

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Püschel

Interpersonelle und instrumentelle Gewalt bei Konflikten im Straßenverkehr

Eine retrospektive Studie

Dissertation

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

Vorgelegt von:

Joost-Levin Pfeiffer
aus Bremen

Hamburg 2013

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 01.09.2014**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

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

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. D. Seifert

~~Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:~~

»Road rage is the expression of the amateur sociopath in all of us, cured by running into a professional.«

-- Robert Brault, Thoughts on Highway Driving

»Wer am Verkehr teilnimmt hat sich so zu verhalten, dass kein Anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird.«

-- §1 Absatz 2 Straßenverkehrsordnung

1. Einleitung.....	6
1.1. Vorwort.....	6
1.2. Straßenverkehr.....	6
1.3. Aggressivität im Straßenverkehr.....	7
1.3.1. Definition und Einteilung.....	7
1.3.2. Psychologische Testverfahren.....	10
1.3.3. Epidemiologie.....	12
1.3.4. Ärger und aggressives Verhalten.....	15
1.3.5. Personenbezogene Ursachen und Einflussfaktoren.....	16
1.3.6. Verkehrsbezogene Ursachen und Einflussfaktoren.....	17
1.3.7. Gesellschaftliche Ursachen und Einflussfaktoren.....	18
1.3.8. Maßnahmen zur Kontrolle und Prävention.....	18
1.4. Gewalteinwirkung und Folgen.....	20
1.4.1. Formen von Gewalt und Gewalteinwirkung.....	20
1.4.2. Gewalteinwirkung und Verletzungsmuster bei Gewalttaten.....	21
1.4.3. Gewalteinwirkung und Verletzungsmuster bei Verkehrsunfällen.....	22
2. Arbeitshypothesen und Fragestellung.....	25
3. Material und Methoden.....	26
3.1. Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt.....	26
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien.....	26
3.3. Datenerhebung.....	27
3.4. Erhobene Variablen.....	27
3.5. Datenschutz.....	28
3.6. Statistische Methoden.....	28
4. Ergebnisse.....	29
4.1. Häufigkeitsverteilung.....	29
4.1.1. Geschlechterverteilung.....	29
4.1.2. Anzahl der beschuldigten Personen.....	29
4.1.3. Altersstruktur der geschädigten Personen.....	30
4.1.4. Beziehung zwischen geschädigter und beschuldigter Person.....	31
4.1.5. Tatzeitpunkt.....	32
4.1.6. Tatort.....	33
4.1.7. Polizeilicher Status.....	36
4.1.8. Konfliktauslöser.....	37
4.1.9. Art des Verkehrsmittels.....	38
4.1.10. Art der Gewalt.....	39
4.1.11. Art und Topographie der Verletzungen.....	42
4.1.12. Schweregrad der Verletzungen.....	45
4.1.13. Weiterführende medizinische Behandlung.....	45
4.2. Kontingenzanalyse und Kreuztabellen.....	47
4.2.1. Geschlecht und Anzahl der beteiligten Personen.....	47
4.2.2. Art der Verkehrsmittels der beteiligten Personen.....	48
4.2.3. Topographie der Verletzungen.....	48

4.2.4. Vorliegen einer Anzeige	49
4.2.5. Einsatz instrumenteller Gewalt	49
4.2.6. Schweregrad der Verletzungen	51
4.3. Fallbeispiele	52
4.3.1. Übersicht über die Fallbeispiele.....	52
5. Diskussion.....	91
5.1. Kritik und Einschränkungen	91
5.2. Diskussion der Ergebnisse	92
5.2.1. Geschlechterverteilung	92
5.2.2. Anzahl der beschuldigten Personen	93
5.2.3. Altersstruktur	94
5.2.4. Beziehung zwischen geschädigter und beschuldigter Person.....	96
5.2.5. Tatzeitpunkt	96
5.2.6. Tatort.....	98
5.2.7. Polizeilicher Status.....	100
5.2.8. Konfliktauslöser	100
5.2.9. Art des Verkehrsmittels	101
5.2.10. Art der Gewalt.....	103
5.2.11. Topographie der Verletzungen	104
5.2.12. Schweregrad der Verletzungen	105
5.2.13. Weiterführende medizinische Behandlung	106
5.3. Schlussfolgerung.....	107
6. Zusammenfassung.....	108
7. Literaturverzeichnis	110
8. Abbildungsverzeichnis.....	115
9. Tabellenverzeichnis	117
10. Abkürzungsverzeichnis.....	118
11. Anhang.....	119
12. Danksagung.....	123
13. Lebenslauf.....	124
14. Eidesstattliche Erklärung	126

1. Einleitung

1.1. Vorwort

Aggression und Gewalt im Straßenverkehr sind häufige Phänomene und betreffen bis zu 90% der Bevölkerung. Immerhin bis zu 7% der Bevölkerung erfahren Gewalt oder Gewaltandrohung im Straßenverkehr.

Faktoren, die sich auf Aggressivität im Straßenverkehr auswirken, werden seit den 1990er Jahren verstärkt untersucht. So spielen das Geschlecht, die Anzahl der gefahrenen Kilometer pro Tag, die Verkehrsdichte sowie spezifische psychologische Störungen und unspezifische psychologische Attribute eine Rolle. Bisher gibt es allerdings kaum Daten zu Art, Lokalisation und Schweregrad der Gewalteinwirkungen bei Konflikten im Straßenverkehr.

1.2. Straßenverkehr

Nuhn und Hesse (2006) betrachten Verkehrssysteme nach Sektoren getrennt. Das System Straßenverkehr umfasst dabei die Verkehrswege und Verkehrsmittel sowie assoziierte Einrichtungen wie Tankstellen und Parkhäuser. Die Verkehrsmittel werden im Wesentlichen drei Gruppen zugeordnet: Motorisierter Individualverkehr (MIV), Nichtmotorisierter Verkehr (NMV) wie Fußgänger und Radfahrer und Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV).

Straßenverkehr findet rechtlich gesehen auf allen der Öffentlichkeit zu Verkehrszwecken verfügbaren Flächen statt. Verkehrsteilnehmer ist, wer diese Flächen benutzt (§1 VwV-StVO).

Ahrens (2009) untersuchte Mobilitätskennziffern nach Städtegruppen getrennt. Auf Oberzentren mit mehr als 500.000 Einwohnern und flacher Topographie entfielen 25,6% der Wegeanteile auf Fußgänger, 15,6% auf Fahrradfahrer, 38,8% auf motorisierten Individualverkehr und 20% auf öffentliche Verkehrsmittel. Der Tagesgang des Verkehrs zeigt einen doppelgipfligen Verlauf: 22% des Gesamtverkehrs findet in der Zeit von 6 bis 9 Uhr, 26% in der Zeit von 15 bis 18 Uhr statt.

Die Altersstruktur der Verkehrsteilnehmer oben genannter Städtegruppe entspricht der Einwohnerstruktur der Stadt Hamburg (siehe *Der Mikrozensus auf einen Blick* 2011): 11,4% der Verkehrsteilnehmer sind unter 15 Jahren, 11,4% im Alter von 15-25

Jahren, 31,3% im Alter von 25-45 Jahre, 25,7% im Alter von 45-65 Jahren und 20,3% sind 65 Jahre und älter.

1.3. Aggressivität im Straßenverkehr

1.3.1. Definition und Einteilung

Das Thema Aggressivität im Straßenverkehr findet Beachtung in medizinischer, psychologischer, juristischer und polizeilicher Literatur. Dementsprechend existiert eine Vielzahl von Begriffen und Definitionen. Im Englischen sind unter anderen die Termini *road rage* (Wut oder Gewalt im Straßenverkehr), *driving anger* (Ärger beim Fahren) und *aggressive* beziehungsweise *reckless driving* (aggressives beziehungsweise rücksichtsloses Fahren) gebräuchlich. Die gleichen Begriffe werden jedoch zum Teil unterschiedlich definiert.

So führte bereits Joint (1995) aus, dass der Terminus *road rage* oft für jegliches Zeigen von Aggressionen im Straßenverkehr benutzt werde, im engeren Sinne aber Extremformen wie Körperverletzungen beschreibt.

Asbridge et al. (2006) bezeichnen *road rage* als Situationen, in denen ein Autofahrer oder Beifahrer versucht, einen anderen Verkehrsteilnehmer zu verletzen, zu töten, einzuschüchtern oder sein Fahrzeug zu beschädigen.

Mizell (1997) definiert hingegen den Begriff *aggressive driving* auf ähnliche Weise:

„'Aggressive driving' is defined for this study as an incident in which an angry or impatient motorist or passenger intentionally injures or kills another motorist, passenger, or pedestrian, or attempts to injure or kill another motorist, passenger, or pedestrian, in response to a traffic dispute, altercation, or grievance. It is also considered 'aggressive driving' when an angry or vengeful motorist intentionally drives his or her vehicle into a building or other structure or property.“

Auch Smart et al. (2004) verwenden den Begriff *road rage* für jegliche Form von Aggressivität im Straßenverkehr und summieren Fälle von Personen- und Sachschaden als *serious road rage*:

„Road rage experience was measured through four items: (1) shouting, cursing, rude gesturing, (2) threatening to hurt people or to damage vehicles, (3) intentionally damaging or attempting to damage vehicles, (4) intentionally hurting or threatening to hurt people. The last two items were collapsed for prevalence of serious road rage victimization.“

Galovski und Blanchard (2002b) benutzen einen Katalog von Handlungen, um eine aggressive Fahrweise aufzeigen. Dazu gehören unter anderem das willentliche Blockieren anderer Fahrzeuge, dichtes Auffahren, unsachgemäßes Überholen (wie andere Verkehrsteilnehmer beim Überholvorgang zu schneiden), Missachtung der Vorfahrt, Missachtung des Rechtsfahrgebotes, unsachgemäßes Benutzen von Hupe oder Lichthupe, Missachtung des Signalgebens/Blinkens, obszönes Gestikulieren, Beschimpfungen, Werfen von Gegenständen sowie Körperverletzung. Dabei ist die Absicht ein entscheidendes Element, versehentliche Handlungen und Fahrfehler werden nicht gewertet.

Herzberg und Schlag (2006) versuchen eine Abgrenzung der Begriffe *road rage* und *Aggressionen im Straßenverkehr* durch Zuhilfenahme von Rechtsnormen:

„Der Unterschied zur Aggression im Straßenverkehr im engeren Sinne liegt in der Anwendung der geltenden Rechtsvorschriften. Diejenigen Verhaltensweisen, die zur Kategorie ‚road rage‘ gehören, fallen unter den Einfluss des Strafgesetzbuches. Verhaltensweisen, die zur Aggression im Straßenverkehr gehören, sind Gegenstand des Verkehrsrechts.“

Bei der Begriffsbestimmung verweisen Herzberg und Schlag auf die Klassifikation von Aggression durch Berkowitz (1993) in affektiv und instrumentell; Aggression im Straßenverkehr könnte dabei beide Dimensionen annehmen. Zusammenfassend wird folgende Definition vorgeschlagen:

„Ein Verhalten im Straßenverkehr ist aggressiv, wenn es andere Verkehrsteilnehmer zu schädigen beabsichtigt (affektive Aggression) oder wenn es die Durchsetzung eigener Ziele intendiert, zu deren Erreichung die Schädigung anderer Verkehrsteilnehmer in Kauf genommen wird (instrumentelle Aggression).“

Auch Tasca (2000) grenzt den Begriff *road rage* vom Begriff des *aggressiven Fahrens* ab. Aggressives Fahren nehme bewusst ein erhöhtes Unfallrisiko in Kauf – motiviert durch Ungeduld, Ärger, Feindseligkeit oder den Versuch, Zeit zu sparen. Road rage hingegen beschreibe gewalttätige Auseinandersetzungen in Konflikten im Straßenverkehr mit der Absicht, anderen Verkehrsteilnehmern zu schaden.

Die Polizei Köln (Immekus 2008) erfasst seit 2004 systematisch Aggressionsdelikte im Straßenverkehr:

„Aggressionsdelikte sind Straftaten im Straßenverkehr, bei denen folgende Merkmale zu erkennen sind: 1. besondere Rücksichtslosigkeit im Verkehrsverhalten, 2. Motive

des Handelns liegen in der eigenen Absicht, schneller voran zu kommen, 3. Gewaltanwendung und –androhung gegen Personen und Sachen vor, bei oder nach Begehung des Verkehrsdelikts/-verstößes.“

Ausdrücklich bezieht sich die Definition auf alle Verkehrsteilnehmer. Um eine systematische Erfassung zu gewährleisten, wurde ein Katalog von Straftatbeständen erstellt. Erfasst werden Fälle mit folgenden Straftatbeständen: § 315 c StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs), § 315 b StGB (Gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr und Bahnverkehr), § 240 StGB (Nötigung), § 185 StGB (Beleidigung), § 241 StGB (Bedrohung), § 223 ff StGB (alle Formen der vorsätzlichen Körperverletzung), § 303 StGB (Sachbeschädigung), ggf. § 238 StGB (Nachstellung), ggf. § 113 StGB (Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte).

Bornwasser (2013) stellt fest, dass aggressives Fahrverhalten von ähnlichen Phänomenen wie fehlerhaftem, unaufmerksamem oder riskantem Fahren abzugrenzen ist. Er nennt in diesem Zuge vier Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um von Aggression sprechen zu können: 1. eine energiegeladene Handlung, 2. eine Normabweichung, 3. die Entstehung einer Gefährdungslage mit drohenden Schäden an Personen oder Objekten, 4. einen Handlungswille/eine Intention (Inkaufnahme oder Beabsichtigung dieser negativen Folgen).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bisher keine allgemeingültige Begriffsbestimmung von Aggressivität im Straßenverkehr gibt und die gleichen Begriffe unterschiedlich definiert werden. Dabei bezeichnet *aggressives Fahren* oftmals eine rücksichtslose Inkaufnahme möglicher Schäden und *road rage* Handlungen mit der primären Intention, Personen oder Objekten Schaden zuzufügen. Gängig sind bei der Erfassung Kataloge von Verhaltensweisen oder Straftaten. Ein immer wiederkehrendes Merkmal ist der (mutmaßliche) Handlungswille, welcher entweder als Voraussetzung erachtet wird oder innerhalb einer Klassifizierung verwendet wird. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Begrifflichkeiten und deren Definitionen von aggressivem Verhalten im Straßenverkehr.

Tabelle 1: Definitionen von Aggressivität im Straßenverkehr		
Begriff	Definition	Autor / Studie
Aggressionsdelikte im Straßenverkehr	Drei Merkmale: 1. besondere Rücksichtslosigkeit im Verkehrsverhalten 2. Motiv ist die Absicht, schneller voran zu kommen 3. Anwendung oder Androhung von Gewalt gegen Personen oder Objekte Erfassung gemäß einem Katalog von Straftatbeständen	Immekus (2008), Polizeipräsidium Köln
Aggressive Fahrweise	Definition mittels eines Kataloges von Handlungen, die eine aggressive Fahrweise aufzeigen. Dabei ist die Absicht entscheidend. Versehentliche Handlungen und Fahrfehler werden nicht gewertet	Galovski und Blanchard (2002b)
Aggressives Fahren	Inkaufnahme eines erhöhten Unfallrisikos, motiviert durch Ungeduld, Ärger, Feindseligkeit oder die Absicht, schneller voranzukommen	Tasca (2000)
Aggressivität im Straßenverkehr	Einteilung in affektive Aggression mit dem Ziel, andere Verkehrsteilnehmer zu schädigen und instrumentelle Aggression als Mittel zum Durchsetzen eigener Ziele	Herzberg und Schlag (2006)
Aggressivität im Straßenverkehr	Vier Bedingungen: 1. eine energiegeladene Handlung 2. eine Normabweichung 3. die Entstehung einer Gefährdungslage 4. einen Handlungswillen Drei Formen: zielgerichtete, feindselige und passive Aggressivität	Bornewasser (2013)
Road rage	Situationen, in denen ein Autofahrer oder Beifahrer versucht, einen anderen Verkehrsteilnehmer zu verletzen, zu töten, einzuschüchtern oder sein Fahrzeug zu beschädigen	Asbridge et al. (2006)
Road rage	Einteilung in road rage und serious road rage. Road rage bezeichnet sämtliches aggressives Verhalten im Straßenverkehr, serious road rage versuchte oder erfolgte Sach- oder Personenschäden	Smart et al. (2004)
Road rage	Gewalttätige Auseinandersetzung als Folge eines Konfliktes im Straßenverkehr mit dem Ziel, anderen Verkehrsteilnehmern zu schaden	Tasca (2000)

1.3.2. Psychologische Testverfahren

Für die Operationalisierung von aggressiven Verhaltensweisen im Straßenverkehr haben sich eine Reihe von Testverfahren etabliert. Diese Tests werden u.a. in Studien zur Messung von Prävalenz und Risikofaktoren benutzt.

Deffenbacher et al. (1994) entwickelten die Driving Anger Scale (DAS), um Ärger auslösende Situationen im Straßenverkehr zu erfassen. Der Fragebogen umfasst 33 Items in sechs Unterkategorien: feindselige Gesten anderer, illegales Fahrverhalten anderer, Polizeipräsenz, langsames Fahren anderer, unhöfliches Verhalten anderer, Verkehrsbehinderung durch dichten Verkehr.

Der Fragebogen zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr (AViS) von Herzberg und Guthke (Herzberg 2003) bildet einen Gesamtwert aus den Faktoren instrumentelle Aggression, Ärger, Spaß an Gewalt, Ausleben und Negativismus; außerdem wird der Faktor soziale Erwünschtheit als Kontrollskala erhoben.

Der Driver Behaviour Questionnaire (DBQ) wurde von Reason et al. (1990) entwickelt, um zwischen Fahrfehlern und absichtlichen Regelverstößen bei der Unfallursachenforschung zu unterscheiden. Dabei werden die Faktoren leichte Fehler (Schnitzer, engl. *lapses*) wie das Einordnen in die falsche Spur vor einer Kreuzung, schwerere Fehler (*hazardous errors*) wie das Übersehen von Fußgängern beim Abbiegen und bewusste Regelverstöße wie rechts überholen auf der Autobahn unterschieden. Die Items der Kategorie bewusste Regelverstöße sind dabei oftmals als aggressiv zu werten, wie folgende Statements zeigen: „*Sie haben eine Abneigung gegen eine bestimmte Art von Autofahrern und zeigen ihnen das, wo immer Sie können?*“ oder „*Sie ärgern sich über einen anderen Fahrer und jagen ihm hinterher, um ihm zu zeigen, was Sie von ihm halten?*“ Lawton et al. (1997) unterschieden in einer modifizierten Version des DBQ zwischen nicht-aggressiven und aggressiven Regelverstößen. Stradling und Meadows (2000) zeigten, dass die Items der aggressiven Regelverstöße des DBQ mit Items des DAS signifikant korrelieren. Personen, die selbst aggressiv im Straßenverkehr agieren, ärgern sich demnach auch mehr über rücksichtsloses oder aggressives Verhalten anderer Verkehrsteilnehmer.

Das Driving Anger Expression Inventory (DAX) von Deffenbacher, Lynch et al. (2002) misst, auf welche Weise Verkehrsteilnehmer ihren Ärger auf der Straße ausdrücken. Es wird zwischen vier Formen des Aggressionsverhaltens unterschieden: verbale Aggression, körperliche Aggression, das Benutzen des Fahrzeugs, um Ärger auszudrücken sowie adaptiver/konstruktiver Ärger als Form der positiven Bewältigung (zum Beispiel „Ich versuche mich zu entspannen“ oder „Ich versuche noch sorgfältiger, ein guter Fahrer zu sein“).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die hier vorgestellten psychologischen Testverfahren.

Tabelle 2: Psychologische Testverfahren zur Messung und Klassifizierung von Wut und Aggressivität im Straßenverkehr

Name des Tests	Gemessene Variablen	Faktoren / Kategorien	Studie
AVIS Fragebogen zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr	Aggressive Verhaltensweisen im Straßenverkehr	Die Faktoren instrumentelle Aggression, Ärger, Spaß an Gewalt, Ausleben und Negativismus bilden einen Gesamtwert.	Herzberg (2003)
DAS Driving Anger Scale	Auslöser von Ärger beim Fahren	6 Unterkategorien, siehe Fließtext	Deffenbacher et al. (1994)
DAX Driving Anger Expression index	Reaktionen auf Ärger beim Fahren	4 Formen: verbale Aggression, körperliche Aggression, Benutzen des Fahrzeugs in aggressiver Absicht und Adaptation	Deffenbacher, Lynch et al. (2002)
DBQ Driver Behaviour Questionnaire	Fehler und Regelverstöße im Straßenverkehr (entwickelt zur Unfallursachenforschung)	Modifizierte Version: neutrale und feindselige Regelverstöße	Reason et al. (1990), modifiziert durch Stradling und Meadows (2000)

1.3.3. Epidemiologie

Aggression im Straßenverkehr wird selten systematisch erfasst und ist somit schwer zu quantifizieren. Studien zur Messung der Prävalenz aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr greifen daher oft auf die oben vorgestellten Fragebögen oder sogar auf die Präsenz des Themas in den Medien zurück.

Smart und Mann (2002) fanden in einem Zeitraum von drei Jahren 59 Fälle von *road rage* in der kanadischen Presse. Insgesamt fanden sich 57 männliche und 13 weibliche Opfer und 57 männliche und 5 weibliche Täter. Vier Personen verstarben, davon drei in Folge einer Schussverletzung. Marshall und Thomas (2000) erhoben 60 Fälle von *road rage* aus Medienberichten in Großbritannien, davon 20% tödlich. Auch Fumento (1998) fand einen Anstieg von Berichten über aggressives Fahren in den USA, kritisierte aber die Medienberichterstattung und schlussfolgerte, es handele sich bei dem Phänomen um eine Erfindung der Presse.

Joint (1995) fand in einer Umfrage in den USA, dass 90% der befragten 526 Personen innerhalb des letzten Jahres Aggressivität im Straßenverkehr erlebten; 60% der Befragten gaben zu, sich selbst aggressiv verhalten zu haben. Aggressiv dichtes Auffahren erlebten 62% der Befragten, gefolgt von aggressiver Benutzung der Lichthupe (59%), obszönen Gesten (48%) und absichtlichem Behindern (21%). In 1% der Fälle gaben die Befragten an, Opfer von körperlicher Gewalt aufgrund eines Konfliktes im Straßenverkehr geworden zu sein. Obwohl 62% angaben, Opfer von aggressiv dichtem Auffahren zu sein, gaben nur 6% der Befragten zu, selbiges

begangen zu haben. Immerhin 45% gaben an, die Lichthupe aus Wut gegenüber anderen Verkehrsteilnehmern benutzt zu haben.

Mizell (1997) fand durchschnittlich etwa 1.500 Fälle mit Verletzten oder Toten durch aggressives Verhalten im Straßenverkehr in den USA pro Jahr: In einem Zeitraum von 6 Jahren und 8 Monaten erfasste er 10.037 Fälle mit 12.610 Verletzten und 218 Toten. Die Zahlen stiegen dabei kontinuierlich an: von 1.129 Fällen im Jahr 1990 auf 1.708 Fälle im Jahr 1995. In circa 4.400 Fällen wurde eine Schuss-, Stich- oder Schlagwaffe benutzt, in circa 2.300 Fällen erfolgte der Gebrauch des Fahrzeugs als Waffe. In 322 Fällen wurde häusliche Gewalt auf der Straße ausgetragen. Durchschnittlich 38 Fälle pro Jahr waren als rassistisch motiviert zu erachten. In 221 Fällen wurden Polizeibeamte absichtlich mit Fahrzeuge attackiert, 48 Polizeibeamten starben in Folge. Die Täter waren mehrheitlich junge Männer (es gab lediglich 413 weibliche Täter) mit niedrigem Bildungsgrad, oftmals vorbestraft und mit Alkohol-, Drogen oder Gewaltproblemen in der Vorgeschichte. Viele Täter hatten unmittelbar vor der Tat emotionale oder berufliche Rückschläge wie Verlust eines Angehörigen, Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Scheidung beziehungsweise Trennung vom Lebenspartner erlitten.

In einer kanadischen Studie (Smart, Mann und Stoduto, 2003) gab fast die Hälfte (46,6%) der Befragten an, in den vergangenen 12 Monaten Opfer von aggressivem Verhalten wie Beschimpfungen und rüden Gesten gewesen zu sein. Immerhin 7,2% wurden mit Schäden an ihrem Fahrzeug oder ihrer Person bedroht. Fast ein Drittel der Befragten (31,7%) gaben aggressives Verhalten wie Beschimpfungen und rüde Gesten zu und 2,1% der Befragten gaben zu, andere Verkehrsteilnehmer mit Schäden an Fahrzeug oder Person gedroht zu haben.

Smart et al. (2005) fanden in wiederholten Umfragen einen Rückgang bei der Opfererfahrung von *road rage* über einen Zeitraum von drei Jahren, während die selbst berichtete Täterschaft im selben Zeitraum stabil blieb. Als mögliche Erklärung wurde eine Sensibilisierung gegenüber aggressivem Verhalten im Straßenverkehr bei in Wahrheit gleichbleibender Häufigkeit genannt.

Parker, Lajunen und Summala (2002) untersuchten Ärger und Aggressionen im Straßenverkehr in drei europäischen Ländern mittels modifizierter Versionen des DBQ und DAS. Es wurden Probanden aus Großbritannien, den Niederlanden und

Finnland zu 22 Situationen befragt und gemessen, inwieweit diese Situationen Ärger auslösen und eine Reaktion provozierten. Im Ländervergleich zeigten sich Unterschiede bezüglich der einzelnen Ärger auslösenden Situation, vermutlich bedingt durch andersartige lokale Verkehrsverhältnisse – das Niveau des Ärgers und das Ausmaß der Reaktion unterschieden sich im Ländervergleich aber nicht signifikant.

Aggressionsdelikte im Straßenverkehr in Köln (Immekus 2008) stiegen von 1.326 Fällen im Jahr 2004 auf 1.707 Fälle im Jahr 2007. Eine detailliertere Beschreibung liefert der Verkehrsbericht des Polizeipräsidium Kölns aus dem Jahr 2005: 39,1% der Tatverdächtigen waren bereits kriminalpolizeilich in Erscheinung getreten, 88% der Tatverdächtigen waren männlich, nur 12% weiblich. Die meisten Tatverdächtigen entfielen auf die Altersgruppe 24-40 Jahre: 45,7% der männlichen und 52,8% der weiblichen Tatverdächtigen gehörten in diese Altersgruppe, nur 13,8% der Tatverdächtigen waren 18-24 Jahre alt.

Randel (2013) untersuchte exemplarisch 35 Fälle, die den Deliktsbereich Aggressivität im Straßenverkehr zum Gegenstand hatten und vor dem Landgericht Hamburg verhandelt wurden. Die Täter waren in 34 Fällen männlich und in einem Fall weiblich. Bei 17 Tätern fanden sich ein oder mehrere Einträge im Verkehrszentralregister, lediglich sechs Täter waren vorbestraft. Die Mehrzahl der Täter war also in der Vorgeschichte weder strafrechtlich noch verkehrsrechtlich auffällig.

Insgesamt gibt es einige Querschnittstudien, aber nur wenig Längsschnittstudien zum Thema Aggressivität im Straßenverkehr. Wenn doch, wurden nur kurze Zeiträume von wenigen Jahren untersucht. Aggressivität im Straßenverkehr in milder Form betrifft studienübergreifend einen Großteil oder sogar die Mehrheit der Bevölkerung. Schwerere Formen wie Gewaltandrohung oder Gewaltanwendung finden sich seltener; deren Häufigkeit geben nahezu alle Studien im einstelligen Prozentbereich an. Somit handelt es sich allerdings auch bei schweren Formen um mehr als nur Einzelfälle. Aggressivität im Straßenverkehr scheint ein universelles Problem und findet länderübergreifend Beachtung. Im zeitlichen Verlauf zeigen die meisten Studien einen Anstieg der Häufigkeit, wobei eine Sensibilisierung gegenüber der Thematik gerade bei Umfragen eine Rolle spielen kann. Eine Studie zeigte einen

Rückgang der Opfererfahrung, bei allerdings konstanten Angaben über eigene Vergehen.

1.3.4. Ärger und aggressives Verhalten

Berkowitz (1993) unterscheidet zwischen affektiver (mit dem primären Ziel, Schaden anzurichten) und instrumenteller (Schaden in Kauf nehmend als Mittel zum Zweck) Aggression. Die Aggressionsbereitschaft werde entscheidend durch emotionale Erregung in Form von Ärger begünstigt. Aggressionsbezogene Hinweisreize in der jeweiligen Situation – zum Beispiel die Anwesenheit von Waffen – bewirken dann nach Berkowitz ein aggressives Verhalten.

Huesman und Eron (1984) untersuchten den Zusammenhang von Aggressivität und Verkehrsdelikten in New York. Von Klassenkameraden im Alter von acht Jahren als hochaggressiv eingestufte Kinder wiesen 22 Jahre später in mehr als 60% der Fälle Einträge im Verkehrsregister auf. Als Kinder wenig aggressive Personen waren im Alter von 30 Jahren nur in 25% der Fälle wegen Verkehrsdelikten auffällig.

Junger, West und Timman (2001) zeigten, dass Unfallbeteiligte in Den Haag doppelt so häufig in der Kriminalstatistik verzeichnet sind wie die Normalbevölkerung. Innerhalb dieser Gruppe weisen besonders risikoreich fahrende Unfallverursacher ein 8,3-faches Risiko auf, bereits Verkehrsdelikte begangen zu haben; das Risiko für Gewaltdelikte ist 2,1-fach erhöht. Andersherum erlaubt auch das Begehen von Straftaten eine Vorhersage von Verkehrsunfällen (Junger, van der Heijden und Keane 2001): Personen, die im Laufe ihres Lebens Gewaltdelikte begangen haben, weisen ein 2,4-faches Risiko auf, an einem Verkehrsunfall beteiligt zu sein. Herzberg und Schlag (2006) zeigten in einer Übersicht, dass die Mehrzahl der Studien eine moderat positive Korrelation von Aggressivität und auffälligem Verhalten im Straßenverkehr aufweist.

Nach einem Modell (Schöch 2009) sind frustrierende Situationen im Straßenverkehr – wie zum Beispiel ein Stau – Ausgangspunkt für Ärger. In Abhängigkeit von individueller Disposition und Umgebungsfaktoren entsteht dann die Bereitschaft, sich aggressiv zu Verhalten. Verstärkend im Sinne der operanten Konditionierung wirkt dabei, dass die Konsequenzen aggressiven Verhaltens (wie beispielsweise ein schnelleres Vorankommen) vom Verursacher meist als positiv empfunden werden.

1.3.5. Personenbezogene Ursachen und Einflussfaktoren

Geschlecht: Wie unter 1.3.3 bereits erwähnt, gehen Gewaltdelikte im Straßenverkehr häufiger von Männern aus. Männer und Frauen unterscheiden sich allerdings nicht in der Tendenz, Ärger im Straßenverkehr zu entwickeln (Deffenbacher et al. 2003). Männer reagieren jedoch aggressiver und risikobereiter (Parker, Lajunen und Summala 2002; Smart et al. 2003).

Alter: Ein niedriges Alter geht sowohl mit mehr Fahrfehlern als auch mit mehr Regelverstößen im Straßenverkehr einher (Reason et al. 1990). Zudem reagieren jüngere Fahrer eher aggressiv auf Feindseligkeiten, Unachtsamkeiten oder ungeduldiges Verhalten im Straßenverkehr, ältere Fahrer fühlen sich hingegen durch rücksichtsloses Verhalten anderer eher zu einer Reaktion provoziert (Parker, Lajunen und Summala 2002).

Wohnsitz: Ein urbaner Wohnsitz korreliert signifikant mit der Zahl der Opfer und Verursacher von aggressivem Verhalten im Straßenverkehr (Smart et al. 2004)

Einkommen und Bildung: Die Wahrscheinlichkeit, andere Verkehrsteilnehmer zu beschimpfen, ist größer bei Personen mit einem höheren Einkommen und bei unverheirateten Personen. Die Wahrscheinlichkeit, andere zu bedrohen, ist jedoch mit einem niedrigen Bildungsgrad assoziiert (Smart, Mann und Stoduto 2003).

Art des Fahrzeuges: Laut einer kanadischen Studie (Smart et al. 2004) spielt die Art des Fahrzeugs nur bei Verursachern von Aggressivität im Straßenverkehr eine Rolle; das Niveau der Aggression ist bei Fahrern von Hochleistungs-Fahrzeugen wie Sportwagen am höchsten, bei Fahrern von Minivans am geringsten. Eine Studie von Krahe und Fenske (2002) zeigt eine Neigung zu einer aggressiven Fahrweise bei jüngeren Fahrern, Fahrern mit einem Macho-Persönlichkeitsmuster und Besitzern von PS-starken Autos.

Persönlichkeit: Die Persönlichkeitsmerkmale Motor Impulsiveness, Nonplanning, Thrill and Adventure Seeking, Disinhibition und Sensitivity to Reward korrelierten in einer modifizierten Version des DBQ signifikant mit aggressiven Verstößen (Constantinou et al. 2011). Nabi et al. (2005) zeigten, dass ein Typ-A-Verhalten (übersteigerter Tatendrang, Aggressivität, Ehrgeiz, Konkurrenzstreben) mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergeht. Bei Jugendlichen korreliert die Anzahl von

Verkehrsverstößen positiv mit den Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion und Risikolust einher (Renner und Anderle 2000).

Psychologische Faktoren: Fong, Frost und Stansfeld (2001) untersuchten Opfer und Verursacher von *road rage* und fanden höhere Stresslevel in beiden Gruppen bei sonst unterschiedlichen demographischen Merkmalen. Verursacher von Aggressivität im Straßenverkehr zeigten insgesamt das höchste Level von psychiatrischer Komorbidität, Ärger und körperlicher Aggression. Galovski, Blanchard und Veazey (2002) fanden bei 30 untersuchten aggressiven Fahrern eine höhere Wahrscheinlichkeit für Achse-I und Achse-II Störungen nach DSM-IV gegenüber einer Kontrollgruppe: 47% der aggressiven Fahrer wiesen einen Alkohol- oder Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte auf, 33% erfüllten die Kriterien für Störungen der Impulskontrolle (*intermittent explosive disorder, IED*). Zudem war das Risiko für eine antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung bei aggressiven Fahrern erhöht. In einer Folgestudie (Galovski und Blanchard 2002a) zeigten aggressive Fahrer höhere Level von Angst (*anxiety*), Feindseligkeit (*hostility*), allgemeinen Ärger, Konkurrenzdenken (*competitiveness*) und Ärger beim Fahren gegenüber einer Kontrollgruppe. Aggressive Fahrer mit Störungen der Impulskontrolle zeigten darüber hinaus höhere Level von Angriffslust (*assaultiveness*), Unmut (*resentment*), Ungeduld (*impatience*) und wütendem Temperament gegenüber IED-negativen, aggressiven Fahrern.

1.3.6. Verkehrsbezogene Ursachen und Einflussfaktoren

Joint (1995) zeigte, dass fast die Hälfte der Fälle von *road rage* auf Hauptstraßen (46%) stattfindet, jeweils rund ein Viertel auf Autobahnen (26%) und Nebenstraßen (23%) und 4% auf Parkplätzen. Hennessy und Wiesenthal (1999) untersuchten den Einfluss der Verkehrsdichte auf Stress und Aggressivität beim Fahren. Eine höhere Verkehrsdichte geht sowohl mit mehr Stress beim Fahren als auch mit einem höheren Level von Aggressivität einher. Die individuelle Stressanfälligkeit spielt dabei eine Rolle: Die Eigenschaft, Fahren als generell stressig anzusehen, hat Auswirkungen auf das Stresslevel sowohl in dichtem als auch in weniger dichtem Verkehr. Zeitnot wirkt bei hoher und niedriger Verkehrsdichte als Stressor. Smart et al. (2004) zeigten, dass Opfer und Verursacher von *road rage* häufiger auf vielbefahrenen Straßen fahren.

Manssen (2013) betrachtet durch ungleichmäßigen Verkehrsfluss ausgelöste Frustration als wesentliche aggressionsauslösende respektive aggressionsfördernde Ursache im Straßenverkehr. Dazu gehören insbesondere hohe Geschwindigkeitsdifferenzen innerhalb des Systems Straßenverkehr, wie beispielsweise auf Autobahnen zu finden.

1.3.7. Gesellschaftliche Ursachen und Einflussfaktoren

Lupton (2002) fand in Telefoninterviews, dass befragte Personen *road rage* als Reaktion auf die Beanspruchung des städtischen Lebens (*response to the stresses of urban living*) sehen. Ärger im Straßenverkehr sei nicht nur Antwort auf Stress im Straßenverkehr, sondern auch auf Belastungen wie Wettbewerb im Arbeitsumfeld und Zeitmangel. Auch Randel (2013) sieht ein hohes Stressniveau in einer auf Effizienz getrimmten Welt als Faktor für Ärger im Straßenverkehr an.

Whitlock (1971) zeigte eine signifikante Korrelation zwischen der Rate von Verkehrstoten und der Rate von Todesfällen aufgrund häuslicher Gewalt in 27 untersuchten Ländern. Whitlock schlussfolgert, Verletzungen und Todesfälle seien zu einem erheblichen Teil Ausdruck der Menge an Gewalt und Aggression in einer Gesellschaft: „Jene Gesellschaften mit der größten Menge an Gewalt und Aggression in ihrer Struktur werden dies durch anteilweiser Externalisierung in Form eines gefährlichen und aggressiven Fahrstils zeigen.“

1.3.8. Maßnahmen zur Kontrolle und Prävention

Asbridge et al. (2006) identifizierten fünf gegen Aggressivität im Straßenverkehr gerichtete Maßnahmen. So seien Gesetzesänderungen, juristische Interventionsprogramme, technische Maßnahmen, Medienkampagnen und sozialer Wandel möglich. Keine der Maßnahmen könne allerdings bis dato überzeugen.

Psychologische Maßnahmen: Als wirksamste therapeutische Interventionsmöglichkeit erwiesen sich Methoden, die der kognitiven Verhaltenstherapie entstammen (Hofmann, Petermann, Witthöft, 2013). Deffenbacher, Filetti et al. (2002) verglichen ihr kognitiv-verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm mit dem alleinigen Vermitteln von Entspannungstechniken. Beide Programme senken Ärger und Aggression beim Fahren signifikant. Das

kognitiv-verhaltenstherapeutische Regime senkt darüber hinaus riskante Verhaltensweisen im Straßenverkehr.

Technische Maßnahmen: Bornewasser (2013) sieht technische Maßnahmen als am erfolgversprechendsten gegen Aggressivität im Straßenverkehr. Fahrassistenzsysteme könnten ausgebaut werden und telemetrische Kontrollinstanzen über aggressives Fahrverhalten – wie zum Beispiel einen zu geringen Abstand – informieren. Auf diese Weise könnten Risikopersonen identifiziert und zur Nachschulung verpflichtet werden. Denkbar sei eine solche Maßnahme flächendeckend, als freiwillige Alternative zum Führerscheinentzug oder als Möglichkeit, Versicherungsprämien zu senken.

Legislative Maßnahmen: Manssen (2013) sieht in der Herstellung eines gleichmäßigen Verkehrsflusses ein effektives Mittel zur Verminderung von Aggressivität im Straßenverkehr und nennt zwei mögliche Maßnahmen: Geschwindigkeitsbeschränkungen auf Autobahnen sowie LKW-Überholverbot auf Autobahnen. Gleichzeitig müsse eine verbesserte Kontrolle von Verkehrsvorgängen erreicht werden. Zum einen seien klassische Kontrollmaßnahmen auszubauen, zum anderen schlägt er „roadwatch“-Programme vor. Bei einer Beschwerdestelle könnten Verkehrsteilnehmer anonym rechtswidriges Verhalten melden. Eine bestimmte Anzahl von Verstößen zöge dann Maßnahmen wie beispielsweise eine Fahreignungsprüfung nach sich.

Juristische Maßnahmen: Laut Randel (2013) seien sowohl im Strafrecht als auch im Verkehrsrecht geeignete Mittel vorhanden, um aggressivem Verhalten im Straßenverkehr zu begegnen. Als besonders wirkungsvoll erachtet Randel die Entziehung der Fahrerlaubnis: Abgesehen von wenigen Extremfällen mit möglicher Freiheitsstrafe sei nichts eindrucksvoller als die „zwangsweise Mutation vom Kraftfahrer zum Fußgänger auf Zeit.“

Als sogenannte „Führerscheinmaßnahmen“ stehen das Fahrverbot (§44 StGB) für eine Dauer von 1 bis 3 Monaten und die Entziehung der Fahrerlaubnis (§§69, 69a StGB) mit Erlöschen der Fahrerlaubnis und Sperrfrist bis zum Wiedererwerb zur Verfügung. Erhebliche präventive Bedeutung hat auch die sogenannte Nachschulung (§4 Abs. 4 StVG). Die o.g. „Führerscheinmaßnahmen“ sind auch bei Straftaten außerhalb des Straßenverkehrsrechts möglich, sofern ein Zusammenhang mit dem

Führen eines KFZ oder eine Pflichtverletzung eines KFZ-Führers besteht (Schöch 2009). Ebenso ist die Anordnung einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) bei Straftaten, die im Zusammenhang mit der Fahreignung stehen möglich. Dies gilt insbesondere, falls Anhaltspunkte für ein hohes Aggressionspotential bestehen (Banse 2012).

Polizeiliche Maßnahmen: Die Polizei Köln erprobte Gefährderansprachen als Teil eines Anti-Aggressions-Programms gegen Aggressivität im Straßenverkehr (Immekus 2008). Sachverhalte, die bei der Bearbeitung durch hohe Aggressionsbereitschaft auffallen, werden an geschultes Personal der Verkehrspolizei weitergeleitet. Dieses prüft die Möglichkeit einer Gefährderansprache. Die Kontaktaufnahme mit dem Gefährder erfolgt dann über einen Spontanbesuch an der Wohnanschrift. Das eigentliche Gespräch erfolgt freiwillig und ist sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Es geht dabei nicht um die Aufarbeitung des Vorfalls, sondern um die Entwicklung von Handlungsalternativen. Erfolgreich sei diese Methode insbesondere bei erstmals polizeilich auffälligen Tätern, so Immekus, bei allen anderen als Gefährder klassifizierten Tatverdächtigen seien intensivere Anti-Aggressions-Programme anzuwenden.

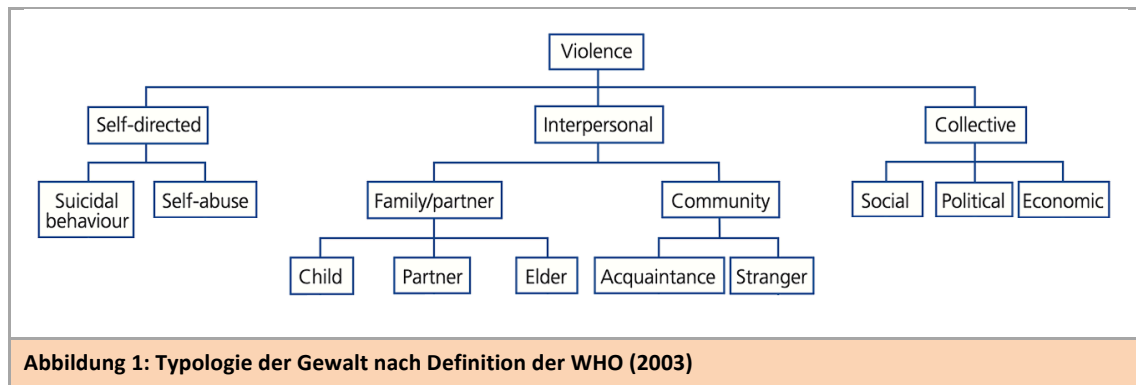
1.4. Gewalteinwirkung und Folgen

1.4.1. Formen von Gewalt und Gewalteinwirkung

Ähnlich dem Begriff *Aggressivität im Straßenverkehr* wird auch der Begriff *Gewalt* unterschiedlich definiert und eingeteilt. Es existiert jedoch eine weitgehend anerkannte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gewalt sei demzufolge

„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.“

Gewalt könne dabei selbstbezogen, interpersonell oder kollektiv sein (Weltgesundheitsorganisation 2003). Einen Überblick über die Typologie der Gewalt nach Definition der WHO zeigt Abbildung 1.



In der rechtsmedizinischen Praxis lässt sich die Gewalteinwirkung in scharf, halbscharf und stumpf klassifizieren, wobei Übergänge und Kombinationen möglich sind. Tabelle 3 zeigt die Einteilung von Gewaltformen nach Dettmeyer und Verhoff (2011).

Tabelle 3: Formen der Gewalt nach Dettmeyer und Verhoff (2011)			
Form der Gewalt	Unterform	Mechanismus	Waffe, Werkzeug, Gegenstand (Bsp.)
Scharfe Gewalt	Schnitt	Schneiden mit scharfer Klinge	Messer, Scherbe, Glas, Rasierklinge, Papier
	Stich	Stechen mit scharfer Klinge	Messer, Scherbe, Schere
Halbscharfe Gewalt		Hieb, Beißen	Beil, Schwert, Zähne
		Sägen	Säge
Stumpfe Gewalt	Nicht geformt	Schlagen, Treten oder Stoßen mit großer Auftrefffläche, Sturz auf flache Ebene	Hand, Faust, (beschuhter) Fuß
	Geformt	Schlag mit kantigem Gegenstand, Tritt (Schuhsohle), Sturz auf einen vorstehenden Gegenstand	Hammer, Stein, Stock, Kantholz, Türrahmen, Tischkanten, beschuhter Fuß
Punktförmige Gewalt		Schuss, Spießung	Schusswaffe, Bolzenschussgerät, Pfeil, Speer, Schnabel
Thermische Gewalt	Hitze	Verbrennen, Verbrühen	Offene Flamme, erhitzter Gegenstand; heiße Flüssigkeiten, Gase und Dämpfe; Umgebungstemperatur
	Kälte	Wärmeabfluss	Niedrige Umgebungstemperatur, selten kalter Gegenstand
Elektrische Energie	Strom, Blitzschlag	Stromfluss, »Stromschlag«	Elektrischer Leiter

1.4.2. Gewalteinwirkung und Verletzungsmuster bei Gewalttaten

Seifert et al. (2009) untersuchten 2.733 Opfer von Gewalt hinsichtlich ihrer Verletzungsmuster. Die Autoren unterschieden bei der Täter-Opfer-Beziehung zwischen intim, bekannt und fremd – und jeweils zwischen sexuell und nicht-sexuell. Unter den Opfern waren 1.700 Frauen (62%) und 1.033 Männer (38%). Am

häufigsten waren Frauen der Altersgruppe 15-19 Jahre und Männer der Altersgruppe 20-24 Jahre betroffen. Zumeist kam ausschließlich körperliche Gewalt (76,6%) zum Einsatz. In 15,9% der Fälle kam zur Kombination von körperlicher Gewalt und dem Einsatz eines Tatwerkzeuges. In 6,6% der Fälle wurden ausschließlich Objekte zur Gewaltausübung eingesetzt, am häufigsten (11,2%) bei Aggressionsdelikten, die von fremden Personen ausgingen. Einen Überblick über die Verletzungsmuster bei stumpfer Gewalteinwirkung der verschiedenen Täter-Opfer-Konstellationen gibt Tabelle 4.

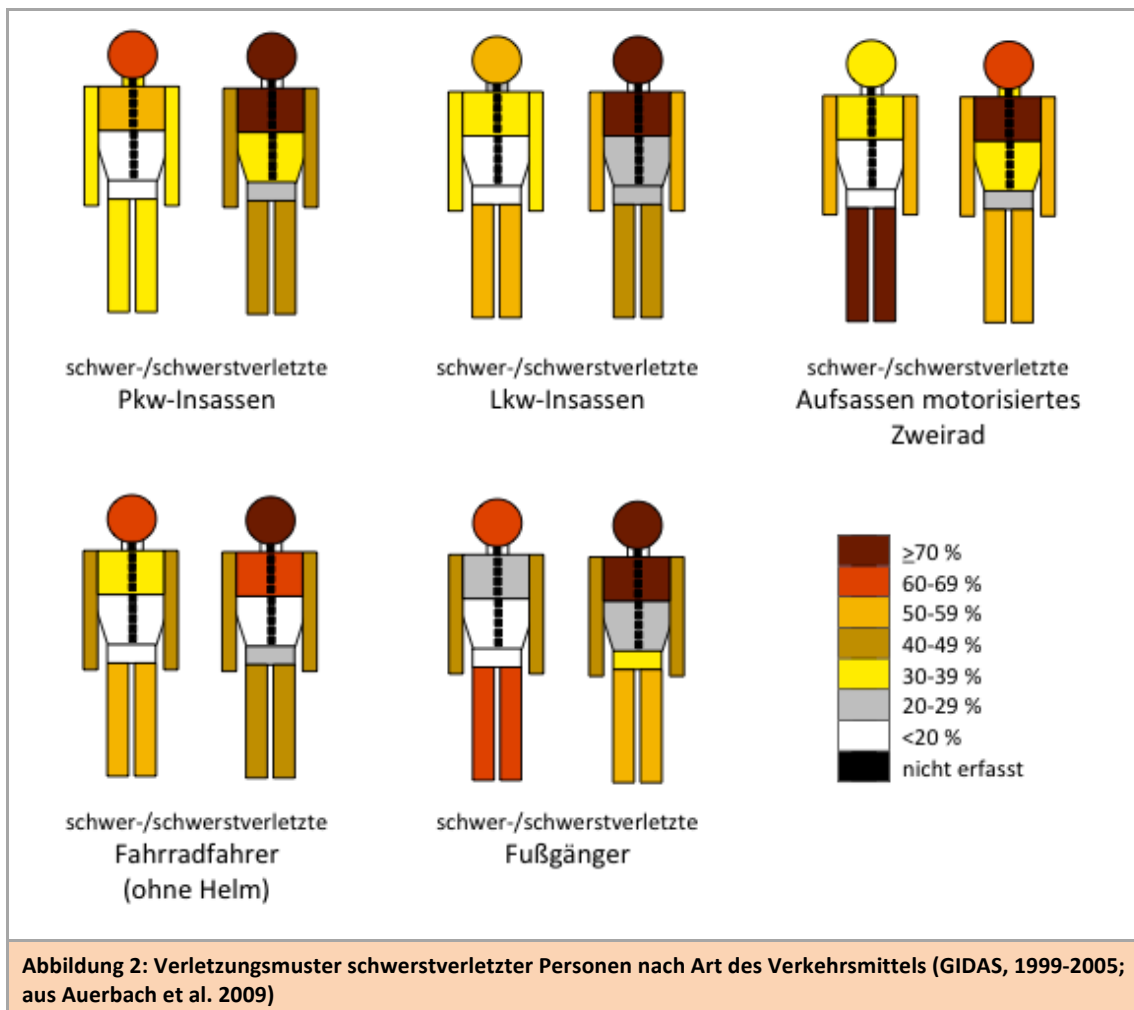
Täter-Opfer-Beziehung	Art	Gesicht	Schädel	Hals/Nacken	Rücken	OE	UE
Intim Partnerbeziehung	Nicht-sexuell	52,8%	16,0%	14,2%	17,2%	52,9%	35,5%
	Sexuell	25,2%	8,1%	9,8%	11,4%	44,7%	42,3%
Bekannt z.B. Freundeskreis, Verwandtschaft	Nicht-sexuell	50,5%	19,3%	11,5%	11,1%	37,8%	23,0%
	Sexuell	15,4%	3,8%	11,1%	11,1%	28,2%	23,9%
Fremd	Aggression	51,7%	15,1%	4,9%	8,4%	32,0%	23,5%
	Sexuell	21,6%	5,8%	9,4%	11,7%	26,9%	26,9%
	Raub	56,0%	22,7%	8,8%	8,8%	33,8%	21,3%

Müller et al. (2009) untersuchten Fälle von gefährlicher und schwerer Körperverletzung im öffentlichen Raum in der Stadt Hamburg. Die Tatverdächtigen waren im Schnitt 25,4 Jahre alt. In 8,8% der Fälle gab es weibliche Tatverdächtige, in 17,0% weibliche Opfer. Weibliche Tatverdächtige verletzten in 23 von 36 Fällen weibliche Opfer. In 53,3% waren sich Tatverdächtige und Opfer nicht bekannt und in 26,8% flüchtig bekannt, in 19,9% waren sich Tatverdächtige und Opfer bekannt oder verwandt. Die häufigste Tatörtlichkeit waren öffentliche Straßen/Wege (48,0%), gefolgt vom ÖPNV (16,8%).

1.4.3. Gewalteinwirkung und Verletzungsmuster bei Verkehrsunfällen

In einer Studie auf Basis der GIDAS-Daten (*German In-Depth Accident Study*) mit Schwerpunkt auf Schwerstverletzte wurden 15.259 Personen untersucht (Auerbach et al. 2009). Von den verletzten Verkehrsteilnehmern waren 71,3% motorisiert (54,9% PKW-Insassen, 5,0% LKW-Insassen, 11,4% Aufsassen motorisierter Zweiräder), 18,7% Fahrradfahrer und 10,1% Fußgänger. Es fanden sich 70,5% Leichtverletzte,

26,0% Schwerverletzte, 1,4% Schwerstverletzte und 2,1% Getötete. Die höchste Zahl an schwer und schwerstverletzten sowie getöteten Personen fanden sich in der Gruppe der Fußgänger, gefolgt von Aufsassen motorisierter Zweiräder und Fahrradfahrern. Auch die Verletzungsmuster unterscheiden sich nach Art des Verkehrsmittels: Bei PKW-Insassen stehen Kopf- und Thoraxverletzungen im Vordergrund, bei LKW-Insassen darüber hinaus Verletzungen der Extremitäten. Bei motorisierten Zweiradfahrern sind hingegen Extremitätenverletzungen am häufigsten. Fahrradfahrer zeigen am häufigsten Kopfverletzungen, wobei sich das Risiko durch Tragen eines Helmes erheblich verringern lässt. Fußgänger zeigen ebenfalls Kopf- und Extremitätenverletzungen. Eine farbkodierte Übersicht gibt Abbildung 2.



Lefering untersuchte 2009 Daten aus dem Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), die einen Zeitraum von 10 Jahren umfassten

(1997-2006). Im Gegensatz zur amtlichen Unfallstatistik ist die Gesamtzahl der im Traumaregister registrierten Fälle nahezu unverändert. Veränderungen waren allerdings bezüglich Art des Verkehrsmittels feststellbar: So sank der Anteil der Autofahrer an der Gesamtheit aller Verletzten innerhalb von 10 Jahren von 60% auf 50%, die Anzahl der Fußgänger und Zweiradfahrer stieg um jeweils 5% von 10% auf 15% beziehungsweise von 30% auf 35%. Fußgänger und Fahrradfahrer wiesen mit über 70% am häufigsten Kopfverletzungen auf, Motorradfahrer am wenigsten mit 45%. Signifikante Trends bezüglich der Verletzungsmuster fanden sich bei Kopf- und Beinverletzungen (beide abnehmend) sowie Wirbelsäulen und Thoraxverletzungen (Tendenz steigend). Bei Arm- und Abdomenverletzungen gab es hingegen keinen Trend.

2. Zielsetzung und Arbeitshypothesen

Diese Arbeit hat zum Ziel rechtsmedizinische relevante Informationen über gewalttätige Konflikte im Straßenverkehr zu erarbeiten. So sollen die beteiligten Personen, der Tatort und Tatzeitpunkt, die Art der Gewalt sowie Art und Lokalisation von Verletzungen charakterisiert werden. Aus den in der Einleitung vorgestellten Studien leiten sich folgende Arbeitshypothesen ab, die im Rahmen dieser Arbeit überprüft werden sollen:

1. Die Mehrzahl der beteiligten Personen – sowohl Opfer und Täter – sind männlich.
2. Das Geschlecht des Opfers entspricht in der Regel dem Geschlecht des Täters.
3. In den meisten Fällen agieren Einzeltäter.
4. Opfer und Täter sind einander in der Regel nicht bekannt.
5. Es handelt sich vorwiegend um körperliche Gewalt ohne Einsatz von Tatwerkzeugen.
6. Kommt es zu instrumenteller Gewalt (mit Hilfe von Tatwerkzeugen), handelt es sich überwiegend um den Gebrauch des Fahrzeugs als Waffe.
7. Die Art der Gewalteinwirkung ist überwiegend stumpf.
8. Die Verletzungen betreffen den Kopf-Hals-Bereich sowie die Extremitäten.
9. Schwere Verletzungen treten eher bei männlichen als bei weiblichen Opfern auf.
10. Schwere Verletzungen werden eher durch männliche als durch weibliche Täter verursacht.
11. Schwere Verletzungen treten eher beim Einsatz von instrumenteller Gewalt auf.
12. Der Einsatz von instrumenteller Gewalt korreliert mit einer höheren Rate von stationären Behandlungen.
13. Verletzungen finden sich gehäuft, wenn sich die Art des Verkehrsmittels von Opfer und Beschuldigtem unterscheidet.

3. Material und Methoden

3.1. Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt

Das Institut für Rechtsmedizin (IfR) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) betreibt seit 1999 die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt. Diese bietet Opfern von Gewalt- und Sexualstraftaten Hilfe durch medizinische Beratung. Zu den weiteren Leistungen der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt zählen Dokumentation und Spurensicherung von Verletzungen sowie die Erstellung von Gutachten.

Für den Zeitraum vom 01.01.2002 bis 31.12.2012 wurde für jedes Opfer von Gewalt zusätzlich zu dem forensischen Gutachten ein standardisierter Basisdokumentationsbogen erhoben. Auf dem Basisdokumentationsbogen wurden der Sachverhalt und der Untersuchungsbefund objektiviert mittels Mehrfachauswahl festgehalten.

3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen wurden geschädigte Frauen und Männer aller Altersgruppen, die sich in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt vorstellten. Erfasst wurden Konflikte mit auslösender Situation im Straßenverkehr. Als Straßenverkehrsteilnehmer galt jede Person, welche die Flächen des Verkehrssystems Straßenverkehr benutzt (siehe 1.2) und umfasste somit motorisierten Individualverkehr, nichtmotorisierten Verkehr und öffentlichen Personennahverkehr. Zeitpunkt und Ort des eigentlichen Konflikts konnten dabei von der konfliktauslösenden Situation abweichen. Erfasst wurden nur Fälle mit mutmaßlich absichtlich herbeigeführter Gewalt. Von der Studie ausgeschlossen waren andere Arten von Verletzungen im Straßenverkehr wie Verkehrsunfälle – auch wenn diese durch bewusst risikoreiches Verhalten begünstigt wurden.

Es handelt sich bei den untersuchten Fällen um *road rage* nach Joint (1995) und Tasca (2000). Gemäß der Einteilung nach Smart et al. (2004) sind die untersuchten Fälle *road rage* der Kategorie 4. Auch dem Verlangen einer Handlungsabsicht nach Bornewasser (2013) wird Rechnung getragen (siehe 1.3.1.).

Da die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt allen Personen offensteht, beschränkte sich die Studie nicht nur auf Fälle im Hamburger Stadtgebiet.

3.3. Datenerhebung

Für die Untersuchung wurde ein Zeitraum von zehn Jahren gewählt (Anfang 2002 bis Ende 2012). In diesem Zeitraum stellten sich insgesamt 11.429 Personen in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vor. Die Basisdokumentationsbögen sowie die dazugehörigen rechtsmedizinischen Gutachten sind Grundlage dieser Studie und wurden retrospektiv untersucht.

3.4. Erhobene Variablen

Als für diese Studie relevant erachtete und analysierte Variablen sind

- * Geschlecht der geschädigten und der beschuldigten Person,
- * Anzahl der beschuldigten Personen,
- * Alter der geschädigten Person zum Vorfallszeitpunkt,
- * Art der Bekanntschaft zwischen geschädigter und beschuldigter Person,
- * Tatzeitpunkt in Form von Uhrzeit, Wochentag, Kalendermonat und Jahr,
- * Ort der Gewalt,
- * Polizeilicher Status: Vorliegen einer polizeilichen Anzeige, mutmaßlicher Täterstatus der geschädigten Person und Involvierung von Polizeibeamten,
- * Art des Verkehrsmittels der geschädigten und der beschuldigten Person,
- * Art der Gewalt (z.B. Gewaltandrohung oder körperliche Gewalt),
- * Topographie der Verletzungen (Art und Lokalisation der Gewalteinwirkung),
- * Schweregrad der Verletzungen,
- * weitergehende medizinische Versorgung.

Bei den Variablen *Art der Gewalt*, *Ort der Gewalt*, *Art der Gewalteinwirkung* und *Lokalisation der Gewalteinwirkung* waren Mehrfachnennungen möglich. Der Tatort wurde durch zwei Variablen beschrieben: Zum einen die Variable *Ort der Gewalt*, welche den Tatort in Kategorien wie öffentliche Verkehrswege, kommerzieller Bereiche oder häusliches Umfeld beschreibt – und zum anderen die geographische Lokalisation des Tatorts bezogen auf das Hamburger Stadtgebiet. Diese wurde auf dem Basisdokumentationsbogen nicht erfasst und ließ sich retrospektiv nur – falls vermerkt – anhand der entsprechenden Polizeidienststelle ermitteln.

3.5. Datenschutz

Die erhobenen Daten wurden anonymisiert, über eine Codierungsnummer verschlüsselt und als Datenbank digitalisiert.

3.6. Statistische Methoden

Die digitalisierten Datensätze wurden mittels SPSS Version 20.0 und Excel 14.0 ausgewertet. Die Auswertung wurde im Wesentlichen rein deskriptiv vorgenommen.

Im ersten Teil der Auswertung wurden zunächst die absoluten und relativen Häufigkeiten der oben genannten Variablen mit SPSS bestimmt. Anschließend wurden die Variablen *Geschlecht der geschädigten Person*, *Geschlecht der beschuldigten Person*, *Tatzeitpunkt*, *Art des Verkehrsmittels der geschädigten Person* und *Art des Verkehrsmittels der beschuldigten Person* auf ihre Gleichverteilung getestet beziehungsweise die gemessenen und erwarteten Häufigkeiten miteinander verglichen. Die Topographie der Verletzungsmuster wurde dreidimensional (Art der Gewalteinwirkung, Lokalisation der Gewalteinwirkung, Häufigkeit) mit Excel erarbeitet und graphisch dargestellt.

Im zweiten Teil der Auswertung wurden mögliche Zusammenhänge der einzelnen Variablen mittels nicht-parametrischer Testverfahren untersucht und als Kreuztabellen dargestellt. Bei überwiegend nominalskalierten Daten erfolgte die Analyse mittels zweidimensionalem Chi-Quadrat-Test in SPSS. War die erwartete Häufigkeit in mehr als 20% der Zellen kleiner fünf, wurde exakt getestet, ansonsten wurde von einer asymptotischen Verteilung ausgegangen.

Repräsentative Fälle wurden ausführlicher aufgearbeitet und sind im dritten Teil der Auswertung als Kasuistiken beschrieben.

4. Ergebnisse

Von den unter 3.3 genannten 11.429 in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt vorstelligen Personen konnten 116 Personen als Geschädigte in einem Konflikt im Straßenverkehr identifiziert werden. Dies entspricht etwa einem Fall pro Monat beziehungsweise 1,01% aller an der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle vorstelligen Personen im oben genannten Zeitraum.

4.1. Häufigkeitsverteilung

Im ersten Schritt der Auswertung wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt und graphisch dargestellt.

4.1.1. Geschlechterverteilung

Unter den in Konflikten im Straßenverkehr beteiligten Personen fanden sich auf beiden Seiten signifikant häufiger Männer.

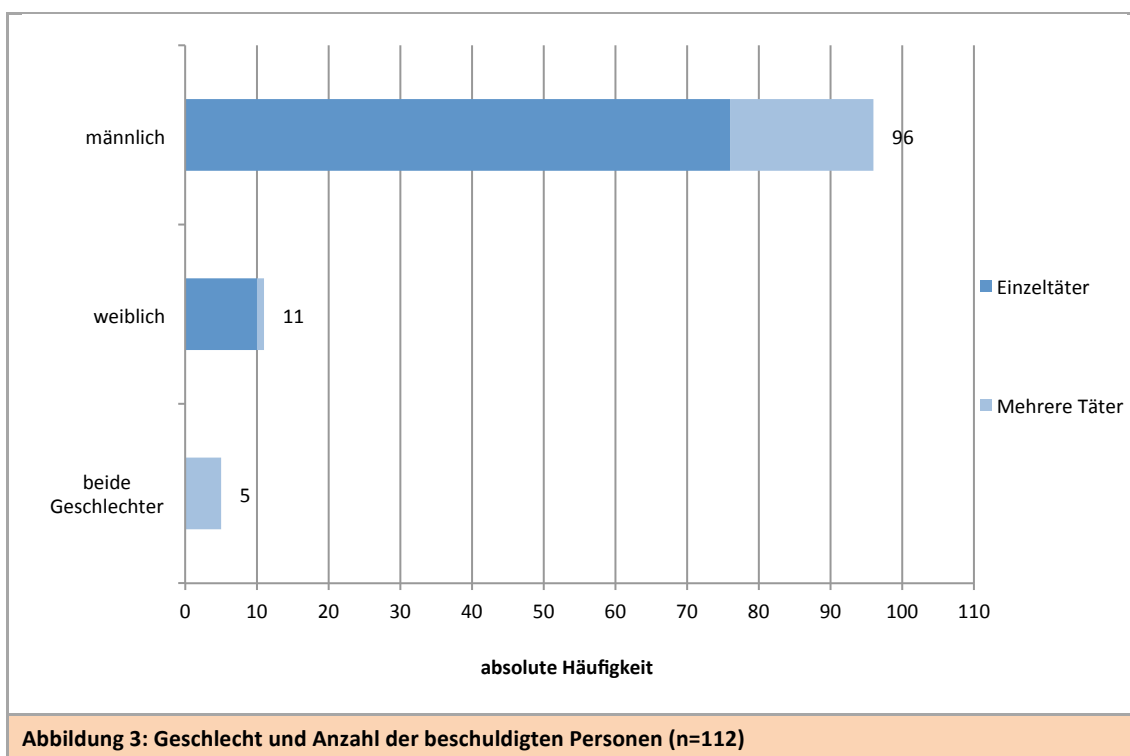
Von den 116 geschädigten Personen waren 88 Männer (75,9%) und 28 Frauen (24,1%). Es kann von einer ungleichen Verteilung des Geschlechts der geschädigten Person ausgegangen werden ($p < 0,001$).

In 112 Fällen (96,6%) konnte das Geschlecht der beschuldigten Personen retrospektiv erhoben werden. Es fanden sich 96 Täter (82,8%) männlichen Geschlechts, davon 76 männliche Einzeltäter, und elf Täter (9,5%) weiblichen Geschlechts, davon zehn weibliche Einzeltäter. In fünf Fällen (4,3%) fanden sich mehrere Beschuldigte sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts. In vier Fällen konnte das Geschlecht der Beschuldigten nicht retrospektiv erhoben werden, darunter sind jeweils zwei Fälle mit einer und zwei Fälle mit mehreren beschuldigten Personen. Auch hier kann von einer ungleichen Geschlechterverteilung ausgegangen werden ($p < 0,001$).

4.1.2. Anzahl der beschuldigten Personen

Die meisten Beschuldigten sind Einzeltäter: In 75,9% der Fälle ($n=88$) agierte eine beschuldigte Person. In 12,1% der Fälle ($n=14$) wurden zwei Personen beschuldigt, in 3,4% der Fälle ($n=4$) eine Gruppe von drei Personen. Größere Tätergruppen von

mehr als drei Personen kamen nur in zwei Fällen vor (1,7%). In acht Fällen (6,9%) handelt es sich um mehrere Täter mit unbekannter Anzahl.



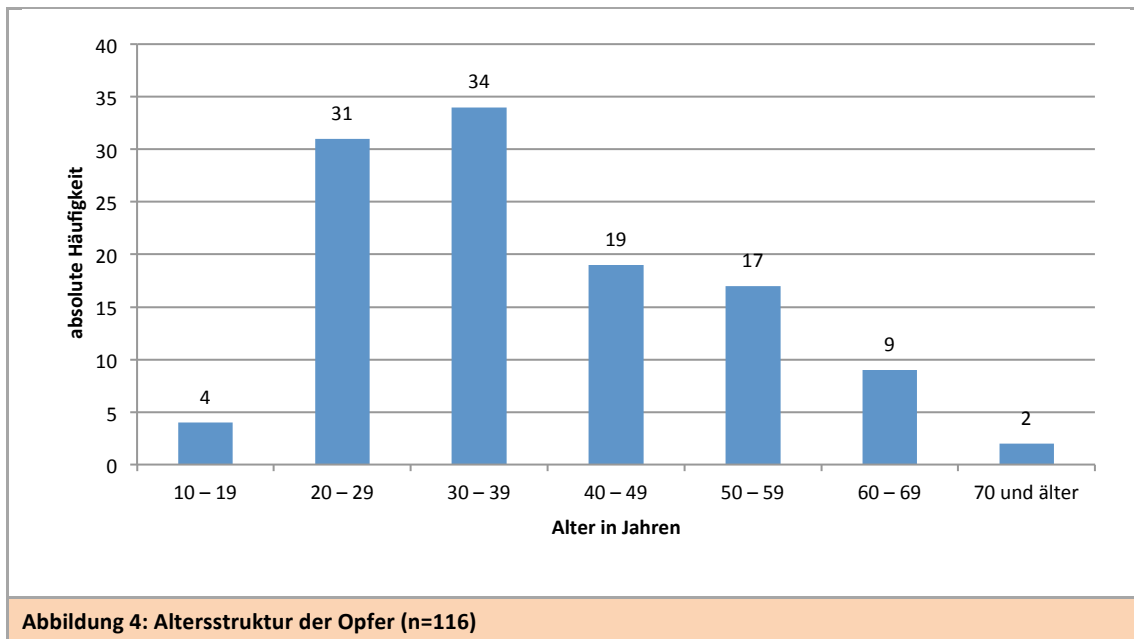
4.1.3. Altersstruktur der geschädigten Personen

Betrachtet wurden geschädigte Personen jeden Alters. Das Durchschnittsalter beträgt 38,7 Jahre (Standardabweichung $\sigma=14,05$). Weibliche Opfer (39,7 Jahre, $\sigma=13,89$) waren geringfügig älter als männliche Opfer (38,4 Jahre, $\sigma=14,16$). Das Durchschnittsalter der Kraftfahrzeugfahrer (41,4 Jahre, $\sigma=12,73$) liegt über dem der Fußgänger (39,6 Jahre, $\sigma=15,90$), Fahrradfahrer (35,9 Jahre, $\sigma=14,85$) und Fahrgäste (28,8 Jahre, $\sigma=8,21$).

In der Datenanalyse wurden die Altersgruppen nach Jahrzehnten gruppiert. Die meisten Opfer fallen in die Altersgruppe 30-39 Jahre (29,3%, n=34), gefolgt von der Altersgruppe 20-29 Jahre (26,7%, n=31). Danach finden sich mit steigendem Alter weniger Fälle.

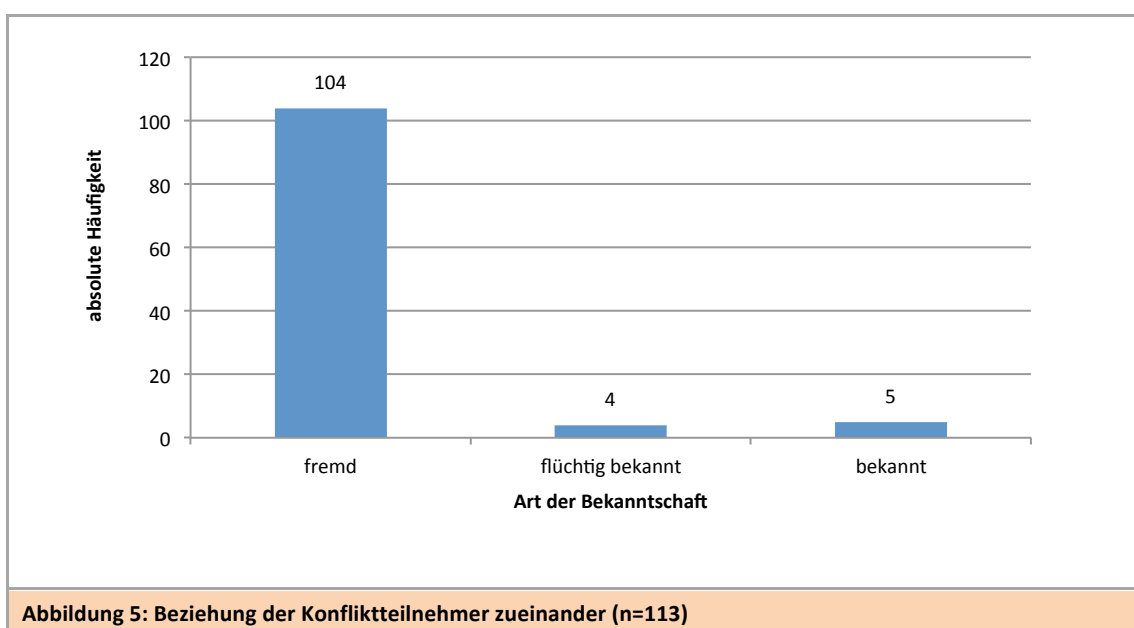
In der Altersgruppe 10-19 Jahre fanden sich vier Opfer, davon drei Minderjährige im Alter von 12, 13 und 17 Jahren. Das jüngste Opfer war ein zum Tatzeitpunkt 12-jähriger Junge, der einem älteren Jugendlichen versehentlich mit dem Fahrrad anfuhr und daraufhin von diesem angegriffen wurde. Das älteste Opfer war ein 76-jähriger

Taxifahrer, der von einem mit seiner Fahrweise unzufriedenen Fahrgast nach Fahrtende mit einem Fußtritt im Gesicht verletzt wurde.



4.1.4. Beziehung zwischen geschädigter und beschuldigter Person

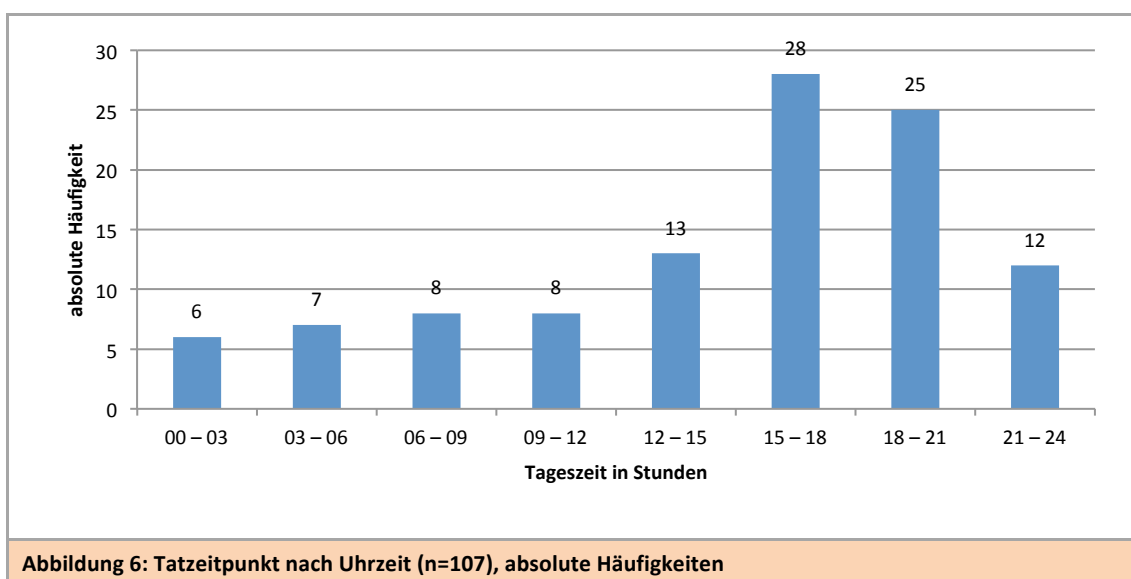
Die Konfliktparteien waren sich in 104 Fällen fremd (89,7%), in vier Fällen flüchtig bekannt (3,4%) und in fünf Fällen (4,3%) bekannt. In drei Fällen konnte der Bekanntheitsgrad nicht erhoben werden.



4.1.5. Tatzeitpunkt

Es wurden der Tatzeitpunkt in Form von Uhrzeit, Wochentag, Kalendermonat und Jahr erfasst. Die Tageszeit wurde hierbei in Intervallen von drei Stunden zusammengefasst. In neun Fällen (7,8%) konnte die Uhrzeit retrospektiv nicht erhoben werden.

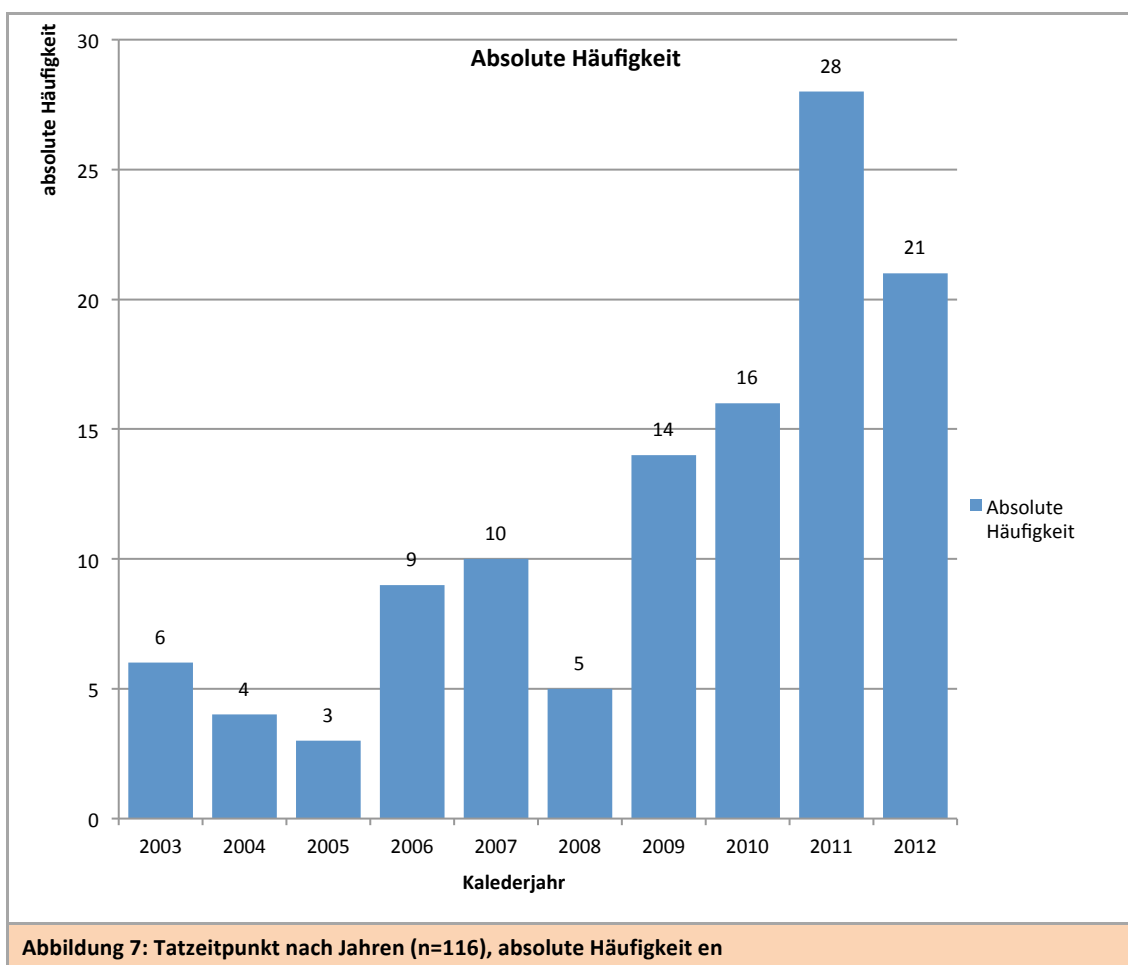
Die meisten Fälle traten nachmittags und abends auf: Es gab 28 Fälle (24,1%) in der Zeit von 15-18 Uhr und 25 Fälle (21,6%) in der Zeit von 18-21 Uhr. Die wenigsten Fälle (n=6, 5,2%) ereigneten sich in der Zeit von 0-3 Uhr.



Es finden sich keine signifikanten Häufigkeiten in Bezug auf den Wochentag ($p=0,463$) und den Kalendermonat ($p=0,120$). Die meisten Taten ereigneten sich an einem Donnerstag ($n=24$) und im Monat Juni ($n=15$), die wenigsten an einem Montag ($n=12$), beziehungsweise im Monat August ($n=4$).

Es zeigte sich eine im Untersuchungszeitraum ansteigende Häufigkeit mit sechs Fällen (5,2%) im Jahr 2003 und 21 Fällen (18,1%) im Jahr 2012. Die meisten Fälle ($n=28$, 24,1%) entfielen auf das Jahr 2011, die wenigsten ($n=3$, 2,6%) auf das Jahr 2005.

Gemessen an der Gesamtzahl der in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle vorstelligen Personen sind 1,01% Geschädigte in einem Konflikt im Straßenverkehr. Dies entspricht für den Untersuchungszeitraum etwa einem Fall pro Monat (0,97 Fälle/Monat).



4.1.6. Tatort

Der Tatort wird im Rahmen dieser Studie durch zwei Variablen charakterisiert: Zum einen wurde die Art des Geländes (*Tatörtlichkeit*) – wie beispielsweise öffentliche Straße – erhoben. Zum anderen wurde die zuständige Polizeidienststelle erfasst, welche eine grobe geographische Zuteilung nach Stadtteilen erlaubt.

Im Hinblick auf den Ort der Gewalt waren Mehrfachnennungen möglich: In sieben von 116 Fällen fanden sich mehrere Tatorte, in wiederum sieben Fällen konnte der Tatort nicht ermittelt werden (insgesamt n=116 Nennungen).

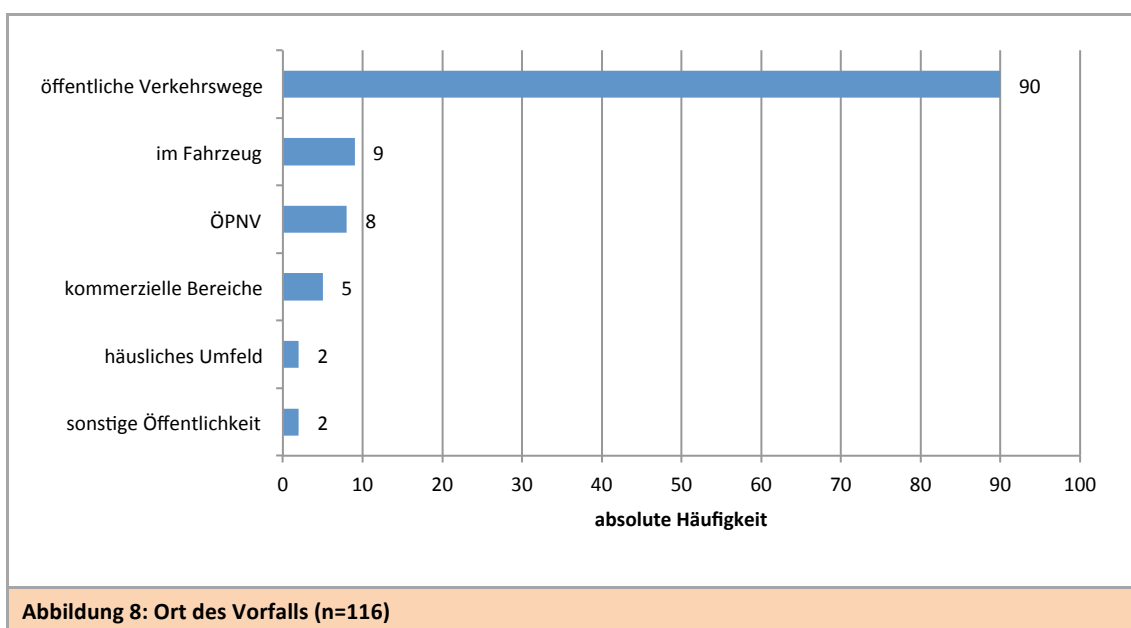
Der Großteil der Taten fand auf öffentlichen Verkehrswegen statt: 90 Fälle (77,6%) aller Taten fanden auf öffentlichen Straßen, Fuß- und Radwegen sowie öffentlichen Parkplätzen statt. In neun Fällen (7,8%) befand sich die betroffene Person im Fahrzeug. Im ÖPNV fanden acht Fälle (6,9%) statt. In fünf Fällen (4,3%) fanden sich kommerzielle Bereiche als Tatort, darunter in vier Fällen eine Tankstelle und in

einem Fall ein kommerzielles Parkhaus. Jeweils ein Fall fand im häuslichen Umfeld des Opfers und des Täters statt. Zwei Fälle ereigneten sich in der sonstigen Öffentlichkeit.

Unter den sieben Mehrfachnennungen sind sechs Fälle, in denen der Konflikt sowohl im Fahrzeug als auch auf öffentlichen Straßen ausgetragen wurde. In einem Fall begann der Konflikt im ÖPNV und verlagerte sich danach ebenfalls auf die Straße.

Der Fall im häuslichen Umfeld der Geschädigten ereignete sich durch Polizeibeamte. Die Geschädigte gab an, von ihrem Freund nach Hause gefahren worden zu sein, da sie etwas getrunken habe. Zu Hause angekommen, habe die Polizei geklingelt und den Verdacht geäußert, die Geschädigte sei selbst – unter Alkoholeinfluss – gefahren. Die Polizeibeamten haben daraufhin unerlaubt die Wohnung betreten, dort sei es zu einem gewalttätigen Übergriff gekommen.

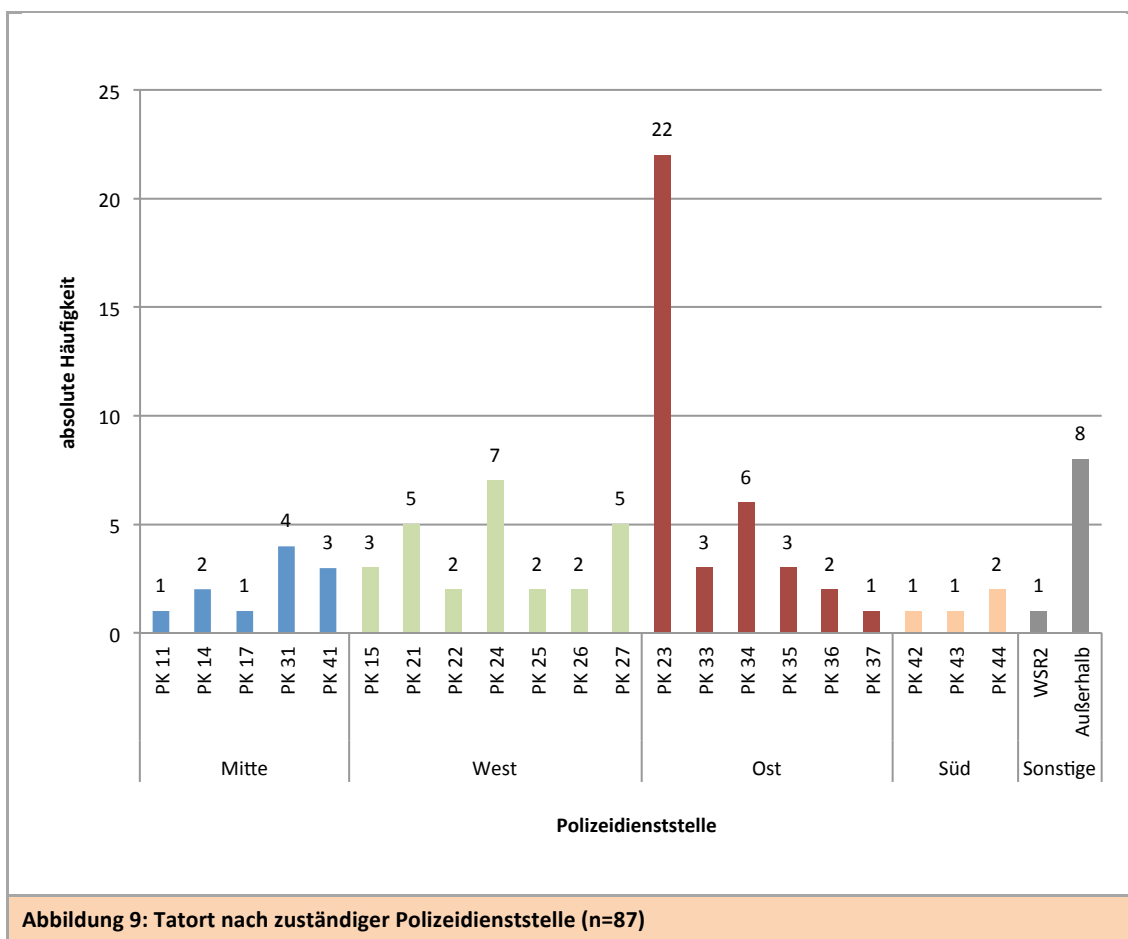
Der Fall mit Tatort im häuslichen Umfeld des Täters wurde durch ein Überholmanöver auf der Straße ausgelöst: Der geschädigte Fahrradfahrer sei von dem beschuldigten Autofahrer ohne ausreichenden Sicherheitsabstand passiert worden, wobei der Fahrradfahrer vom Außenspiegel des Fahrzeugs berührt worden sei. Der Geschädigte habe den Autofahrer auf sein gefährliches Verhalten aufmerksam machen wollen und sei dem Beschuldigten daraufhin bis zu einer Tiefgarage gefolgt. Daraufhin habe der Autofahrer den Fahrradfahrer in den Schwitzkasten genommen und mit einem Messer verletzt.



Die zuständige Polizeidienststelle konnte in 87 Fällen ermittelt werden, davon befanden sich 79 im Hamburger Stadtgebiet und acht Fälle außerhalb (29 fehlend). Diese 79 Fälle verteilen sich auf 22 Hamburger Polizeidienststellen und zeigen ein ungleiches Bild. In 22 Fällen (27,8% der Fälle auf Hamburger Stadtgebiet) war die zuständige Polizeidienststelle das Polizeikommissariat (PK) 23 in Hoheluft-West, welche in unmittelbarer Nähe zum Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf liegt. Nachfolgend war in sieben Fällen (8,9%) das PK 24 in Niendorf zuständig. Außerdem konnten das PK 21 (Altona), das PK 27 (Stellingen) und das PK 34 (Langenhorn) in fünf oder mehr Fällen als zuständige Polizeidienststelle ermittelt werden.

Die Struktur der Zentralkommando der Polizei Hamburg wurde im Untersuchungszeitraum mehrfach geändert. So wurden die Polizeidienststellen PK 12 und PK 22 im März 2007 aufgelöst und dienen seitdem als Außenstellen des PK 14 beziehungsweise des PK 23. Zudem wurden die Regionen *Mitte* und *West* zu der Region *Innenstadt / West* zusammengefasst. An dieser Stelle soll jedoch die Gliederung der Zentralkommando in vier Regionen entsprechend dem Beginn des Untersuchungszeitraumes beibehalten werden.

Es entfallen elf Fälle auf die Region Mitte, 26 Fälle auf die Region West, 37 Fälle auf die Region Ost und vier Fälle auf die Region Süd.



4.1.7. Polizeilicher Status

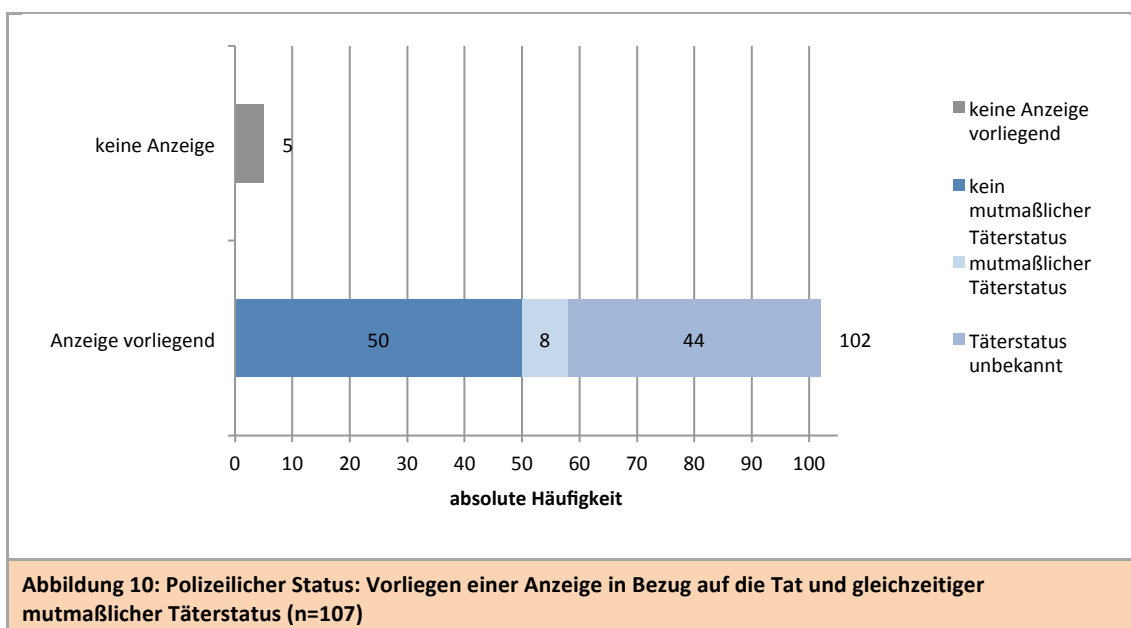
Untersucht wurden das Vorliegen einer polizeilichen Anzeige und – falls eine Anzeige vorlag ein gleichzeitiger mutmaßlicher Täterstatus der untersuchten Person. Außerdem wurde die mögliche Konfliktbeteiligung von Polizeibeamten erfasst.

In 102 Fällen (87,9%) lag eine polizeiliche Anzeige in Bezug zur untersuchten Tat vor, während es in fünf Fällen (4,3%) zu keiner polizeilichen Anzeige kam. In neun Fällen (7,8%) konnte das Vorliegen einer Anzeige nicht ermittelt werden.

In den 102 oben genannten Fällen mit Vorliegen einer Anzeige fanden sich acht untersuchte Personen (7,8%) mit gleichzeitig mutmaßlichem Täterstatus. In 50 Fällen (49,0%) gab es keine Hinweise auf einen gleichzeitigen Täterstatus der untersuchten Person. In 44 Fällen (43,1%) konnten retrospektiv diesbezüglich keine Daten erhoben werden.

In insgesamt zehn Fällen waren Polizeibeamte im Dienst als Konfliktpartei beteiligt. Es wurden in vier Fällen Polizeibeamte im Dienst verletzt. In sechs Fällen wurden

Polizeibeamten beschuldigt. Zusätzlich wurden in zwei Fällen Polizeibeamte außerhalb ihrer Dienstzeit in einem Konflikt im Straßenverkehr verletzt.



4.1.8. Konfliktauslöser

Die Auslöser sind mannigfaltig und in Tabelle 5 zusammengefasst. In zehn Fällen erfolgten keine genaueren Angaben, die Aussagen beschränkten sich etwa auf *Verfolgung und Angriff nach Verkehrsproblemen, verbale Auseinandersetzung aufgrund der Fahrweise, oder mehrfaches Bedrängen.*

Konflikte um Verkehrswegbenutzung umfassten unter anderen einen PKW-Fahrer, der eine Einbahnstraße in entgegengesetzter Richtung befuhr, Fußgänger, die nach Aufforderung durch Klingelzeichen den Radweg „zu langsam“ freimachten, einen PKW-Fahrer, der beim Ausparken mutmaßlich Fußgänger auf dem Bürgersteig gefährdete, einen Radfahrer, der im Winter auf die eisfreie Straße auswich, sowie einen PKW-Fahrer, der sich über die Benutzung der Straße durch eine Rollerbladfahrerin ärgerte.

Das Aufhalten des Verkehrs geschah unter anderem durch „provokativ langsames“ Überqueren eines Zebrastreifens, in drei Fällen durch langsames Ein- und Ausparken sowie in einem Fall durch einen Rollerfahrer, der durch Fahren von „Schlangenlinien“ den Verkehr bremste.

Im öffentlichen Nahverkehr gab es Konflikte um das Rauchen auf dem Betriebsgelände, Streit zwischen Fahrgästen im überfüllten Bus sowie wiederholt Konflikte zwischen Fahrgästen und Fahrkartenkontrolleuren beziehungsweise dem Sicherheitspersonal.

Unter der Kategorie „Sonstiges“ fanden sich unter anderen ein Beziehungskonflikt, ein Hund, der auf die Straße lief und einen Autofahrer zum Anhalten zwang, ein Streit zwischen einem Fahrgast und einem Taxifahrer um dessen Fahrweise, ein Taxifahrer, der sich weigerte, Personen zu befördern, da die Strecke zu kurz sei sowie in zwei Fällen Jugendliche, die in betrunkenem Zustand vor Fahrzeuge liefen, um diese zum Ausweichen/Bremsen zu zwingen.

Tabelle 5: Konfliktauslösende Situation	
Konfliktauslösende Situation	Anzahl
Konflikt um Verkehrswegbenutzung	13
Konflikt mit Polizei	10*
Konflikt als Folge von Fahrzeugschaden/Unfall	8
Aufhalten des Verkehrs	8
Konflikt im ÖPNV	7
Ausbremsen/Schneiden	7
Konflikt um Parkplatz	5
Konflikt um Vorfahrt	5
Konflikt als Folge eines Beinahe-Unfall	4
Überfahren/überqueren einer roten Ampel	2
Überholvorgang	2
zu schnelles Fahren	2
Drängeln	1
Sonstiges	16
Ohne ersichtlichen Grund	14
Keine genaueren Angaben	10

* 4 geschädigte und 6 beschuldigte Personen sind Polizeibeamte

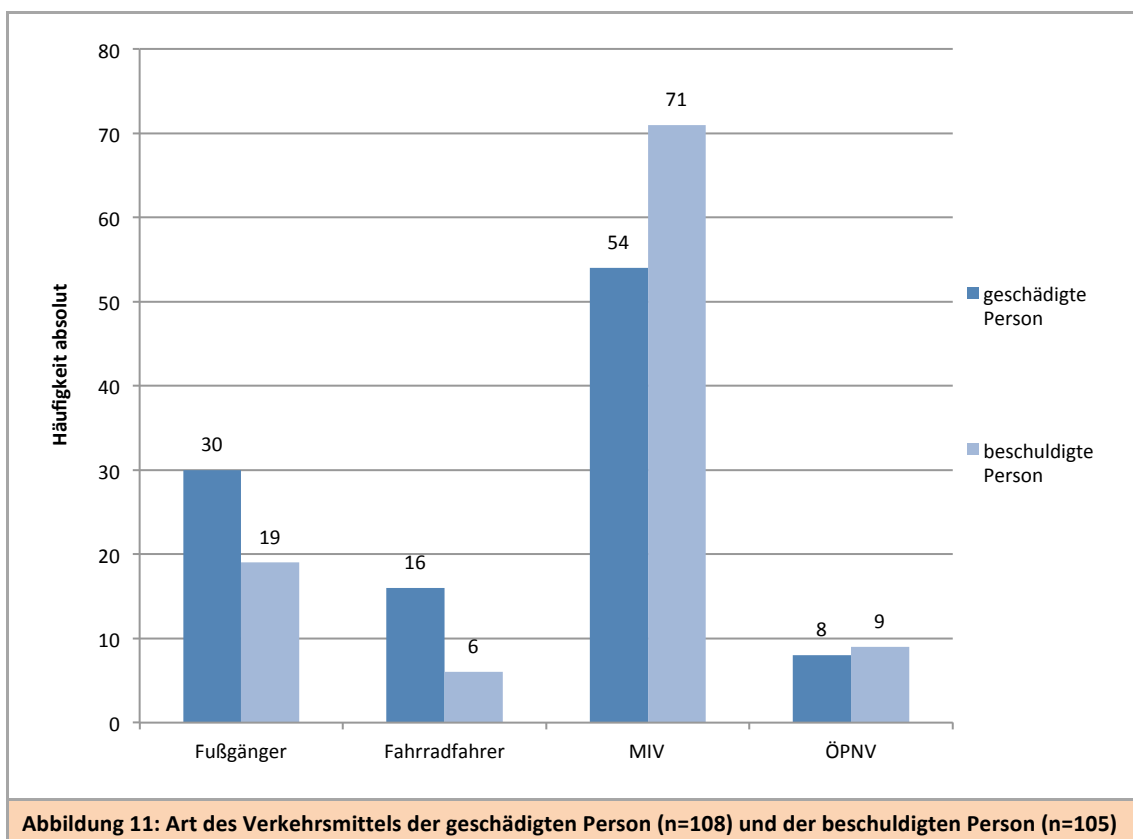
4.1.9. Art des Verkehrsmittels

Kraftfahrzeugfahrer waren – sowohl in der Gruppe der geschädigten als auch der beschuldigten Personen überrepräsentiert.

Unter den geschädigten Personen fanden sich in 54 Fällen (46,6%) motorisierte Verkehrsteilnehmer, in 16 Fällen (13,8%) Fahrradfahrer, in 30 Fällen Fußgänger (25,9%) und in acht Fällen (6,9%) Fahrgäste des ÖPNV.

In den verbleibenden acht Fällen fanden sich dreimal Polizeibeamte im Dienst, ein Fahrkartenkontrolleur des ÖPNV, eine Rollerblade-Fahrerin sowie ein Busfahrer. In zwei Fällen konnte das Verkehrsmittel der geschädigten Person retrospektiv nicht ermittelt werden.

Die beschuldigten Personen waren in 71 Fällen (61,2%) motorisiert, in sechs Fällen (5,2%) waren die beschuldigten Personen Radfahrer, in 19 Fällen (16,4%) Fußgänger und in neun Fällen (7,8%) Fahrgäste. In sechs Fällen handelte es sich bei den Beschuldigten um Polizeibeamte, in drei Fällen um Fahrkartenkontrolleure des ÖPNV. In zwei Fällen konnte das Verkehrsmittel der beschuldigten Person nicht ermittelt werden.



4.1.10. Art der Gewalt

Die Gewaltausübung wurde kategorisiert in verbale Gewalt beziehungsweise Gewaltandrohung, körperliche Gewalt und instrumentelle Gewalt (unter

Zuhilfenahme von Objekten). In den Fällen von instrumenteller Gewalt wurde zusätzlich das Tatwerkzeug in den Kategorien Fahrzeug, Waffe, Fixierung, sonstige und unbekannt erfasst. Bei der Art der Gewaltausübung waren naturgemäß Mehrfachnennungen möglich. In einem Fall konnte die Art der Gewalteinwirkung nicht rekonstruiert werden.

Es ergaben sich n=138 Nennungen bei 115 geschädigte Personen. Insgesamt gibt es sechs Fälle von Gewaltandrohung, 96 Fälle von körperlicher Gewalt und 36 Fälle von instrumenteller Gewalt.

Bezogen auf die Gesamtzahl von 115 geschädigten Personen bedeutet dies: in 5,2% aller beobachteten Fälle wurde von Gewaltandrohung berichtet, in 83,5% kam es zu körperlicher und in 31,3% zu instrumenteller Gewalt.

In jedem der sechs Fälle von Gewaltandrohung folgte der zunächst ausgesprochenen Androhung im Verlauf des Konflikts weitere Gewaltausübung: in drei Fällen kam es in Folge zu körperlicher Gewalt, in einem Fall zu instrumenteller Gewalt und in zwei Fällen zu körperlicher und instrumenteller Gewalt.

In den verbleibenden 109 Fällen gab es 76 Fälle von ausschließlich körperlicher Gewalt, 18 Fälle von ausschließlich instrumenteller Gewalt und 15 Fälle mit Einsatz von körperlicher und instrumenteller Gewalt.

Kam es zum Einsatz instrumenteller Gewalt, spielte in mehr als der Hälfte der Fälle das Fahrzeug eine Rolle: In 20 Fällen wurde das Fahrzeug als Tatwaffe eingesetzt. Dies entspricht 55,6% der Fälle mit Einsatz von instrumenteller Gewalt beziehungsweise 17,4% aller Fälle. In drei Fällen wurden Waffen eingesetzt, es handelte sich dabei um ein Messer, einen Teleskopstab und einen Knüppel. In fünf Fällen wurden die geschädigte Person fixiert: in vier Fällen von Polizeibeamten und einmal vom Sicherheitspersonal des ÖPNV.

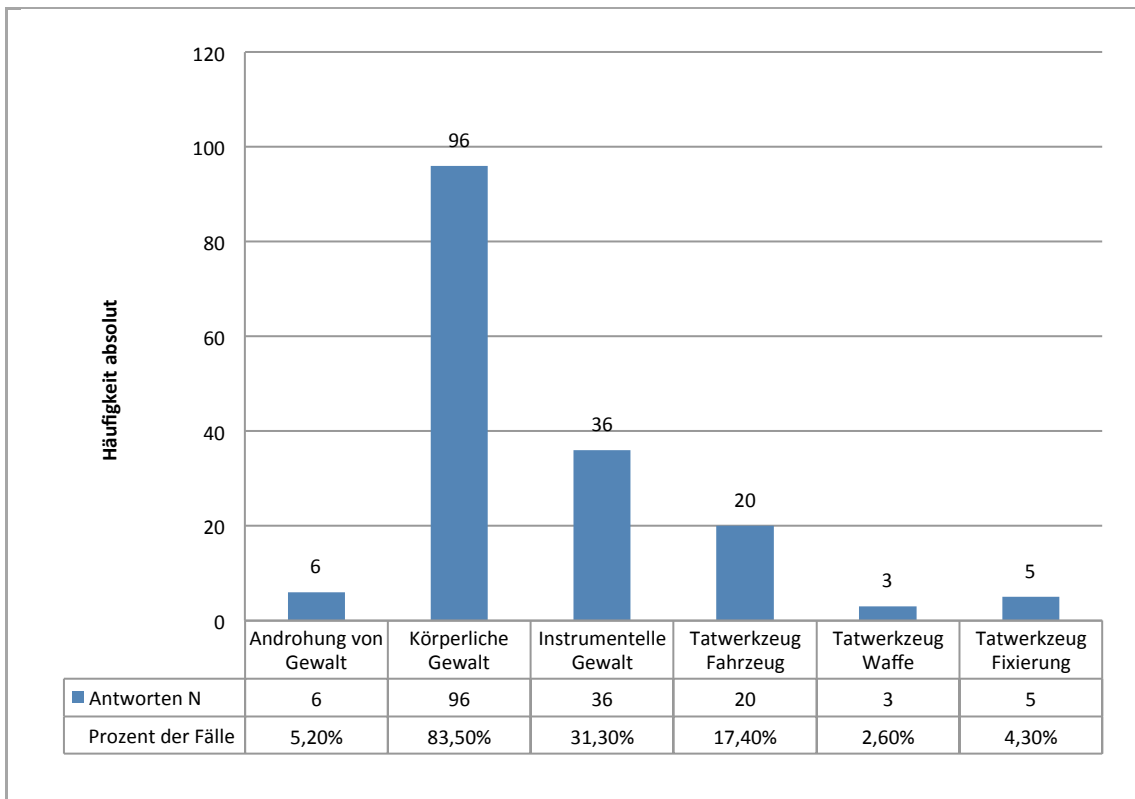


Abbildung 12: Art der Gewalt in absoluten Häufigkeiten (n=138, Mehrfachnennungen möglich) und in Prozent der Fälle (bezogen auf 115 geschädigte Personen)

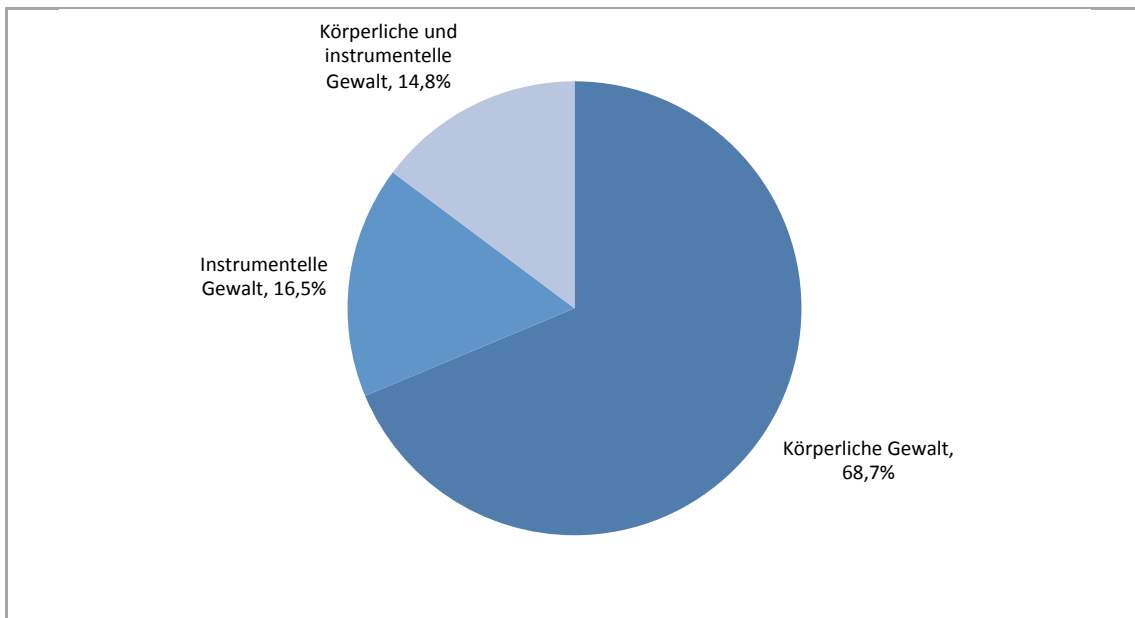
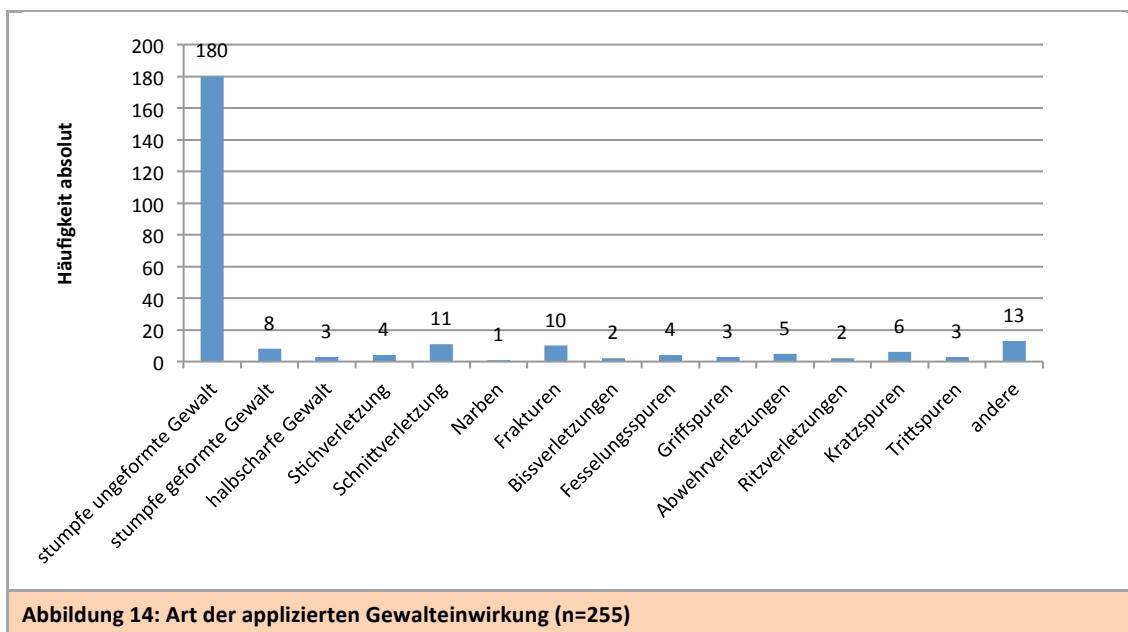


Abbildung 13: Einsatz körperlicher, instrumenteller und kombinierter Gewalteinwirkung bezogen auf 115 geschädigte Personen

4.1.11. Art und Topographie der Verletzungen

Auch bei den Variablen Art und Lokalisation der Gewalteinwirkung waren Mehrfachnennungen möglich, sodass sich n=255 Nennungen ergaben. Das dokumentierte Trauma war größtenteils stumpf und ungeformt und betraf den Gesichts- und Hirnschädel sowie die oberen und unteren Extremitäten.

Es wurden 180 Verletzungen durch stumpfe, ungeformte Gewalteinwirkung dokumentiert. Nachfolgend fanden sich elf Schnittverletzungen, zehn Frakturen, acht Verletzungen durch stumpfe, geformte Gewalt, sechs Kratzspuren und fünf Abwehrverletzungen. Es wurden 93 Personen (80,2% aller untersuchten Personen) durch stumpfe, ungeformte Gewalt verletzt, sechs Personen erlitten Schnittverletzungen, bei zehn Personen fanden sich Frakturen.



Es fanden sich 82 Verletzungen des Gesichtsschädels, 19 Verletzungen des Hirnschädels, 73 Verletzungen der oberen Extremität und 43 Verletzungen der unteren Extremität. Es wurden 67 Personen (57,7% aller untersuchten Personen) im Gesicht verletzt, 16 Personen (13,8%) am Hirnschädel, 55 Personen (47,4%) an der oberen Extremität und 40 Personen (34,5%) an der unteren Extremität.

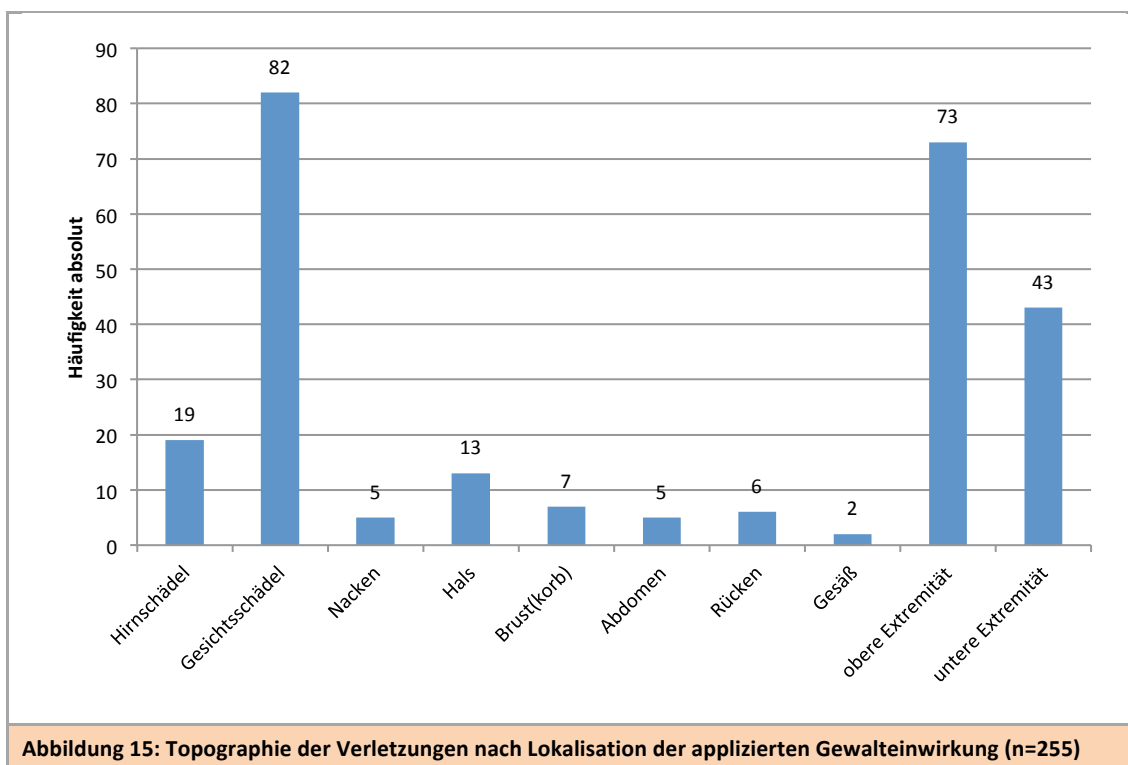


Tabelle 6: Topographie der Verletzungen nach Art und Lokalisation der Gewalteinwirkung (n=255)

	A	B	C	D	E	G	H	K	L	M	Gesamt	Lokalisationscode:
stumpfe ungeformte Gewalt	13	60	2	7	4	5	4	2	47	36	180	A: Hirnschädel
stumpfe geformte Gewalt	1	2	1	-	1	-	-	-	3	-	8	B: Gesichtsschädel
halbscharfe Gewalt	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	3	C: Nacken
Stichverletzung	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	4	D: Hals
Schnittverletzung	3	3	-	1	1	-	-	-	3	-	11	E: Brustkorb
Narben	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	F: Brüste
Frakturen	-	7	-	-	-	-	-	-	2	1	10	G: Abdomen
Bissverletzungen	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	H: Rücken
Fesselungsspuren	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	4	J: Genitale
Griffspuren	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	K: Gesäß
Abwehrverletzungen	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	5	L: OE
Ritzverletzungen	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	M: UE
Kratzspuren	-	2	-	2	1	-	-	-	1	-	6	
Trittspuren	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	3	
andere	1	5	1	1	-	-	-	-	2	3	13	
Gesamt	19	82	5	13	7	5	6	2	73	43	255	

Ein Großteil der Gewalt erfolgte durch Faustschläge, seltener durch Fußtritte. Der Großteil der Verletzungen waren gemusterte oder diffuse Prellungen, seltener Quetschungen und Abschürfungen. In vier Fällen erlitten die Opfer Zahnschäden, davon in einem Fall der Verlust der Frontzähne und in einem Fall Zahnersatzschaden. In fünf Fällen gab es Verletzungen der Augen, davon eine

Einblutung ins linke Augenlid, eine Orbitabodenfraktur, ein Brillenhämatom, eine perforierende Hornhautverletzung und in einem Fall ein Augenverlust mit Irisluxation und Ziliarkörperteilluxation. In zwei Fällen waren Strangulations-/Würgemale nachweisbar, zwei Opfer erlitten eine HWS-Distorsion. Frakturen traten unter anderem an Unterkiefer, Oberarm und Sprunggelenk auf. In zwei Fällen kam es zu Bisswunden, davon in einem Fall durch den Hund der beschuldigten Person.

In 20 Fällen wurden Fahrzeuge als Tatwaffen eingesetzt, dabei kam es in zehn Fällen zu einer Kollision, in fünf Fällen lösten Fahrmanöver beziehungsweise Beinahekollisionen Stürze aus, in drei Fällen wurden Fahrzeigtüren als Schlagwerkzeug eingesetzt. In einem Fall führte der Einsatz eines elektrischen Fensterhebers zu einer Quetschwunde am rechten Mittelfinger. In einem Fall führte ein Abstellen des Fahrzeuges auf dem Fuß der geschädigten Person in einem Konflikt um einen Parkplatz zu einer Luxation des Fußskeletts. Kollisionen führten meist zu Prellungen und Abschürfungen, vor allem im Bereich der Sprung-, Knie- und Ellenbogengelenke. In zwei Fällen führten Kollisionen zu einer Commotio cerebri, in einem Fall zum Abriss der Ohrmuschel und Einriss der Unterlippe, in einem Fall zu einer Orbitabodenfraktur sowie einer nicht dislozierten Fraktur des Processus styloideus radii und in einem Fall zu einer Distorsion des oberen Sprunggelenkes. Stürze führten ebenfalls zu Prellungen und in einem Fall zu einer Distorsion der PIP-Gelenke II-V der linken Hand sowie zu Schürfwunden an Kinn, linker Hand und linkem Knie.

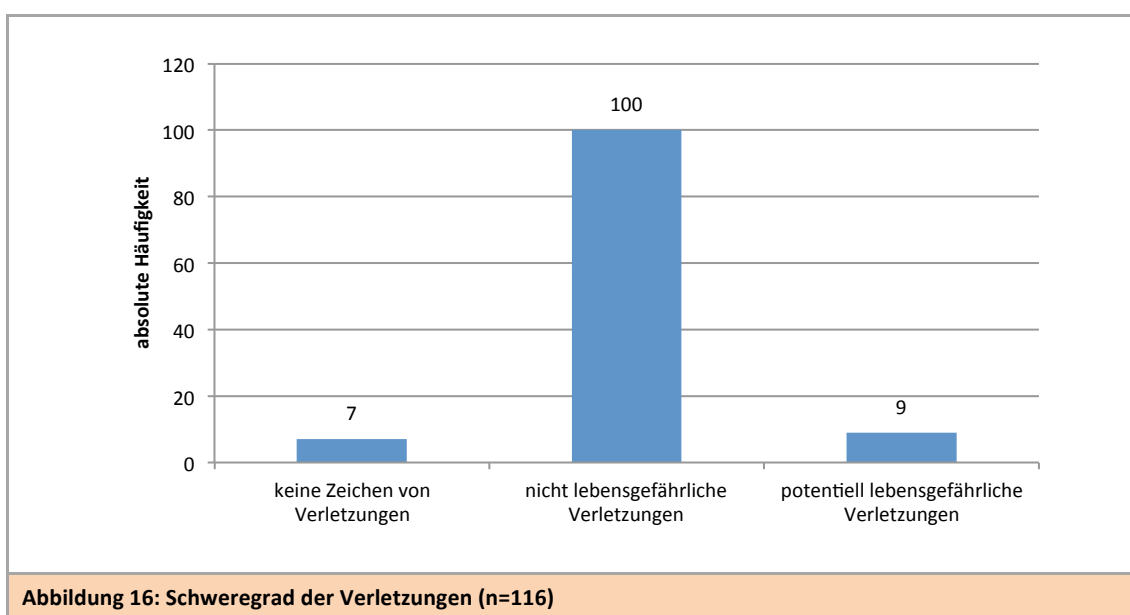
In drei Fällen wurden Waffen eingesetzt. Es resultierte eine Schnittverletzung der Handinnenfläche sowie eine oberflächlicher Hautschnitt im Thoraxbereich nach Angriff mit einem Messer, eine Nasenbeinfraktur und sichtbare Abwehrverletzungen am linken Arm nach Angriff mit einem Knüppel sowie eine Kieferhöhlenfraktur, Orbitaboden und -wandfraktur und eine Kopfplatzwunde nach Angriff mit einem Schlagstock.

Die potentiell lebensgefährlichen Verletzungen begründeten sich in acht von neun Fällen durch Gewalteinwirkung auf den Hirn- und Gesichtsschädel. Da kräftig geführte Gewalt gegen den Kopf zu intrakraniellen Blutungen führen kann, sind diese als potenziell lebensgefährlich einzustufen. Die Gewalteinwirkung erfolgt in jeweils

drei Fällen durch Faustschläge beziehungsweise Glasflaschen, in jeweils einem Fall durch Fußritze, einen Knüppel, ein Tischbein, das sich im Kofferraum der beschuldigten Person befand sowie durch Bodenkontakt des Kopfes mit Asphalt. In einem Fall war eine Schnittwunde mit einem scharfkantigen Gegenstand am Hals potentiell lebensgefährlich.

4.1.12. Schweregrad der Verletzungen

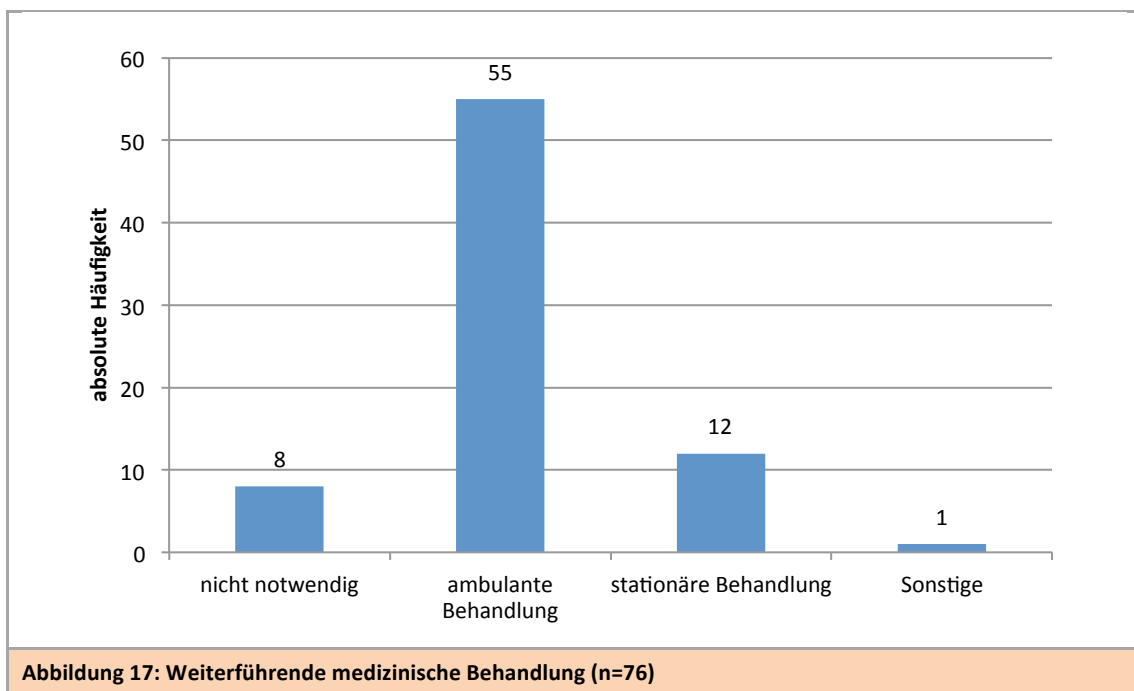
Bei 100 der 116 untersuchten Personen (86,2%) fanden sich nicht lebensgefährliche Verletzungen, neun Personen (7,8%) wurden potentiell lebensgefährlich verletzt. In sieben Fällen (6,0%) konnten zum Untersuchungszeitpunkt keine Zeichen von Verletzungen festgestellt werden. Akute Lebensgefahr bestand in keinem der untersuchten Fälle. Fälle mit tödlichem Ausgang waren nicht Teil der Studie.



4.1.13. Weiterführende medizinische Behandlung

In 55 Fällen (72,4%) wurde eine ambulante Behandlung empfohlen (n=5) oder war zum Untersuchungszeitpunkt bereits erfolgt (n=50). In zwölf Fällen (15,8%) war eine stationäre Behandlung nötig. In acht Fällen (10,5%) war keine weitere medizinische Versorgung nötig. In einem Fall wurde zu einer externen psychologischen Versorgung geraten. In 40 Fällen konnte die weiterführende medizinische Versorgung retrospektiv nicht ermittelt werden.

Diagnosen bei stationär aufgenommenen Patienten umfassten in vier Fällen (Verdacht auf) Commotio cerebri und in jeweils in einem Fall Frakturen des Sinus maxillaris, der Orbitawand, des Orbitabodens, des Mittelgesichts (Le-Fort III), des Unterkiefers sowie des Unterschenkels, in einem Fall eine Penetrationsverletzung des Augapfels mit Augenverlust, in einem Fall Verdacht auf Contusio labyrinthi mit Hörminderung, in einem Fall eine Trommelfellruptur und in jeweils einem Fall eine Distorsion des Kniegelenks sowie der Halswirbelsäule.



4.2. Kontingenzanalyse und Kreuztabellen

Im zweiten Schritt der Auswertung wurden ausgewählte Variablen einer Kontingenzanalyse mittels zweidimensionalen Chi-Quadrat-Test unterzogen und als Kreuztabellen dargestellt.

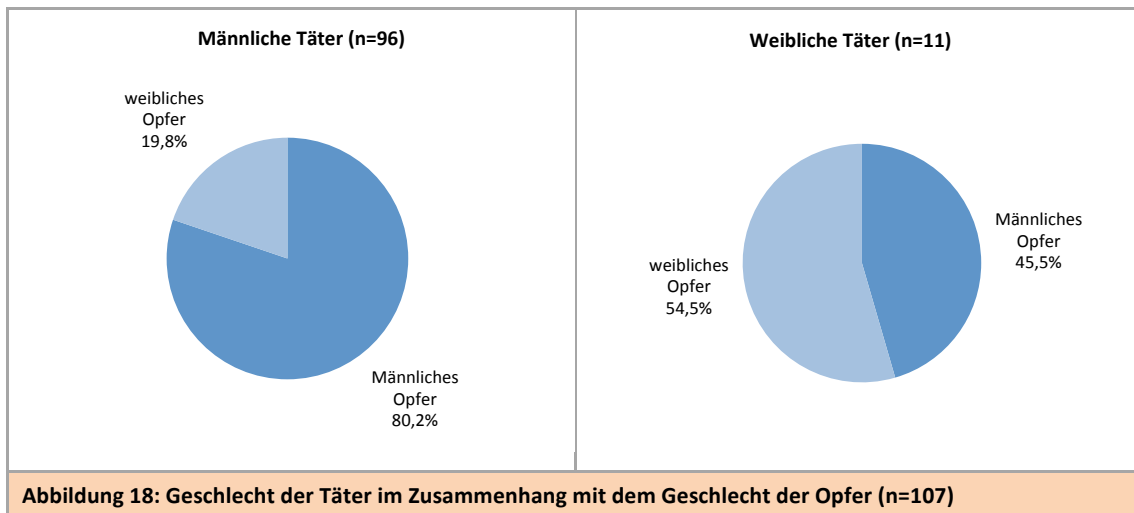
4.2.1. Geschlecht und Anzahl der beteiligten Personen

Die beschuldigten Personen zeigen bei der Wahl des Opfers eine Affinität zum eigenen Geschlecht. Betrachtet man die 107 Fälle, in denen das Geschlecht der beschuldigten Person eindeutig zuzuordnen war, griffen Frauen in 54,5% der Fälle (n=6) Frauen und Männer in 80,2% der Fälle (n=77) Männer an ($p=0,019$).

In 75,9% der Fälle (n=88) agierte nur eine beschuldigte Person, in 24,1% (n=28) zwei oder mehr Personen. In 20 Fällen handelt es sich um rein männliche Gruppen, in nur einem Fall um ein Frauen-Paar, in fünf Fällen waren Frauen und Männer beteiligt. In zwei Fällen mit mehreren beschuldigten Personen blieb das Geschlecht unbekannt.

In 24 Fällen (85,7%) waren die Opfer von Gruppentätern männlich, in vier Fällen (14,3%) weiblich. Somit sind 27,3% der männlichen Geschädigten und 14,3% der weiblichen Geschädigten Opfer von Gruppentätern.

Bei motorisierten Verkehrsteilnehmern fanden sich 61 Einzeltaten und zehn Gruppentaten (Verhältnis Gruppentäter:Einzeltäter 0,16:1), bei Fußgängern 13 Einzeltaten und sechs Gruppentaten (0,46:1), bei Fahrgästen im ÖPNV fünf Einzeltaten und vier Gruppentaten (0,8:1). Fahrradfahrer fielen nur als Einzeltäter auf. Polizeibeamte beziehungsweise Sicherheitspersonal des ÖPNV wurde in neun Fällen beschuldigt, in acht Fällen handelte es sich dabei um mehrere Beschuldigte (8:1). In dem verbleibenden Fall wurde gezielt ein Fahrkartenkontrolleur aus einer Gruppe von Kollegen beschuldigt.



4.2.2. Art der Verkehrsmittels der beteiligten Personen

Für den Vergleich der Verkehrsmittel der beteiligten Personen wurden nur die vier wesentlichen Verkehrsmittelgruppen berücksichtigt (n=98).

Es fällt auf, dass Fahrradfahrer zumeist Fußgänger angriffen: in 83,3% der Fälle (n=5) waren die Opfer von Fahrradfahrern Fußgänger. Fahrradfahrer ihrerseits waren in 80,0% der Fälle (n=12) Opfer von motorisierten Verkehrsteilnehmern. Motorisierte Verkehrsteilnehmer sind zumeist Opfer anderer motorisierter Verkehrsteilnehmer (n=38).

Tabelle 7: Art des Verkehrsmittels der beteiligten Personen

Verkehrsmittel des Geschädigten	Verkehrsmittel des Beschuldigten				Gesamt
	Fußgänger	Fahrradfahrer	MIV	Fahrgast	
Fußgänger	6	5	16	0	27
Fahrradfahrer	3	0	12	0	15
MIV	8	1	38	3	50
Fahrgast	0	0	2	4	6
Gesamt	17	6	68	7	98

(Chi-Quadrat = 45,909; df = 9; $p < 0,001$)

4.2.3. Topographie der Verletzungen

Betrachtet man die Topographie der Verletzungen nach Verkehrsmittelgruppen der geschädigten Person (siehe Tabelle 8), zeigt sich, dass Fußgänger und Fahrradfahrer öfter als Kraftfahrzeugfahrer an den Extremitäten verletzt werden. Die häufigsten Verletzungen betreffen in allen drei Gruppen den Gesichtsschädel mit einem Anteil von jeweils über 50%. Männer werden gegenüber Frauen öfter am Gesichtsschädel

(60,2% vs. 50,0%) und am Hirnschädel (14,8% vs. 10,7%) verletzt, Frauen dagegen an den oberen (45,5% vs. 53,6%) und unteren (33,0% vs. 39,3%) Extremitäten.

Tabelle 8: Topographie der Verletzungen nach Verkehrsmittelgruppe der geschädigten Person (n=100)											
	A	B	C	D	E	G	H	K	L	M	Lokalisationscode:
Fußgänger	23,3%	56,7%	3,3%	16,7%	3,3%	0,0%	3,3%	3,3%	56,7%	43,3%	A: Hirnschädel B: Gesichtsschädel C: Nacken D: Hals E: Brustkorb F: Brüste G: Abdomen H: Rücken J: Genitale K: Gesäß L: OE M: UE
Fahrradfahrer	6,3%	56,3%	0,0%	0,0%	12,5%	12,5%	6,3%	0,0%	62,5%	56,3%	
MIV	11,1%	59,3%	3,7%	13,0%	5,6%	5,6%	3,7%	0,0%	31,5%	25,9%	
Gesamt	13,8%	57,8%	2,6%	11,2%	5,2%	4,3%	4,3%	1,7%	47,4%	34,5%	

4.2.4. Vorliegen einer Anzeige

In 100 Fällen konnte sowohl das Geschlecht der beschuldigten Person als auch das Vorliegen einer Polizeianzeige eindeutig erfasst werden. Gegen 98,9% der beschuldigten Männer wurde eine polizeiliche Anzeige gestellt (n=88), wohingegen dies nur bei 81,8% der Frauen (n=9) der Fall war (p=0,031). Nur in einem Fall lag keine polizeiliche Anzeige gegen einen männlichen Beschuldigten vor.

4.2.5. Einsatz instrumenteller Gewalt

In 75 Fällen konnte die Art der Gewalt mit Bezug zu der Art der medizinischen Behandlung erhoben werden: In 55 Fällen wurde eine ambulante Behandlung durchgeführt oder empfohlen, in zwölf Fällen wurde stationär behandelt, in acht Fällen war keine weitere medizinische Behandlung notwendig. In 66,7% der stationär hospitalisierten Personen (n=8) kam instrumentelle Gewalt zum Einsatz, in drei Fällen kombiniert mit körperlicher Gewalt. In vier der zwölf Fälle (33,3%) kam es ausschließlich zum Einsatz körperlicher Gewalt. Bei 28,6% der hospitalisierten Patienten kam es zum Einsatz instrumenteller Gewalt. Die Gesamtrate von stationären Aufnahmen im gesamten Kollektiv beträgt 16,0%. Dieser Unterschied ist durch zufällige Variation erklärbar (p=0,079).

Tabelle 9: Einsatz instrumenteller Gewalt im Zusammenhang mit der Art der weiteren medizinischen Behandlung					
Einsatz instrumenteller Gewalt		Weitere medizinische Behandlung			
		Nicht empfohlen	Ambulant	Stationär	Gesamt
Nein	Anzahl	6	37	4	47
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	12,8%	78,7%	8,5%	100,0%
	% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	75,0%	67,3%	33,3%	62,7%
Ja	Anzahl	2	18	8	28
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	7,1%	64,3%	28,6%	100,0%
	% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	25,0%	32,7%	66,7%	37,3%
Gesamt	Anzahl	8	55	12	75
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	10,7%	73,3%	16,0%	100,0%
	% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Chi-Quadrat = 5,432; df = 2; p = 0,079)

Der Einsatz instrumenteller Gewalt in Bezug zum Schweregrad der Verletzungen konnte in 116 Fällen erhoben werden. In neun Fällen kam es zu potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. In sieben dieser neun Fälle (77,8%) wurde instrumentelle Gewalt eingesetzt, in fünf Fällen kombiniert mit dem Einsatz körperlicher Gewalt. In zwei der neun Fälle kam es ausschließlich zum Einsatz körperlicher Gewalt. Bei dem Einsatz von instrumenteller Gewalt kam es in 19,4% zu potentiell lebensgefährlichen Verletzungen gegenüber einer Häufigkeit von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen von 7,8% im gesamten Kollektiv (p=0,008).

Tabelle 10: Einsatz instrumenteller Gewalt im Zusammenhang mit dem Schweregrad der Verletzungen					
Einsatz instrumenteller Gewalt		Schweregrad der Verletzungen			Gesamt
		Keine Zeichen von Verletzungen	Nicht lebensgefährlich	Potentiell lebensgefährlich	
Nein	Anzahl	5	73	2	80
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	6,2%	91,2%	2,5%	100,0%
	% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	71,4%	73,0%	22,2%	69,0%
Ja	Anzahl	2	27	7	36
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	5,6%	75,0%	19,4%	100,0%
	% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	28,6%	27,0%	77,8%	31,0%
Gesamt	Anzahl	7	100	9	116
	% innerhalb Einsatz instrumenteller Gewalt	6,0%	86,2%	7,8%	100,0%
	% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	100,0%	100%	100,0%	100,0%

(Chi-Quadrat = 9,968; df = 2; p = 0,008)

4.2.6. Schweregrad der Verletzungen

Es fanden sich insgesamt neun Fälle mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen und 100 Fälle mit nicht lebensgefährlichen Verletzungen. In sieben Fällen waren zum Untersuchungszeitpunkt keine Zeichen von Verletzungen feststellbar.

In den neun Fällen mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen sind sowohl die geschädigten Personen ($p=0,131$) als auch die beschuldigten Personen ($p=0,120$) ausschließlich männlichen Geschlechts, dies ist jedoch durch zufällige Variation erklärbar. In vier von neun Fällen war der Beschuldigte Einzeltäter, in fünf Fällen gab es mehrere Beschuldigte ($p=0,021$)

In 75 Fällen konnte die Art der medizinischen Behandlung mit Bezug auf den Schweregrad der Verletzungen erhoben werden, davon waren sieben Personen potentiell lebensgefährlich verletzt, 64 Personen nicht lebensgefährlich verletzt und vier Personen ohne Zeichen von Verletzungen. In drei der sieben Fällen (42,9%) mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen erfolgte eine stationäre Behandlung. Insgesamt 25% der stationären Behandlungen erfolgten aufgrund von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. Insgesamt wurden in diesem Kollektiv zwölf Patienten stationär behandelt, was einer Hospitalisierungsrate von 16,0% entspricht. Die höhere Rate von Hospitalisierungen bei potentiell lebensgefährlichen Verletzungen ist mit dem Zufall vereinbar ($p=0,195$).

Tabelle 11: Schweregrad der Verletzungen im Zusammenhang mit der Art der weiteren medizinischen Behandlung				
Schweregrad der Verletzungen	Weitere medizinische Behandlung			
	Nicht empfohlen	Ambulant	Stationär	Gesamt
Keine Zeichen von Verletzungen				
Anzahl	1	3	0	4
% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	12,5%	5,5%	0,0%	5,3%
Nicht lebensgefährliche Verletzungen				
Anzahl	7	48	9	64
% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	10,9%	75,0%	14,1%	100,0%
% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	87,5%	87,3%	75,0%	85,3%
Potentiell lebensgefährliche Verletzungen				
Anzahl	0	4	3	7
% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	0,0%	7,3%	25,0%	9,3%
Gesamt				
Anzahl	8	55	12	75
% innerhalb Schweregrad der Verletzungen	10,7%	73,3%	16,0%	100,0%
% innerhalb Weitere medizinische Behandlung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Chi-Quadrat = 5,743; df = 4; $p = 0,195$)

4.3. Fallbeispiele

An dieser Stelle sollen ausgewählte Kasuistiken präsentiert werden. Als Grundlage dienen die entsprechenden rechtsmedizinischen Gutachten. Ausgesucht wurden 23 Fälle – rund 20% der Gesamtheit. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum bezüglich Konfliktteilnehmer, Konfliktauslöser und Verletzungen darzustellen.

4.3.1. Übersicht über die Fallbeispiele

Fall 1: Konflikt nach Ausbremsen eines Autofahrers durch Fahrradfahrer.....	53
Fall 2: Konflikt nach Überqueren einer roten Ampel	54
Fall 3: Konflikt zwischen zwei Autofahrern um einen Parkplatz.....	56
Fall 4: Konflikt zwischen einer Polizeibeamtin und einem Autofahrer	57
Fall 5: Konflikt zweier PKW-Fahrer nach Streit um Vorfahrt.....	58
Fall 6: Angriff auf Autofahrer durch zwei Personen nach Aufhalten des Verkehrs.	59
Fall 7: Konflikt zweier Taxifahrer um Vorfahrt	61
Fall 8: Angriff auf einen Autofahrer durch Ehemann nach Aufhalten des Verkehrs	62
Fall 9: Konflikt zwischen Fahrrad- und Autofahrer um Verkehrswegnutzung.....	64
Fall 10: Angriff auf einen Autofahrer nach Beschwerde über Fahrzeugschaden	66
Fall 11: Angriff mit Schlagstock und Fäusten nach Aufhalten des Verkehrs.....	67
Fall 12: Angriff einer Fahrradfahrerin auf Fußgänger nach Belehrung	69
Fall 13: Konflikt zweier Autofahrer aufgrund Blockierens der Straße.....	70
Fall 14: Angriff auf Autofahrer durch mehrere Täter nach Aufhalten des Verkehrs	71
Fall 15: Potentiell lebensgefährliche Verletzungen nach Konflikt im ÖPNV	73
Fall 16: Konflikt eines Hundebesitzers mit Kraftfahrzeugfahrer	75
Fall 17: Angriff mit einem Holzknüppel nach Schneiden	77
Fall 18: Augenverlust nach grundlosem Konflikt im Straßenverkehr	79
Fall 19: Scharfe Gewalteinwirkung am Hals mit potentieller Lebensgefahr nach Konflikt im Verkehrswegbenutzung.....	81
Fall 20: Konflikt mit Polizei nach Fahrzeugschaden	84
Fall 21: Fußwurzelknochenluxation nach Konflikt um Parkplatz.....	86
Fall 22: Konflikt im häuslichen Umfeld nach Beinaheunfall	88
Fall 23: Hüft-, Schulter- und Ellenbogenprellung nach grundlosem Konflikt.....	89

4.3.2. Konflikt nach Ausbremsen eines Autofahrers durch Fahrradfahrer

Geschädigte Person: männlich, 38, Fahrradfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Ausbremsen/Schneiden

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr W. berichtet, als Fahrradfahrer eine Auseinandersetzung mit einem Autofahrer gehabt zu haben. Zunächst soll seine Fahrweise dazu geführt haben, dass der Fahrer eines weißen Kastenwagens etwas bremsen musste. Daraufhin soll der Fahrer des Kastenwagens so wütend geworden sein, dass er Herrn W., der weiterfuhr, verfolgte und ihm schließlich einen Faustschlag im Brustbereich versetzte. Vor diesem Faustschlag soll es zu einer kurzen verbalen Auseinandersetzung zwischen Herrn W. und dem Fahrer des Kastenwagens gekommen sein.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Die Erstuntersuchung erfolgte in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dort wurde eine „Stammprellung“ festgestellt.

Es konnten keine frischen knöchernen Verletzungen festgestellt werden. Herr W. berichtete, dass er aufgrund eines Herzfehlers zu 50% behindert sei und dass er auch unter Asthma leide. Er gab an, insbesondere morgens beim Versuch, zu husten, unter Schmerzen zu leiden.

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung wurde eine ca. 8 x 4 cm große, unregelmäßig begrenzte, gelblich verfärbte Blutunterlaufung im Bereich des Brustbeines festgestellt. Herr W., von Beruf Postbote, berichtete, von seinem Hausarzt eine Woche krankgeschrieben worden zu sein.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr W. Spuren von äußerer, stumpfer Gewalteinwirkung im Brustbereich aufwies. Als Folge dieser Gewalteinwirkung ist oben beschriebene Blutunterlaufung im Brustbereich anzusehen.

Die oben beschriebene Verletzung ist sowohl mit dem Tathergang wie auch mit dem von Herrn W. angegebenen Tatzeitpunkt in Einklang zu bringen.

4.3.3. Konflikt nach Überqueren einer roten Ampel

Geschädigte Person: männlich, 27, Fußgänger

Beschuldigte Person: flüchtig bekannt, eine Person, männlich, Fahrradfahrer

Konfliktauslöser: Überqueren einer roten Ampel

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr S. gibt an, mit seiner Freundin eine Kreuzung überquert zu haben. Dabei sei er von einem Fahrradfahrer, welcher bei „Rot über die Ampel“ fuhr, bedrängt worden. Seine Freundin habe dem Fahrradfahrer noch zugerufen, dass es sich nicht um einen Fahrrad-, sondern einen Fußweg handele.

Wenige Minuten später habe der Radfahrer plötzlich hinter Herrn S. und dessen Freundin gestanden und diese mit den Worten „Ich hau´ euch, wenn’s sein muss, beide weg“ bedroht. Herr S. gibt an, dass seine Freundin plötzlich an ihm „vorbei geflogen sei“. Aus dem Augenwinkel habe er gesehen, wie seine Freundin von dem Fahrradfahrer gestoßen worden sei.

Er habe diesem daraufhin mit der Faust einmal ins Gesicht geschlagen. Anschließend sei er in eine benachbarte Shell-Tankstelle gelaufen und habe der Kassiererin zugerufen: „ich brauche ihr Telefon, rufen Sie die Polizei“.

Noch während er am Telefon in der „Warteschleife hing“, sei der Radfahrer in die Verkaufsräume der Tankstelle gestürzt und habe begonnen, auf ihn einzuprügeln. Dabei sei er gestürzt und der Angreifer habe dann mit einem Barhocker auf ihn eingeschlagen und ihn getreten.

Der Täter sei ihm vom äußeren Erscheinungsbild aus der Nachbarschaft bekannt.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

1. Streckseitig im körperfernen Drittel des rechten Unterarmes eine 6 x 8 cm messende oberflächliche Hautrötung mit Abschürfung und Hautröllchenbildung.
2. 8 x 6 cm messende Hautrötung und Schwellung über der rechten Augenbraue, bis in den Haaransatz reichend.
3. Rötung und Einblutung mit Blauverfärbung unter dem rechten Auge, im Tränensack.
4. Rötung und Schürfung mit diffuser Schwellung unterhalb des rechten Knies. Rötung ca. 3 x 4 cm messend, mit zentral liegender, oberflächlicher 1 cm durchmessender Schürfung.
5. Unregelmäßig begrenzte, 4 x 8 cm messende, Schwellung hinter dem linken Ohr, Halsbereich, unterer Scheitelbeinbereich.
6. 2 x 4 cm messende, unregelmäßig begrenzte, blau-violette Verfärbung über der rechten Schulterblattspitze.
7. Links rückseitig am Brustkorbbereich/ Flanke, eine schräg gestellte, scharf begrenzte, rötliche, 4 x 2 cm messende Hautschürfung mit parallel darüber liegender blau-violetten Unterblutung.
8. Über der linken Schulterblattspitze eine 2 cm durchmessende blau-violette Hautverfärbung.
9. Kleine Hautschürfung, 1 cm durchmessend, über der Nasenwurzel.

10. Schwellung und Rötung an der Innenseite des rechten Auges, Übergang zum rechten Nasenrücken sowie über dem Nasenrücken selbst.

Beurteilung

Die festgestellten Verletzungen können morphologisch als frisch interpretiert werden und in Folge einer mehrfachen stumpfen Gewalteinwirkung entstanden sein. Sie können einzeitig und zum angegebenen Ereigniszeitpunkt entstanden sein. Die Blutungen/ Prellmarken über den Schulterblattspitzen sowie links am Rücken können im Rahmen eines Sturzgeschehens auf den Boden bzw. in ein Regal hinein erklärt werden. Die Schwellung und Rötung um das rechte Auge herum kann durch die beschriebenen Faustschläge entstanden sein. Ebenso kann die Schwellung im Bereich der Stirn rechts durch z.B. einen Faustschlag oder einen Schlag mit einem Barhocker entstanden sein.

Da die erlittenen Verletzungen frischester Natur waren und Schwellungen bzw. Blutergüsse teils erst nach mehreren Tagen sichtbar werden, wurde Herrn S. empfohlen, sich gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt (1 bis 2 Tage später) noch einmal zur Nachbegutachtung im Institut für Rechtsmedizin vorzustellen. Insgesamt ist das Verletzungsmuster als nicht lebensgefährlich zu beurteilen.

4.3.4. Konflikt zwischen zwei Autofahrern um einen Parkplatz

Geschädigte Person: weiblich, 46, Kraftfahrzeugfahlerin

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Parkplatz

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Die Geschädigte, Frau C., berichtet, dass sie mit ihrem PKW vorwärts in eine Parklücke gefahren sei, als der Fahrer des zuvor vor ihr fahrenden Wagens ausstieg und „wild zu gestikulieren anfang“. Nach Aussage der Geschädigten habe der Fahrer des anderen Fahrzeuges ebenfalls in die Parkbucht fahren wollen, dieses jedoch zuvor nicht durch Blinken angezeigt.

Als die Geschädigte aus dem Fahrzeug aussteigen wollte und bereits das linke Bein zwischen Fahrertür und Fahrzeug hielt, schlug der Fahrer des anderen Wagens die Fahrertür gegen ihr Bein. Daraufhin äußerte Frau C., dass sie die Polizei rufen werde. Der Fahrer habe erwidert: „Ja, Sie werden schon sehen, was Sie davon haben“ und sei weggefahren. Kurz darauf seien die Polizei und ein Rettungswagen eingetroffen, dieser habe sie in die Asklepios-Klinik St. Georg gebracht, dort habe man eine Hautrötung und einen dezenten Druckschmerz im Bereich des Innenknöchels diagnostiziert.

Nach Ausschluss einer Fraktur wurde Frau C. mit Anweisung von Schonung, Kühlung und Hochlagern des Beines entlassen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Untere Extremitäten: Im Bereich des linken Innenknöchels zeigt sich eine 6 x 5 cm große, grün-gelblich verfärbte Schwellung. Auf Nachfrage wird ein Druckschmerz in diesem Bereich angegeben. Ansonsten keinerlei Auffälligkeiten.

Beurteilung

Die bei Frau C. beschriebenen Verletzungen des linken Innenknöchels lassen sich mit dem von ihr geschilderten Vorfall zeitlich und inhaltlich zwanglos in Einklang bringen.

Die Verletzungen sprechen für ein einzelnes Ereignis mit einfacher stumpfer Gewalteinwirkung im Bereich des Innenknöchels.

4.3.5. Konflikt zwischen einer Polizeibeamtin und einem Autofahrer

Geschädigte Person: weiblich, 25, Polizistin

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt mit Polizei

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Die Geschädigte, Frau H., ist Polizistin und gibt an, im Rahmen ihres Dienstes einen Strafzettel wegen Falschparkens ausgestellt zu haben. Der Fahrer des PKW sei dann unerwartet am Fahrzeug erschienen und habe sich „fürchtbar aufgeregt“ und Frau H. mehrfach beleidigt. Anschließend sei der Mann ins Auto gestiegen, um loszufahren.

Die Frau H. habe sich dann vor das Auto gestellt, um den PKW-Fahrer am Wegfahren zu hindern. Der Mann sei trotzdem angefahren, so dass Frau H. in Richtung Fahrbahnseite „wegspringen“ musste. Bei dem Sprung sei sie wahrscheinlich mit den Händen gegen die A-Säule des Fahrzeuges geknallt. Außerdem sei das Fahrzeug über ihren linken Fuß gefahren.

Frau H. gibt an, Schmerzen im linken großen Zeh linksseitig, dem linken Daumengelenk sowie dem rechten Zeigefinger zu haben. Frau H. fügt hinzu, dass sie Stahlkappenschuhe trägt und nur dadurch vor schwerwiegenderen Verletzungen am Fuß bewahrt wurde.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

1. Schmerzhaftes, gering ausgeprägte Schwellung des linken Daumengrundgelenkes. Schmerzen beim Bewegen des Daumens, ein fester Handgriff nicht möglich.
2. Schmerzhaftes Schwellung im Bereich des rechten Zeigefingergrundgelenkes. Schmerzen beim Beugen des Fingers.
3. Schmerzen im großen Zeh linksseitig, äußerlich hier keine Verletzungen abgrenzbar. Geringe Schmerzen bei der Abrollbewegung des Fußes.

Beurteilung

Bei Frau H. fanden sich als Zeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung schmerzhaftes Prellungen am linken Daumen- sowie am rechten Zeigefingergrundgelenk. Die Verletzungen lassen sich mit dem Anprall an ein anfahrendes Fahrzeug vereinbaren. Bei der Verletzung am großen Zeh linksseitig handelt es sich ebenfalls um eine schmerzhaftes Prellung. Ohne das Tragen von Stahlkappenschuhen hätte es ohne weiteres zu schwerwiegenden Verletzungen, wie z.B. einem Bruch des Mittelfußes, kommen können.

Es ergaben sich keine Hinweise auf knöchernen Verletzungen. Es handelt sich nicht um lebensgefährliche Verletzungen.

4.3.6. Konflikt zweier PKW-Fahrer nach Streit um Vorfahrt

Geschädigte Person: männlich, 59, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Vorfahrt

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr F. gibt an, ihm sei in Hamburg-Altona von einer ihm unbekannt Person die Vorfahrt genommen worden. Die Person habe ihn „ausgebremst“ und sei anschließend stehen geblieben. Er habe das Fahrzeug der Person überholt, sich vor dieses gesetzt und habe ebenfalls angehalten. Er sei dann ausgestiegen. Auch der Beschuldigte hätte seinen PKW verlassen. Beide hätten sich „gegenseitig angeschrien“.

Herr F. gibt an, anschließend in seinen PKW gestiegen zu sein. Der Beschuldigte habe daraufhin die Tür des PKW des Herrn F. aufgerissen und versucht, Herrn F. aus seinem PKW zu zerren. Dabei habe er ihm zum einen an den Hals gegriffen und zum anderen einen Kratzer streckseitig an der linken Hand versetzt. Die Frage nach weiteren Verletzungen wird von Herrn F. verneint.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Auf dem linken Handrücken über dem dritten Mittelhandknochen findet sich eine 2,5 x 1 cm messende, im handgelenksnahen Anteil rechtwinklig die Haut verletzende Schürfung mit kleineren Blutantragungen. Im zur Handkante gelegenen Anteil findet sich eine 1 x 1 cm messende blauviolette Abdunklung der Haut i.S. einer Unterblutung.

Beurteilung

Die Verletzung ist Folge stumpfer Gewalteinwirkung, morphologisch als frisch zu interpretieren und kann im Rahmen der geschilderten Auseinandersetzung zwischen Herrn F. und dem Beschuldigten durch z.B. Anschlagen der Hand an den Türrahmen entstanden sein. Ebenso ist eine Kratzverletzung denkbar. Insgesamt ist die Verletzung unspezifisch.

Vom äußeren Aspekt her (Morphologie der frischen Verkrustung der Wunde) kann die Wunde zu dem angegebenen Tatzeitpunkt entstanden sein. Insgesamt ist das Verletzungsmuster als nicht lebensgefährlich einzustufen. Der Griff an den Hals blieb gemäß den Angaben des Herrn F. ohne gesundheitliche Folgen.

4.3.7. Angriff auf Autofahrer durch zwei Personen nach Aufhalten des Verkehrs

Geschädigte Person: männlich, 34, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, zwei Personen, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Aufhalten des Verkehrs

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr N. schildert folgenden Sachverhalt: Er habe in seinem Auto vor der zugeparkten Einfahrt zu dem Hinterhof seines Wohnhauses warten müssen, da zwei ihm unbekannte Männer in der Auffahrt einen Anhänger an ihren PKW angebracht hätten. Er habe den Männern ungeduldig zugewinkt, um ihnen zu verdeutlichen, dass sie sich beeilen sollten, woraufhin einer der Männer ihm zunächst den „Stinkefinger“ gezeigt habe.

Dann sei der Mann auf sein Auto zugekommen, habe Herrn N. durch das offene Seitenfenster mit dem Handrücken ins Gesicht geschlagen und habe sich dann wieder entfernt. Herr N. sei dann aus dem Auto ausgestiegen und zu den beiden Männern herüber gegangen, die nun nebeneinander an deren Auto gestanden hätten. Der Mann, der ihn zuvor geschlagen habe, habe ihm nun eine „Kopfnuss“ verpasst, wodurch Herr N. gegen das fremde Auto gefallen sei und dabei unabsichtlich den Außenspiegel des Fahrzeuges abgebrochen habe. Er habe sich dann auf der Motorhaube abgestützt und festgestellt, dass er Nasenbluten gehabt habe. Des Weiteren habe er einen Splitter von seinem Zahn im Mund gefühlt.

Die Männer seien dann einfach in das Auto gestiegen und weggefahren. Herr N. habe sich das Kennzeichen notiert und die Polizei angerufen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

1. Im Bereich der behaarten Kopfhaut keine äußeren Verletzungen sichtbar. Keine tastbaren Schwellungen oder Stufen.
2. An der Innenseite der Oberlippe mittig eine 1,5 cm durchmessende, rötlich-bläuliche Schleimhautunterblutung.
3. Vom Unterrand des linken oberen Schneidezahnes fehlt ein etwa 0,3 cm messendes Stück. Kein sicherer Hinweis auf einen frischen Abbruch.
4. Leichte Rötung im Bereich beider Nasenlochränder. Am Unterrand des linken Nasenloches eine längs gestellte, 1 cm lange Hautrötung. Bei Inspektion der inneren Nasenlöcher keine Blutantragungen sichtbar.
5. Am Hals, an der Rumpfvorder- und -rückseite sowie im Bereich der oberen und unteren Extremitäten keine äußeren Verletzungen.

Beurteilung

Bei Herrn N. fand sich einen Tag nach dem gegenständlichen Vorfall eine Schleimhautunterblutung an der Innenseite der Oberlippe. Diese Verletzung weist auf eine stumpfe äußere Gewalteinwirkung hin. Sie kann durch einen Schlag hervorgerufen worden sein. Getrocknete Blutantragungen konnten im Bereich der Nasenlöcher nicht festgestellt werden, was jedoch ein viele Stunden zurückliegendes Nasenbluten nicht ausschließt. Der weiterhin festgestellte Abbruch des linken oberen Schneidezahnes konnte nicht sicher dem gegenständlichen Vorfall zugeordnet werden, da er keine morphologischen Hinweise auf einen frischen Abbruch aufwies.

Insgesamt lassen sich die bei Herrn N. erhobenen Befunde aus rechtsmedizinischer Sicht mit dem von ihm geschilderten Vorfall vereinbaren. Bei der Schleimhautunterblutung an der Oberlippe handelt es sich um eine relativ frische, d.h. Stunden bis maximal wenige Tage alte Verletzung. Der Befund lässt sich mit dem von Herrn N. angegebenen Entstehungszeitpunkt in Einklang bringen.

4.3.8. Konflikt zweier Taxifahrer um Vorfahrt

Geschädigte Person: männlich, 48, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: flüchtig bekannt, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Vorfahrt

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr K. schildert folgenden Sachverhalt: Er arbeite als Taxifahrer und sei zum Hamburger Flughafen gefahren. Auf dem Flughafengelände habe ihm ein Kollege (seiner Ansicht nach absichtlich) die Vorfahrt genommen. Herr K. sei daraufhin aus seinem Taxi gestiegen, um den Kollegen zur Rede zu stellen. Dieser habe ebenfalls angehalten und das Fenster auf der Fahrerseite etwa 10 cm geöffnet.

Es sei zu einem kurzen verbalen Streit gekommen, wobei Herr K. seine rechte Hand in den geöffneten Fensterspalt, den oberen Rand der Scheibe umfassend, gehalten habe. Plötzlich habe der Kollege die Fensterscheibe elektrisch hochgefahren, infolgedessen sei der rechte Mittelfinger von Herrn K. eingeklemmt worden. Er habe seinen Finger gewaltsam mit einem Ruck aus dem verbliebenen Fensterspalt herausziehen müssen, was sehr schmerzhaft gewesen sei. Er habe dann bei der Flughafenpolizei eine Anzeige gegen den Kollegen erstattet.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

An der Streckseite des rechten Mittelfingers, über dem Fingerendgelenk, eine umschriebene, 1 cm durchmessende, leichte Schwellung mit 0,5 cm durchmessender, rötlicher, oberflächlicher Hautläsion. Leichte Schmerzangabe beim Betasten bei freier, nicht widernatürlicher Beweglichkeit des rechten Mittelfingers in allen Fingergelenken. Kein Anhalt für eine knöcherne Verletzung.

Beurteilung

Bei Herrn K. fand sich ca. eine Stunde nach dem Vorfall eine umschriebene leichte Schwellung mit frischer, oberflächlicher Hautläsion im Bereich des rechten Mittelfingers. Bei dieser Verletzung handelt es sich am ehesten um eine leichte Quetschung. Sie kann durch ein Einklemmen des Fingers hervorgerufen worden sein. Anhaltspunkte für eine knöcherne Verletzung oder eine Verletzung der Strecksehnen des Fingerendgelenkes ergaben sich bei der Untersuchung nicht. Die festgestellte Verletzung lässt sich durch den von dem Geschädigten geschilderten Vorfall erklären und diesem zeitlich zuordnen.

4.3.9. Angriff auf einen Autofahrer durch Ehemann nach Aufhalten des Verkehrs

Geschädigte Person: männlich, 37, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Fußgänger

Konfliktauslöser: Aufhalten des Verkehrs

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr K. schildert, er sei mit seinem Auto unterwegs gewesen, als vor ihm eine Frau habe einparken wollen. Diese habe sehr lange den Verkehr aufgehalten, so dass Herr K. gehupt habe. Die Frau hätte ihm daraufhin „den Mittelfinger gezeigt“ und ihn beschimpft.

Der Mann der Frau habe dabei auf einem Balkon gestanden und das Geschehnis von oben beobachtet. Zunächst habe er angefangen, Herrn K. verbal zu attackieren, anschließend sei er auf die Straße gekommen und habe Herrn K., der zwischenzeitlich aus dem Auto ausgestiegen war, mitten auf der Straße mehrfach mit beiden Fäusten ins Gesicht geschlagen.

Er habe Herrn K. am T-Shirt festgehalten und ihm im Bereich des Ausschnittes des T-Shirts gekratzt. Als sei beide auf den Boden fielen, habe er ihn mit Schuhen im Bereich des Brustkorbes getreten. Der genaue Ablauf sei Herrn K. nicht erinnerlich. Als Herr K. blutete, habe der Beschuldigte von ihm abgelassen. Herr K. rief die Polizei und erstattete Anzeige.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung beklagte Herr K. leichte Kopfschmerzen. Der Brustkorb schmerze seit dem Vorfall. Es sei zu einem Arbeitsausfall am gestrigen und heutigen Tag gekommen. Es konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. Zentral im Bereich der Unterlippe eine 2 x 0,4 cm große, dunkelrot verfärbte Hautunterblutung mit einem 0,3 cm durchmessenden, zentralen Hautdefekt mit trockenem Wundschorf.
2. Die Oberlippe ist mittig geschwollen.
3. Im Bereich der Innenseite der Unterlippe ein sternförmiger Schleimhautdefekt von einer Größe von 0,4 cm mit reizlosem Wundschorf (Fibrinbelag).
4. Im Bereich der linken Wange, unmittelbar seitlich äußerlich der Nasenlippenfalte, mittig, eine 1 cm x 1 cm große, dunkelrot verfärbte Blutunterlaufung der Haut mit unregelmäßiger Begrenzung.
5. Zentral auf der Stirn eine 2,5 x 3 cm große Weichteilschwellung mit rechts randständiger, hellrot verfärbter Blutunterlaufung der Haut.
6. Im Bereich der rechten Schläfe eine 1,5 x 3 cm große, unregelmäßig begrenzte, dunkelrot verfärbte Blutunterlaufung der Haut, am stirnwärts gerichteten Rand sind mehrere punktförmige Hautdefekte mit trockenem Wundschorf.
7. Im Bereich der linken Schläfe, Richtung Scheitel lokalisiert, eine 2 x 2 cm große, dunkelrot verfärbte Blutunterlaufung der Haut mit einem 1 x 0,7 cm großen, zentralen Hautdefekt mit trockenem Wundschorf.

8. Im oberen Drittel des Rückens, rechtsseitig, quer zur Körperlängsachse verlaufend, auf einem Gebiet von 7 x 1 cm eine Hautschürfung mit mehreren Hautdefekten mit trockenem Wundschorf, mit umgebender Hautrötung.
9. Unmittelbar unterhalb des Kehlkopfes über die Kehle bis auf den Brustkorb ziehend, schräg zur Körperlängsachse verlaufend mit einer Länge von 10 cm und einer Breite von 0,3 bis maximal 0,5 cm, eine strichförmige Hautläsion, mit oberflächlicher Hautschürfung mit trockenem Wundgrund. Die Hautläsion ist unmittelbar oberhalb der Kehle auf einer Strecke von 0,8 cm unterbrochen.
10. Im Bereich des linken Knies, streckseitig, insgesamt 6, maximal 2 x 1 cm große Hautdefekte mit trockenem Wundschorf und umgebender Hautrötung.
11. Im Bereich des linken Ellenbogens, streckseitig, eine 1 x 0,5 cm große Hautläsion mit trockenem Wundschorf und umgebender Rötung.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr K. Spuren von mehrfacher, stumpfer Gewalteinwirkung aufwies. Als Folge dieser Gewalteinwirkung können die o.g. Verletzungen angesehen werden. Die unter Punkt 1 bis 5 genannten Verletzungen können Folge von Faustschlägen sein. Die unter Punkt 6 bis 8 genannten Verletzungen weisen Hautabschürfungen auf und entsprechen aus rechtsmedizinischer Sicht Trittspuren. Die unter Punkt 9 genannte Verletzung entspricht aus rechtsmedizinischer Sicht einer Kratzspur. Die unter Punkt 10 und 11 genannten Verletzungen können Folge eines Sturzes im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung sein.

Alle beschriebenen Verletzungen sind morphologisch frisch und mit dem von Herrn K. angegebenen Tatzeitpunkt vereinbar. Herr K. hatte aufgrund der Verletzungen einen Arbeitsausfall von zwei Tagen. Aufgrund der weiterbestehenden Schmerzen im Brustkorb wurde eine ärztliche Vorstellung empfohlen.

4.3.10. Konflikt zwischen Fahrrad- und Autofahrer um Verkehrswegnutzung

Geschädigte Person: männlich, 32, Fahrradfahrer

Beschuldigte Person: fremd, zwei Personen, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Verkehrswegbenutzung

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr K. gibt an, im Stadtteil St. Georg von dem Fahrer eines PKW Golf angegriffen worden zu sein. Herr K. sei zuvor mit seinem Fahrrad Richtung Hauptbahnhof auf der Straße gefahren. An einer roten Ampel stehend sei er von einem PKW-Fahrer beschimpft worden, da dieser Fahrer offenbar böse darüber war, dass der Geschädigte auf der Straße fuhr. Nachdem die Ampel auf Grün schaltete, soll der Autofahrer sehr schnell an dem Geschädigten vorbeigefahren sein. Der Beifahrer soll ihn in diesem Moment angespuckt haben. Dies habe den Geschädigten so sehr verletzt, dass er versucht habe, dem Auto hinterherzufahren. Dabei habe er sein Fahrradschloss in der Hand gehalten und damit gegen den rechten Außenspiegel des PKW geschlagen. Dabei sei der Spiegel beschädigt worden.

Der Fahrer des PKW sei danach hinter dem Geschädigten hinterhergefahren. Herr K. berichtet, er sei entgegen der Fahrtrichtung in eine Einbahnstraße eingebogen, in der Hoffnung, der Autofahrer würde ihm nicht folgen. Plötzlich habe Herr K. von hinten einen „Schubs“ verspürt, er sei zu Boden gefallen. Als der Geschädigte aufstehen wollten, sei er von einem der beiden Männer in den „Schwitzkasten“ genommen worden. Ein Passant, der dies beobachtete, rief die Polizei, was die Männer abgehalten habe, ihn weiter zu misshandeln.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Die Erstuntersuchung erfolgte im Krankenhaus St. Georg. Dort wurden eine Platzwunde im Bereich des Ellenbogens rechts sowie multiple Schürfwunden im Bereich des Ellenbogens, des Knie und der rechten Hand festgestellt. Es konnten keine frischen Knöchelverletzungen festgestellt werden.

Die zweite Untersuchung erfolgte zwei Tage später in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Dort wurde eine Halswirbelsäulenverrenkung (Distorsion) festgestellt und ein Halsverband verordnet. Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. An der Streckseite des rechten Unterarms in Höhe des Ellenbogengelenkes eine 4cm lange und bis zu 1,5 cm breite mit festhaftender, schorf-bedeckter Hautabschürfung. Im Bereich des Ellenbogengelenks eine quer zur Körperlängsachse verlaufende 1cm lange und 0,5 cm breite Hautabschürfung. In diesem Bereich befindet sich eine chirurgische Naht.
2. An der Streckseite des rechten Unterarms, unmittelbar unterhalb des Handgelenks, eine leichte V-förmige 2x1 cm große mit festhaftender, schorf-bedeckter Hautabschürfung.
3. An der Streckseite des linken Daumens eine unregelmäßig begrenzte, mit knapp 1 cm Durchmesser, schorf-bedeckte Hautabschürfung.

4. An der Streckseite des Zeigefingers rechts, unterhalb des Mittelgelenkes, eine parallel zur Körperlängsachse verlaufende 1 cm lange und 3 mm breite schorfbedeckte Hautabschürfung.
5. Am Rücken, am Übergang vom Schultergelenk zum Oberarm, mehrere parallel zueinander verlaufende bis zu 1 cm lange und 2-3 mm breite, schorfbedeckte Hautabschürfung.
6. Oberhalb des rechten Hüftgelenkes, oberhalb der rechten Leistenregion eine unregelmäßig begrenzte 5x3 cm große Blutunterlaufung. Im Zentrum gelblich-rötlich, am Rande bläulich verfärbt.
7. An der Vorderseite des rechten Kniegelenks eine flächenhaft bläulich-rötliche Verfärbung der Haut.

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung klagt Herr K. über Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogengelenks, über Schmerzen im Bereich der Hand sowie über Knieschmerzen rechts.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr K. Spuren von mehrfach äußerer stumpfer Gewalteinwirkung aufwies. Als Folge dieser Gewalteinwirkung sind oben beschriebene Verletzungen anzusehen. Die oben beschriebenen Verletzungen können von einem Vorfall am angegebenen Tatzeitpunkt stammen.

4.3.11. Angriff auf einen Autofahrer nach Beschwerde über Fahrzeugschaden

Geschädigte Person: männlich, 38, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt nach Fahrzeugschaden/Unfall

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr H. gibt an, auf dem Rückweg von seiner Arbeit auf der Autobahn A24 Richtung Hamburg von einem anderen Autofahrer angegriffen worden zu sein. Zuvor habe der andere Autofahrer den linken Außenspiegel von Herrn H. beschädigt. Als Herr H. den Autofahrer zur Rede stellen wollte, habe dieser sofort begonnen, Herrn H. zu schlagen und zu treten. Herr H. habe nicht sehen können, was für Schuhe der Mann zur Tatzeit getragen habe.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Die Erstuntersuchung erfolgte im Albertinenkrankenhaus. Dort wurde eine offene Wunde des rechten Schienbeines festgestellt. Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. An der Oberschenkelvorderseite, entlang des Schienbeines, eine lappenförmige, 2,5 cm breite und bis zu 3 cm lange mit etwas Blut bedeckte Hautdurchtrennung (siehe Fotos 1 und 2).
2. An der Beugeseite des linken Oberschenkels, unmittelbar oberhalb der Kniekehle, eine unregelmäßig begrenzte, 2 cm durchmessende bläulich verfärbte Blutunterlaufung der Haut (siehe Foto3).
3. Am Rücken rechts, 7 cm oberhalb des Gesäßes, zwei parallel zueinander verlaufende und schräg zur Körperlängsachse verlaufende, jeweils 3 cm lange und bis zu 2 mm breite bandförmige Hautrötungen. In diesem Bereich bestand Schmerzhaftigkeit.
4. Im Bereich der linken Nierenloge bestand Druckschmerzhaftigkeit.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr H. Spuren von mehrfacher äußerer stumpfer Gewalteinwirkung aufwies. Die Verletzung im Bereich des Schienbeines rechts kann aus rechtsmedizinischer Sicht durch einen Tritt entstanden sein. Zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte Herr H. nur humpelnd gehen. Die Verletzungen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung frisch und können von einem Vorfall am Tag zuvor stammen.

4.3.12. Angriff mit Schlagstock und Fäusten nach Aufhalten des Verkehrs

Geschädigte Person: männlich, 45, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: bekannt, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Aufhalten des Verkehrs

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr H. berichtet, dass er von einem ihm unbekanntem Mann sowohl mit Fäusten als auch mit einem ausziehbaren Schlagstock geschlagen worden sei. Herr H. sei gerade dabei gewesen, sein Auto auszuparken, als in einer 30km/h-Zone der Fahrer eines Mercedes mit sehr hoher Geschwindigkeit an ihm vorbei gefahren sei. Er habe dann eine Bemerkung gemacht. Ob er auch gehupt habe, könne er zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr erinnern. Daraufhin habe der Mann sinngemäß gesagt, „mach' nicht an!“ und sofort einen Schlagstock genommen, mit dem er auf Herrn H. eingeschlagen habe. Herr H. konnte nicht mit Sicherheit sagen, ob er zuerst mit Fäusten oder zuerst mit dem Schlagstock geschlagen wurde.

Auszug aus dem Entlassungsbericht des Asklepios Westklinikum Hamburg

Folgende Diagnosen wurden im Rahmen eines stationären Aufenthalts gestellt:

1. Kieferhöhlenbruch links mit Einblutung
2. Augenhöhlenboden- und Außenwandaugenhöhlenbruch links (Orbitaboden- und laterale Orbitafraktur links)
3. Kopfplatzwunde links seitlich (parietal)
4. Des Weiteren wurde eine Blutunterlaufung im Bereich des linken Auges festgestellt sowie eine geformte Verletzung im Bereich des linken Handgelenkes.

Es erfolgte eine Überweisung des Patienten an das Zentrum für Mund- und Kieferchirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. 7 cm oberhalb des Ohrläppchens links, im Bereich der behaarten Kopfhaut, eine knapp 5 cm lange mit mehreren chirurgischen Nähten versorgte Durchtrennung, die Wunde ist mit festhaftenden Blutkrusten bedeckt.
2. Das linke Augenoberlid sowie das linke Augenunterlid und Innenwinkel des linken Auges zum Teil rötlich, zum Teil gelblich verfärbt.
3. Flächenhafter Blutaustritt unterhalb der Augenbindehaut links.
4. Am Zahn Nr. 1 oben rechts ist am unteren Rand ein Zahnstückchen abgesplittert. Die Unterlippe deutlich geschwollen, die Schleimhaut der Unterlippe weist auf einer Fläche von 1 x 0,5 cm eine bläuliche Verfärbung auf.
5. An der Streckseite des linken Unterarmes, unmittelbar oberhalb des Handgelenkes, mehrere bis zu 0,5 cm durchmessende, musterartig angeordnete blass-bläulich verfärbte Blutunterlaufungen der Haut. Nach Angaben von Herrn H. handelt es sich dabei um einen Abdruck einer Stahluhr, die er zur Tatzeit am Handgelenk trug.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr H. Spuren von mehrfacher, äußerer, stumpfer Gewalteinwirkungen aufwies. Als Folge dieser Gewalteinwirkung sind oben beschriebene Verletzungen anzusehen. Die Verletzung im Bereich des Schädeldaches links kann aus rechtsmedizinischer Sicht mit einem Schlagstock hervorgerufen worden sein.

4.3.13. Angriff einer Fahrradfahrerin auf Fußgänger nach Belehrung

Geschädigte Person: männlich, 43, Fußgänger

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, weiblich, Fahrradfahrer

Konfliktauslöser: Überqueren einer roten Ampel

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr S. schildert folgenden Sachverhalt: Es sei auf öffentlicher Straße zu einem körperlichen Übergriff gekommen. Er habe an einer Fußgängerampel bei Rot gewartet. Von der gegenüberliegenden Straßenseite sei eine Radfahrerin noch bei Rot über die Ampel und mit ziemlich hoher Geschwindigkeit auf die Menschenmenge zugefahren. Dabei hätte sie ihn gestreift. Er habe sich daraufhin bei ihr beschwert. Sie sei von ihrem Fahrrad abgestiegen und habe ihn mit der Faust auf seine Lippe geschlagen, woraufhin es zu einem kleineren „Gemenge“ gekommen sei. Dabei sei er mit seinem Kopf gegen einen sich dort befindlichen Pfahl geschlagen.

Nachfolgend habe er sich in einer Notaufnahme vorgestellt. Dort habe man die Verletzung an der Oberlippe mit einem speziellen Hautkleber versorgt. Ein Behandlungsbericht liegt zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung nicht vor.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Herr S. ist zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung zu allen Qualitäten hin orientiert. Er gibt Schmerzen im Bereich der Lippe an.

1. Schwellung der rechten Oberlippe. Oberflächliche Verletzung sowohl des Lippenrots wie auch der angrenzenden Mundschleimhaut. Das umliegende Gewebe ist bläulich verfärbt.
2. Oberflächliche Hautabschürfung im Bereich der Stirn, zwischen den Augen gelegen, diese gerötet, ca. 0,6 cm Durchmesser.
3. Oberflächliche, ca. 0,6 cm Durchmesser, gerötete Hautabschürfung im Bereich der rechten Wange, ca. je 2cm oberhalb und rechts des rechten Mundwinkels gelegen.
4. Kleinste, oberflächliche, gerötete Hautabschürfung im Bereich des Kinns, ca. 1 cm rechts neben der Mittellinie gelegen.
5. Oberflächliche Hautabschürfung im Bereich des rechten Ohres, am Oberrand des Ohrmuschelansatzes, sowie ca. 1 cm hinter dem Ohr eine weitere oberflächliche Hautabschürfung. Diese ist mit einer dunklen Borke belegt.

Beurteilung

Circa ein Tag nach dem geschilderten Vorfall konnten bei der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung Zeichen mehrfacher stumpfer Gewalteinwirkungen gesehen werden, und zwar eine Verletzung im Bereich der rechten Oberlippe sowie mehrere frische, oberflächliche Hautabschürfungen im Bereich der Stirn, der rechten Wange und des Ohrs. Die Wunde im Bereich der rechten Oberlippe kann durch einen Faustschlag von fremder Hand entstanden sein. Den oberflächlichen Hautabschürfungen können keine eindeutigen Entstehungsmechanismen zugeordnet werden.

4.3.14. Konflikt zweier Autofahrer aufgrund Blockierens der Straße

Geschädigte Person: weiblich, 51, Kraftfahrzeugfahrerin

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Aufhalten des Verkehrs

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Frau H. berichtete, von einem ihr unbekanntem Autofahrer angegriffen worden zu sein. Sie war mit ihrem PKW unterwegs. Sie habe in einer engen Straße einparken wollen. Dem späteren Angreifer sei es „nicht schnell genug gegangen“. Er habe sie angepöbelt. Sie habe ihn vorbeifahren lassen wollen und sei deswegen ein Stück vorgefahren. Daraufhin habe der Mann sie beschimpft. Er sei aus seinem Auto ausgestiegen und habe sie durch das offene Fenster ihres Wagens angegriffen. Er habe sie gewürgt und an den Haaren gezogen. Zwei unbeteiligte Personen seien ihr zu Hilfe gekommen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung klagte Frau H. über Kopfschmerzen und Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Halses. Des Weiteren berichtet sie seit dem Vorfall Schluckbeschwerden zu verspüren, sie beschreibt ihre Stimme als leicht heiser. Während sie über den Vorfall berichtet, zittert Frau Hauck am ganzen Körper, ihre Stimme ist ebenfalls zitterig.

1. Im Bereich des Unterkieferastes rechts, nahe des Kinns eine knapp 0,5 cm durchmessende, oberflächliche Hautabschürfung (siehe Foto 1).
2. An der rechten Halsseite oberflächliche, feine bandförmige, zum Teil schräg, zum Teil quer zur Körperlängsachse verlaufende Hautrötungen (siehe Foto 2).
3. Am Halsansatz rechts vorne eine 1,5 cm durchmessende, unregelmäßig begrenzte, oberflächliche Hautabschürfung (siehe Foto 3).
4. Frau H. gibt an, am übrigen Körper keinerlei Verletzungen aufzuweisen.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Frau H. Spuren eines Angriffes gegen den Hals aufwies. Als Folge dieses Angriffes sind oben beschriebene Hautabschürfungen und Hauteinblutungen im Bereich des Halses rechts zu betrachten. Da Frau H. berichtete, seit dem Vorfall sowohl Schluckbeschwerden zu verspüren als auch heiser zu sein, ist aus rechtsmedizinischer Sicht davon auszugehen, dass der Würgevorgang von nicht unerheblicher Intensität war. Für Frau H. bestand zu keinem Zeitpunkt akute Lebensgefahr.

4.3.15. Angriff auf Autofahrer durch mehrere Täter nach Aufhalten des Verkehrs

Geschädigte Person: männlich, 40, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, >3 Personen, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Aufhalten des Verkehrs

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr S. ist LKW-Fahrer und berichtet, dass er aus einem Tor an seiner Arbeitsstelle herausfahren wollte, dieses aber von einem PKW blockiert gewesen sei. Herr S. habe auf der anderen Straßenseite, bei einem Pizza-Laden 3 oder 4 junge Männer bemerkt und sei davon ausgegangen, dass diesen das Auto gehören würde. Er habe gehupt, um auf sich aufmerksam zu machen. Die Männer seien, teilweise mit Pizzaschachteln in der Hand, zum Auto zurückgekommen und hätten sofort angefangen, ihn mit den Worten „Scheiß Ausländer“ und Zeigen des Mittelfingers zu beleidigen.

Herr S. hätte daraufhin lediglich gefragt: „Kannst du nicht wie ein Mensch mit mir reden?“. Unvermittelt sei er daraufhin mit der Faust mehrfach gegen den Kopf geschlagen worden. Man habe ihn auch gegen den Körper getreten und geschlagen und ihn gestoßen. Im Bereich des Halses sei er ebenfalls getroffen worden, wobei er hier davon ausgeht, dass einer der jungen Männer einen Gegenstand, seiner Meinung nach möglicherweise ein Schlüssel oder ein Messer, in der Hand gehabt habe. Die jungen Männer seien dann verschwunden. Herr S. sei nach eigenen Angaben nicht bewusstlos gewesen, Übelkeit oder Erbrechen hätten nicht bestanden. Die Nase sei ihm Bereich der linken Seite deutlich geschwollen gewesen und er habe „ein Schütteln im Kopf verspürt“. Er habe sich dann in die Zentrale Notaufnahme des UKE begeben. Dabei habe er sich sehr wackelig auf den Beinen gefühlt.

Ein entsprechender Entlassungsbericht der ambulanten Behandlung in der Zentralen Notaufnahme des UKE wird von Herrn S. vorgelegt. Dort finden sich folgende Diagnosen: Kratzwunde Hals, Nasenbeinfraktur.

Es sei dann eine Beurteilung des Gesichtsschädels durch die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen erfolgt. Dabei wurde der Verdacht auf einen Bruch des Stirnfortsatzes des Oberkiefers gestellt und eine Prellmarke im Bereich der linken Wange beschrieben. Zum sicheren Ausschluss einer dortigen Fraktur wurde eine Wiedervorstellung in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie empfohlen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Bei der körperlichen Untersuchung ist Herr S. zu allen Qualitäten orientiert. Auf Nachfrage gibt er an, noch Schmerzen im Bereich der Jochbeinbogen-/Oberkieferregion links der Nase zu verspüren. Bei der körperlichen Untersuchung ist in dieser als schmerzhaft angegebenen Region keine äußerlich erkennbare Verletzung abzugrenzen. Im Bereich der linken Halsseite, am Übergang zum Brustkorb, etwa auf Höhe des Halswendermuskels, zeigt sich ein leicht bogig verlaufender, etwa 3,5 cm langer, horizontal gestellter, kratzerartiger Hautdefekt. Dieser ist dünn mit einer rot-bräunlichen Kruste vertrocknet, die Wundränder noch erkennbar gerötet. Von diesem kratzerartigen Defekt ausgehend und Richtung der linken Schulterregion ziehend ein weiterer kratzerartiger Defekt mit einer Länge von etwa 9 cm. Die Wundränder, insbesondere am rechten Ende deutlich gerötet. Der Defekt ebenfalls stellenweise dezent rot-bräunlich vertrocknet. Weitere Verletzungen sind nicht festzustellen.

Beurteilung

Bei der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung des 40 Jahre alten Herrn S. in einem zeitlichen Abstand von etwa 3,5 Tagen nach dem angegebenen Vorfall wurden noch Schmerzen im Bereich der Jochbein-/Oberkieferregion links der Nase angegeben sowie zwei kratzerartige Hautdefekte im Bereich der linken Hals-Schulterregion festgestellt. Seitens der Ärzte in der Notaufnahme des UKE wurde zudem der Verdacht auf eine Fraktur im Oberkieferbereich gestellt. Unter Berücksichtigung der Wundbeschaffenheit der kratzerartigen Hautdefekte handelt es sich um in Abheilung befindliche Verletzungen, die somit gut dem Vorfallszeitraum zugeordnet werden können. Die Verletzungen im Bereich der Hals-Schulterregion sind sehr gut mit der Darstellung des Herrn S. vereinbar, er sei mit einem Gegenstand gekratzt worden, wobei aufgrund der eher unregelmäßigen Wundbeschaffenheit am ehesten von einem unregelmäßig geformten Gegenstand wie beispielsweise einem Schlüssel auszugehen ist. Eine knöcherner Verletzung im Bereich des Oberkieferknochens konnte durch die rechtsmedizinische Untersuchung nicht verifiziert werden. Zur Klärung, ob es tatsächlich zu einer knöchernen Verletzung gekommen ist, die dann eine stumpfe Gewalteinwirkung, wie sie beispielsweise im Rahmen von Schlägen mit der Faust erfolgt, bestätigen würde, müsste gegebenenfalls durch eine erneute Einsicht in die weiterführenden Behandlungsunterlagen der Kontrolluntersuchungen erfolgen.

4.3.16. Potentiell lebensgefährliche Verletzungen nach Konflikt im ÖPNV

Geschädigte Person: männlich, 44, Fahrgast im ÖPNV

Beschuldigte Person: fremd, drei Personen, männlich, Fahrgäste im ÖPNV

Konfliktauslöser: Konflikt im ÖPNV

Schweregrad der Verletzungen: potentiell lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr S. gibt an, dass er nach einer Silvesterfeier gegen 06:00 Uhr nach Hause habe fahren wollen. Dazu sei er mit seiner Freundin in einen Bus gestiegen. Der Bus sei sehr voll gewesen und ein ihm unbekannter Mann habe andere Passagiere herumgeschubst. Herr S. habe daraufhin den Mann zurückhalten wollen und habe direkt einen Schlag mit der Faust ins Gesicht bekommen, sodass er aus dem Bus gefallen sei. Es seien dann sofort zwei weitere Männer hinzugekommen und hätten ihn mehrfach getreten. Auf Nachfrage gibt Herr S. an, dass er nach dem ersten Schlag ins Gesicht nur lückenhaft Erinnerungen an den Vorfall habe, bewusstlos sei er jedoch nicht gewesen. Übelkeit und Erbrechen habe er nicht verspürt.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung wirkte Herr S. zu allen Qualitäten hin orientiert. Er klagte über starke Schmerzen in der rechten Gesäßhälfte beim Gehen und beim Sitzen.

Es konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. Im Bereich des linken Stirnhöckers, ca. 1,5cm vor der Haaransatzgrenze gelegen, eine unregelmäßig geformte Hautrötung, diese in einem Areal von 2,5 x 2cm. Zentral hier ein Hautdefekt, dieser ca. 1 x 0,5cm messend und borkig belegt.
2. Im Bereich des linken Oberlides einige unregelmäßig geformte, ineinander übergehende Hautunterblutungen, diese insgesamt in einem Areal von ca. 2,5 x 1,5 cm.
3. Rechts- und linksseitig im behaarten Kopf, ca. 2 cm oberhalb der Ohrmuscheln gelegen, mehrere fleckförmige Hautrötungen, diese ca. in einem Areal von 1,5 x 1 cm.
4. An den Zähnen 11, 23 und 33 kleine Absprengungen bzw. Abbrüche sichtbar (rechtsseitig, von der Mitte aus, der erste Zahn im Oberkiefer sowie linksseitig jeweils der dritte Zahn, von der Mitte aus, im Ober- und Unterkiefer).
5. Mittig am linken Oberarm, beugeseitig gelegen, eine gelbliche Hautunterblutung, diese ca. 1,5 x 1 cm messend.
6. Die rechte Gesäßhälfte deutlich geschwollen. Außenseitig gelegen, eine fleckförmige, unregelmäßig geformte rotbläuliche Hautunterblutung sichtbar, diese in einem Areal von etwa 17 x 12 cm.

Beurteilung

Etwa zwei Tage nach dem angegebenen Tatzeitpunkt konnten bei Herrn S. Spuren einer mehrfachen äußeren stumpfen Gewalteinwirkung gefunden werden, diese insbesondere im Bereich des Kopfes und des Gesäßes. Die Hautunterblutungen im Bereich beider Augen sind prinzipiell mit Faustschlägen zu vereinbaren. Die Verletzung an der Stirn, etwa in der Hutkrempeinie gelegen, ist möglicherweise

durch den Sturz aus dem Bus verursacht worden, ist aber auch durch Fußtritte gegen den Kopf erklärbar.

Tritte sowie kräftig geführte Schläge gegen den Kopf sind als potenziell lebensgefährlich einzustufen, da sie zu Blutungen ins Schädelinnere führen können. Die beschriebene Verletzung im Bereich des Gesäßes ist mit einem kräftigen Tritt mit beschuhtem Fuß in Einklang zu bringen. Zeitlich sind die beschriebenen Verletzungen, mit Ausnahme der am Oberarm, welche etwas älter erscheint, mit dem geschilderten Tatzeitpunkt zu vereinbaren.

4.3.17. Konflikt eines Hundebesitzers mit Kraftfahrzeugfahrer

Geschädigte Person: männlich, 29, Fußgänger

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: sonstiges

Schweregrad der Verletzungen: potentiell lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr B. schildert folgenden Sachverhalt: Es sei auf öffentlicher Straße zu einem körperlichen Übergriff gekommen. Er sei gemeinsam mit seiner Frau und dem kleinen Hund von einer Bootsfahrt zurückgekehrt, als der Hund Richtung Straße gelaufen sei. Seine Frau habe einen Schreck bekommen und Angst gehabt, dass der Hund von dem sich nähernden Fahrzeug angefahren werde. Als das Fahrzeug haarscharf an dem Hund vorbeigefahren sei, habe sie dem fahrenden Auto hinterher geschrien. Der Fahrer des Wagens habe sein Fahrzeug sofort zum Stehen gebracht und anschließend zurück gesetzt. Als er den Wagen erneut zum Stehen gebracht habe, sei der Fahrer ausgestiegen und zunächst auf seine Ehefrau losgegangen. Anschließend sei der Fahrzeugführer auf ihn losgegangen, habe mit Händen/Fäusten auf ihn eingeschlagen, ihn beschimpft und angespuckt. Er habe sich mit seinen Armen/Händen geschützt und versucht, sich zu wehren. Nachdem der Fahrzeugführer eingesehen habe, dass er „keine Chancen“ hätte, sei er zu seinem Fahrzeug zurückgelaufen, habe ihn von dort aus zunächst mit Steinen beworfen und sei anschließend mit einem Tischbein in der Hand auf ihn zugekommen. In diesem Tischbein seien spitze Schrauben befestigt gewesen. Der Fahrer habe damit mehrfach auf ihn eingeschlagen und ihn am Kopf und am Arm getroffen.

Passanten hätten die Polizei alarmiert, die vor Ort erschienen sei. Er sei mit einem Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht worden, wo er ambulant versorgt worden sei. Die Wunden auf dem Kopf seien chirurgisch genäht worden.

Nach dem Ereignis habe er Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen verspürt. Zu Hause habe er sich übergeben müssen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Herr B. ist zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung zu allen Qualitäten hin orientiert. Er berichtet über nach wie vor bestehende Kopfschmerzen, die vor allem bewegungsabhängig seien.

1. Im Bereich des rechtsseitigen Hinterkopfes ein rasiertes Hautareal, dort eine quergestellte, 4 cm lange, mit chirurgischen Nähten versorgte Wunde.
2. Auf dem Hinterkopf linksseitigen, eine etwa 0,5 cm durchmessende Wunde, diese mit einem chirurgischen Faden versehen, krustig belegt.
3. Auf dem rechten Oberarm, im oberen Drittel, körperaußenseitig gelegen, mehrere bis 0,5 cm durchmessende oberflächliche Hautabschürfungen, diese mit Wundschorf belegt. Die Verletzungen befinden sich in einem tätowierten Hautareal, dadurch erschwerte Beurteilbarkeit.
4. Von dort nach schräg vorn unten zwei versetzt nebeneinander liegende, etwa 2 cm durchmessende rötlich-orangefarbene Hautareale.
5. Streckseitig auf der rechten Hand, auf dem Zeigefingergrundglied gelegen, eine 0,5 cm durchmessende Hautrötung mit zentral gelegener 0,2 cm durchmessender, borkig belegter, oberflächlicher Hautabschürfung.

6. Auf dem rechten Mittelfinger, streckseitig, im Bereich des Grundgelenkes gelegen, eine 1,5 cm lange, längs gestellte, bogenförmig verlaufende, mehrfach unterbrochene, mit Wundschorf belegte, oberflächliche Hautabschürfung.
7. Auf dem rechten Handrücken gelegen, links neben dem Grundgelenk des Ringfingers, eine 0,5 cm durchmessende Hautrötung mit zentraler, oberflächlicher, 0,2 cm durchmessender Hautabschürfung, diese mit Wundschorf belegt.

Beurteilung

Etwa zehn Tage nach dem geschilderten Ereignis konnten bei der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung zwei chirurgisch versorgte Hautwunden auf dem Hinterkopf sowie mehrere oberflächliche Hautabschürfungen auf dem rechten Oberarm sowie auf der rechten Hand gefunden werden. Des Weiteren zeigten sich zwei rot-orange gefärbte Hautunterblutungen auf dem rechten Oberarm. Die oberflächlichen Hautabschürfungen und Hautunterblutungen sind unspezifisch, sie können im Rahmen eines Kampfgeschehens entstanden sein. Die beiden chirurgisch versorgten Kopfplatzwunden auf dem Hinterkopf sind aufgrund ihrer chirurgischen Versorgung im Hinblick auf die Tiefe sowie Wundrandbeschaffenheit nicht mehr zu beurteilen. Grundsätzlich sind derartige Verletzungen mit Gewebdefekten eher untypisch für Faustschläge, vielmehr können sie durch das Schlagen mit der Kante eines harten Gegenstandes (wie hier angegeben z.B. ein Tischbein mit oder ohne Schraube) hervorgerufen werden. Insgesamt imponieren die Verletzungen nicht mehr ganz frisch und können zeitlich und kausal mit dem geschilderten Ereignis in Einklang gebracht werden.

4.3.18. Angriff mit einem Holzknüppel nach Schneiden

Geschädigte Person: männlich, 28, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, zwei Personen, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Schneiden

Schweregrad der Verletzungen: potentiell lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr G. gibt folgenden Sachverhalt an: Er habe mit seinem Fahrzeug auf einer zweispurigen Straße von der linken Spur auf die rechte Spur wechseln wollen, da er im Folgenden rechts abbiegen wollen. Hierbei sei er in eine Lücke zwischen zwei Fahrzeugen eingeschert. Der Fahrer im Fahrzeug hinter ihm habe dann gehupt und gestikuliert. Herr G. habe sich hierbei zunächst nichts weiter gedacht.

An einer roten Ampel habe das Fahrzeug dann links neben ihm gehalten. Durch die geöffneten Fenster sei es zunächst zu einer verbalen Auseinandersetzung gekommen. In dem anderen Fahrzeug hätten sich zwei Personen befunden. Der Beifahrer des anderen Fahrzeuges sei dann ausgestiegen und habe Herrn G. weiter verbal attackiert. Nun sei auch der Fahrer ausgestiegen. In dessen linker Hand habe Herr G. beim Aussteigen einen Holzknüppel gesehen. Dieser sei etwa 40 cm lang gewesen und habe einen Durchmesser von ca. 3-4 cm gehabt. Diesen Knüppel habe der Mann zunächst hinter seinem linken Arm zu verbergen versucht, Herr G. habe diesen dennoch gesehen.

Es sei dann zu einer kurzen weiteren verbalen Auseinandersetzung gekommen, plötzlich habe der Fahrer des anderen Fahrzeugs durch das geöffnete Fenster mit dem Holzknüppel auf den Kopf des Herrn G. geschlagen. Hierbei habe der den Knüppel in der linken Hand gehalten. Der Schlag habe ihn an der Nase getroffen, er habe zunächst gar nicht gewusst, was passiert sei. Plötzlich habe er aus der Nase stark geblutet.

Herr G. sei dann, stark zitternd, auf der Beifahrerseite aus seinem Fahrzeug ausgestiegen. Der Mann sei dann um das Fahrzeug herumgekommen und habe weiter versucht, mit dem Knüppel auf den Kopf des Herrn G. einzuschlagen. Herr G. habe seinen linken Arm schützend erhoben und damit die Schläge abgewehrt. Zu einem weiteren Treffer gegen den Kopf sei es nicht gekommen.

Im folgenden sei Herr G. dann zur Behandlung zunächst im AK Eilbek gewesen. Durch die dortige Chirurgie wurde nach Röntgen die Diagnose einer Nasenbeinfraktur gestellt.

Von Herrn G. wird angegeben, dass er sich am Tage der rechtsmedizinischen Untersuchung aufgrund der in leicht nach rechts gestellter Fehlstellung befindlichen Nasenwurzel einer ambulanten Korrektur-Operation unterziehen wird.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Über dem knöchernen Anteil des Nasenskeletts, etwas rechtsseitig, eine etwa linsengroße, jetzt in Verborkung befindliche Hautläsion. Umgebende Weichgewebsschwellung, zum Untersuchungszeitpunkt lediglich noch dezent ausgeprägt. Umgebene blau-violette Verfärbung der Haut in einem streifenförmigen, quer gestellten 3 x 0,5 cm großen Areal.

Leicht nach rechts gewandete Fehlstellung im Bereich der knöchernen Nasenwurzel.

Unter beiden Augen, teils im Bereich der Augenunterlider, teils in der Haut über den Jochbeinen, quer gestellte blau-violette, im Randbereich deutlich gelbliche Unterblutungszonen ohne Anhalt für eine stattgehabte direkte Gewalteinwirkung in diesem Bereich (im Sinne von „abgesackten“ Blutungen bei Gewalteinwirkung gegen das Mittelgesicht). Am Unterarm links im unteren Drittel, kleinfingerseitig über dem hier gelegenen Unterarmknochen zwei noch dezent sichtbare blau-rötliche Reste von Hautunterblutungen. Beim Betasten hier noch Gewebsschwellung hier tastbar. Im Bereich dieser etwa halbhandtellergroßen leicht tastbaren Gewebsschwellungen zeigt sich eine dezente blass-bläuliche Verfärbung im Sinne eines Restzustandes eines Unterblutung.

Beurteilung

Bei Herrn G. finden sich die Reste von stumpfer äußerer Gewalteinwirkung im Bereich der Nasenwurzel (in Abheilung befindliche Aufplatzung, Fehlstellung der Nasenwurzel nach rechts) sowie indirekte Verletzungsfolgen (Einblutungen in das Weichgewebe rechts und links der Nase).

Des Weiteren finden sich Zeichen der von Herrn G. angegebenen Abwehrbewegungen des linken Armes bei gleichzeitigen Schlägen gegen denselben. Insofern entsprechen diese Verletzungen aus rechtsmedizinischer Sicht einer sogenannten aktiven Abwehrverletzung.

4.3.19. Augenverlust nach grundlosem Konflikt im Straßenverkehr

Geschädigte Person: männlich, 22, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: grundlos

Schweregrad der Verletzungen: potentiell lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr R. gibt an, mit mehreren Freunden einen „Beachclub“ verlassen zu haben. Auf dem Parkplatz sei ihnen eine Gruppe von mehreren Personen aufgefallen, welche „Faxen“ gemacht hätten. Herr R. und seine Bekannten hätten darauf nicht reagiert, sondern seien mit zwei PKW vom dortigen Parkplatz heruntergefahren und hätten sich auf den Nachhauseweg gemacht. Unterwegs habe er im Rückspiegel bemerkt, dass ein PKW mit den Personen vom Parkplatz des Beachclubs hinter ihm gehalten habe. Er habe noch gesehen, wie eine bzw. mehrere Türen des PKW geöffnet worden seien. Plötzlich habe er einen Schlag ins Gesicht bekommen. Er sei von einer Flasche getroffen worden, diese sei in seinem Gesicht „zerplatzt“. Er habe auf dem Fahrersitz gesessen, sämtliche Fenster des Fahrzeuges seien aufgrund der guten Wetterlage heruntergekurbelt gewesen. Herr R. kann keine näheren Angaben zu der Person machen, welche ihm ins Gesicht geschlagen habe. Außer Herrn R. hätten sich noch zwei Personen im Fahrzeug befunden. Nach Erstversorgung durch eine Zeugin sei Herr R. ins Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf verbracht worden. Im UKE sei er unmittelbar am linken Auge operiert worden.

Auszug aus der Krankenakte

Laut Operationsberichtes wurden folgende Verletzung festgestellt: Linksseitig schwere, den Augapfel durchstoßende Verletzung mit Herausreißen der Regenbogenhaut. Durchschneidung der Augenlinse, Herausreißen von Teilen der Linse und deren Aufhängeapparates. Tiefe Lidschnittwunde mit Fremdkörpern in der Augenhöhle (Glassplitter).

Die Therapie erfolgt durch Hornhautnaht, Linsenabsaugung, Entfernung der vorderen Augenkammer, Fremdkörperentfernung, Lidnaht, tiefe Untersuchung des Augapfels und Spülung der Tränenwege.

Asservate

Vom Stationsarzt wird ein Röhrchen mit kleineren Glassplittern übergeben. Nach Angaben des Arztes seien die Glassplitter aus dem Oberlid bzw. aus dem Augapfel des Herrn R. entfernt worden.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Herr R. ist zu Zeit, Ort und Person voll orientiert, wach und ansprechbar. Das linke Auge ist durch eine Kunststoffschale sowie einen Watteverband abgepolstert abgedeckt.

1. An der Stirn rechts, im Bereich des Haaransatzes, ein ca. 0,5 cm messender, glattrandiger und mit einem einzelnen chirurgischen Faden geschlossener Hautdefekt.
2. An der Stirn rechts, mittig zwischen Augenbraue und Haaransatz, ein größerer, quer gestellter, von außen nach innen gering absteigender,

glattrandiger und mit einem sogenannten „Steri-Strip“ verschlossener Hautdefekt sowie zahlreiche kleinere, bis wenige Millimeter messende glattrandige Hautdefekte.

3. Über dem inneren Drittel der rechten Augenbraue ein ca. 0,8 cm messender, glattrandiger und ebenfalls mit einem „Steri-Strip“ verschlossener Hautdefekt.
4. Über dem Nasenrücken/-wurzel ein glattrandiger, leicht geschwungener, ca. 1 cm messender Hautdefekt.
5. Blauviolette Unterblutung von Ober- und Unterlid des linken Auges.
6. Im linken Oberlid außen ein quer gestellter, ca. 2-3 cm messender, glattrandiger und mit chirurgischem Nahtmaterial verschlossener Hautdefekt.
7. Am linken Auge außen finden sich salbenverdächtige Antragungen.

Nach Angaben des behandelnden Operateurs wurden darüber hinaus Medikamente zur Infektionsprophylaxe und zur Senkung des Augeninnendruckes verordnet.

Beurteilung

Sämtliche festgestellten Verletzungen sind morphologisch frischer Natur und können zum angegebenen Ereigniszeitpunkt erlitten worden sein. Die Verletzungen sind Folge stumpfer und scharfer Gewalt. Der angegebene Ereignisgang (Bersten einer Flasche im Gesicht des Geschädigten) kann mit den festgestellten Verletzungen zwanglos in Einklang gebracht werden.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung ist die Sehfähigkeit auf dem linken Auge aufgehoben. Unter Würdigung des Operationsberichtes und nach Schilderung des operierenden Arztes, Herrn Dr. Wagenfeld, besteht eine geringe Chance, nach weiteren zahlreichen operativen Eingriffen, eine Restsehfähigkeit auf dem linken Auge wiederzuerlangen. Grundlegende Voraussetzung hierfür wäre jedoch, dass eine häufig mit schweren Augapfelprellungen einhergehende Netzhautablösung ausbleibt. Aufgrund der Verletzung der sog. Hornhaut (klarer, durchsichtiger Anteil vorne am Auge) besteht jedoch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit der Bedarf nach einer sog. Hornhauttransplantation. Die genannten erforderlichen Operationen gehen mit einem hierfür üblichen erhöhten Infektionsrisiko einher. Aufgrund der anatomischen Nähe zum Gehirn können zum jetzigen Zeitpunkt weitere schwerwiegende Komplikationen nicht ausgeschlossen werden. Auch bringen die weiteren Operationen die Notwendigkeit von Vollnarkosen aufgrund des Umfangs der erforderlichen Eingriffe mit sich.

Neben der schweren Verletzung des Augapfels bzw. der vorderen Anteile des Sehapparates (Hornhaut, Regenbogenhaut, Linse) besteht eine schwere Verletzung des Oberlides. Hier ist der weitere Heilungsverlauf abzuwarten, es kann jedoch, insbesondere auch in kosmetischer Hinsicht, zu schweren Entstellungen kommen. In wie weit der Tränenapparat/-fluss funktionstüchtig bleibt, ist abzuwarten.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung ist realistisch gesehen mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem vollständigen Verlust der Sehfähigkeit des linken Auges des Herrn R. auszugehen. Der Heilungsverlauf ist jedoch abzuwarten.

4.3.20. Scharfe Gewalteinwirkung am Hals mit potentieller Lebensgefahr nach

Konflikt im Verkehrswegbenutzung

Geschädigte Person: männlich, 53, Fußgänger

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Verkehrswegbenutzung

Schweregrad der Verletzungen: potentiell lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Wie von Herrn L. mitgeteilt wird, habe er am Abend nach einem Kinobesuch mit seinen Töchtern eine für Fußgänger „grün“ zeigende Ampel überqueren wollen. Ein PKW sei regelwidrig in dortige Fußgängergruppe gefahren, woraufhin sich Herr L. erschrocken und um sich geschlagen habe. Hierbei habe er mit seiner Hand den PKW getroffen. Der Fahrer habe prompt angehalten und ihn „sofort attackiert“ – „Ich war so unter Schock ...ich hab mich überhaupt nicht gewehrt ... Er hat gleich an den Hals geschlagen ... Er hat mich sofort in den Schwitzkasten genommen und runtergedrückt und dabei mit dem Knie getreten ... irgendwo in den Körper ... Er hatte dabei irgendetwas in der Hand, aber ich hab' das nicht erkannt ... Als er mich in den Schwitzkasten genommen hat, hat er wie eine Windmühle auf mich eingeschlagen und getreten ... Die Leute haben ihn wohl gar nicht wegzerren können. Ich war zwar nicht besinnungslos, aber ich stand geistig total neben mir!“. Von Passanten/ Zeugen seien Polizei und Rettungskräfte informiert worden. Mittels Notarztwagen sei Herr L. in das Bundeswehrkrankenhaus verbracht worden (vgl. unten). Weitere Details zum Geschehen (Anzahl, Lokalisation der Schläge) könne Herr L. nicht erinnern.

Auf Nachfrage berichtet Herr L., der Beschuldigte habe „da richtig zugezogen“, als er ihn „im Schwitzkasten“ gehabt habe; ein stattgehabtes Erstickungsgefühl/ starke Atemnot, Bewusstlosigkeit, Urin-/ Kotabgang werden verneint. Was der Beschuldigte zum Ereigniszeitpunkt in der Hand gehalten habe, könne Herr L. nicht sagen, Handschuhe seien nicht getragen worden.

Aufgrund schwerer Vorerkrankungen (Zustand nach Herzinfarkt, 6-fach-Stent-Anlage) nehme er ASS 100 sowie Efiend (Blutverdünnungsmittel) ein. Herr L. schildert, derzeit bzgl. notwendiger Blutverdünnung noch nicht korrekt medikamentös eingestellt worden zu sein und daher unter einem erhöhten Risiko starker und/ oder spontaner Blutungen zu leiden.

Aktuell verspüre er Schmerzen im Halsbereich, insbesondere beim Liegen/ bei Anspannung, Druckschmerz im Hüft-/Gesäßbereich rechts sowie auch über dem rechten Rippenbogen. Aufgrund angegebener Schmerzhaftigkeit versuche er seither, auch auf der linken Körperseite zu schlafen – dies sei ihm jedoch aufgrund gegebener Herzerkrankung nur schwer möglich.

Auszug aus der Krankenakte

Aus dem Bericht zur Notfallbehandlung des Bundeswehrkrankenhaus Hamburg:

Anamnese: Der Patient berichtet, auf der Straße von einem Unbekannten angegriffen, gewürgt und in den Hals gestochen worden zu sein. Seitdem besteht eine Blutung am rechten Hals. Der Patient war nicht bewusstlos und kann sich an den Unfallhergang gut erinnern. Kein Kloßgefühl, keine Luftnot, kein Schwindel.

Vorerkrankung: koronare Herzerkrankung mit Stent-Einlage bei Zustand nach Herzinfarkt. Medikamente: ASS, Efient, Atacand.

Befund: Wacher, allseits orientierter Patient. Hirnnervenstatus und pDMS intakt. Bodycheck. Rechts submental kleine, 2 cm längliche, oberflächliche, sickernnd blutende Wunde, kein Umgebungshämatom. Ansonsten kein äußerlicher Hinweis auf Verletzung. Patient kardiopulmonal stabil, Abdomen weich, keine Resistenzen.

Therapie und Verlauf: Tetanus-Simultanimpfung. Im Rahmen des HNO-ärztlichen Konsils erfolgte eine Hautnaht mit 4/0er nicht resorbierbarem Faden nach gründlicher Desinfektion mit Octenisept durch drei Einzelknopfnähte.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

1. Innenseitig im Bereich der linken Augenbraue eine diskrete, ca. 1,5 cm messende
2. Schwellung. Hier zentral eine knapp reiskorngroße, zur Ablassung zu bringende, rötliche Hautveränderung/ keine sicher abgrenzbare, oberflächliche Läsion. Ebenso angegebene Druckschmerzhaftigkeit.
3. Im Übrigen zum Untersuchungszeitpunkt keine äußerlich abgrenzbaren Verletzungen im Gesichtsbereich.
4. Im äußeren rechten Bereich der Unterlippe habe sich nach dem Vorfall eine kleine, blutende Läsion befunden – diese sei bereits abgeheilt. Hier eine metallstecknadelkopfgröße, rötliche Hautveränderung.
5. Im Übergangsbereich von der Mundboden- zur Halsregion, rechts der Körpermittellinie, eine insgesamt ca. 5x4,5 cm messende, peripher gelbliche, zentral auch grobfleckförmig rötlich-violette Hautunterblutung. Hierin zentral ein leicht schräg von vorne oben nach hinten unten bzw. umgekehrt verlaufender, mittels zwei chirurgischer Einzelknopfnähte versorgter, teils schorfig belegter, strichförmiger, 2 cm messender Defekt mit bereits adaptierten Wundrändern; hier vermutlich mittig ehemals ein weiterer chirurgischer Faden eingebracht - dies wird von Herrn L. bestätigt. ca. 5x5 cm messende, peripher schmutzig bräunliche, zentral schmutzig dunkelviolette Hautunterblutung. Hier angegebene starke Druckschmerzhaftigkeit.
6. Innenseitig im Übergangsbereich vom mittleren zum schrittnahen Drittel am rechten Oberschenkel eine landkartenartige, 6x5,5 cm messende, bräunlich-violette, inhomogene Hautunterblutung. Herr L. berichtet, diese Verletzung stehe nicht mit gegenständlichem Vorfall in Zusammenhang und sei Folge eines akzidentiellen Anstoßens.
7. Daumenseitig, im handgelenksnahen Drittel des linken Unterarmes, eine 4x2,5 cm messende, buntfarbene, gelblich-grünlich-violette Hautunterblutung mit handseitig gelegener, punktförmiger Läsion hierin. Herr L. schildert, dies sei Folge einer hier stattgehabten Infusionsgabe/ medizinischer Maßnahme.
8. Kleinfingerseitig, im handgelenksnahen Drittel des linken Unterarmes, eine 0,8 cm durchmessende, schmutzig gelblich-bräunliche Hautunterblutung. Herr L. wisse nicht, woher dieser Befund stamme.
9. Außenseitig, im schultergelenksnahen Drittel der Oberarme, jeweils eine buntfarbene, bis 3 cm messende Hautunterblutung mit zentraler, punktförmiger Läsion hierin. Herr L. schildert, hier jeweils eine Tetanusimpfung erhalten zu haben.

10. Im fingerseitigen Bereich des rechten Handrückens, übergehend auf Fingergrundgelenke und angrenzende Grundglieder der Finger 2-4, eine diskrete, flächenhafte, bis 7 cm messende, schmutzig gelblich-bräunliche, teils grünliche Hautunterblutung sowie im Bereich der Grundgelenke der Finger 3 und 4 auch diskrete Schwellung. Im Bereich des Grundgelenkes des 3. Fingers eine knapp 2 mm messende, bräunlich schorfig belegte, in Abheilung begriffene, oberflächliche Hautläsion mit angrenzenden, leicht eingezogenen Wundrändern; ein gleichartiger, 0,5 cm messender Befund im Bereich des Grundgelenkes des 4. Fingers rechts. Auf Nachfrage mutmaßt Herr L., dass dieser Verletzungsbefund entstanden sein könnte, als er mit der Hand das Auto getroffen habe.
11. An der rechten Körperseite flächenhaft angegebene Schmerzhaftigkeit, insbesondere beim dortigen Aufliegen. Hier äußerlich kein Befund.

Beurteilung

Die bei Herrn L. festgestellten Verletzungen sind Folge einer stattgehabten scharfen (Hals) sowie mehrfachen stumpfen äußeren Gewalteinwirkung. Auch fanden sich entsprechend beschriebene nadeleinstichstellentypische Befunde (medizinische Maßnahmen). Sowohl beschriebene Verletzung im Halsbereich als auch dargestellte Hautunterblutungen, teils mit schürfungsartiger Läsion hierin (rechte Hand), sind als nicht mehr ganz frisch einzustufen und können mit angegebenem Entstehungszeitpunkt (knapp fünf Tage zuvor) in Einklang gebracht werden. Festgestellte Hautunterblutungen können durch dortiges Anstoßen an / Einwirken einer festen Oberfläche entstanden sein. So ist angegebene Schmerzhaftigkeit außenseitig am rechten Oberschenkel / Hüfte sowie hiesiger Befund, wie von Herrn L. berichtet, beispielsweise durch ein stattgehabtes Sturzgeschehen auf einen festen Untergrund erklärlich. Anzumerken ist, dass Herr L. zum Ereigniszeitpunkt mehrere und somit schützende Bekleidungslagen getragen hat. Als ursächlich für festgestellte, glattrandig imponierende, bereits medizinisch versorgte und in Abheilung begriffene Verletzung im Hals-/ Mundbodenbereich rechts kommt am ehesten ein scharfkantiges Werkzeug bzw. ein scharfkantiger Gegenstand in Betracht. Entsprechend wäre ein Messer o. ä. denkbar, um den gegenständlichen, als Schnittverletzung zu interpretierenden Befund (soweit bei stattgehabter chirurgischer Versorgung und Wundheilung beurteilbar) herbeizuführen. Eine weitergehende rechtsmedizinische Verletzungsbeurteilung wäre eventuell nach Kenntnis ggf. zeitnah zum Ereigniszeitpunkt gefertigter Fotos möglich.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Einwirkung eines scharfkantigen Gegenstandes gegen den Halsbereich, aufgrund dortiger anatomischer Gegebenheiten (wichtige, teils auch oberflächlich gelegene Strukturen und Gefäße), prinzipiell eine lebensgefährliche Handlung darstellen kann (z. B. bei Anwendung eines Messers). Insbesondere bei Herrn L. hätte es infolge der Einnahme starker Blut verdünnender Medikamente (vgl. oben) ggf. zu einer lebensbedrohlichen bzw. im schlimmsten Fall todesursächlichen Blutung, z. B. aus dortigen großen Halsgefäßen, kommen können.

4.3.21. Konflikt mit Polizei nach Fahrzeugschaden

Geschädigte Person: männlich, 60, Fußgänger

Beschuldigte Person: fremd, mehrere Personen beider Geschlechter, Polizeibeamte

Konfliktauslöser: Fahrzeugschaden/Unfall

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr B. berichtet mit einem französischen Akzent, dass er zu Fuß unterwegs gewesen sei, als er einen LKW in der Straße bemerkt habe, der sich offensichtlich zwischen den dort parkenden Fahrzeugen eingeklinkt hatte. Da er selbst früher LKW-Fahrer gewesen sei, habe er helfen wollen und den LKW herausgewinkt. Dabei sei es vermutlich dazu gekommen, dass ein parkender Wagen gestreift worden sei, Herr B. habe dies jedoch nicht bemerkt. Offensichtlich sei dies jedoch von einem anderen Passanten beobachtet worden, der daraufhin die Polizei gerufen habe. Der LKW sei inzwischen weggefahren. Schließlich sei die Polizei eingetroffen.

Die Polizeibeamten hätten die Papiere von Herrn B. sehen wollen. Er habe ihnen erklärt, dass er keine dabei habe und dass er kein Zeuge sei, da er nicht bemerkt habe, dass bei dem Ausparkversuch ein anderes Fahrzeug beschädigt worden sei. Er sei dann von den Beamten festgehalten und von vorne an seiner Kleidung gepackt worden. Man habe sogar Verstärkung gerufen. Er sei dann auf den Boden gebracht worden und man habe sein Gesicht auf den Boden gedrückt.

Da Herr B. zwei Jahre zuvor eine Hirnblutung erlitten habe und anschließend 2 Monate im Koma gelegen habe, habe er die Beamten darauf hingewiesen, dass es schmerzhaft für ihn sei, mit dem Kopf auf den Boden gedrückt zu werden („Fassen Sie mich nicht an, ich bin schwerkrank“). Aufgrund der Schmerzen im Kopfbereich habe Herr B. nach eigenen Angaben versucht, seine Arme schützend vor seinen Kopf zu halten. Eine Beamtin habe sich auf seinen Rücken gekniet und man habe ihm die Arme auf den Rücken gedreht und mit Handschellen fixiert. Herr B. geht davon aus, dass die Beamten dachten, dass er betrunken sei. Man habe ihn dann in das Polizeiauto gebracht und zur Polizeiwache gefahren.

Auszug aus der Krankenakte

Aus dem Notfallbericht des Marienkrankenhauses lassen sich folgende Informationen entnehmen: röntgenologisch kein Anhalt für frische knöcherne Verletzungen, kein Hinweis auf Alkoholisierung.

Diagnosen: Verdrehung der Schulter, Handgelenksprellung, Prellung des Ellenbogens, Knieprellung, Lendenwirbelsäulenprellung, Kompressionssyndrom des Nervus radialis an der Hand.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Bei der rechtsmedizinischen Untersuchung zeigt sich Herr B. zu allen Qualitäten orientiert. Er klagt über Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe am Kopf und der vorderen Halsregion und auf Höhe des dort zu Beatmungszwecken eingelegten Tracheostomas, das erst vor wenigen Wochen geschlossen worden sei. Es erfolgt eine Ganzkörperuntersuchung, bei der sich folgende Befunde erheben lassen:

1. Im Bereich der rechtsseitigen Scheitelregion, etwa drei Querfinger oberhalb der Oberkante der rechten Ohrmuschel, zeigt sich zwischen den Haaren eine

- ältere, nunmehr reizlose Narbe. Diese ist gegenüber dem umgebenden Hautniveau etwas zurückgesunken.
2. Sternförmige, reizlose, narbige Einziehung im Bereich der Drosselgrube.
 3. An den Parierseiten beider Arme, rechts betont und nahezu die gesamte kleinfingerseitige Unterarmregion betreffend, zeigen sich flächenhafte schürf- und kratzerartige, oberflächliche, teils gerötete und bräunlich vertrocknete Hautdefekte.
 4. Über dem linksseitigen, kleinfingerseitigen Handgelenksknöchel zeigt sich eine ca. 1 x 0,5 cm durchmessende, rötlich vertrocknete, oberflächliche Hautabschürfung. Im Randbereich sind noch einzelne anhaftende Hautschüppchen zu erkennen.
 5. Über dem rechten Handgelenk werden zirkulär bandförmige Schmerzen angegeben. Äußerlich sind keine Befunde abgrenzbar.
 6. Unterhalb der linksseitigen Knieregion in einem Durchmesser von etwa 1 cm, ein weiterer, schürfartiger und unregelmäßig begrenzter Hautdefekt, welcher rotschwärzlich vertrocknet ist. Oberflächliche schürf- und kratzerartige Hautdefekte auch im Bereich der rechtsseitigen Knieregion.

Beurteilung

Bei der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung des 60 Jahre alten Herrn B. in einem zeitlichen Abstand von etwa einem Tag nach dem geschilderten Vorfall zeigten sich ältere reizlose Narben im Bereich der rechten Scheitelregion sowie der Drosselgrube. Des Weiteren fanden sich schürf- und kratzerartige Hautdefekte an den Parierseiten beider Unterarme sowie über den Knieregionen und dem linksseitigen Handgelenk. Unter Berücksichtigung der Wundbeschaffenheit handelt es sich dabei um frischere Verletzungen, die somit dem Vorfallszeitpunkt zugeordnet werden können.

Die Verletzungen im Bereich der Parierseiten der Unterarme sind dabei sehr gut damit vereinbar, dass Herr B. angegeben hat, sich seine Arme schützend vor den Kopf gehalten zu haben, während er auf einem unebenen Untergrund von dem Polizeibeamten zu Boden gebracht worden sei. Der oberflächliche Defekt am linken Handgelenk könnte aufgrund der Lokalisation mit dem Anlegen von Handschellen vereinbart werden. Die schürfartigen Defekte über den Knieregionen befinden sich über knöchernen Widerlagern, so dass sie ebenfalls einer Position in Bauchlage zugeordnet werden können.

Aus medizinischer Sicht ist es durchaus nachvollziehbar, dass Herr B. in einem Zustand nach einer Hirnblutung mit operativem Eingriff und Langzeitbeatmung es als unangenehm oder schmerzhaft empfunden hat, mit der entsprechenden Kopfseite auf einem unebenen Untergrund gedrückt zu werden.

Eine endgültige Beurteilung des Sachverhaltes sollte jedoch unter Einbeziehung der entsprechenden Krankenunterlagen zur Krankenvorgeschichte und der Aussagen der Polizeibeamten erfolgen.

4.3.22. Fußwurzelknochenluxation nach Konflikt um Parkplatz

Geschädigte Person: männlich, 32, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt um Parkplatz

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr K. schildert folgenden Sachverhalt: Er sei mit Arbeitskollegen mit mehreren Firmenwagen unterwegs gewesen und hätten Parkplätze gesucht. Herr K. sei aus dem Fahrzeug gestiegen und habe einen Kollegen in eine Parklücke einweisen wollen, als plötzlich ein anderes Fahrzeug aus der anderen Richtung gekommen sei und „einfach drauf zu gefahren ist“. Der Fahrzeugführer habe plötzlich mit dem PKW auf dem Fuß von Herrn K. gestanden. Herr K. habe ihn sofort laut darauf hingewiesen, doch der Fahrer habe nicht reagiert. Dieser sei schließlich sogar ausgestiegen, während das Fahrzeug noch immer auf Herrn K.s Fuß gestanden habe und hätte angefangen, mit Herrn K. zu diskutieren. Herr K. habe aufgrund starker Schmerzen mehrfach mit den Fäusten auf die Motorhaube geschlagen. Schließlich sei der Mann dann ein Stück zurückgefahren, in die Parklücke eingeparkt. Beim Aussteigen habe er angegeben, er müsse jetzt seinen Laden aufschließen und sich mit diesen Worten entfernt. Herr K. habe die Polizei gerufen.

Einer seiner Kollegen habe ihn zum Arzt gefahren. Herr K. berichtet, dass eine Fraktur ausgeschlossen worden sei. Es sei eine „Fußwurzelknochenluxation“ (Ausrenkung des Knochens) diagnostiziert worden. Ein Befundbericht liegt allerdings nicht vor. Ein Folgetermin beim Unfallchirurgen zu Planung des weiteren Procedere sei vorgesehen.

Nach dem Vorfall habe man, nach Aussagen von Herrn K., einen deutlichen Reifendruck auf dem Fußrücken gesehen. Weitere Verletzungen habe Herr K. nicht erlitten.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung ist Herr K. zu allen Qualitäten hin orientiert. Auf Nachfrage gibt er an, noch ein Taubheitsgefühl in der linken Kleinzeh und der 4. Zehe zu verspüren. Es würden noch leichte Schmerzen und ein „Zwicken“ bestehen. Medikamente müsse er nicht einnehmen.

Es werden dann nur die Hände und die Füße in Augenschein genommen. Es sind folgende Befunde zu erheben:

1. Es sind keine äußerlich erkennbaren Verletzungen im Bereich der Hände abzugrenzen.
2. Untersuchung der Füße im Seitenvergleich: Keine Weichgewebsschwellung, keine äußerlich sichtbaren Hämatome. Schmerzen an der Fußunterseite, im Vorfußbereich und im Bereich des Fußrückens.

Beurteilung

Im Rahmen der rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung, in einem zeitlichen Abstand von etwa zwei Tage nach dem geschilderten Vorfall, konnten im Bereich der Füße und Hände keine äußerlich sichtbaren Verletzungen festgestellt werden. Diese sind aufgrund der zeitlichen Verhältnisse nicht mehr zwingend zu erwarten. Da

zeitnah zum Vorfall Fotoaufnahmen durch die anwesenden Polizeibeamten gefertigt worden sein sollen, sollten diese zwingend in die Ermittlungsakte aufgenommen werden (ggf. noch Reifenabdruckspur sichtbar). Außerdem sollten die entsprechenden Befundberichte bzw. Arztbriefe des Unfallchirurgen und der radiologischen Praxis mit einbezogen werden. Davon ausgehend, dass eine Fußwurzelknochenluxation vorliegt, kann diese sehr gut im Rahmen einer derartigen stumpfen Gewalteinwirkung entstanden sein.

4.3.23. Konflikt im häuslichen Umfeld nach Beinaheunfall

Geschädigte Person: männlich, 37, Fahrradfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: Konflikt als Folge eines Beinaheunfalls

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr H. berichtet, als Fahrradfahrer von einem PKW-Fahrer angegriffen worden zu sein. Zuvor sei es zu einer Berührung zwischen ihm und Außenspiegel des PKW des Fahrers gekommen. Der Mann sei viel zu dicht und viel zu schnell an Herrn H. vorbeigefahren. Herr H. sei dem Mann mit seinem Fahrrad gefolgt. Der Mann habe seinen PKW in eine Tiefgarage geparkt. Herr H. habe mit ihm sprechen wollen. Er habe den Mann gefragt, ob ihm bewusst sei, wie gefährlich das für Herrn H. gewesen sei. Der Mann habe daraufhin sinngemäß geantwortet, dass es ihm egal sei. Herr H. habe geglaubt, Alkoholgeruch bei dem Mann wahrzunehmen. Nachdem er gesehen habe, dass der Mann sehr aggressiv geworden sei, habe er sich entschlossen, mit seinem Fahrrad Richtung Ausgang zu rollen. Plötzlich sei er von dem Mann „gepackt“ und vom Fahrrad herunter gestoßen worden. Der Mann habe ihn in den „Schwitzkasten“ genommen und ein Messer vor seine Brust gehalten. Dabei sei die Kleidung von Herrn H. mit dem Messer beschädigt worden und er habe auch eine Verletzung im Brustkorbbereich erlitten. Herr H. habe dann in die Klinge gegriffen und so das Messer von seinem Körper entfernt. Er habe versucht, beruhigend auf den Mann einzuwirken.

Auszug aus der Krankenakte

Diagnosen: Schnittwunde Handinnenfläche und Digitus IV der rechten Hand

Prozeduren: Wundversorgung mit Naht, Ruhigstellung in Unterarmgipsschiene

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung trägt Herr H. noch immer eine Unterarmgips-Schiene. Die Unterarmgips-Schiene wird nicht entfernt, um die Wundheilung nicht zu gefährden. Im unteren Brustkorbbereich, ca. in der Mitte, eine oberflächliche, strichförmige, knapp 2 mm lange Hautdurchtrennung, die in der Umgebung liegende Haut leicht gerötet. Herr H. gibt an, am übrigen Körper keinerlei Verletzungen aufzuweisen.

Beurteilung

Den Unterlagen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf konnte entnommen werden, dass Herr H. Folgen von scharfer Gewalteinwirkung aufwies. Im Krankenhaus wurde eine oberflächliche Schnittverletzung im Bereich der rechten Hand und im Bereich des Ringfingers rechts festgestellt. Darüber hinaus wurde anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung eine oberflächliche Hautdurchtrennung im Bereich des Brustkorbes festgestellt.

Die oben beschriebenen Verletzungen sind mit den von Herrn H. beschriebenen Tathergang in Einklang zu bringen.

4.3.24. Hüft-, Schulter- und Ellenbogenprellung nach grundlosem Konflikt

Geschädigte Person: männlich, 66, Kraftfahrzeugfahrer

Beschuldigte Person: fremd, eine Person, männlich, Kraftfahrzeugfahrer

Konfliktauslöser: grundlos

Schweregrad der Verletzungen: nicht lebensgefährliche Verletzungen

Sachverhaltsdarstellung des Opfers

Herr F. spricht nicht fließend deutsch, kann sich jedoch gut verständigen. Er berichtet, dass er zurzeit in Hamburg zu Besuch bei einem Freund sei. Er sei zusammen mit seinem Gastgeber unterwegs gewesen. Sein Gastgeber sei der Fahrer gewesen, er habe neben ihm im Pkw gesessen. Plötzlich seien sie auf einen sehr aggressiven jungen Mann in einem Pkw aufmerksam geworden. Der junge Mann habe ihnen den Mittelfinger gezeigt. Daraufhin habe sein Gastgeber die Fenster des Wagens aufgemacht und den jungen Mann sinngemäß gefragt, ob alles in Ordnung sei. Daraufhin habe der junge Mann an einer Zigarette gezogen und die Zigarette durch das offene Fenster ins Auto, in dem Herr F. gesessen habe, geworfen. Sowohl der junge Mann als auch der Gastgeber von Herrn F. seien offenbar über längere Strecken nahe aneinander gefahren. Der junge Mann habe immer wieder versucht, das Auto, in dem Herr F. saß, auszubremsen. Nach längerer Zeit sei der junge Mann stehen geblieben. Der Gastgeber von Herrn F. sei aus dem Auto ausgestiegen. Der junge Mann habe ihn sofort angegriffen und ihm mehrfach mit den Fäusten ins Gesicht geschlagen. Daraufhin sei der Freund von Herrn F. zu einer Tankstelle gegangen, er habe vorgehabt, die Polizei zu benachrichtigen. Währenddessen sei der junge Mann auf Herrn F. losgegangen. Er habe Herrn F. zu Fall gebracht. Als Herr F. am Boden gelegen habe, habe der junge Mann ihm mindestens zweimal im Bereich des Gesäßes und des Oberschenkels rechts geschlagen.

Auszug aus der Krankenakte

Diagnosen: Hüftprellung rechts, Schulterprellung links, Ellenbogenprellung links. Eine radiologische Untersuchung des Hüftgelenkes rechts und des Beckens ergab keine Anhaltspunkte für frische knöcherne Läsionen.

Rechtsmedizinischer Untersuchungsbefund

Herr F. humpelt und kann nur sehr langsam mit schmerzverzerrtem Gesicht laufen. Er klagt über starke Schmerzen im Bereich des linken Arms und im Bereich des rechten Oberschenkels. Darüber hinaus klagt er über Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der rechten Gesäßhälfte.

Es konnten folgende Verletzungen festgestellt werden:

1. Auf der Streckseite des linken Ellenbogengelenkes eine ovale, knapp 1 cm lange und bis zu 0,5 cm breite, mit fest haftendem Schorf bedeckte Oberhautabtragung.
2. Am Übergang vom Gesäß zum rechten Oberschenkel eine flächenhafte, rötlich-violett- verfärbte Hautunterblutung, 10 x 7 cm groß.
3. Am rechten Oberschenkel konnten keine sichtbaren äußeren Verletzungen festgestellt werden.

Beurteilung

Anlässlich der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte festgestellt werden, dass Herr F. Spuren von äußerer, stumpfer Gewalteinwirkung aufwies. Als Folge dieser Gewalteinwirkung ist die oben beschriebene Blutunterlaufung im Bereich des Gesäßes bzw. Oberschenkels rechts zu betrachten.

Am Ellenbogengelenk links wurde eine Hautabschürfung festgestellt. Eine derartige Hautabschürfung kann im Zuge eines Sturzes entstehen.

Die oben beschriebenen Verletzungen waren aufgrund ihrer Wundmorphologie und Farbgebung zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung nicht ganz frisch und können von einem Vorfall zu angegebener Zeit stammen.

5. Diskussion

5.1. Kritik und Einschränkungen

Erschwerend bei der Bearbeitung der Thematik *Aggressivität im Straßenverkehr* ist zum einen die fehlende einheitliche Definition (siehe 1.3.1) und zum anderen die fehlende systematische Erhebung (siehe 1.3.3). Aggressivität – als absichtliche Handlung mit schädigender Intention – ist im Straßenverkehr oft nur schwer von Unaufmerksamkeit oder Fahrlässigkeit abzugrenzen. Gleiche Formen des Fehlverhaltens können sowohl durch mangelnde Konzentration bedingt als auch Ausdruck einer aggressive Fahrweise sein.

Studien zur Messung der Prävalenz von aggressivem Verhalten im Straßenverkehr stützen sich oft auf Fragebögen (siehe 1.3.2). Eine Sensibilisierung für die Thematik – respektive, eine gesteigerte Aufmerksamkeit – kann zu Verzerrungen führen. Ebenso neigen Probanden dazu, bei Befragungen sozial erwünscht zu antworten (*Social-Desirability-Response-Set*). Zudem ist die Möglichkeit von Fehlinterpretationen in dem dynamischen Umfeld Straße hoch, da Handlungsweisen anderer Verkehrsteilnehmer oft in sehr kurzer Zeit bewertet werden. Eine systematische Erfassung von Aggressionsdelikten im Straßenverkehr beschränkt sich in Deutschland meist auf verkehrsspezifische Paragraphen wie beispielsweise *Nötigung im Straßenverkehr* (§240 StGB) oder *Gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr* (§ 315b StGB). Andere Delikte mit möglichem Bezug zum Straßenverkehr wie zum Beispiel *Körperverletzung* werden nicht dezidiert erfasst. Auch diese Studie kann nicht den Anspruch haben, die Prävalenz von Aggressionen im Straßenverkehr systematisch abzubilden.

In einer prospektiven Studie von Koetz (2013) zum Thema Gewalt im sozialen Umfeld in Hamburg-St. Pauli waren lediglich 6% der in einem Gewaltdelikt geschädigten Personen geneigt, das Angebot einer unentgeltlichen fachgerechten rechtsmedizinischen Dokumentation anzunehmen. Es ist nicht wahrscheinlich, dass diese Zahl für Opfer von Aggressionsdelikten im Straßenverkehr wesentlich höher liegt.

In dieser Studie erfasst wurden Fälle mutmaßlich absichtlich herbeigeführter Gewalt zwischen zwei oder mehreren Teilnehmern im Straßenverkehr (siehe 3.2). Ausgeschlossen wurden andere Formen von Verletzungen im Straßenverkehr wie

Verkehrsunfälle. Die Details zum Tatvorgang basieren in dieser Studie einzig auf den Aussagen der geschädigten Personen. Die Erinnerungsfähigkeit, Interpretation von Ereignissen und Ehrlichkeit des geschädigten Individuums kann erheblichen Einfluss auf die Richtigkeit und Genauigkeit der Angaben nehmen. Die Angaben werden vom Untersucher der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle mittels eines sogenannten Basisdokumentationsbogens erfasst. Daten zu den beteiligten Personen und deren Beziehung, des Tatortes sowie der Art und Lokalisation der Gewalt werden dabei durch Mehrfachauswahl weitestgehend objektiviert – können aber dennoch einer unterschiedlichen Beurteilung durch den Untersucher unterliegen (Untersuchervariabilität).

Es konnten unter anderem das Geschlecht, das Alter, der Wohnsitz, das Einkommen, der Bildungsgrad, die Art des Fahrzeugs, die Persönlichkeit und weitere psychologische Faktoren einer Person als Risikofaktoren für Ärger beziehungsweise aggressives Verhalten im Straßenverkehr identifiziert werden (siehe 1.3.5). Der mutmaßliche Täter ist den Untersuchern in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt allerdings nicht zugänglich. Eine Abfrage bei der Polizei und/oder Justiz ist datenschutzrechtlich problematisch. Mit Ausnahme des Geschlechts, der Personenzahl und der Art des Verkehrsmittels kann daher in diese Studie keine Aussage zu den Tatverdächtigen gemacht werden. Ob oben genannte, Ärger im Straßenverkehr auslösende Faktoren auch eine Ausübung von Gewalt im Straßenverkehr begünstigen, bleibt durch diese Studie unbeantwortet. Der Tatort wurde retrospektiv – falls gegeben – über die zuständige Polizeidienststelle ermittelt. Dieses Verfahren ist für die Zuordnung der Taten zu Stadtteilen und Bezirken ausreichend zuverlässig, eine genauere Ausdifferenzierung wäre jedoch für zukünftige Erhebungen empfehlenswert.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

5.2.1. Geschlechterverteilung

Es finden sich unter sowohl unter den geschädigten als auch unter den beschuldigten Personen signifikant mehr Männer als Frauen: 75,9% der geschädigten Personen und 82,8% der beschuldigten Personen sind männlich. Studien zeigen, dass sich Frauen und Männer zwar nicht im Ausmaß des Ärgers im Straßenverkehr unterscheiden

(Deffenbacher et al. 2003), Männer aber einen stärkeren Hang zur Reaktionsbildung zeigen (Parker, Lajunen und Summala 2002). Ein Großteil der Gewaltdelikte im Straßenverkehr in den USA ist auf Männer zurückzuführen (Mizell 1997). Zahlen zur Prävalenz von *road rage* in Kanada zeigen ebenfalls einen Geschlechterunterschied, bei Verursachern von aggressivem Verhalten deutlicher als bei den Opfern (Smart et al. 2003).

Auch bei anderen Gewaltdelikten sind sowohl Opfer als auch Täter vorwiegend männlich. In der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beträgt das Verhältnis von gewaltbedingt verletzten Männern zu Frauen rund 3:1 (Kühne 2007). Auch die Polizeiliche Kriminalstatistik (2012) in Hamburg zeigt ein solches Verhältnis bei Opfern von Gewaltkriminalität: 25,3% der Opfer sind weiblich, 74,7% männlich. Tatverdächtige bei Körperverletzungsdelikten sind zu 80,6% männlich und 19,4% weiblich.

Sowohl Männer als auch Frauen neigen dazu, bei Konflikten im Straßenverkehr das eigene Geschlecht anzugreifen. Dieses Phänomen ist auch für andere Gewaltdelikte beschrieben (Müller et al. 2009; Koetz 2013), überrascht aber, wenn man annimmt, Verkehrsteilnehmer würden in dem flüchtigen Umfeld Straßenverkehr geschlechtsneutral bewertet.

5.2.2. Anzahl der beschuldigten Personen

In drei Viertel der hier erhobenen Fälle (75,9%) waren die Beschuldigten Einzeltäter. Die Opfer von Gruppentätern waren zu 85,7% männlich, zu 14,3% weiblich. Insgesamt waren 27,3% der männlichen und 14,3% der weiblichen Geschädigten Opfer von Gruppentaten. Ebenso handelt es sich bei Gruppentaten vorwiegend um männliche Beschuldigte: An 96,2% (25 von 26) der Gruppentaten waren Männer, an 23,1% (6 von 26) Frauen als beschuldigte Personen beteiligt, wobei es in sich in 20 Fällen um rein männliche, in fünf Fällen um gemischtgeschlechtliche und in einem Fall um rein weibliche Gruppen handelte. Den höchsten Anteil von Gruppentätern verzeichnet die Gruppe der Fahrgäste im ÖPNV, gefolgt von Fußgängern und Kraftfahrzeugfahrern. Beschuldigte Fahrradfahrer waren stets Einzeltäter. Wurden Polizeibeamte oder Sicherheitspersonal des ÖPNV beschuldigt, handelte es sich in acht von neun Fällen um Gruppentaten. In über der Hälfte (fünf von neun) der Fälle

von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen waren mehrere Tatverdächtige beteiligt.

Bei Körperverletzungsdelikten im öffentlichen Raum in der Stadt Hamburg (Müller et al. 2009) sind über die Hälfte der Fälle Gruppentaten, der Anteil der Gruppentaten bei fremder Täter-Opfer-Beziehung liegt sogar bei 62,1%. In 4,7% der Fälle waren gemischtgeschlechtliche Gruppen tatverdächtig. Auch Koetz (2013) fand Gruppentäter für über der Hälfte der Fälle von Gewalt im sozialen Umfeld im Hamburger Stadtteil St. Pauli verantwortlich. Diese treffe zudem vorwiegend Männer und gehe vorwiegend von Männern aus. Darüber hinaus seien (potentiell) lebensgefährlichen Verletzungen häufiger bei Gruppentätern.

Der Anteil von Gruppentätern im Straßenverkehr ist also vergleichsweise niedrig. Wie bei anderen Gewaltdelikten auch, sind Gruppentaten eher ein männliches Phänomen und führen eher zu schweren Verletzungen. Die Anzahl der Gruppentaten variiert zwischen den verschiedenen Verkehrsmittelgruppen. Dies erscheint logisch, da die meisten Kraftfahrzeuge mehr Personen fassen können, während ein Fahrrad nur einem Individuum dient. Es fehlen allerdings Vergleichsdaten, um eine fundierte Aussage treffen zu können. Polizisten und Sicherheitspersonal des ÖPNV verrichten ihren Dienst in der Regel nicht alleine. Eine Häufung von Gruppentaten ließe sich so erklären.

5.2.3. Altersstruktur

Methodenbedingt konnte nur das Alter der geschädigten Person erhoben werden. Das Durchschnittsalter beträgt 38,7 Jahre (Standardabweichung $\sigma=14,05$). Somit ist das Durchschnittsalter der Opfer beider Geschlechter höher als bei anderen Gewaltdelikten. Angaben zum Durchschnittsalter von Opfern von Gewalt reichen von 30,5 bis 32,9 Jahre (Seifert et al. 2009; Müller et al. 2009; Kühne 2007). Das im Vergleich höhere Durchschnittsalter gilt für Männer (38,4 Jahre) und Frauen (39,7 Jahre) gleichermaßen. Bezogen auf das Verkehrsmittel wiesen die Gruppen der Kraftfahrzeugfahrer (41,4 Jahre), Fußgänger (39,6) und Fahrradfahrer (35,9) ein höheres, lediglich Fahrgäste des ÖPNV (28,8) ein niedrigeres Durchschnittsalter als Opfer anderer Gewaltdelikte auf. Prinzipiell sind bei dem Vergleich des Durchschnittsalters der Verkehrsmittelgruppen Verzerrungen aufgrund des

Mindestalters zum Führerscheinerwerb und somit der Berechtigung zum Führen von Kraftfahrzeugen möglich. Diese sind jedoch minimal; insgesamt waren weniger als 3% der Opfer waren zum Tatzeitpunkt minderjährig.

Verglichen mit der Altersstruktur der Stadt Hamburg (*Mikrozensus 2011*) beziehungsweise mit Verkehrsteilnehmern in Referenzstädten (Ahrens 2009) zeigt sich eine deutliche Überrepräsentation der Altersgruppe der 25- bis 44-jährigen. Die Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen ist allenfalls leicht überrepräsentiert, während die jüngste und älteste Altersgruppe deutlich unterrepräsentiert sind. Einen Überblick gibt Tabelle 12.

In der Literatur wurde zumeist das Alter von Verursachern aggressiven Verhaltens im Straßenverkehr erhoben. In den Erhebungen der Polizei Köln (siehe Immekus 2008) ging fast die Hälfte aller Fälle von aggressivem Verhalten im Straßenverkehr auf Täter im Alter zwischen 24 und 45 Jahren zurück. Andere Studien (Reason et al. 1990; Constantinou et al. 2011) hingegen zeigen eine Neigung zu aggressivem Verhalten bei jüngeren Personen. Smart et al. (2003) fanden sowohl bei Verursachern als auch bei Opfern von *road rage* die höchsten Werte in den Altersgruppen 18 bis 34 Jahre, mit danach abnehmenden Werten in höheren Altersgruppen.

Insgesamt sind Vergleiche bezüglich des Alters schwierig, da die Altersgruppen in unterschiedlichen Studien oft anders zusammengefasst werden. Täter und Opfer von Gewaltdelikten finden sich meist im Jugend- bis ins junge Erwachsenenalter. Die hier erhobenen Daten legen nahe, dass sich Opfer von Aggression im Straßenverkehr am oberen Ende dieses jungen Altersspektrums finden.

Tabelle 12: Altersstruktur der geschädigten Personen im Vergleich			
Altersgruppe	Beobachtete Häufigkeit	Altersstruktur der Stadt Hamburg (Mikrozensus 2011)	Verkehrsteilnehmer in Referenzstadt (Ahrens 2009)
Unter 15 Jahre	1,7%	12%	11,4%
15 bis 24 Jahre	12,9%	10%	11,4%
25 bis 44 Jahre	56,0%	32%	31,3%
45 bis 64 Jahre	25,0%	25%	25,7%
65 Jahre und Älter	4,3%	20%	20,3%

5.2.4. Beziehung zwischen geschädigter und beschuldigter Person

Die Konfliktparteien im Straßenverkehr waren sich zu annähernd 90% fremd. Dies übertrifft andere Gewaltdelikte im öffentlichen Raum (Müller et al. 2009; Koetz 2013). Laut Polizeilicher Kriminalstatistik (2012) der Stadt Hamburg sind Opfer und Tatverdächtige in 40,8% der Fälle ohne Vorbeziehung und sich in 11,0% flüchtig bekannt. In 23,1% treten Gewaltdelikte in der Familie, in 16,0% er Fälle zwischen Bekannten auf.

Mizell fand in 332 von 10.037 Fällen (3,3%) von *road rage* in den USA die Verlagerung von häuslicher Gewalt auf die Straße. Fälle von häuslicher Gewalt werden in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt anders kodiert und sind daher nicht aufgeführt. Dennoch ereigneten sich zwei Fälle im häuslichen Umfeld, in beiden Fällen zwischen sich fremden Konfliktpartnern. In einem Fall waren die Konfliktpartnehmer geschiedene Ehepartner.

Das Verkehrssystem Straße ist als flüchtig und anonym beschrieben (Bornwasser 2013), was dazu führe, dass Verkehrsteilnehmer aggressives Verhalten oft ungestraft nutzen können. Ohne negative Konsequenzen fehle dem Aggressor „ein entscheidendes hemmendes Moment in der Kalkulation von Kosten und Nutzen.“ Eine hohe Quote von Fremdtätern ist so gut erklärbar.

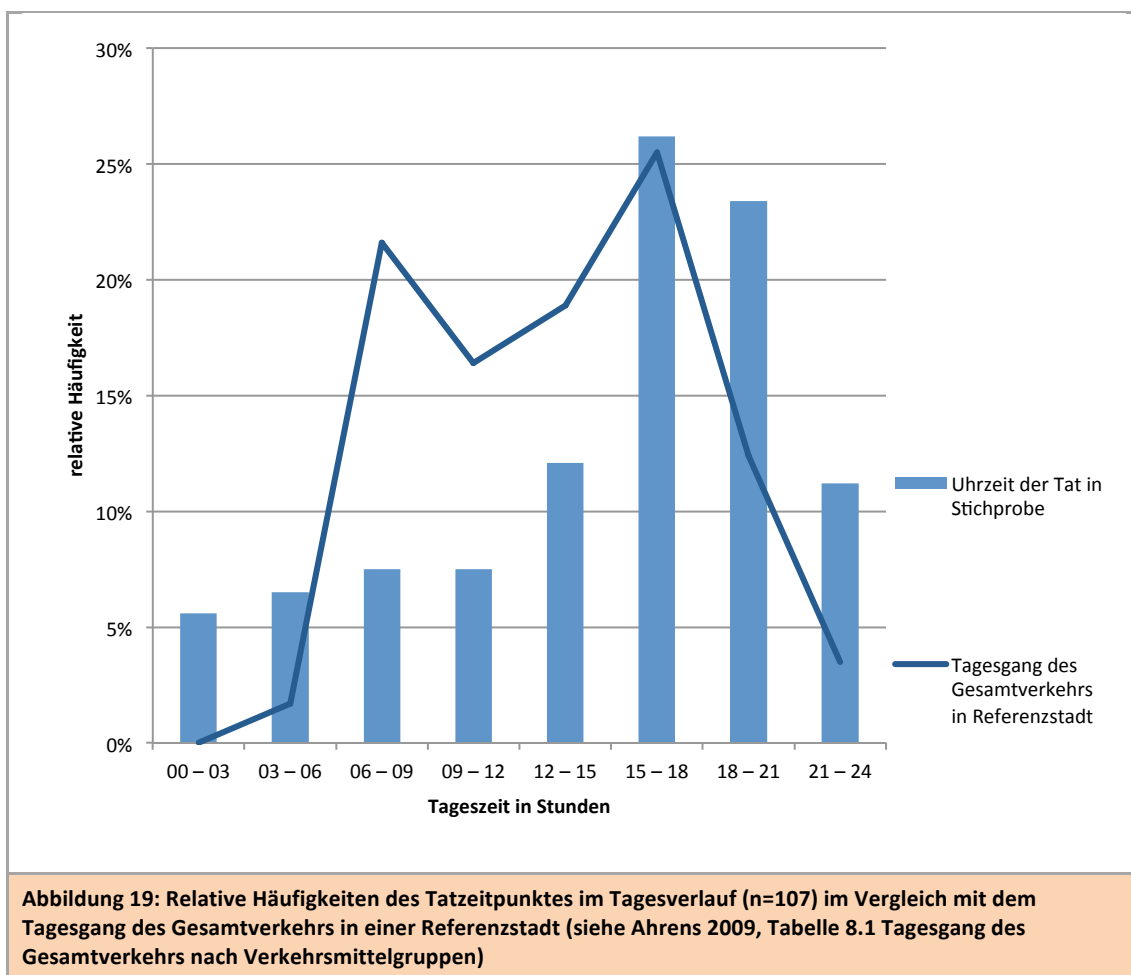
5.2.5. Tatzeitpunkt

Bei der Betrachtung des Tatzeitpunktes finden sich keine signifikanten Auffälligkeiten im Hinblick auf Wochentag und Kalendermonat. Auf die Werktage entfallen im Schnitt je 16,6 Fälle, auf die Wochenendtage 16,5 Fälle. Der Monat mit den meisten Fällen ist der Juni (n=15), gefolgt von Mai und November (n=14) sowie Februar und September (n=12). In der Literatur sind Häufungen von Gewaltdelikten am Wochenende und im Frühjahr beschrieben (Rand et al. 2010; Müller et al. 2009), die jedoch in dieser Studie nicht nachvollzogen werden können.

Der Tagesgang des Gesamtverkehrs in Referenzstädten (Ahrens 2009) zeigt einen Doppelgipfel: Der Großteil des Verkehrs findet in der Zeit von 6 bis 9 Uhr (22% des Gesamtverkehrs) und von 15 bis 18 Uhr (26%) statt. Der Tagesverlauf der Gewalttaten im Straßenverkehr korreliert damit nicht signifikant ($p=0,194$). Der Großteil ereignete sich in den Nachmittags- und Abendstunden: Jeweils rund ein

Viertel der Fälle fanden in der Zeit von 15 bis 18 Uhr (26%) und der Zeit von 18 bis 21 Uhr (23%) statt, lediglich 8% in der Zeit von 6 bis 9 Uhr. Während also im abendlichen Berufsverkehr die Aggressionsbereitschaft hoch ist, finden sich im morgendlichen Berufsverkehr relativ gesehen kaum Gewalttaten. Abbildung 19 zeigt einen Vergleich der Tagesverläufe von Gesamtverkehr und Gewalttaten im Straßenverkehr.

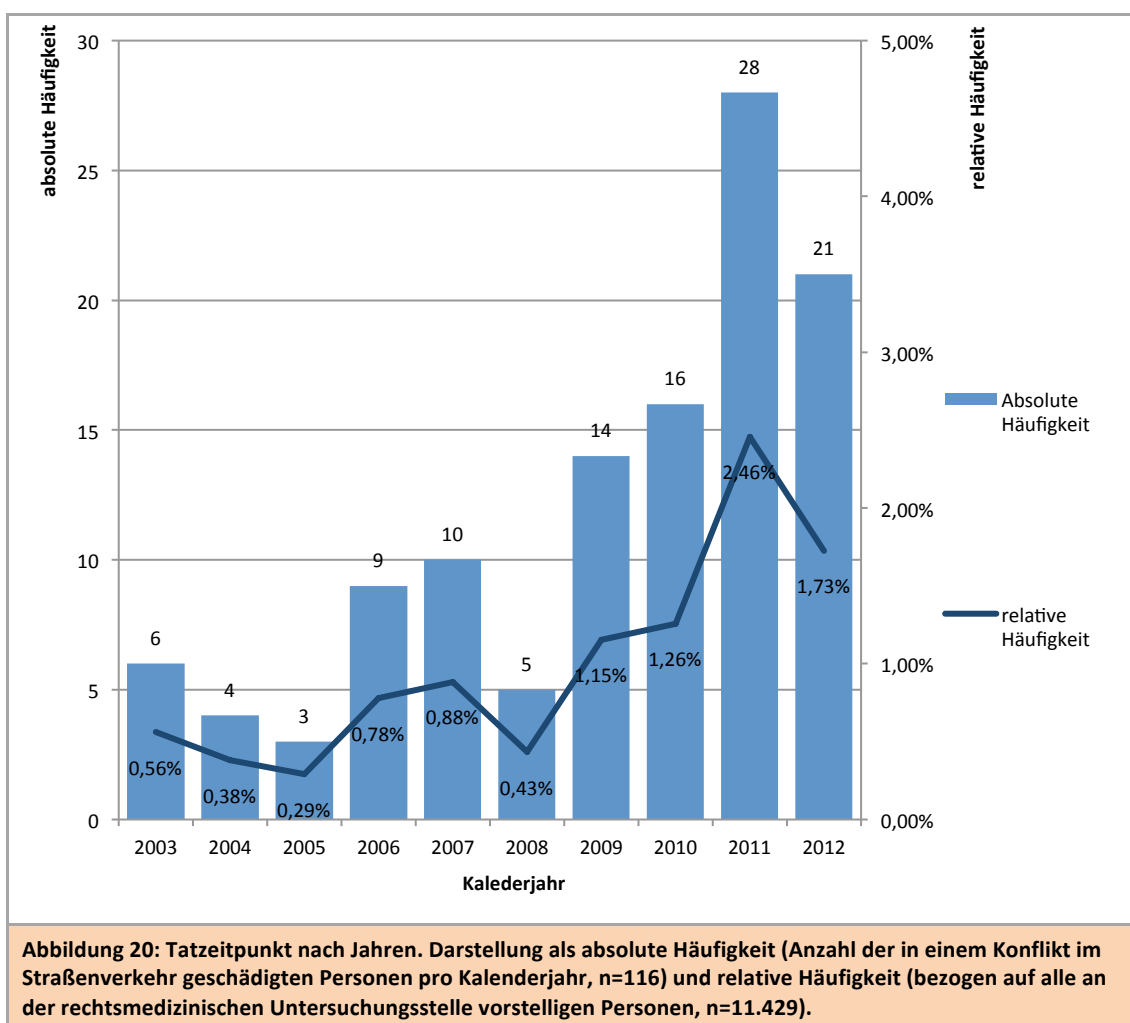
Die Haupttzeit für Körperverletzungsdelikte im öffentlichen Raum in der Stadt Hamburg (Müller et al. 2009) sind die frühen Abendstunden und im Verlauf die Nachtstunden. Dies lässt sich auch auf die in dieser Studie erfassten Fälle übertragen und ist in Abbildung 19 nachvollziehbar.



Korrelation nach Pearson: $r = 0,512$; $p = 0,194$ (2-seitig)

Im Untersuchungszeitraum (2003 bis 2012) stieg die Anzahl der Gewalttaten im Straßenverkehr von 6 Fällen im Jahr 2003 auf 21 Fälle im Jahr 2012. Gleichzeitig

stieg die Gesamtzahl der vorstelligen Personen an der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt am UKE von 1.071 im Jahr 2003 auf 1216 im Jahr 2012. Der Anteil der Gewaltdelikte im Straßenverkehr an der Gesamtheit der Fälle stieg von 0,56% im Jahr 2003 auf 1,73% im Jahr 2012 mit einem Maximum von 2,46% im Jahr 2011. Es zeigt sich also neben dem absoluten auch ein relativer Anstieg der Gewalttaten im Straßenverkehr. Der Anstieg von Gewalttaten im Straßenverkehr ist somit nicht lediglich durch einen Anstieg der gesamten Fallzahlen bedingt. Abbildung 20 zeigt die Entwicklung der Taten über einen Zeitraum von zehn Jahren.



Korrelation nach Pearson: $r = 0,997$; $p < 0,001$ (2-seitig)

5.2.6. Tatort

Bis auf vier Taten lassen sich alle Tatorte dem Verkehrssystem Straße (siehe 1.2) zuordnen: 90 Gewalttaten fanden direkt auf den öffentlichen Verkehrswegen statt, 17 in Verkehrsmitteln – davon neun in Privatfahrzeugen und acht im ÖPNV – und fünf

in assoziierten kommerziellen Einrichtungen (davon viermal auf einer Tankstelle und einmal in einem Parkhaus). In lediglich zwei Fällen verlagerte sich der Ort der Gewalt von dem System Straßenverkehr in das häusliche Umfeld.

Es fällt auf, dass ein Großteil der Taten außerhalb des Fahrzeuges stattfindet. So sind 46,6% der Geschädigten und 61,2% der Beschuldigten dem motorisierten Individualverkehr zuzurechnen, Privatfahrzeuge als Tatort finden sich hingegen weitaus seltener (lediglich in 8,4% der Fälle wurden Personen in ihrem Fahrzeug verletzt). Bereits Randel (2013) beobachtete, dass in der Großstadt Hamburg ein Großteil der Aggression im Straßenverkehr „im vergleichsweise langsamen Stadtverkehr und sogar recht häufig wiederholt im ruhenden Verkehr stattfindet.“ Dies ist eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Mehrzahl der Konflikteilnehmer im Konfliktfall das eigene Fahrzeug verlässt.

Neben dem eigentlichen Tatort wurde zusätzlich die zuständige Polizeidienststelle erfasst. Hier zeigt sich ein sehr ungleiches Bild: In über einem Viertel der Fälle auf Hamburger Stadtgebiet ist die zuständige Polizeidienststelle das Polizeikommissariat (PK) 23. Der Zuständigkeitsbereich des PK 23 ist dabei weder in Bezug auf Verkehrsunfälle (siehe *Verkehrsbericht 2011*;) noch auf Straftaten (siehe *Polizeiliche Kriminalstatistik 2012*) auffällig. Vielmehr liegt es in unmittelbarer Nähe zum UKE. Als mögliche Störfaktoren kommt hier eine intensivere Kooperation der Dienststelle PK 23 mit dem Institut für Rechtsmedizin in Betracht. Auch ein langer Anfahrtsweg als mögliche Hürde steht den geschädigten Personen nicht im Wege. Die Daten sind also vor diesem Hintergrund zu betrachten.

Schließt man von der Polizeidienststelle auf den entsprechenden Bezirk, zeigt sich eine Korrelation der Gewalttaten im Straßenverkehr und der Bevölkerungsdichte (siehe Tabelle 13). Es ist bekannt, dass aggressive Verhaltensweisen im Straßenverkehr mit einem urbanen Wohnsitz (siehe 1.3.5) und einer höheren Verkehrsdichte (siehe 1.3.6) einhergehen.

Tabelle 13: Gewalttaten im Straßenverkehr und Bevölkerungsdichte der Hamburger Bezirke				
Bezirk	Anzahl Gewalttaten im Straßenverkehr	Einwohner 2011	Fälle pro 100.000 Einwohner im Zeitraum von 10 Jahren	Bevölkerungsdichte
Hamburg-Mitte	12	271.382	4,4	2.750
Bergedorf	1	118.828	0,8	785
Harburg	-	147.392	0,0	1.222
Altona	9	247.011	3,6	3.375
Eimsbüttel	37	242.757	15,2	5.141
Hamburg-Nord	13	275.349	4,7	5.097
Wandsbek	6	403.977	1,5	2.821

Korrelation der Fälle pro 100.000 Einwohner im Zeitraum von 10 Jahren und Bevölkerungsdichte nach Pearson: $r = 0,761$; $p = 0,047$ (2-seitig)

Bevölkerungsdaten siehe *Zensus 2011: Einwohnerzahl Hamburgs und seiner Bezirke*

5.2.7. Polizeilicher Status

Der Besuch in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle ist für Opfer von Gewalt unabhängig von ihrem Anzeigeverhalten möglich. Dies ermöglicht es, ein Gutachten erstellen zu lassen, ohne rechtliche Schritte einleiten zu müssen. Das Institut für Rechtsmedizin kooperiert jedoch mit der Polizei Hamburg, sodass Opfer von Gewalt oft von Polizeidienststellen an die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle verwiesen werden.

In 102 von 116 Fällen (87,9%) lag eine polizeiliche Anzeige vor, in fünf Fällen (4,3%) war bis zur Gutachtenerstellung keine Anzeige erfolgt, in neun Fällen (7,8%) konnten diesbezüglich keine Daten erhoben werden. Ein Vergleich mit der polizeilichen Kriminalstatistik erübrigt sich, da diese nur Straftaten und strafbare Tatversuche, denen eine polizeilich bearbeitete Anzeige zugrunde liegt, erfasst (sogenannte Dunkelfeldproblematik). Der Umfang des Dunkelfeldes ist u.a. abhängig von der Deliktart. Wie oben erwähnt, waren weniger als 5% der Fälle nicht polizeilich angezeigt. Diese Studie kann daher nur unwesentlich zur Aufklärung des Dunkelfeldes beitragen.

5.2.8. Konfliktauslöser

Die häufigsten Konfliktauslöser – abgesehen von Konflikten ohne ersichtlichen Grund – sind Konflikte um Verkehrswegbenutzung (n=13), Konflikte mit der Polizei

(n=10), Konflikte als Folge von Unfällen/Fahrzeugschäden (n=8) und nach Aufhalten des Verkehrs (n=8).

Parker, Lajunen und Summala (2002) verglichen 22 Ärger auslösende Situationen im Straßenverkehr und das Level der Reaktion in drei europäischen Ländern mittels modifizierter Versionen des DBQ und DAS. Länderübergreifend ist das Wegnehmen eines Parkplatzes am meisten Ärger auslösend - 39,6% der befragten Personen würden sich darüber sehr oder extrem ärgern. Fehlendes Abblenden bei Nacht ruft hingegen die meisten Reaktionen hervor – nur 15,1% der befragten Personen würden nicht darauf reagieren. Langsames Ein- oder Ausparken löst hingegen den wenigsten Ärger und am seltensten eine Reaktion hervor. Im Ländervergleich zeigte sich, dass das Niveau von Ärger und das Ausmaß der Reaktion in den untersuchten Ländern gleich ist.

Die Ergebnisse von Parker, Lajunen und Summala lassen sich nur bedingt mit den hier erhobenen Daten vergleichen. In acht Fällen löste ein Verkehrsunfall beziehungsweise das versehentliche Beschädigen eines Fahrzeugs einen Konflikt aus – eine Situation, die bei DAS nicht erfasst wird. In fünf Fällen war ein Parkplatz Konfliktgegenstand, in drei Fällen führte langsames Ein- oder Ausparken zu einem Konflikt. Diese beiden Situationen finden sich in der Studie von Parker, Lajunen und Summala an den gegenüberliegenden Enden des Ärger auslösenden Spektrums. Das Benutzen des Fernlichts ist durch eine nahezu durchgehende Straßenbeleuchtung innerhalb des Stadtgebiets des Stadtstaates Hamburg sehr selten angezeigt. So überrascht es nicht, dass fehlendes Abblenden in dieser Studie als Konfliktauslöser nicht vorkommt. Insgesamt wären für einen validen Vergleich Daten aus einer Hamburger Population wünschenswert. Nur so ließe sich die besondere lokale Verkehrssituation angemessen berücksichtigen.

5.2.9. Art des Verkehrsmittels

Der motorisierte Individualverkehr ist sowohl in der Gruppe der geschädigten als auch der beschuldigten Personen überrepräsentiert. Allerdings machen Kraftfahrzeuge auch den größten Teil des urbanen Verkehrs aus. In Referenzstädten (Ahrens 2009) sind 38,8% der Verkehrsteilnehmer motorisiert, 25,6% sind Fußgänger, 15,6% Fahrradfahrer und 20,0% Fahrgäste des ÖPNV.

Nimmt man die von Ahrens ermittelten Werte als Maßstab, zeigen sich in beiden Personengruppen signifikante Abweichungen (Tabelle 14). In der Gruppe der geschädigten Personen weichen Kraftfahrzeugfahrer nach oben und Fahrgäste des ÖPNV nach unten ab. In der Gruppe der beschuldigten Personen zeigt sich ein noch größeres Ungleichgewicht. So weichen alle anderen Gruppen auf Kosten des motorisierten Individualverkehrs nach unten ab. Eine graphische Darstellung zeigt Abbildung 21.

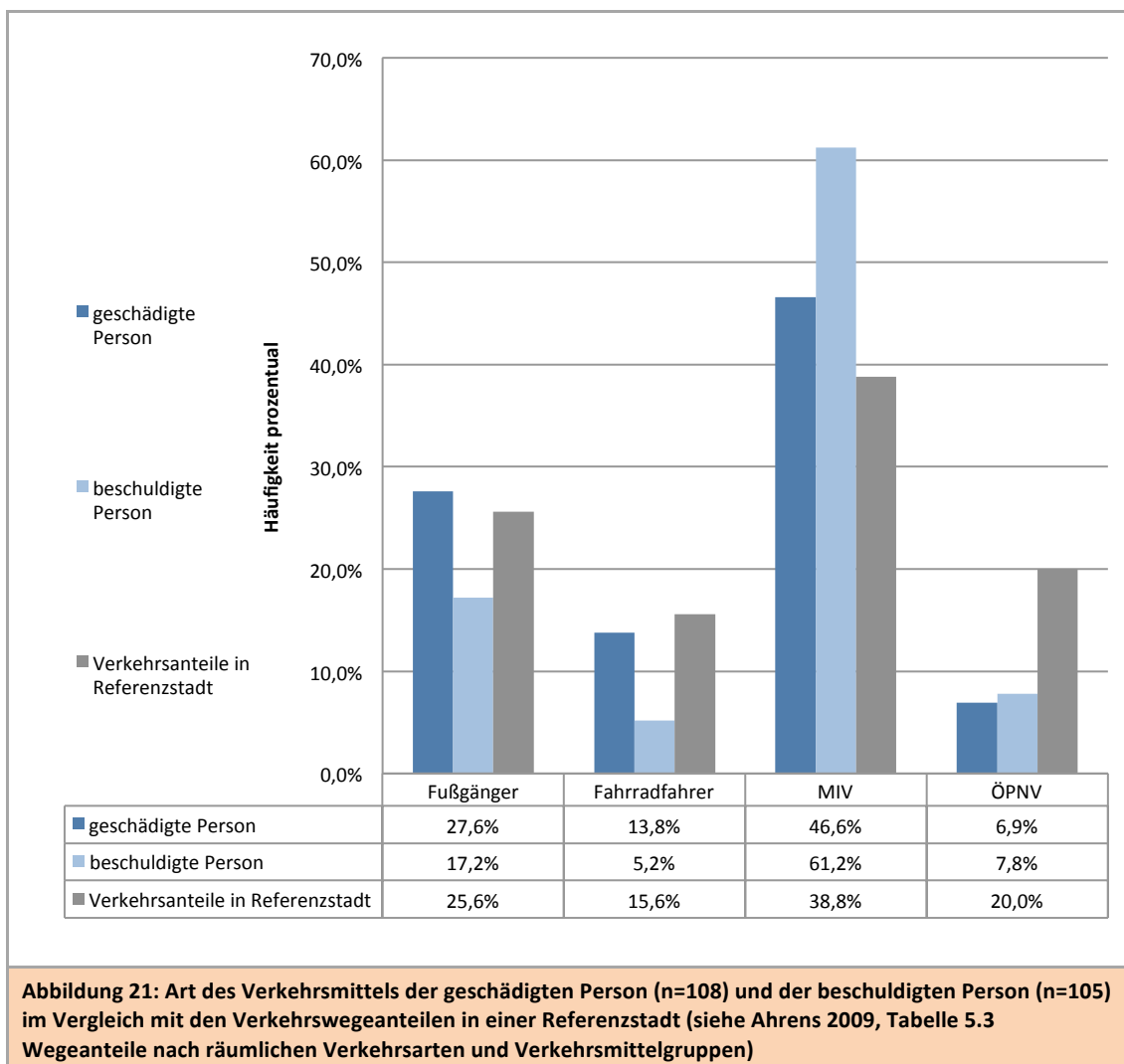
Die meisten Studien zur Prävalenz von Aggression im Straßenverkehr beziehen sich lediglich auf Autofahrer. Smart et al. (2004) zeigten, dass die Art des Fahrzeugs bei Verursachern, nicht aber bei Opfern von Aggressivität im Straßenverkehr eine Rolle spielt. Das Niveau der Aggression sei bei Fahrern von Hochleistungs-Fahrzeugen (wie Sportwagen) am höchsten. Fahrer von Minivans zeigten das geringste Aggressionsniveau. Eine Studie von Krahe und Fenske (2002) belegt eine Neigung zu einer aggressiven Fahrweise bei Besitzern von PS-starken Autos.

Randel (2013) untersuchte 35 Fälle aus dem Deliktsbereich des aggressiven Verhaltens im Straßenverkehr in Hamburg. In knapp über der Hälfte der Fälle (18 von 35) handelte es sich um Auseinandersetzungen zwischen Kraftfahrzeugfahrern, darunter in drei Fällen von Taxifahrern und in zwei Fällen von LKW-Fahrern ausgehend. In weiteren zehn Fällen ging die Aggression von Kraftfahrzeugfahrern aus und betraf in drei Fällen Radfahrer, in zwei Fällen Fußgänger, in zwei Fällen Polizeibeamte und in drei Fällen parkende Fahrzeuge. In jeweils einem Fall ging die Aggression von einem Fußgänger beziehungsweise einem Fahrradfahrer aus. Der überwiegende Teil der Täter war in Klein- und Mittelklasse-PKW unterwegs, lediglich in einem Fall fuhr der Täter ein Oberklassefahrzeug.

Tabelle 14: Art des Verkehrsmittels von geschädigter (n=108) und beschuldigter (n=105) Person						
Verkehrsmittel	geschädigte Person			Beschuldigte Person		
	Beobachtetes N	Erwartete Anzahl	Residuum	Beobachtetes N	Erwartete Anzahl	Residuum
Fußgänger	30	27,6	2,4	19	26,9	-7,9
Fahrradfahrer	16	16,8	-0,8	6	16,4	-10,4
MIV	54	41,9	12,1	71	40,7	30,3
ÖPNV	8	21,6	-13,6	9	21	-12

Geschädigte Person: Chi-Quadrat = 12,297; df = 3; p = 0,006

Beschuldigte Person: Chi-Quadrat = 38,221; df = 3; p < 0,001



5.2.10. Art der Gewalt

In 83,5% der Fälle (n=96) kam es zum Einsatz körperlicher Gewalt, davon in 68,7% (n=79) ausschließlich und in 14,8% (n=17) in Kombination mit dem Einsatz eines Instruments. In 31,3% der Fälle (n=36) kam es zum Einsatz instrumenteller Gewalt, davon in 16,5% (n=19) ausschließlich. In 20 Fällen (17,4%) wurde das Fahrzeug als Tatwerkzeug eingesetzt. Stich- und Schlagwaffen als Tatwerkzeug (n=3) spielen eine untergeordnete Rolle.

Verglichen mit der Studie zu Verletzungsmustern bei Opfern von Gewalt von Seifert et al. (2009) fällt ein vermehrter Einsatz von Objekten oder Instrumenten zur Gewaltausübung im Straßenverkehr auf: In 31,3% vs. 22,5% wurden Objekte eingesetzt, davon in 16,5% vs. 6,6% ausschließlich.

Eine mögliche Erklärung ist der Gebrauch des Fahrzeuges als Tatwaffe. In mehr als der Hälfte der Fälle instrumenteller Gewalt wurden Fahrzeuge eingesetzt, welche in einem Konflikt im Straßenverkehr schnell einsetzbar sind. Das Vorhandensein einer Waffe kann nach der Frustrations-Aggressions-Hypothese laut Berkowitz (siehe 1.3.4) als Hinweisreiz ein aggressives Verhalten begünstigen.

Bereits Mizell (1997) fand in den USA bei rund einem Viertel der Fälle aggressiven Verhaltens im Straßenverkehr den Gebrauch des Fahrzeuges als Waffe. In über 40% der von Mizell untersuchten Fälle wurden zudem Schuss-, Stich oder Schlagwaffen eingesetzt. Hier mag die weitaus größere Verbreitung von Schusswaffen in den USA eine Erklärung bieten.

Bei Gewaltdelikten im sozialen Umfeld im Hamburger Stadtteil St. Pauli (Koetz 2013) kommt es am häufigsten zu körperlichen Gewalthandlungen, dennoch findet sich in knapp 40% der Fälle der Einsatz von Tatwerkzeugen. Wurde instrumentelle Gewalt eingesetzt, waren dies in 42,5% Glasgegenstände (Flaschen, Trinkgläser und Scherben). Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Kühne 2007) sind zu 16,2% durch Gegenstände verursacht, davon zu 37,5% durch Glaswerkzeug und zu 19,1% durch Gelegenheitswerkzeuge wie Kerzenständer, Regenschirme oder Aschenbecher.

5.2.11. Topographie der Verletzungen

Im Vergleich zu Verkehrsunfällen (Lefering 2009) fällt bei Aggressionsdelikten im Straßenverkehr eine fast siebenfach geringere Beteiligung des Thorax auf. Wie oben dargestellt, finden weniger als 10% der Verletzungen außerhalb des Fahrzeuges und somit im ruhenden Verkehr statt. Die einwirkenden Kräfte unterscheiden sich also maßgeblich von denen einer Kollision. In 20 Fällen wurde das Fahrzeug als Tatwaffe eingesetzt. Hier handelte es sich in der Hälfte der Fälle um Zusammenstöße; darüber hinaus wurden Fahrzeugteile wie die Fahrzeugtüren als Schlagwaffe benutzt. In einem Fall führte das Benutzen eines elektrischen Fensterhebers zu einer Quetschwunde am rechten Mittelfinger eines Taxifahrers. Bei dem Vergleich ist allerdings zu beachten, dass es sich bei den von Lefering erhobenen Daten ausschließlich um hospitalisierte, schwer verletzte Patienten handelt. Unter den zwölf stationär versorgten Patienten dieser Studie waren elf am Gesichtsschädel, sechs am

Hirnschädel und sechs an der oberen Extremität verletzt. Es fanden sich keine Thorax- oder Rückenverletzungen.

Im Vergleich zu den von Seifert et al. (2009) erhobenen Daten zeigt sich, dass die Verletzungstopographie von Aggressionsdelikten im Straßenverkehr mit denen anderer Aggressionsdelikte signifikant korreliert. Die größte Übereinstimmung findet sich in der Gruppe der intimen Gewalt ($r=0,983$, $p<0,001$ nach Pearson), gefolgt von Aggressionsdelikten aus dem sozialen Umfeld ($r=0,965$, $p<0,001$) und von fremden Personen ($r=0,962$, $p<0,001$).

Tabelle 15: Topographie der Verletzungen im Vergleich mit anderen Gewaltdelikten (n=100)

	Kopf	Gesicht	Hirnschädel	Hals	Thorax/Rücken	OE	UE
Beobachtete Häufigkeiten	60,3%	57,8%	13,8%	13,8%	8,6%	47,4%	34,5%
Aggressionsdelikte, Intime Gewalt (Seifert et al. 2009)	57,8%	52,8%	16,0%	14,2%	17,2%*	52,9%	35,5%
Aggressionsdelikte, Familie/Bekannte (Seifert et al. 2009)	57,8%	50,5%	19,3%	11,5%	11,1%*	37,8%	23,0%
Aggressionsdelikte, Fremdtäter (Seifert et al. 2009)	57,3%	51,7%	15,1%	4,9%	8,4%*	32,0%	23,5%
Gewaltbedingte Verletzungen in Notaufnahme (Kühne 2007)	-	65,2%	53,4%	1,7%	5,3%**	23,1%	11,4%
Verkehrsunfälle (Lefering 2009)	64%	-	-	-	59%	40%	58%

* nur Rücken

** nur Thorax

5.2.12. Schweregrad der Verletzungen

Der überwiegende Anteil der untersuchten Personen (86,2%) wurde nicht lebensgefährlich verletzt. In neun Fällen (7,8%) traten potentiell lebensgefährliche Verletzungen auf. In jedem dieser neun Fälle waren ausschließlich Männer beteiligt, in sieben Fällen wurde instrumentelle Gewalt eingesetzt, in fünf Fällen gab es mehrere Beschuldigte. In sieben Fällen waren zum Untersuchungszeitpunkt keine Verletzungen nachweisbar, wobei die Dokumentation teilweise mehrere Tage nach der Gewalttat stattfand und/oder die nicht mehr nachweisbare Verletzung mit der geschilderte Gewalteinwirkung („Schubsen“, „Stoßen“) vereinbar war.

Potentiell lebensgefährliche Verletzungen betrafen nur männliche Opfer und wurden nur von Männern verursacht. Zudem handelte es sich in über 50% der Fälle mit

potentiell lebensgefährlichen Verletzungen um Gruppentäter. In sieben von neun Fällen mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen kamen Tatwerkzeuge zum Einsatz. Die potentiell lebensgefährlichen Verletzungen begründeten sich in acht von neun Fällen durch Gewalteinwirkung auf den Hirn- und Gesichtsschädel.

Das gewaltbedingte Verletzungen zum Großteil keine Lebensgefahr für das Opfer bedeuten deckt sich mit anderen Erhebungen zu Gewaltdelikten (Koetz 2013; Seifert 2009; Kühne 2007). Die Angaben von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen bei Opfern von Gewalt reichen von 9,7% bis 25%, die Angaben von lebensgefährlichen Verletzungen von 1% bis 7%. Einer Studie von Müller et al. (2009) zufolge zeigen Opfer von Körperverletzungen im öffentlichen Raum zu rund 50% einen mittleren Verletzungsgrad (Notwendigkeit ärztlicher Behandlung). Die Angaben zu schweren Verletzungen (Krankenhausaufenthalt) schwanken je nach Jahr zwischen 5,6% und 15,7%. Eine besonders hohe Rate von schweren Verletzungen zeigte sich beim Einsatz von Messern und Schlagstöcken.

5.2.13. Weiterführende medizinische Behandlung

In knapp drei Viertel (72,4%) der Fälle war eine ambulante Versorgung der verletzten Personen ausreichend, die in über 90% dieser Fälle zum Untersuchungszeitpunkt bereits erfolgt war. In mehr als 15% der Fälle mussten die geschädigten Personen stationär versorgt werden. Bei potentiell lebensgefährlichen Verletzungen ist die Hospitalisierungsrate annähernd verdreifacht (42,9%). Ein Viertel der stationären Behandlungen erfolgte aufgrund von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. Diagnosen bei stationär aufgenommenen Patienten umfassten Commotio cerebri, Frakturen, Distorsionen sowie traumatische Augen- und Ohrenverletzungen (siehe 4.1.13). In circa 10% der Fälle war keine weiterführende Behandlung notwendig.

In einer Studie zu gewaltbedingten Verletzungen in der Notaufnahme des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Kühne 2007) konnten fast 90% der Patienten ambulant versorgt werden. In 11% war eine stationäre Aufnahme nötig. Die mittlere Liegedauer betrug für diese Fälle 5,8 Tage. Häufige Diagnosen bei stationär aufgenommenen Gewaltopfern waren Commotio cerebri und Frakturen des Gesichtsschädels (Orbita, Nasenbein, Mittelgesicht).

Koetz (2013) stellte fest, dass Opfer von Gewalt im sozialen Umfeld in Hamburg-St. Pauli zu 42% ambulant und zu 37% stationär versorgt wurden – 21% der untersuchten Patienten suchte hingegen lediglich die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt auf.

5.3. Schlussfolgerung

Gewalttätige Übergriffe bei Konflikten im Straßenverkehr sind aufgrund der möglichen Konsequenzen ein ernst zu nehmendes Problem. Die primäre und sekundäre Prävention – im Sinne einer Verhinderung und Früherkennung von Aggressionen im Straßenverkehr – obliegt in erster Linie anderen Stellen wie dem Gesetzgeber, den Fahrschulen oder der Polizei. Die Rechtsmedizin kann aber im Zusammenspiel mit der Justiz ein wichtiger Baustein bei der Verhinderung von Rückfällen sein (Tertiärprävention). Wie eingangs erwähnt (siehe 1.3.8), stehen der Justiz bei Straftaten mit Bezug zur Fahreignung neben dem Strafrecht auch sogenannte „Führerscheinmaßnahmen“ oder die Anordnung einer MPU zur Verfügung, besonders in Fällen mit nachgewiesen hohem Aggressionspotential. Hier kann eine rasche und fachgerechte Dokumentation durch die Rechtsmedizin hilfreich sein. Die hier dargelegten Kasuistiken zeigen dies eindrucksvoll. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Polizei, Justiz, Psychologie und Medizin ist in der Problematik *Aggression im Straßenverkehr* wünschenswert und sicherlich ausbaufähig. So ist insbesondere eine höhere Rate von Zuweisungen an die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt durch die Polizei anzustreben. Die regionale Verteilung der hier vorgestellten Fälle legt eine unterschiedlich enge Kooperation verschiedener Polizeidienststellen mit dem Institut für Rechtsmedizin nahe. Der Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr (B.A.D.S) bemüht sich seit über 60 Jahren um Aufklärung aller Verkehrsteilnehmer über die Gefährlichkeit des Alkohols und der Drogen im Straßenverkehr und zeigt dabei, wie eine Kooperation zwischen (Rechts-)Medizinern, Juristen und Polizei aussehen kann (Rebmann 2000).

6. Zusammenfassung

Aggression und Gewalt im Straßenverkehr sind ein häufiges Phänomen. In milder Form sind bis zu 90% der Bevölkerung – als Täter oder Opfer – beteiligt (Joint 1995; Smart, Mann und Stoduto 2003). Schwerere Formen mit Schäden an Fahrzeugen oder Personen finden sich hingegen seltener, können aber verheerende Folgen – bis zum Tod – nach sich ziehen (Mizell 1997).

Für einen Zeitraum von zehn Jahren wurden Fälle von Verletzungen nach Konflikten im Straßenverkehr am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf retrospektiv erfasst und mittels deskriptiver Statistik analysiert. Es wurden 116 Fälle von verletzten Personen nach Konflikten im Straßenverkehr identifiziert. Dies entspricht rund einer Person pro Monat, Tendenz steigend.

Eine signifikant größere Nummer der geschädigten (75,9%) und beschuldigten (82,7%) Personen sind männlich. Rund drei Viertel (75,9%) der Beschuldigten sind Einzeltäter. Das Durchschnittsalter beträgt 38,7 Jahre (Standardabweichung $\sigma=14,05$). In der Regel (89,7%) sind sich die Konfliktparteien fremd. Die meisten Fälle traten nachmittags und abends auf. Beinahe alle Fälle sind dem Verkehrssystem Straße (siehe Nuhn und Hesse 2006) zuzurechnen.

Kraftfahrzeugfahrer sind überrepräsentiert: Die beschuldigten Personen waren in 71 Fällen (61,2%) motorisiert. In sechs Fällen (5,2%) waren die beschuldigten Personen Radfahrer, in 20 Fällen (17,2%) Fußgänger und in neun Fällen (7,8%) Fahrgäste. Unter den geschädigten Personen fanden sich in 54 Fällen (46,6%) motorisierte Verkehrsteilnehmer, in 16 Fällen (13,8%) Fahrradfahrer, in 30 Fällen Fußgänger (25,9%) und in acht Fällen (6,9%) Fahrgäste des ÖPNV.

In 95 Fällen (81,9%) wurde physische Gewalt angewandt, 36 Fälle umfassten den Einsatz instrumenteller Gewalt, welche in mehr als der Hälfte der Fälle ($n=20$) den Einsatz des Fahrzeuges als Waffe beinhaltet.

Das verursachte Trauma ist größtenteils stumpf und den Gesichtsschädel und die oberen und unteren Extremitäten betreffend. Die medizinische Versorgung konnte überwiegend ambulant erfolgen, während in zwölf Fällen (10,3%) eine stationäre Behandlung notwendig war. Diagnosen bei stationär aufgenommenen Patienten umfassten Commotio cerebri, Frakturen, Distorsionen sowie traumatische Augen- und Ohrenverletzungen.

Es gab neun Fälle (7,8%) von potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. Diese betrafen nur männliche Opfer und wurden nur von Männern verursacht. Zudem handelt es sich in über 50% der Fälle mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen um Gruppentäter. In sieben von neun Fällen mit potentiell lebensgefährlichen Verletzungen kamen Tatwerkzeuge zum Einsatz. Die potentiell lebensgefährlichen Verletzungen begründeten sich in acht von neun Fällen durch Gewalteinwirkung auf den Hirn- und Gesichtsschädel.

7. Literaturverzeichnis

- AHRENS GA (2009) *Sonderauswertung zur Verkehrserhebung ‚Mobilität in Städten - SrV 2008. SrV-Stadtgruppe: Oberzentren, 500.000 EW und mehr (ohne Berlin), Topografie: flach.* TU Dresden, Verkehrs- und Infrastrukturplanung, Dresden.
- ASBRIDGE M, SMART RG, MANN RE (2006) *Can we prevent road rage?.* Trauma Violence Abuse, Jg. 7, Heft 2, S. 109-121. [PMID:16534147]
- AUERBACH K, OTTE D, JÄNSCH M, LEFERING R (2009) *Medizinische Folgen von Straßenverkehrsunfällen: Drei Datenquellen, drei Methoden, drei unterschiedliche Ergebnisse?.* Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach.
- BANSE R (2012) *Aggressivität, Straftaten und Fahreignung. Empirische Zusammenhänge und Implikationen für die Fahreignungsbegutachtung.* Zeitschrift für Verkehrssicherheit, Jg. 58, Heft 3, S. 119-123.
- BERKOWITZ L (1993) *Agression, Its Causes, Consequences, and Control.* McGraw-Hill Humanities Social, New York.
- BORNEWASSER M (2013) *Aggressives Verhalten im Straßenverkehr.* Vortrag vom 24.01.2013, Arbeitskreis III: Aggressivität im Straßenverkehr, 51. Deutscher Verkehrsgerichtstag in Goslar.
- CONSTANTINO E, PANAYIOTOU G, KONSTANTINO N, LOUSIOU-LADD A, KAPARDIS A (2011) *Risky and aggressive driving in young adults. Personality matters.* Accident Analysis and Prevention, Jg. 43, Heft 4, S. 1323-1331. [PMID:21545861]
- DEFFENBACHER JL, FILETTI LB, LYNCH RS, DAHLEN ER, OETTING ER (2002) *Cognitive-behavioral treatment of high anger drivers.* Behaviour Research and Therapy, Jg. 40, Heft 8, S. 895-910.
- DEFFENBACHER JL, LYNCH RS, FILETTI LB, DAHLEN ER, OETTING ER (2003) *Anger, aggression, risky behavior, and crash-related outcomes in three groups of drivers.* Behaviour Research and Therapy, Jg. 41, Heft 3, S. 333-349. [PMID:12600403]
- DEFFENBACHER JL, LYNCH RS, OETTING ER, SWAIM RC (2002) *The driving anger expression inventory: a measure of how people express their anger on the road.* Behaviour Research and Therapy, Jg. 40, Heft 6, S. 717-737. [PMID:12051489]
- DEFFENBACHER JL, OETTING ER, LYNCH RS (1994) *Development of a driving anger scale.* Psychological Reports, Jg. 74, Heft 1, S. 83-91. [PMID:8153239]
- DETTMEYER RB, VERHOFF MA (2011) *Rechtsmedizin.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 40-100. [ISBN:978-3642166501]

- FONG G, FROST D, STANSFELD S (2001) *Road rage: a psychiatric phenomenon?*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Jg. 36, Heft 6, S. 277-286. [PMID:11583457]
- FUMENTO M (1998) *Road rage vs. reality*. The Atlantic Monthly, Boston.
- GALOVSKI TE, BLANCHARD EB (2002a) *Psychological characteristics of aggressive drivers with and without intermittent explosive disorder..* Behaviour Research and Therapy, Jg. 40, Heft 10, S. 1157-1168. [PMID:12375724]
- GALOVSKI TE, BLANCHARD EB (2002b) *The effectiveness of a brief psychological intervention on court-referred and self-referred aggressive drivers*. Behaviour Research and Therapy, Jg. 40, Heft 12, S. 1385-1402. [PMID:12457634]
- GALOVSKI TE, BLANCHARD EB, VEAZEY C (2002) *Intermittent explosive disorder and other psychiatric comorbidity among court-referred and self-referred aggressive drivers*. Behaviour Research and Therapy, Jg. 40, Heft 6, S. 641-651. [PMID:12051483]
- HENNESSY DA, WIESENTHAL DL (1999) *Traffic congestion, driver stress, and driver aggression*. Aggressive Behavior, Jg. 25, Heft 6, S. 409-423. [DOI:10.1002/(SICI)1098-2337(1999)25:6<409::AID-AB2>3.0.CO;2-0]
- HERZBERG PY (2003) *Der Fragebogen zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr (AViS)*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Jg. 24, Heft 1, S. 45-55. [DOI:10.1024//0170-1789.24.1.45]
- HERZBERG PY, SCHLAG B (2006) *Aggression und Aggressivität im Straßenverkehr*. Zeitschrift für Sozialpsychologie, Jg. 37, Heft 2, S.73-86. [DOI:10.1024/0044-3514.37.2.73]
- HOFMANN M, PETERMANN F, WITTHÖFT J (2013) *Der Beitrag der Psychologie zum Thema Aggression im Straßenverkehr*. Straßenverkehrsrecht, Heft 1-2013.
- HUESMANN LR, ERON, LD (1984) *Cognitive processes and the persistence of aggressive behavior*. Aggressive Behavior, Jg. 10, S. 243-251.
- IMMEKUS S (2008) *Aggressionsdelikte im Straßenverkehr im Großraum Köln. Wirksamkeitsüberprüfung der repressiven und präventiven polizeilichen Maßnahmen und Ursachenforschung*. Masterstudiengang Kriminologie und Polizeiwissenschaft, Juristische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum.
- JOINT M (1995) *Road rage*. AAA Foundation for Traffic Safety, Washington DC.
- JUNGER M, VAN DER HEIJDEN P, KEANE C (2001) *Interrelated harms. Examining the associations between victimization, accidents, and criminal behavior*. Injury Control and Safety Promotion, Jg. 8, Heft 1, S. 13-28.

- JUNGER M, WEST R, TIMMAN R (2001) *Crime and Risky Behavior in Traffic: An Example of Cross-Situational Consistency*. Journal of Research in Crime and Delinquency, Jg. 38, Heft 4, S. 439-459. [DOI:10.1177/0022427801038004005]
- KOETZ SCI (2013) *Gewalt im sozialen Umfeld. Eine prospektiv und retrospektiv angelegte Analyse körperlicher Gewalttaten im Hamburger Stadtteil St. Pauli*. Med. Dissertation. Universität Hamburg.
- KRAHÉ B, FENSKE I (2002) *Predicting aggressive driving behavior. The role of macho personality, age, and power of car*. Aggressive Behavior, Jg. 28, Heft 1, S. 21-29. [DOI:10.1002/ab.90003]
- KÜHNE OCEM (2007) *Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf*. Med. Dissertation. Universität Hamburg.
- LAJUNEN T, PARKER D (2001) *Are aggressive people aggressive drivers? A study of the relationship between self-reported general aggressiveness, driver anger and aggressive driving*. Accident Analysis and Prevention, Jg. 33, Heft 2, S. 243-255. [PMID:11204896]
- LANDESKRIMINALAMT HAMBURG (Hrsg.) (2013) *Polizeiliche Kriminalstatistik 2012*. Hamburg
- LAWTON R, PARKER D, MANSTEAD ASR, STRADLING SG (1997) *The Role of Affect in Predicting Social Behaviors: The Case of Road Traffic Violations*. Journal of Applied Social Psychology, Jg. 27, Heft 14, S. 1258-1276. [DOI:10.1111/j.1559-1816.1997.tb01805.x]
- LEFERING R (2009) *Entwicklung der Anzahl Schwerstverletzter infolge von Straßenverkehrsunfällen in Deutschland*. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M200.
- LUPTON D (2002) *Road rage: drivers' understandings and experiences*. Journal of Sociology, Jg. 38, Heft 3, S. 275-290. [DOI:10.1177/144078302128756660]
- MANSSSEN G (2013) *Aggression im Straßenverkehr – staatliche Schutzpflicht gegen Rücksichtslosigkeit im Verkehr*. Vortrag vom 24.01.2013, Arbeitskreis III: Aggressivität im Straßenverkehr, 51. Deutscher Verkehrsgerichtstag in Goslar.
- MARSHALL S, THOMAS N (2000) *Traffic calming, the reality of road rage*. Home Office, London.
- MIZELL L (1997) *Aggressive driving*. AAA Foundation for Traffic Safety, Washington DC.
- MÜLLER R, GROENEVELD T, PREUSS A (2009) *Phänomenologie der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum*. Landeskriminalamt Hamburg, Hamburg.

- NABI H, CONSOLI SM, CHASTANG JF, CHIRON M, LAFONT S, LAGARDE E (2005) *Type A behavior pattern, risky driving behaviors, and serious road traffic accidents: a prospective study of the GAZEL cohort*. American Journal of Epidemiology, Jg. 161, Heft 9, S. 864-870. [PMID:15840619]
- NUHN H, HESSE M (2006) *Verkehrsgeographie*. Ferdinand Schöningh, Paderborn, S. 35.
- PARKER D, LAJUNEN T, SUMMALA H (2002) Anger and aggression among drivers in three European countries. Accident Analysis and Prevention, Jg. 34, Heft 2, S. 229-235. [PMID:11829293]
- POLIZEI HAMBURG (Hrsg.) *Verkehrsbericht 2011*. Hamburg.
- POLIZEIPRÄSIDIUM KÖLN (Hrsg.) *Verkehrsbericht 2005*. Köln.
- RANDEL H (2013) *Aggressivität im Straßenverkehr. Ursachen und Folgen – Regelkonformes Verhalten – Prävention und Intervention*. Vortrag vom 24.01.2013, Arbeitskreis III: Aggressivität im Straßenverkehr, 51. Deutscher Verkehrsgerichtstag in Goslar.
- REBMANN K (2000) *50 Jahre Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr. Ein ständiges Bemühen um mehr Verkehrssicherheit*. Vortrag vom 03.11.2000, Berlin.
- REASON J, MANSTEAD A, STRADLING S, BAXTER J, CAMPBELL K (1990) *Errors and violations on the roads: a real distinction?*. Ergonomics, Jg. 31, Heft 10/11, S. 1315-1332. [PMID:20073122]
- RENNER W, ANDERLE FG (2000) *Venturesomeness and extraversion as correlates of juvenile drivers' traffic violations*. Accident Analysis and Prevention, Jg. 32, Heft 5, S. 673-678. [PMID:10908140]
- SCHÖCH H (2009) *Juristische und kriminologische Grundlagen zur Straßenverkehrsdelinquenz*. In: Kröber, HL, Dölling D, Leygraf N und Saß H (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie Band 4. Kriminologie und forensische Psychiatrie. Steinkopff-Verlag Darmstadt, S. 578-598.
- SEIFERT D, LAMBE A, ANDERS S, PUESCHEL K, HEINEMANN A (2009) *Quantitative analysis of victim demographics and injury characteristics at a metropolitan Medico-Legal Center*. Forensic Science International, Jg. 188, Heft 1-3, S. 46-51. [PMID:19394771]
- SMART RG, ASBRIDGE M, MANN RE, ADLAF EM (2003) *Psychiatric distress among road rage victims and perpetrators*. Canadian Journal of Psychiatry, Jg. 48, Heft 10, S. 681-688. [PMID:14674051]
- SMART RG, MANN RE (2002) *Deaths and injuries from road rage. Cases in Canadian newspapers*. Canadian Medical Association Journal, Jg. 167, Heft 7, S. 761-762. [PMID:12389837]

- SMART RG, MANN RE, STODUTO G (2003) *The Prevalence of Road Rage. Estimates from Ontario*. Canadian Journal of Public Health, Jg. 94, Heft 4, S. 247-250. [PMID:12873078]
- SMART RG, MANN RE, ZHAO J, STODUTO G (2005) *Is road rage increasing? Results of a repeated survey*. Journal of Safety Research, Jg. 36, Heft 2, S. 195-201. [PMID:15882874]
- SMART RG, STODUTO G, MANN RE, ADLAF EM (2004) *Road rage experience and behavior: vehicle, exposure, and driver factors*. Traffic Injury Prevention, Vol. 5, No. 4, S. 343-348. [PMID:15545072]
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (Hrsg.) (2012) *Der Mikrozensus auf einen Blick. Hamburg und Schleswig-Holstein*. Hamburg.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN (Hrsg.) (2013) *Zensus 2011: Einwohnerzahl Hamburgs und seiner Bezirke*. Hamburg.
- STRADLING SG, MEADOWS ML (2000) *Highway code and aggressive violations in UK drivers*. Global web conference on aggressive driving issues. [Online im Internet] URL: <http://www.stopandgo.org/research/aggressive/stradling-meadows.pdf> [Stand 26.06.2013, 10:11 Uhr].
- TASCA L (2000) *A review of the literature on aggressive driving research*. [Online im Internet] URL: <http://www.stopandgo.org/research/aggressive/tasca.pdf> [Stand 27.06.2013, 16:09 Uhr].
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (Hrsg.) (2003) *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Dänemark.
- WHITLOCK FA (1971) *Death on the Road, A Study in Social Violence*. In: Walker N (Hrsg.) *Studies in social ecology and pathology*. Tavistock Publications Limited, London.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Typologie der Gewalt nach Definition der WHO (2003).....	21
Abbildung 2: Verletzungsmuster schwerstverletzter Personen nach Art des Verkehrsmittels (GIDAS, 1999-2005; aus Auerbach et al. 2009).....	23
Abbildung 3: Geschlecht und Anzahl der beschuldigten Personen (n=112).....	30
Abbildung 4: Altersstruktur der Opfer (n=116).....	31
Abbildung 5: Beziehung der Konflikttelnehmer zueinander (n=113).....	31
Abbildung 6: Tatzeitpunkt nach Uhrzeit (n=107), absolute Häufigkeiten	32
Abbildung 7: Tatzeitpunkt nach Jahren (n=116), absolute Häufigkeiten	33
Abbildung 8: Ort des Vorfalls (n=116).....	34
Abbildung 9: Tatort nach zuständiger Polizeidienststelle (n=87)	36
Abbildung 10: Polizeilicher Status: Vorliegen einer Anzeige in Bezug auf die Tat und gleichzeitiger mutmaßlicher Täterstatus (n=107)	37
Abbildung 11: Art des Verkehrsmittels der geschädigten Person (n=108) und der beschuldigten Person (n=105)	39
Abbildung 12: Art der Gewalt in absoluten Häufigkeiten (n=138, Mehrfachnennungen möglich) und in Prozent der Fälle (bezogen auf 115 geschädigte Personen).....	41
Abbildung 13: Einsatz körperlicher, instrumenteller und kombinierter Gewalteinwirkung bezogen auf 115 geschädigte Personen.....	41
Abbildung 14: Art der applizierten Gewalteinwirkung (n=255)	42
Abbildung 15: Topographie der Verletzungen nach Lokalisation der applizierten Gewalteinwirkung (n=255).....	43
Abbildung 16: Schweregrad der Verletzungen (n=116).....	45
Abbildung 17: Weiterführende medizinische Behandlung (n=76).....	46
Abbildung 18: Geschlecht der Täter im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Opfer (n=107)	48
Abbildung 19: Relative Häufigkeiten des Tatzeitpunktes im Tagesverlauf (n=107) im Vergleich mit dem Tagesgang des Gesamtverkehrs in einer Referenzstadt (siehe Ahrens 2009, Tabelle 8.1 Tagesgang des Gesamtverkehrs nach Verkehrsmittelgruppen)	97
Abbildung 20: Tatzeitpunkt nach Jahren. Darstellung als absolute Häufigkeit (Anzahl der in einem Konflikt im Straßenverkehr geschädigten Personen pro	

Kalenderjahr, n=116) und relative Häufigkeit (bezogen auf alle an der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle vorstelligen Personen, n=11.429).	98
Abbildung 21: Art des Verkehrsmittels der geschädigten Person (n=108) und der beschuldigten Person (n=105) im Vergleich mit den Verkehrswegeanteilen in einer Referenzstadt (siehe Ahrens 2009, Tabelle 5.3 Wegeanteile nach räumlichen Verkehrsarten und Verkehrsmittelgruppen)	103

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen von Aggressivität im Straßenverkehr	10
Tabelle 2: Psychologische Testverfahren zur Messung und Klassifizierung von Wut und Aggressivität im Straßenverkehr.....	12
Tabelle 3: Formen der Gewalt nach Dettmeyer und Verhoff (2011).....	21
Tabelle 4: Verletzungsmuster bei stumpfer Gewalteinwirkung bei Opfern von Gewalt (Seifert et al. 2009)	22
Tabelle 5: Konfliktauslösende Situation.....	38
Tabelle 6: Topographie der Verletzungen nach Art und Lokalisation der Gewalteinwirkung (n=255).....	43
Tabelle 7: Art des Verkehrsmittels der beteiligten Personen.....	48
Tabelle 8: Topographie der Verletzungen nach Verkehrsmittelgruppe der geschädigten Person (n=100).....	49
Tabelle 9: Einsatz instrumenteller Gewalt im Zusammenhang mit der Art der weiteren medizinischen Behandlung	50
Tabelle 10: Einsatz instrumenteller Gewalt im Zusammenhang mit dem Schweregrad der Verletzungen.....	50
Tabelle 11: Schweregrad der Verletzungen im Zusammenhang mit der Art der weiteren medizinischen Behandlung	51
Tabelle 12: Altersstruktur der geschädigten Personen im Vergleich.....	95
Tabelle 13: Gewalttaten im Straßenverkehr und Bevölkerungsdichte der Hamburger Bezirke.....	100
Tabelle 14: Art des Verkehrsmittels von geschädigter (n=108) und beschuldigter (n=105) Person.....	102
Tabelle 15: Topographie der Verletzungen im Vergleich mit anderen Gewaltdelikten (n=100).....	105

10. Abkürzungsverzeichnis

AViS	Fragebogen zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen im Straßenverkehr
DAS	Driving Anger Scale
DAX	Driving Anger Expression index
DBQ	Driver Behaviour Questionnaire
DOI	Digital Object Identifier
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IED	Intermittend explosive disorder
IfR	Institut für Rechtsmedizin
MIV	Motorisierter Individualverkehr
MPU	Medizinisch-Psychologische Untersuchung
NMV	Nichtmotorisierter Verkehr
OE	Obere Extremität
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PK	Polizeikommissariat
PMID	PubMed identifier
PR	Polizeirevier
StVO	Straßenverkehrsordnung
UE	Untere Extremität
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	Weltgesundheitsorganisation

11. Anhang

Basisdokumentationsbogen, Seite 1

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-size: 24px; font-weight: bold;">U</div>	Tgb-Nr. _____	<small>V3 v. 24.1.2006 Hei (c) IFRHH 2006</small>		
Untersuchung am _____ um (ca.) _____ Untersucher: _____	Vorfallszeitpunkt am _____ um _____ ggf. Zeitraum von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> unbekannt			
GESCHÄDIGTE PERSON				
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Nationalität: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere(_____) <input type="checkbox"/> unbekannt Sprachkompetenz <input type="checkbox"/> fließend deutsch <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> Übersetzung notwendig Geb.-datum: _____				
UNTERSUCHUNGSORT				
<input type="checkbox"/> IfR <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Uniklinik (Abt. _____) <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus (KH, Abt. _____) Sonstiges: _____				
AUFTRAGGEBER (wer hat angerufen? Mehrfachnennungen möglich) Dienststelle/Abteilung genau: _____ <input type="checkbox"/> PK/KK <input type="checkbox"/> LKA <input type="checkbox"/> Uniklinik <input type="checkbox"/> Konsil für and. Klinik <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Andere: _____ An wen geht Gutachten? <input type="checkbox"/> Polizeidienststelle <input type="checkbox"/> Justiz <input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Andere: _____				
SACHVERHALT / ANAMNESE				
Wer schildert den Sachverhalt? <input type="checkbox"/> Angaben d. geschädigten Person <input type="checkbox"/> Angaben v. Dritten/Polizei				
HINTERGRUND/ANLASS (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> Beziehungskonflikt ((Ex)Partner/soz.Nahfeld) <input type="checkbox"/> sexuelles Motiv <input type="checkbox"/> Raubüberfall <input type="checkbox"/> Konflikt i.Straßenverkehr <input type="checkbox"/> Umfelduntersuchung <input type="checkbox"/> Opfer vermutet Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> anderer Konflikt <input type="checkbox"/> unbekannt Besonderheiten / Bemerkungen: _____				
Beschuldigte Person (Mehrfachnennungen möglich)				
Besch. bekannt?	Art der Beziehung?	Zahl der Beschuld.?	Geschlecht?	Nationalität?
<input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nur flüchtig <input type="checkbox"/> fremd <input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> Partnerbeziehung <input type="checkbox"/> Ex-Partner <input type="checkbox"/> familiäre Beziehung <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 Beschuldigte(r) <input type="checkbox"/> mehrere Beschuld. Anzahl, wenn bekannt: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere (welche? _____) <input type="checkbox"/> unbekannt
Gemeinsame Wohnung von geschädigter und beschuldigter Person? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt				
ART DER BEZIEHUNG (z.B. Vater- Sohn; Pflegemutter- Tochter etc., entfällt bei Fremdtätern)				
Spezifizierung der Beziehung der beschuld. und geschäd. Person: _____				
ART DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)				
<input type="checkbox"/> Gewaltandrohung <input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt (z.B. Faustschläge, auch: Tritte mit beschuhtem Fuß) <input type="checkbox"/> Instrumentelle Gewalt (Welche Tatwerkzeuge?: _____) <input type="checkbox"/> Tatwerkzeug(e) unbekannt <input type="checkbox"/> Fixierung bzw. Fesselung <input type="checkbox"/> sexuelle Nötigung ohne unmittelbare Gewalt <input type="checkbox"/> Vernachlässigung <input type="checkbox"/> keine konkrete Gewalt bekannt <input type="checkbox"/> unbekannt (nicht anamnestizierbar etc.) Andere: _____				
ORT DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)				

Basisdokumentationsbogen, Seite 2

<input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung der geschädigten Person	<input type="checkbox"/> öffentlicher kommerzieller Bereich (Kaufhaus, Restaurant..)	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz der geschädigten Person
<input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung des Beschuldigten	<input type="checkbox"/> öffentliche Straße/ Park	<input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg bzw. Rückweg
<input type="checkbox"/> Gemeinsame Wohnung von gesch.+ beschuld. Person	<input type="checkbox"/> öffentliche Transportmittel	<input type="checkbox"/> im Fahrzeug
<input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung einer dritten Person	<input type="checkbox"/> sonstige Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> mehrere Orte
<input type="checkbox"/> Öffentliche Wohnunterkunft	<input type="checkbox"/> in Räumlichkeiten von Polizei/Justiz, Gefängnissen	<input type="checkbox"/> sonstige Orte
<input type="checkbox"/> in Schule/ auf Schulweg	<input type="checkbox"/> Ort unbekannt	<input type="checkbox"/>

KONSUMVERHALTEN der geschädigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

Alkohol Medikamente BtM nichts (Vermut.) Verabreichung (KO etc) unbek.
 SUCHT/Substanzmißbrauch? ja nein unbek.
 AND.psych.Vorerkrankungen? ja nein unbek.

KONSUMVERHALTEN der beschuldigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

Alkohol Medikamente BtM nichts unbek.

Bei **SEXUALDELIKTEN** (bei multipler Einwirkung primäres Ereignis unterstreichen) (Mehrfachnennungen möglich)

Vaginalverkehr Oralverkehr (G-B) Oralverkehr (B-G)
 Manuelle (genitale) Manipulation (G-B) Manuelle Manipulation (B-G) Analverkehr
 Einführen von Gegenständen (andere) sexuelle Nötigung unbek., welche sex. Handlg.
 sex. Handlg. wird nur vermutet

Andere (ungewöhnliche) Handlungen: _____

Kondom: ja nein unbekannt
 (Hinweise auf) Samenerguss ja nein unklar unbekannt

Bei angegebener **STRANGULATION / MECHANISCHER ASPHYXIE** (Mehrfachnennungen möglich)

Würgen Drosseln (Auf)hängen Bedecken d. Atemwege
 Knebeln Brustkorbkompression Schwitzkasten unbekannt
 Bewusstlosigkeit Urin-/Kotabgang Aura
 Heiserkeit Schluckbeschwerden unbekannt benutzte Gegenstände: _____

WEGWEISUNG

(GewSchG) im Zusammenhang mit Untersuchungsanlass? ja nein unbekannt

POLIZEILICHE ANZEIGE

Liegt eine polizeiliche Anzeige bezogen auf Untersuchungsanlass vor?
 ja nein unbekannt

STATUS (wenn Polizei eingeschaltet)

Hat die geschädigte Person in Bezug auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses nach dem Ermittlungsstand der Polizei gleichzeitig auch einen mutmaßlichen Täterstatus?
 ja nein unbekannt

Basisdokumentationsbogen, Seite 3

UNTERSUCHUNGSBEFUND

ART DER GEWALTEINWIRKUNG	LOKALISATION <i>(entsprechende Buchstaben ankreuzen)</i>											Lokalisations-Code		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L		M	
Stumpfe ungeformte Gewalt													A	Hirnschädel
Stumpfe geformte Gewalt													B	Gesichtsschädel
halbscharfe Gewalt													C	Nacken
scharfe Gewalt- Stichverletzungen													D	Hals
scharfe Gewalt- Schnittverletzungen													E	Brust(korb)
Schussverletzungen													F	Brüste
Thermische Einwirkung													G	Abdomen
Chemische Einwirkung (z.B. Tränengas)													H	Rücken
BESONDERE VERLETZUNGEN	LOKALISATION											I	Genitale	
Narben													K	Gesäß
Frakturen													L	obere Extremität
Bissverletzungen													M	untere Extremität
Fesselungsspuren														
Widerlagerverletzungen														
Griffspuren														
Abwehrverletzungen														
Ritzverletzungen														
Kratzspuren														
Tritts Spuren														
ANDERE Verletzungsarten (bitte beschreiben):														

ANDERE/BESONDERE LOKALISATION
(bitte beschreiben, z.B. Zahnfrakturen, Zahnverlust, Zahnersatz-Beschädigung, Augenverletzung...)

Anmerkungen: _____

STRANGULATIONSBEFUNDE (Mehrfachnennungen möglich)

Würgemale Drosselmarke

Petechien (Lokalisation): Augenbindehäute Lidhäute Gesicht
 Mundschleimhaut hinter den Ohren nicht feststellbar

ZEITPUNKT DER VERLETZUNGEN (Mehrfachnennungen möglich)

Einzeitig mehrzeitig nicht bestimmbar

VERLETZUNGSMUSTER

BEURTEILUNG:passt zu Anamnese? ja, konkrete Übereinstimmung kann passen,nicht auszuschließen
 nur teilweise nachvollziehbar unglaubwürdig (noch)keine Beur.

Anhaltspunkte für Selbstbeibringung: ja nein nicht bestimmbar
 Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen: ja nein nicht bestimmbar

SCHWEREGRAD DER VERLETZUNGEN (bei alten Verletzungen ggf. retrospektiv beurteilen)

Keine Zeichen der Gewalteinwirkung nicht lebensgefährliche Verletzungen
 potentiell lebensgefährliche Verletzungen lebensgefährliche Verletzungen

KONSUM

Objektive Hinweise auf Konsum von Alkohol / anderen Substanzen ja nein nicht vorhanden
 Hinweise auf aktuelle **psychische Alterationen** ja nein nicht bestimmbar
 Wenn ja, welche: _____

Basisdokumentationsbogen, Seite 4

WEITERE VERSORGUNG: Beratung, Hilfe, Diagnostik, Therapie

Institution	Bitte spezifizieren: z.B. UKE? Fachrichtung? Einrichtung?	Bereits eingeleitet	Selbst eingeleitet	empfohlen
Medizinische Versorgung ambulant	a)..... b)..... c).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung stationär	a)..... b)..... c).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Externe psychologische oder psychiatrische Versorgung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell: Kinderpsychosomatik UKE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell: Kinder- und Jugendpsychiatrie UKE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderschutzeinrichtungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendamt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiengericht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opferhilfe- Institution		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Psychosoziale Beratung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventionsstelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASSERVATE

Foto ja **Spuren:** Abstriche: oral vaginal anal andere: _____
BAK ja Nagelränder Schamhaare
Tox: Urin Blut Spermien mikroskopisch nachgewiesen

Mikrobiologie:
 Hepatitis HIV and.Virologie and.Bakteriologie

Kleidung: _____

Anderes: _____

12. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Klaus Püschel für die Annahme des Dissertationsthemas und für die Chance, dieses auf dem 23. Weltkongress der International Traffic Medicine Association (ITMA) in Hamburg zu präsentieren. Ausdrücklich möchte ich an dieser Stelle auch Herrn Paul Brieler vom Institut für Schulungsmaßnahmen erwähnen: Vielen Dank für wertvolle Tipps bei der Literaturrecherche und die Unterstützung während der ITMA.

Eben so sehr möchte ich Frau PD Dr. med. Dragana Seifert für die umfangreiche Betreuung danken. Der gesamte Verlauf – von der Erarbeitung der Fragestellung über die Anmeldung des Promotionsvorhabens, der Datenakquirierung bis hin zur Dissertationsschrift – ist Dank ihrer Hilfe so schnell und problemlos gelaufen, wie man es sich nur wünschen kann. Ein großer Dank gebührt ihr außerdem für die Ermöglichung der Teilnahme am 51. Verkehrsgerichtstages in Goslar und der 92. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in Saarbrücken mit Präsentation der Arbeit als Vortrag.

Herrn Holger Randel, Verkehrsrichter am Hamburger Landgericht, und Frau Alexandra Eichen von der Polizei Köln möchte ich für die Hilfe bei der Recherchearbeit danken.

Meinen Eltern Benedikte Pfeiffer und Ludger Weiß danke ich für ihren Rückhalt während des gesamten Studiums, angefangen von den ersten Testaten bis hin zum Abschlussexamen.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meinen Freunden und meiner Partnerin Rabea Ottenhues für Unterstützung, Motivation, Geduld und Rücksichtnahme.

13. Lebenslauf

Joost-Levin Pfeiffer

Geburtsdatum 21.10.1985
Geburtsort Bremen

Beruflicher Werdegang

11/2013 Assistenzarzt in der Klinik für Gastroenterologie und Innere Medizin,
 Professor Dr. med. Wolfgang Holtmeier
 Krankenhaus Porz am Rhein, Köln

Hochschule

05/2013 Approbation als Arzt in der Freien und Hansestadt Hamburg
04/2013 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
02/2012 – 01/2013 Praktisches Jahr
 16 Wochen Innere Medizin am AK Altona, Hamburg
 8 Wochen Allgemeinchirurgie am WKK Heide
 8 Wochen Neurochirurgie an der Clinical Center University of Sarajevo,
 Bosnien und Herzegowina
 16 Wochen Anästhesiologie am Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus, Hamburg
10/2012 – 12/2012 Wahlfach Tropen- und Reisemedizin am
 Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg
11/2009 – 07/2010 Auslandsjahr an der Karls-Universität Prag, Tschechien
09/2008 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2006 Beginn des Studiums der Humanmedizin am
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Tätigkeiten im Rahmen der Dissertation

01/2013 51. Deutscher Verkehrsgerichtstag in Goslar,
 Teilnahme am Arbeitskreis III: *Aggressivität im Straßenverkehr*

04/2013 Seminare *Praktische Übung im Schreiben von Material und Methode*
 und *Praktische Übung im Schreiben von Ergebnissen*, bei Prof. Beck-Bornholdt

05/2013 23. Weltkongress der International Traffic Medicine Association (ITMA),
 Thema: *Safe mobility on land, on sea and in the air*,
 Poster-Präsentation *Interpersonal and instrumental violence in conflicts in*
traffic

09/2013 92. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin
 Vortrag *Interpersonelle und instrumentelle Gewalt bei Konflikten im*
Straßenverkehr

Praktische Erfahrungen

08/2011	Famulatur Allgemeinmedizin, Dr. med. Holger Butting, Hamburg-Bahrenfeld
07/2011	Famulatur am Christian Medical College, Vellore, Indien, Kardiologie
07/2010	Famulatur am Marienkrankenhaus Hamburg, Radiologie
07/2009	Famulatur am AK Altona, Hamburg, Hämatologie

Extracurriculare Aktivitäten

04/2009 – 07/2009	Praktikumstutor in der Biochemie (Sommersemester 2009)
11/2008 – 03/2009	Tutor im Präparationskurs der Anatomie (Wintersemester 2008/2009)
07/2007	Zusatzqualifikation Molekulare Medizin: Skillslab Neurophysiology

Zivildienst

11/2005 – 07/2006	Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus, Hamburg
--------------------------	---

Schulbildung

06/2005	Abitur
08/2003 – 06/2005	Studienstufe S1 – S4 an der Erich Kästner-Gesamtschule, Hamburg
08/2002 – 07/2003	Schüleraustausch an der Puyallup High School, Puyallup, WA, USA
08/1996 – 07/2002	Sekundarstufe I an der Erich Kästner-Gesamtschule, Hamburg
08/1992 – 07/1996	Grundschule an der Berner Au, Hamburg

14. Eidesstattliche Erklärung

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

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: