kriminalistik, also angezeigte und registrierte Straftaten, erfasst wird, ist die Aussagekraft über das tatsächliche Ausmaß für die genannten Deliktgruppen sehr beschränkt. Es muss daher von deutlich höheren Prävalenzwerten für Sexual- und Rohheitsdelikte im innerfamiliären Bereich ausgegangen werden. Laut Ergebnissen der repräsentativen Opferbefragung von Wetzels u. Pfeiffer 1995 liegt die Anzeigebereitschaft der Geschädigten bezüglich unbekannter Täter bei 58%, von Freunden und Sichtbekenntschaften bei 27% und bei Tätern aus dem familiären Umfeld bei lediglich 18%. Demnach werden Straftaten innerhalb der Familie also deutlich seltener zur Anzeige gebracht als Straftaten durch fremde/ flüchtig bekannte Personen. Folglich kann ein großer Anteil der geschädigten Personen zunächst nur mit außerstrafrechtlichen Hilfsangeboten erreicht werden (Wetzels u. Pfeiffer 1995). Der Schluss, dass ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen

Untersuchungs- und Beratungsangeboten besteht, um die Gewaltopfer grundsätzlich erreichen zu können, ist demnach zutreffend (BMFSFJ 2012).

Hinsichtlich der untersuchten Beschuldigten wurden in der Studie von Gahr et al. 2005 Tatverdächtige meist nach schweren Straftaten wie Mord, Totschlag, Einbruch oder Überfällen untersucht. Da die Beschuldigten in der genannten Studie mit „Untersuchungen nach zweifelhaften Suizidversuchen“ zusammengefasst wurden und eine Differenzierung der Fallzahlen fehlt, kann kein direkter Vergleich mit den Gesamtzahlen der Beschuldigten dieser Dissertation erfolgen.

Die untersuchten Beschuldigten für Itzehoe (n= 9) waren in 67% der Fälle verdächtig, ein Tötungsdelikt vollzogen zu haben, in Norderstedt (n= 1) wurde der Beschuldigte aufgrund des Tatvorwurfs eines Raubes untersucht. Für den Kreis Pinneberg wurden die untersuchten Beschuldigten (n= 20) in 80% der Fälle aufgrund eines Sexualdelikts untersucht, in 10% der Fälle bestand der Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Als grundsätzlich positiv zu bewerten ist, dass insbesondere für den Kreis Pinneberg in 90% der Fälle Beschuldigte und Geschädigte desselben Deliktes untersucht wurden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Untersuchungsanforderungen bezüglich geschädigter Personen im Kreis Pinneberg (hier auch Beschuldigte) und Itzehoe überwiegend bei Sexualdelikten gestellt wurden. In Norderstedt wurden in der Hälfte der Fälle Untersuchungen nach körperlicher Gewalteinwirkung durchgeführt.

Zur weiteren Abklärung der Ursachen dieser einseitigen Inanspruchnahme könnten, wie bereits unter 5.1 vorgeschlagen, gezielte Befragungen der regionalen Polizeidienststellen durchgeführt werden.

5.7 Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge

Anlehnend an das von Seifert et al. 2007 veröffentlichte einjährige Kollektiv der ambulanten Untersuchungsstelle in Hamburg, wurde auch in der vorliegenden Dissertation durch die Auswertung der monatlichen Verteilung geprüft, ob die Auftragseingänge jahreszeitlichen Schwankungen unterliegen.

Auf Basis der geringen Gesamtzahlen der hier ausgewerteten Bezirke, konnten für Norderstedt und Itzehoe keine erhöhte Anzahl an Aufträgen zu spezifischen Jahreszeiten festgestellt werden. Für den Kreis Pinneberg wurde lediglich in den Monaten April bis September der Jahre 2005 bis 2009 eine angedeutete Häufung an Aufträgen festgestellt. In diesen Monaten wurden 72 von insgesamt 128 im Institut für Rechtsmedizin eingegangenen Aufträgen erteilt, dies entspricht einem prozentualen Anteil von 62%. In dem wesentlich größeren Untersuchungskollektiv (n= 1071) von Seifert et al. 2007 bildet sich eine ähnliche Verteilung der Aufträge ab. So gingen im Jahr 2003 von Mai bis Oktober 613 aller erteilten Aufträge des einjährigen Auswertungszeitraums ein, dies entspricht einem Anteil von 57%. (Anmerkung: Zur besseren Vergleichbarkeit wurden absolute Zahlen in Prozentzahlen umgerechnet.).

Verallgemeinernde Aussagen bzw. ein direkter Vergleich der Prozentsätze zu diesem Diskussionspunkt sind aufgrund der unterschiedlichen Fallzahlen (128 vs. 1071 bzw. 72 vs. 613) und der unterschiedlichen Auswertungszeiträume (5 Jahre vs. 1 Jahr) nicht sinnvoll. Weiterhin liegt für die von Seifert et al. 2007 veröffentlichte Auswertung keine Interpretation der jahreszeitlichen Verteilung der Aufträge vor.

5.8 Untersuchungszeitpunkt

Rechtsmedizinische Untersuchungen sollten aus Beweissicherungsgründen möglichst zeitnah zum anlassgebenden Ereignis stattfinden (Püschel et al. 2006). Dabei steigt der Aussagewert der Begutachtung, je kürzer das Zeitfenster zwischen Vorfall und Begutachtung ist (Grassberger 2009).

Auf Grundlage der Schweizer Gesellschaft für Rechtsmedizin (Gerlach et al. 2009) veröffentlichte die Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin im Jahr 2011 Empfehlungen zur forensisch-medizinischen Untersuchung von Gewaltopfern. Diese besagen, dass die Opfer nach körperlicher Gewalt generell „*rasch*“ untersucht werden sollen. Besonders nach Sexualdelikten sollte die Zeitspanne zwischen Untersuchung und Ereignis nicht länger als bis zu vier Tage betragen, da die Sicherung von Spurenmaterial zu diesem Zeitpunkt nur noch eingeschränkt durchgeführt werden kann (Banaschak et al. 2011). Den Schweizer Empfehlungen nach sollten die Untersuchungen nach sexueller Gewalt bis 72 Stunden nach dem Ereignis stattfinden. Je größer das Zeitfenster zwischen Vorfall und Begutachtung, desto schwieriger gestaltet es sich, entstandene Beweismittellücken zu schließen (Püschel et al. 2006) und Kausalitätsfragen, im Rahmen eines Strafverfahrens anlässlich der erlittenen Verletzungen, zugunsten der Geschädigten zu beantworten (Seifert et al. 2007).

Demzufolge sind die vorliegenden Ergebnisse dieser Dissertation positiv zu bewerten. Im Kreis Pinneberg fanden 69%, in Norderstedt und Itzehoe 64% der Untersuchungen maximal 24 Stunden nach dem zur Untersuchung anlassgebenden Vorfall statt. Weitere 18% (NO: 15%, IZ: 13%) erfolgten innerhalb von 72 Stunden.

Es bleibt bei der Interpretation dieser Daten zu beachten, dass über 90% aller Aufträge des gesamten Untersuchungskollektivs von Ermittlungsbehörden erteilt wurden und in dieser Auswertung zum Untersuchungszeitpunkt somit fast ausschließlich Personen erfasst wurden, die Anzeige bei der Polizei erstatteten. Die betroffenen Personen, die Unterstützung im regionalen Opferhilfenetzwerk fanden, erreichte das niedrighschwellige Untersuchungsangebot des Instituts für Rechtsmedizin ebenfalls überwiegend maximal 24 Stunden oder innerhalb 72

Stunden nach dem anlassgebenden Vorfall (Anmerkung: diese niedrighschwelligen Untersuchungsaufträge sind in den o.g. Prozentzahlen enthalten). Trotz der tendenziell positiven Bewertung dieser Ergebnisse, zeigte die deutsche Repräsentativuntersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“ des BMFSFJ, dass immer noch zu viele Betroffene mit dem bestehenden (niedrighschwelligen) Hilfenetzwerk nicht oder erst spät erreicht werden (BMFSFJ 2012), sodass eine möglichst zeitnahe (rechts) medizinische Versorgung nicht gewährleistet werden kann.

Im Kreis Pinneberg wurden 69% (n= 128) der Untersuchungen maximal 24 Stunden nach dem Gewaltereignis durchgeführt, davon erfolgten 68% (n= 87) der Untersuchungen aufgrund eines Sexualdelikts oder eines sexuellen Missbrauchs. Der insbesondere nach sexueller Gewalt bedeutsame Aspekt der zeitnahen Untersuchung begründet sich zum einen durch die Spurensicherung und zum anderen durch die Überprüfung der Dringlichkeit für die Verabreichung einer HIV-Prophylaxe, einer postexponentiellen Hepatitis B Impfung bzw. der Abschätzung des potentiellen Infektionsrisikos mit Hepatitis C (Püschel et al. 2006, Schmiedel et al. 2009).

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist diese Versorgung durch optimale interdisziplinäre Kooperationen von Rechtsmedizinern, Gynäkologen, Mikrobiologen und Infektiologen gewährleistet.

Aus den vorangestellten Ausführungen leitet sich die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit dafür ab, regionale, niedrighschwellige Versorgungs- und Untersuchungsangebote zu etablieren, um eine zeitnahe Opferversorgung zu gewährleisten und so einem Verlust von Spuren(material) vorzubeugen. Eine flächendeckende Versorgung der Gewaltopfer kann dabei nur durch Neu- bzw. Ausbildung von Kooperationen mit Behörden und vorhandenen Hilfsangeboten erfolgen.

5.9 Rechtsmedizinische Befunde der Geschädigten und Beschuldigten

Klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Gewaltopfern erfolgen meist zur Analyse von Verletzungen und zur Spurensicherung. Hierdurch sollen primär die Art der erfolgten Gewalteinwirkung (Fremdbeibringung, Selbstbeibringung, Unfall), die Ursache (Gewalteinwirkung: scharf, stumpf (geformt/ungeformt), thermisch, chemisch), der Geschehensablauf, die Motivation des Täters (bspw. Tötungsabsicht, Nötigung) sowie die zu erwartenden Folgen (u.a. Gefährlichkeit, Infektionsgefahr) beurteilt werden (Oehmichen u. Meissner 2004). Bei der körperlichen Untersuchung ist deshalb eine vollständige Ganzkörperuntersuchung mit Spurensasservierung (u.a. Abstriche, Urin- und Blutentnahme) durchzuführen (Banaschak et al. 2011, Gerlach et al. 2009). Zur Qualitätssicherung sollten Untersuchung und Dokumentation sorgfältig und nach einem einheitlichen Schema erfolgen (Golombeck u. Jonat 2004), da die Dokumentation eine Rekonstruktion gewalttätigen Handelns auch noch nach längerer Zeit möglich machen soll (Anders et al. 2006). Nur auf diese Weise werden die Befunde für Dritte nachvollziehbar und reproduzierbar.

In Hinblick auf standardisierte forensisch-medizinische Untersuchungen von Gewaltopfern veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin im Jahr 2011 Empfehlungen zum Untersuchungsablauf. Die Empfehlungen beinhalten auch die Besonderheiten der Untersuchung und Spurensasservierung nach sexualisierter Gewalt. Gesonderte Empfehlungen wurden für forensisch-medizinische Untersuchungen von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch beschrieben (Banaschak et al. 2011, Debertin et al. 2011). Die WHO legte bereits im Jahr 2003 mit den „Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence“ wichtige Richtlinien zur medizinischen Versorgung von (sexualisierter) Gewalt betroffener Personen vor und machte auf die Notwendigkeit einer standardisierten Versorgung aufmerksam.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden rechtsmedizinischen Gutachten wiesen in Anlehnung an die oben ausgeführten Empfehlungen einen einheitlich strukturierten Aufbau auf. Neben Name und Geburtsdatum wurden der Untersuchungsort und die Untersuchungszeit dokumentiert. Einer Sachverhaltsschilderung

rung folgte dann die dezidierte Darstellung der Befunde inkl. einer Fotodokumentation. Am Ende wurde eine (teils auch vorläufige) rechtsmedizinische Einschätzung/ Interpretation vorgenommen. Bei der Befunddarstellung stand v.a. die genaue Beschreibung mit Lokalisation, Farbe, Größe und Form im Vordergrund.

Da das Hauptaugenmerk dieser Arbeit auf die Versorgungssituation gelegt wurde, wird auf eine detaillierte Diskussion der Verletzungsbefunde im Einzelnen bewusst verzichtet. Im Vordergrund soll an dieser Stelle das grundsätzliche Vorhandensein dokumentierbarer Verletzungsbefunde stehen.

Eine stumpfe ungeformte Gewalteinwirkung ließ sich im Kreis Pinneberg bei 31% der untersuchten Geschädigten (NO: 35%, IZ: 31%) feststellen. Diese zeigte sich in Form von multiplen Hämatomen, Prellungen und Quetschungen und war für alle ausgewerteten Bezirke die am häufigsten dokumentierte Gewalteinwirkung. Auch in der von Seifert et al. 2004 veröffentlichten Auswertung (n= 1071) stand eine stumpfe ungeformte Gewalteinwirkung im Vordergrund und war sogar bei 73,7% der untersuchten Personen nachweisbar. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den durchgeführten Befragungen im Rahmen der deutschen Gewaltprävalenzstudie des BMFSFJ (n= 10.264). Demnach gaben 89% der Frauen mit Verletzungsfolgen an, Hämatome und Prellungen als unmittelbare Folgen körperlicher und sexueller Gewalt davongetragen zu haben (Hornberg et al. 2008, Müller et al. 2004).

Neben der stumpfen ungeformten Gewalteinwirkung zeigten sich in der Auswertung weitere typisch rechtsmedizinische Verletzungsbefunde, welche auf eine (oft eindeutig zu interpretierende) Interaktion zwischen Opfer und Täter (mit Gegenwehr des Opfers) hindeuten. Zu diesen Verletzungen zählten unter anderen Abwehrverletzungen, Strangulationsbefunde (Würgemale, petechiale Einblutungen), stumpfe geformte Gewalt (bspw. Griffspuren, Spreizverletzungen, Fesselungsspuren, Bissverletzungen), Widerlagerverletzungen sowie halb-scharfe Gewalteinwirkungen (Kratzspuren). Die Phänomenologie und das Vorliegen dieser spezifischen Befunde in Zusammenhang mit der Gewaltanamnese lassen oftmals eine Unterscheidung zwischen Selbstbeibringung oder Fremdbeibringung zu (Oehmichen u. Meissner 2004). Die dokumentierten Ritz-

verletzungen wurden aus rechtsmedizinischer Sicht in allen Fällen als selbstbeigebracht eingeschätzt.

Im Kreis Pinneberg erlitten 15% (NO: 13%, IZ: 25%) aller untersuchten geschädigten Personen keine äußerlich sichtbaren Verletzungen, was jedoch nicht bedeutet, dass kein Gewaltgeschehen stattgefunden hat. Dieser besondere Aspekt wird auch in der Literatur vor allem bei mutmaßlichen Sexualdelikten, Vergewaltigungen oder sexuellem Missbrauch von Kindern beschrieben. Entsprechend wurden in der vorliegenden Arbeit für den Kreis Pinneberg 84% (NO: 80%, IZ: 87%) der untersuchten Personen ohne äußerlich sichtbare Verletzungen aufgrund von sexualisierter Gewalt untersucht.

Sexualdelikte werden häufig durch den Partner oder (Ex)-Partner vollzogen, so dass aufgrund geringer Gegenwehr, akute Verletzungsfolgen, insbesondere Verletzungen im Genitalbereich, oftmals nicht nachweisbar sind (Madea u. Dettmeyer 2007). Seifert et al. 2007 beschreiben in den Ergebnissen des ersten Projektjahres der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg (n= 1071), dass Genitalverletzungen durch stumpfe Gewalt bei sexualisierten Partnerschaftskonflikten in lediglich 4% der untersuchten Fälle dokumentiert wurden. So liegen in Fällen von sexualisierter Gewalt oftmals (unspezifische) Begleitverletzungen oder auch keine physischen Verletzungen vor (Oehmichen u. Meissner 2004, Seifert et al. 2009). Passend zu den vorangegangenen Erläuterungen, wurde in dieser Dissertation ebenfalls nur eine geringe Anzahl genitaler oder analer Verletzungsbefunde dokumentiert (KPI: 5%, NO: 6%, IZ: 6%). Dennoch ist eine rechtsmedizinische Untersuchung nach sexueller Gewalt, auch bei fehlenden oder nur gering ausgebildeten äußerlich sichtbaren Verletzungen sinnvoll, da die Asservierung biologischer Spuren in diesen Fällen im Vordergrund steht.

Ein ähnlicher Sachverhalt ergibt sich auch für Verletzungsbefunde nach sexuellem Missbrauch. Nach Herrmann et al. 2008 weisen die betroffenen Kinder und Jugendlichen überwiegend einen unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund auf, da der Missbrauch häufig ohne gewaltsamen körperlichen Kontakt stattfindet und das anogenitale Gewebe gerade im Kindes- und Jugendalter eine schnelle Heilungstendenz besitzt (Herrmann et al. 2008). In

diesem Zusammenhang wurde der Satz „It's normal to be normal“ geprägt (Adams et al. 1994).

In der deutschen Prävalenzstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“ des BMFSFJ berichteten 55 Prozent der Frauen, die körperliche Gewalt erlitten hatten, sowie 44 Prozent der Frauen, die sexuelle Gewalt erlitten hatten, dass sie körperliche Verletzungen davontrugen: bei etwa einem Drittel der Fälle waren die Verletzungen so schwer, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde (Müller et al. 2004). Aus rechtsmedizinischer Sicht müssen eben diese Verletzungen nicht nur akutmedizinisch versorgt, sondern vor allem rechtsmedizinisch begutachtet und befundet werden (Gerlach et al. 2009, Püschel et al. 2006).

Die Interpretation und richtige Deutung von Verletzungen ist für die behandelnden Ärzte in Notaufnahmen oder Arztpraxen meist schwierig und „nur mit einschlägiger Erfahrung oder unter Nutzung von Netzwerken (z.B. rechtsmedizinisches Konsil) möglich“ (Graß u. Ritz-Timme 2006). Die Gefahr, dass in der akutmedizinischen Versorgung nicht behandlungsbedürftige Begleitverletzungen wie z.B. Kratzer, Rötungen und Schürfungen oder Schwellungen als klinisch irrelevante Verletzungen eingestuft werden, ist dabei hoch (Anders et al. 2006, Graß u. Ritz-Timme 2006). In rekonstruktiver Hinsicht können eben diese „Bagatellverletzungen“ das Verletzungsbild komplettieren und im Rahmen der strafrechtlichen Verfolgung bedeutsam sein (Anders et al. 2006).

Trotz eines kleinen Gesamtkollektivs an Beschuldigten (n= 30) wurden für diese im Kreis Pinneberg (n= 20) in 60% der Fälle und für Itzehoe (n= 9) in 77,5% der Fälle äußerlich sichtbare Verletzungen dokumentiert. Für Norderstedt wurde in dem gesamten Auswertungszeitraum lediglich ein Beschuldigter untersucht. In der rechtsmedizinischen Untersuchung dieses Beschuldigten zeigte sich, dass der Beschuldigte multiple Schnitt- und Hiebverletzungen aufwies, die eindeutig auf das von der Geschädigten geschilderte Geschehen zutrafen. Für den Kreis Pinneberg und Itzehoe wurden unter anderen halbscharfe Gewalteinwirkungen (Kratzspuren) dokumentiert, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in drei Fällen dem Ablauf des mutmaßlichen Geschehens zugeordnet werden konnten. Da-

rüber hinaus wurden stumpfe ungeformte/geformte Gewalteinwirkungen und unspezifische Verletzungen (zum Zeitpunkt der Untersuchung) erfasst.

Es war festzustellen, dass die rechtsmedizinischen Untersuchungen der Geschädigten und der Beschuldigten eine Reihe von (charakteristischen, deliktstypischen) Befunden ergaben. Zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Beurteilung/Gutachtenerstellung konnte aufgrund des zum Untersuchungszeitpunkt oft noch unklaren bzw. unvollständigen Sachverhaltes, fehlender Behandlungsunterlagen oder noch nicht abgeschlossener Ermittlungen der Kriminalpolizei, oftmals nur in Einzelfällen (bzw. bezüglich einzelner Verletzungsbefunde) eine Objektivierbarkeit der Angaben aus der Sachverhaltsschilderung erzielt werden.

Zusammenfassend konnte die vorliegende Auswertung, trotz geringer Fallzahl und vorselektiertem Untersuchungskollektiv, in Anlehnung an die gängige Literatur zeigen, dass (rechts-) medizinische Untersuchungen sowohl der Geschädigten als auch der Beschuldigten sinnvoll sind, um Verletzungsbefunde zu erheben. Dabei sollte bedacht werden, dass auch die Feststellung des Fehlens von Verletzungen zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Objektivierbarkeit des Sachverhaltes beitragen kann.

5.10 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Dissertation bestand darin, den Ist-Zustand der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nordwestlich von Hamburg im Kreis Pinneberg sowie in Norderstedt und Itzehoe zu erfassen. In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass in dieser Arbeit eine exemplarische Auswertung einzelner (Kreis-) Städte mit unterschiedlichen Entfernungen zu Hamburg vorgenommen werden sollte. Die Kreisstadt Pinneberg und die Stadt Elmshorn wurden dabei repräsentativ zum Kreis Pinneberg zusammengefasst, sodass ein direkter Vergleich der Gesamtzahlen mit der Stadt Norderstedt und der Kreisstadt Itzehoe nicht sinnvoll erschien. Die Arbeit wurde nicht mit dem Ziel der Erhebung repräsentativer Datensätze für einen gesamten Kreis oder Bezirk verfasst. Vielmehr sollen die Daten dieser retrospektiven Analyse bestehende Kooperationen zwischen dem Institut für Rechtsmedizin, Behörden sowie einzelnen Institutionen aufzeigen, welche wiederum Ansatzpunkte für gezielte Interventionsprojekte darstellen können. Um repräsentative und allgemeingültige Aussagen treffen zu können, müsste eine vollständige Auswertung eines gesamten Kreises unter Einbeziehung aller Städte erfolgen bzw. müssten zusätzlich Befragungen und Analysen weiterer Institutionen mit in die Auswertung einbezogen werden. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen ließen die Ergebnisse sowie die Diskussion dieser Dissertation dennoch Schlussfolgerungen zur bestehenden Versorgungssituation zu.

In der Fachliteratur wird bereits seit mehreren Jahren gefordert, die klinische Rechtsmedizin in das Regelversorgungssystem von Gewaltopfern aufzunehmen. Darüber hinaus müssten neben zentral gelegenen Angeboten auch flächendeckend, regionale Versorgungsstrukturen gefördert werden (Gage-Lindner u. Phinney 2004, Gahr et al. 2005, Graß u. Rothschild 2004, Oehmichen u. Meissner 2004, Seifert et al. 2004, Wieners u. Hellbernd 2000). Den Forderungen des BMFSFJ zufolge ergibt sich für das Gesundheitssystem die Notwendigkeit niedrigschwellige, leicht zugängliche, (anonyme) Beratungs- und Hilfsangebote einzurichten. Dabei sollen Kooperationsbündnisse zwischen

staatlichen und nichtstaatlichen Hilfsangeboten eingegangen werden, die sich dauerhaft gegenseitig qualifizieren (BMFSFJ 2012).

Die geringe Gesamtzahl des Untersuchungskollektivs dieser Dissertation (n=310) deutet daraufhin, dass rechtsmedizinische Dienstleistungen im Kreis Pinneberg sowie in Norderstedt und Itzehoe in den vergangenen zehn Jahren nur unzureichend genutzt wurden.

Diese unzureichende Ausschöpfung des rechtsmedizinischen Leistungsspektrums im Rahmen von Gewaltdelikten, bzw. in der Versorgung von Gewaltopfern, wird unter anderem durch die einseitige Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen (hauptsächlich Geschädigtenuntersuchungen), sowie durch das einseitige Spektrum an Auftraggebern (v.a. Ermittlungsbehörden) bestätigt. Folglich erreicht das niedrighschwellig angelegte Konzept der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg die Geschädigten und Hilfsinstitutionen auf regionaler Ebene nur bedingt. Daraus lässt sich wiederum ableiten, dass die in Hamburg bestehende rechtsmedizinische Versorgungsstruktur von Gewaltopfern in den genannten regionalen Gebieten noch nicht optimal in das bestehende Hilfenetzwerk integriert werden konnte. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang zu vermuten, dass das vielfältige rechtsmedizinische Leistungsspektrum weder einzelnen medizinischen Fachdisziplinen, Ermittlungsbehörden, Opferhilfseinrichtungen noch der Allgemeinbevölkerung hinreichend bekannt ist. Eine Möglichkeit, das Bewusstsein der Behörden und Institutionen hinsichtlich rechtsmedizinischer Dienstleistungen zu überprüfen und den Bedarf einer rechtsmedizinischen Versorgung in regionalen Gebieten zu klären, wäre die Durchführung einer Umfrage, beispielsweise durch die Entwicklung von Fragebögen.

Aktuellen Studien zufolge stellen Frauenhäuser (Hilfseinrichtungen), Ärzte (beispielsweise Gynäkologen, Hausärzte), Krankenhäuser (Notaufnahme) und Ermittlungsbehörden primär erste Anlaufstellen für Gewaltbetroffene dar (Müller et al. 2004). Demnach müssen diese Akteure für den Kreis Pinneberg, Norderstedt und Itzehoe gezielt identifiziert werden. Darüber hinaus sollten alle Behörden und Institutionen des regionalen Netzwerkes ihre Angebote und

Ressourcen kommunizieren, da nur so Defizite in der Versorgungsstruktur gewaltbetroffener Personen erkannt und behoben werden können (Hagemann-White u. Bohne 2003). Um Kooperationen sinnvoll aufeinander abzustimmen, ist das Wissen um die Erreichbarkeit und Arbeitsweisen der jeweiligen Partner eine wichtige Voraussetzung (Graß u. Ritz-Timme 2005).

Eine Möglichkeit der Umsetzung eines regelmäßigen aktiven Austauschs aller beteiligten Institutionen wäre die Einführung sogenannter „runder Tische“ (Hagemann-White u. Bohne 2003).

Grundsätzlich sollte regional eine flächendeckende, niedrigschwellige hochprofessionelle und ganzheitliche Versorgung von Gewaltopfern umgesetzt und sichergestellt werden. Vor allem die Rechtsmedizin sollte eine Schlüsselposition in dieser Versorgung einnehmen, denn „kein anderes Fach verbindet das Wissen um die Bedürfnisse der Opfer, die Beweisanforderungen von Seiten der Polizei und der Justiz sowie die Kenntnisse über die lokalen Netzwerke, Interventionsstellen und Hilfsinstitutionen wie das der Rechtsmedizin“ (Seifert 2007). Das zukünftige Ziel sollte daher sein, rechtsmedizinische Versorgungsstrukturen, beispielsweise durch regionale Untersuchungsstellen vor Ort, in die bestehenden Hilfenetzwerke zu integrieren.

6 Zusammenfassung

Von Gewalt betroffene Personen sehen in den meisten Fällen zunächst von einer Anzeige bei der Polizei ab. Gerade hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Geschädigten zu erkennen und vorerst auch ohne polizeiliche Meldung optimal versorgen und beraten zu können. In Hamburg ist diese Versorgung durch eine ambulante Untersuchungsstelle am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gewährleistet, die sich v.a. durch das niedrigschwellig angelegte Konzept auszeichnet. Es bestand der Verdacht, dass dieses niedrigschwellige Konzept das Opferhilfenetzwerk sowie Geschädigte auf regionaler Ebene nur bedingt erreicht. Exemplarisch wurden hierzu regionale Gebiete (Elmshorn, Pinneberg, Norderstedt, Itzehoe) nordwestlich von Hamburg (aufgrund ihrer geographischen Nähe und guten infrastrukturellen Anbindung an Hamburg, sowie der langjährigen Kooperation zwischen den Ermittlungsbehörden der Bezirke und dem Hamburger IfR ausgewählt) hinsichtlich ihrer bestehenden rechtsmedizinischen Versorgungsstruktur untersucht. Das Untersuchungskollektiv bestand aus 310 Akten rechtsmedizinisch körperlicher Untersuchungen geschädigter und beschuldigter Personen der Jahre 2000 bis 2009. Trotz einer vergleichsweise geringen, vorselektierten Stichprobe (bedingt durch Auftraggeber), konnten die Arbeitshypothesen bestätigt werden. Demnach wurden u.a. in den genannten Gebieten rechtsmedizinische Untersuchungen mehrheitlich nur durchgeführt, wenn eine polizeiliche Anzeige des Deliktes vorlag. Die in Anspruch genommenen Dienstleistungen beschränkten sich überwiegend auf Untersuchungen von (meist weiblichen) Geschädigten, vornehmlich bei Sexualdelikten. Die untersuchten Personen befanden sich größtenteils im jüngeren und mittleren Lebensalter. Um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erzielen, sollte den Forderungen des BMFSFJ sowie den Empfehlungen der WHO nachgekommen werden und in regionalen Gebieten flächendeckend niedrigschwellige Versorgungsangebote für Gewaltopfer etabliert werden. Den rechtsmedizinischen Instituten sollte dabei, durch Einbindung in die regionalen Netzwerkstrukturen, eine Schlüsselrolle zukommen.

7 Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verteilung der rechtsmedizinischen Institute Deutschlands	21
Abbildung 2:	Verteilung der rechtsmedizinischen Institute in Hamburg und Schleswig-Holstein	24

7.2 Diagrammverzeichnis

Kreis Pinneberg

Diagramm 1:	Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE 2000 – 2009	33
Diagramm 2:	Anforderungen der verschiedenen Institutionen des Kreises Pinneberg	35
Diagramm 3:	Geschlechterverteilung	36
Diagramm 4:	Altersverteilung	37
Diagramm 5:	Verteilung der Untersuchungsorte	39
Diagramm 6:	Verteilung der Delikte/ Geschädigte	40
Diagramm 7:	Verteilung der Delikte/ Beschuldigte	42
Diagramm 8:	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge 2000 - 2004	43
Diagramm 9:	Jahreszeitliche Verteilung der Aufträge 2005 - 2009	44
Diagramm 10:	Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung	45

Norderstedt

Diagramm 11:	Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE 2000 – 2009	51
Diagramm 12:	Anforderungen der verschiedenen Institutionen Norderstedts	53
Diagramm 13:	Geschlechterverteilung	54
Diagramm 14:	Altersverteilung	55
Diagramm 15:	Verteilung der Untersuchungsorte	56
Diagramm 16:	Verteilung der Delikte/ Geschädigte	57
Diagramm 17:	Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung	59

 Itzehoe

Diagramm 18:	Verteilung der Aufträge an das Institut für Rechtsmedizin des UKE 2000 – 2009	62
Diagramm 19:	Geschlechterverteilung	65
Diagramm 20:	Altersverteilung	66
Diagramm 21:	Verteilung der Untersuchungsorte	67
Diagramm 22:	Verteilung der Delikte/ Geschädigte	69
Diagramm 23:	Verteilung der Delikte/ Beschuldigte	70
Diagramm 24:	Zeitdauer zwischen anlassgebendem Vorfall und Untersuchung	71

7.3 Tabellenverzeichnis

 Kreis Pinneberg

Tabelle 1:	Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde der Geschädigten	47
Tabelle 2:	Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde der Beschuldigten	49

 Norderstedt

Tabelle 3:	Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde der Geschädigten	60
------------	--	----

 Itzehoe

Tabelle 4:	Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde der Geschädigten	72
Tabelle 5:	Übersicht der rechtsmedizinischen Befunde der Beschuldigten	74

8 Literaturverzeichnis

Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994): Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 94: 310-317.

Anders S, Seifert D, Heinemann A, Zinke M, Püschel K (2006): Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt. *Hamburger Ärzteblatt* 60 (4): 190-193.

Artus J (2007): Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis. Medizinische Dissertation. Universität Hamburg.

Banaschak S, Madea B (2003): Kindesmisshandlung. In: Madea B (Hg.) *Praxis Rechtsmedizin*, 1. Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg: 257-277.

Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H (2011): Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin auf der Grundlage der Empfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin* 21 (5): 483-488.

Brzank P (2009): (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz* 52 (3): 330-338.

Bundeskriminalamt Wiesbaden (Hg.): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2009* Bundesrepublik Deutschland.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1979): *Misshandlung von Säuglingen und Kleinkindern. Erkennen und Helfen- Eine praktische Anleitung.* Ruksaldruck, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1999): *Aktionsplan I der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.* Eigendruck, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2012): *Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.* 4. Auflage, DCM, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010): *Bundeskinderschutzgesetz- der Inhalt in Kürze.*
URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html>
(Stand: 15.03.2012).

- Büchler A (1998): Gewalt in Ehe und Partnerschaft: Polizei-Straf- und zivilrechtliche Interventionen am Beispiel des Kantons Basel-Stadt. Helbing&Lichtenhahn, Basel.
- Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, Carlson Gielen A, Wynne C (2002): Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med 162 (10): 1157-1163.
- Carmo R, Grams A, Magalhães T (2011): Men as victims of intimate partner violence. J Forensic Leg Med 18 (8): 355-359.
- Debertin AS, Seifert D, Mützel E (2011): Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Rechtsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 21 (5): 479-482.
- Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. URL: <http://www.dgrm.de> (Stand: 04.01.2012).
- Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR (2006): Women exposed to intimate partner violence. Arch Intern Med 166 (1): 22-37.
- Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinemann A (2004): Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. Rechtsmedizin 14 (3): 193-198.
- Gage-Lindner N, Phinney A (2004): Strengthening the role of forensic medicine in health sector responses to violence: two initiatives. Rechtsmedizin 14 (3): 199-202.
- Gahr B, Graß H, Breitmeier D, Kleemann W J (2005): Untersuchung von Gewaltopfern („Lebendgutachten“) in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. Archiv für Kriminologie 216 (5/6): 7-14.
- Gerlach K, Plattner T, Pfäffli M, Wyler D, Barbon-Jermini D, Markwalder C, Horisberger B, Michaud K, Burkhard S (2009): Erwachsene Opfer nach sexueller Gewalt- Empfehlung zur forensisch-medizinischen Untersuchung. Schweiz Med Forum 9 (7): 147-150.
- Graß H, Rothschild MA (2004): Klinische Rechtsmedizin, Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Bedeutung von Opfern Häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14 (3): 188-192.
- Graß H, Ritz-Timme S (2005): Rechtsmedizinische Kompetenz im Netzwerk gegen häusliche Gewalt. Journal Netzwerk Frauenforschung NRW 19: 49-51.

Graß H, Ritz-Timme (2006). Frauen- und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin. Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 2005/2006: 107-118.

Graß H, Walentich G, Rothschild MA, Ritz-Timme S (2007): Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen- Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien. Rechtsmedizin 17 (6): 367-371.

Grassberger M (2009): Körperliche Untersuchungen von Tatverdächtigen im Rahmen von Todesermittlungen. In: Grassberger M, Schmidt H: Todesermittlung. Befundaufnahme und Spurensicherung: Ein praktischer Leitfaden für Polizei, Juristen und Ärzte, 1. Auflage, Springer, Wien: 303-307.

Grassmann JP (2008): Die derzeitige Situation in der rechtsmedizinischen Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa- eine Pilotstudie. Medizinische Dissertation. Universität Hamburg.

Godenzi A (1993): Gewalt im sozialen Nahraum. Helbing&Lichtenhahn, Basel, Frankfurt am Main.

Golombeck K, Jonat W (2004): Gynäkologische Befunde bei Vergewaltigung. In: Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hg.): Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Research in Legal Medicine, Vol. 32, Schmidt-Römhild, Lübeck: 81-85.

Hagemann-White C, Bohne S (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen und Anforderungen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Universität Osnabrück.

Hagemann-White C, Kavemann B (2004): Gemeinsam gegen häusliche Gewalt. Kooperation, Intervention, Begleitforschung. Forschungsergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung der Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (WiBIG). Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (Hg.), Berlin.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller, M (1999): Ending violence against women. Population Reports, Series L (11). Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K et al. (2004): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich-gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf, das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm Berlin. BMFSFJ (Hg.) Berlin.

Hellbernd H, Brzank P, Maschewsky-Schneider U (2005): Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. Rechtsmedizin 48 (3): 329-336.

Herrmann B (2002): Körperliche Misshandlung von Kindern- Somatische Befunde und klinische Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd 150 (11): 1324-1338.

Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002): Sexueller Missbrauch von Kindern- Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnose. Monatsschr Kinderheilkd 150 (11): 1344-1356.

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2008): Kindesmisshandlung- Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen. 1. Auflage, Springer, Heidelberg: 1-15, 113-130 und 241-279.

Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A, Horch K (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 42, Robert Koch Institut (Hg.), Berlin.

Institut für Rechtsmedizin, Standort Kiel. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin/Standort+Kiel/Unser+Team-p-12.html> (Stand: 05.04.2012).

Institut für Rechtsmedizin Standort Lübeck. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. URL: <http://www.uksh.de/rechtsmedizin/Standort+L%C3%BCbeck/Unser+Team-p-104.html> (Stand: 05.04.2012).

Jelinek L, Randjbar S, Sommerfeldt D, Püschel K, Seifert D (2007): Posttraumatische Belastungsstörung bei Gewaltopfern. Rechtsmedizin 17 (5): 301-305.

Jungnitz L, Lenz H-J, Puchert R, Puhe H, Walter W (2004): Gewalt gegen Männer, personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland- Ergebnisse der Pilotstudie. Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (Hg.), Eigendruck, Berlin.

Kowalcek I (2004): Sexuelle Gewalt gegen Frauen: Lübecker Erfahrungen aus ärztlicher Sicht. In: Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hg.): Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Research in Legal Medicine, Vol. 32, Schmidt-Römhild, Lübeck: 71-79.

Krug EG, Dahlenberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002): World report on violence and health. World Health Organization (Hg.) Geneva.

Liebschutz JM, Frayne SM, Saxe GN (Hg.) (2003): Violence against women – A Physician's guide to identification and management. American College of Physicians, Philadelphia.

Madea B (2003): Aufgaben und Struktur des Faches. In: Madea B (Hg.) Praxis Rechtsmedizin, 1. Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg: 3-7.

Madea B, Dettmeyer R (2007): Beweismittelsicherung bei Lebenden. In: Madea B, Dettmeyer R, Basiswissen Rechtsmedizin, Springer, Berlin: 45-60.

Mark H (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Journal of Public Health 8 (4): 332-346.

Müller O, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Eigendruck, Bielefeld, Berlin, Bonn.

Mützel E, Oehme C, Graw M (2010): Gewalt gegen Frauen und Kinder-Opferambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München. Bayerisches Ärzteblatt 9: 442-443.

Oehmichen M, Meissner C (2004): Physikalische und sexualisierte Gewalt: Rechtsmedizinische Aspekte. In: Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hg.): Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Research in Legal Medicine, Vol. 32, Schmidt-Römhild, Lübeck:15-31.

Polizeidirektion Bad Segeberg (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Bad Segeberg 2008 bis 2010.

Polizeidirektion Kreis Steinburg (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Kreis Steinburg 2008 bis 2010.

Pollak S (2006): Rechtsmedizin in Deutschland: Standortbestimmung und Perspektiven. Der Kriminalist 38 (03): 110-114.

Püschel K (2004): Kindesmisshandlung. In: Madea B, Brinkmann B (Hg.) Handbuch gerichtliche Medizin I. Springer, Berlin/Heidelberg: 1153-1170.

Püschel K, Seifert D, Heinemann A (2006): Rechtsmedizinische Hilfe für Gewaltopfer. Die neue Polizei 56 (3): 24-27.

Püschel K (2007): Forensische Gerontologie. Rechtsmedizin 17 (6): 358-358.

Ritz-Timme S, Graß H (2009): Häusliche Gewalt- Werden die Opfer in der Arztpraxis optimal versorgt? Deutsches Ärzteblatt 106 (7): 282-283.

Rönning AK, Hammarström A (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. Scand. J. Public Health 28 (3): 222-229.

Schmiedel S, Hertling S, Degen O, van Lunzen J, Polywka S, Seifert D, Schröder AS, Püschel K (2009): Postexpositionsprophylaxe bei Gewaltopfern- Das »Hamburger Modell« als Beispiel für eine interdisziplinäre Verzahnung zur Betreuung von Gewaltopfern. Hamburger Ärzteblatt 01: 35-36.

Schulte C (ohne Jahr): Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftat. Arbeitskreis Opferschutz Bonn/Rhein-Sieg. URL: http://www.beratung-bonn.de/unser_angebot/opferschutz/index.html (Stand: 30.03.2012).

Schwander M (2003): Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse- neue Instrumente. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 121 (2): 195-215.

Schweikert B (2007): Der Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und seine Auswirkungen auf die Thematik der häuslichen Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder- Entwicklungen und Konsequenzen. In: Kavemann B, Kreyssig U (Hg.) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 455-468.

Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J, Gehl A (2004): Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. Rechtsmedizin 14 (3): 182-188.

Seifert D, Püschel K (2004): Krankheit Gewalt – die Rolle der Rechtsmedizin. In: Oehmichen M, Kaatsch H-J, Bosinski HAG (Hg.): Gewalt gegen Frauen und Kinder – Bestandsaufnahme – Diagnose – Prävention. Research in Legal Medicine, Vol. 32, Schmidt-Römhild, Lübeck: 299-310.

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Ärztebl 103 (33): A 2168 – 73.

Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröder J, Püschel K (2006): Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. Rechtsmedizin 16 (4): 205-212.

Seifert D, Heinemann A, Koch C, Franke B et al. (2007): Modellprojekt zur Implementierung eines rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt. Nomos, Baden Baden 41.

Seifert D (2007): Die Rolle des Gesundheitswesens in der Versorgung von Opfern von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung des Faches Rechtsmedizin. Medizinische Habilitation. Universität Hamburg.

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.

Siemer JM (2010): Situationsbezogene Analyse klinisch-rechtsmedizinischer Versorgung von Opfern zwischenmenschlicher Gewalt in Europa – eine Follow-up-Studie. Medizinische Dissertation. Universität Hamburg.

Stammer J, Püschel K, Seifert D, Polywka L (2006): Gefahrenabwehrende Maßnahmen nach Kontakt mit AIDS- oder Hepatitis-Viren. *Kriminalistik* 60 (8-9): 517-522.

Strafgesetzbuch (2009): Beck-Texte im dtv, 47. Auflage: §§ 176, 177.

Wagner HJ (2000): Forensische Gerontologie- Bilanz und Prognose. *Rechtsmedizin* 10 (2): 45-49.

Walby S, Allen J (2004): Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. Home office Research Study 276.

Wieners K, Hellbernd H (2000): Gewalt macht krank - Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. S. 30-42. In: EWHNET. European Women's Health Network. Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover.

Wessels J, Beulke W (2009): Strafrecht allgemeiner Teil, 39. Auflage, C.F. Müller: 4.

Wetzels P, Pfeiffer C (1995): Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum - Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992 - KFN-Forschungsbericht; Nr.: 37. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover.

World Health Assembly (1996): Prevention of violence: a public health priority. WHA Res. 49.25, Geneva.

World Health Organization (Hg.) (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Regionalbüro Europa, Kopenhagen.

World Health Organization (Hg.) (2003): Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, Geneva.

Danksagung

Ich danke Prof. Dr. med. Klaus Püschel für die Bereitstellung des Themas und die hilfreichen Tipps bei der Literaturrecherche.

Ich möchte mich ganz besonders bei meiner wissenschaftlichen Betreuerin Dr. med. Nadine Wilke für die hervorragende Betreuung während der verschiedenen Arbeitsphasen dieser Dissertation und die vielen netten Dissertationstreffen bedanken.

Ein herzlicher Dank geht an meine Schwester Henrike von dem Berge und meine Eltern Dres. med. von dem Berge, die diese Arbeit in kürzester Zeit Korrektur gelesen haben.

Lebenslauf

Thekla von dem Berge

geboren am 30.08.1984 in Hannover.

Schulbildung

1991 - 1995	Friedrich-Ebert-Schule, Langenhagen
1995 - 1997	Orientierungsstufe Hindenburgstraße, Langenhagen
1997 - 01/2002	Gymnasium Langenhagen
01/2002 - 07/2002	Mennonite Educational Institute, Abbotsford B.C., Kanada
08/2002 - 06/2004	Gymnasium Langenhagen
06/2004	Abitur

Hochschulausbildung

2005 - 2011	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
09/2007	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2011	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
11/2011	Erhalt der Approbation

Hamburg im Mai 2012

Eidesstattliche Versicherung

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

Unterschrift:

Thekla von dem Berge