Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Direktor Professor Dr. med. K. Püschel

Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des AK Barmbek

Dissertation
Zur Erlangung eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

vorgelegt von
Marissa Polac aus Hamburg

Hamburg 2013

Angenommen von dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg am: 30.10.2014

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss: der/ die Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss: zweite/r Gutachter/in: PD Dr. Sven Anders

Prüfungsausschuss: dritte/r Gutachter/in: PD Dr. Oliver Mann

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 7

1 Einleitung
1.1 Gewalt und ihre Bedeutung 9
1.2 Definition des Begriffs Gewalt 12
1.3 Gründe für Gewalt 14
1.4 Gewaltformen 16
1.5 Gewalttypologien 17
1.5.1 Gewalt gegen die eigene Person gerichtet 17
1.5.2 Zwischenmenschliche bzw. interpersonelle Gewalt 17
1.5.2.1 Häusliche Gewalt 18
1.5.3 Kollektive Gewalt 18
1.6 Rechtsmedizin 19
1.7 Die Unfallchirurgie 20
1.8 Auswirkung von Gewalt auf das Gesundheitssystem 21
1.9 Gewaltprävention 22
1.10 Nationale und internationale Modelle 24

2 Fragestellung und Arbeitshypothese 26

3 Material und Methoden 27

4 Ergebnisse
4.1 Anteil an gewaltbedingten Verletzten in der chirurgischen Notaufnahme 32
4.2 Geschlechteranteil an Gewaltopfern 33
4.3 Altersstruktur 34
4.3.1 Dekaden bei Gewaltopfern oder Altersgruppen 34
4.3.2. Altersverteilung männlich und weiblich im Vergleich 36
4.4 Einweisungszeiten 37
4.4.1 Wochentagabhängigkeit 37

4.4.2 Ankunftszeit in der chirurgischen Notaufnahme 38
4.4.3 Saisonaler Verlauf 39
4.5 Behandlungsstatus 41
4.6 Zusatzinformation 42
4.7 Anamnese/ Sachverhalt 42
4.8 Liegedauer bzw. Verweildauer 44
4.8.1 Aufteilung der Liegedauer anhand individueller Diagnosen 45
4.9 Tatort 47
4.10 Transport 48
4.11 Alkohol- oder Drogeneinfluss 49
4.11.1 Alkoholisierungseinschätzung 50
4.11.2 Alkoholbestimmung durch Blutentnahme 51
4.12 Täterangaben 52
4.12.1 Täterbeschreibung 53
4.13 Art der Gewalteinwirkung 55
4.13.1 Gewaltart 1. Form 56
4.13.2 Gewaltart 2. Form 57
4.13.3 Zur Gewaltausübung benutzte Werkzeuge 58
4.14 Begleitverletzungen und spezifizierte Verletzungen 58
4.15 Diagnostisch angewandte Verfahren 59
4.15.1 Differenzierung der bildgebenden Diagnostikverfahren bezogen auf die Körperregion 60
4.15.2 Konsiliardienste der jeweiligen Fachrichtungen 61
4.16 Diagnosen 62
4.17 Lebensgefährlichkeit der Verletzungen 62
4.17.1 Einteilung der Schwere der Verletzungen anhand der dokumentierten Diagnosen 63
4.18.1 Verletzte Körperregion 65
4.18.2 Verletzungsart 66

4.19 Rechtsmedizinische Untersuchung 67
4.19.1 Differenzierung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung 68
4.20 Therapie 72
4.20.1 Spezielle Therapie 73
4.21 Anästhesieformen 73
4.22 Tetanusimpfung 73
4.23 Weiter- und Nachbehandlung 73
4.24 Selbstverletzendes Verhalten 74
4.25 Verletzung durch Tiere 74

5 Diskussion 75
5.1 Methodenkritik 76
5.2 Einordnung der vorliegenden Untersuchung in die Literatur 77
5.3 Anteil an gewaltbedingten Verletzten in der chirurgischen Notaufnahme 80
5.4 Die Großstadt Hamburg und der Standort der 3 Kliniken 81
5.5 Analyse des Opferkollektivs 83
5.5.1 Geschlechteranteil der Gewaltopfer 83
5.5.2 Altersstruktur 84
5.6. Ankunftszeit in der chirurgischen Notaufnahme und der saisonale Vergleich 86
5.7 Behandlungsstatus 88
5.8 Anamnese / Sachverhalt 89
5.9. Liegedauer 89
5.10 Tatort 90
5.11 Transport 91
5.12 Alkohol- und Drogeneinfluss 92
5.13 Täterangaben 94
5.14 Art der Gewalteinwirkung 95
5.15 Gewaltart 1. und 2. Form 96
5.16 Zur Gewaltausübung benutzte Werkzeuge 97
5.17 Lebensgefährlichkeit der Verletzungen 98

5.18 Verletzte Körperregion 101
5.19 Verletzungsart 102
5.20 Begleitverletzungen und spezifizierte Verletzungen 103
5.21 Diagnostisch angewandte Verfahren 103
5.22 Konsiliardienste der jeweiligen Fachrichtungen 105
5.23 Differenzierung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung 105
5.24 Therapie 107
5.25 Spezielle Therapie 108
5.26 Selbstverletzendes Verhalten 108
5.27 Verletzung durch Tiere 109
5.28 Auswirkungen von Gewalt auf die Opfer 109
5.29 Die Bedeutsamkeit des medizinischen Personals 110
5.30 Rechtsmedizinischer Dienst 112
5.31 Lösungsansätze und Prävention 113

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung 116

7 Literaturverzeichnis 118

8 Eidesstattliche Erklärung 130

9 Danksagung 131

10 Lebenslauf 132

Abbildungs- und Literaturverzeichnis

Abb. 1: Gewaltbedingte Verletzungen in der Chirurgischen Notaufnahme (01.11.2003 – 31.10.2004) (n=1536)
Abb. 2: Geschlechteranteil des Gesamtkollektivs mit Vergleich des Anteils der Gewaltopfer bezogen auf das Geschlecht (n=1536)
Abb. 3: Geschlechteranteil der Gewaltopfer (n=34)
Abb. 4: Dekadenverteilung der Gewaltopfer nach charakteristischen Altersstufen (n=34)
Abb. 5: Einteilung der Gewaltopfer nach zuvor definierten Altersbereichen (n=34)
Abb. 6: Altersverteilung gesamt (n=34)
Abb. 7: Anteil der Gewaltopfer an Wochentagen (n=34)
Abb. 8: Anteil der Gewaltopfer im Vergleich werktags zum Wochenende (n=34)
Abb. 9: Behandlungszeitraum/ Zeitpunkt der Einweisung der gewaltbedingten Verletzten in definierten Tageszeiträumen (n=34)
Abb. 10: Saisonaler Verlauf der gewaltbedingten Verletzten (n=34) mit Bezug auf den saisonalen Verlauf des Gesamtkollektivs (n=1536)
Abb. 11: Unterteilung der Gewaltopfer in den jeweiligen Behandlungsstatus (n=34)
Abb. 12: Erläuterung des Tathergangs im Hinblick auf bestimmte Gewaltanwendung (n=44)
Abb. 13: Liegedauer bzw. Verweildauer der stationär aufgenommenen Gewaltopfer (n=30)
Abb. 14: Einteilung der Liegedauer anhand der individuellen Diagnosen (n=30)
Abb. 15: Häufigkeit der Tatorte der Gewaltverbrechen (n=34)
Abb. 16: Genutzte Transportmittel in die chirurgische Notaufnahme (n=33)
Abb. 17: Angaben zum Alkohol- oder Drogeneinfluss, bzw. Drogenkonsum (n=32)
Abb. 18: Einschätzung des Alkoholisierungsgrads durch das medizinische Personal (n=32)
Abb. 19: Alkoholbestimmung durch Blutentnahme (n=19)
Abb. 20: Angaben zum Täter (n=34)
Abb. 21: Täterbeschreibung aus Opfersicht (n=24)
Abb. 22: Unterteilung der Gewalteinwirkung (n=34)
Abb. 23: Differenzierung der direkten und unbekannten Gewalt (n=33)

Abb. 24: Weitere Differenzierung der Gewaltformen (n=32)
Abb. 25: Beigebrachte Gewalteinwirkung mittels Werkzeugen (n=9)
Abb. 26 Angewandte diagnostische Verfahren (n=104)
Abb. 27: Unterteilung der bildgebenden Diagnostik bezogen auf die untersuchte Körperregion (Gesamt n = 44, Röntgen n = 32, Computertomographie n = 15)
Abb. 28: Unterteilung der Konsiliardienste in die jeweiligen Fachrichtungen (n=25)
Abb. 29: Einstufung der Schwere von Verletzungen (n=33)
Abb. 30: Einteilung der verletzen Körperregionen von cranial nach kaudal sortiert (n=52)
Abb. 31: Einteilung der Diagnosen in die jeweiligen Verletzungsarten (n=72)
Abb. 32: Darstellung der rechtsmedizinischen Untersuchung auf das Gesamtkollektiv (n=34)
Abb. 33: Gegenüberstellung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung (n=3)
Abb. 34: Angewandte Therapieformen (n=47)

Tab. 1: Tabelle zur Datenerhebung
Tab. 2: Saisonaler Verlauf (n= 1536/ n=34)
Tab. 3: Unterteilung der Täterbeschreibung
Tab. 4: Diagnosen in Bezug auf die Lebensgefährlichkeit (n=34)
Tab. 5: Aufstellung nationaler und internationaler Studien
Tab. 6: Tabelle NACA-Score

1 Einleitung

1.1 Gewalt und ihre Bedeutung

Gewalt ist ein allgegenwärtiges Problem unserer heutigen Gesellschaft. Es begegnet uns zu jeder Zeit im Leben, ob in den Medien, im Alltag, auf der Straße oder sogar im eigenen Zuhause. Und äußert sich zudem in vielfältiger Weise. Insgesamt ist Gewalt weltweit eine der Haupttodesursachen von Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren (World Health Organisation (WHO) (2002*)*. Nahezu jede Minute, täglich bis zu 1500 und jährlich eine halbe bis zu fünf Millionen Menschen sterben weltweit durch Gewaltverbrechen, davon einer von zehn in bewaffneten Konflikten (Welt 2011, Lob et al. 2008). Die interpersonelle Gewalt verursacht über 73 000 Tote pro Jahr in den europäischen Regionen, bedarf einer 20 bis 40-mal höheren medizinischen Versorgung in Krankenhäusern, davon etwa drei Millionen Gewaltopfern und führt unterdes zu finanziellen Verlusten für die Gesellschaft (WHO 2005). Dabei ist die Gefahr durch Gewalt zu sterben in Ländern der europäischen Region mit niedrigen Einkommen 14-mal höher als in denen mit hohem Einkommen. In Deutschland starben im Jahr 2004 über 500 Menschen (0,7/100.000) durch tätliche Angriffe (Statistisches Bundesamt 2006).

Der Anteil der registrierten Gewaltkriminalität ist in fast allen hoch entwickelten demokratischen Staaten seit Mitte des vorigen Jahrhunderts ziemlich kontinuierlich angestiegen (Gartner 1990, Eisner 2002, 2003). Dennoch ist die interpersonale Gewalt seit Beginn der Neuzeit rückläufig (mit Unterbrechungen und Gegenbewegungen). So kam es seit dem 15. Jahrhundert bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts in den europäischen Kernregionen zu einem Rückgang der Tötungsdelikte von durchschnittlich 28 auf 0,8 Fälle pro 100.000 Einwohner (Eisner 2002). Auch in der Stadt Hamburg hat laut Kriminalstatistik die Gewalt in den letzten Jahren abgenommen, es kam insgesamt zu 6.114.128 Straftaten, einem Rückgang um 3,2 Prozent zu 2007. Jedoch bleibt Gewalt gegenwärtig ein Problem (Polizeiliche Kriminalstatistik 2008). Im Widerspruch dazu stehen die fast gleichbleibenden Patientenzahlen durch Gewalteinwirkung des Hamburger Hafenkrankenhauses aus einem Zehnjahreszeitraum von 1979 bis 1989 (Vogel et al. 1997). Das Hamburger Abendblatt schrieb im August 2009 über eine Zunahme der Straßengewalt mit schweren Körperverletzungen in bestimmten Bezirken der Hansestadt Hamburg und im gesamten Stadtgebiet sogar um neun Prozent (Fengler 2009).

Bislang existierten für Deutschland keine Daten zum Ausmaß von körperlicher und sexueller Gewalt im Erwachsenenleben, die einen umfassenden Geschlechtervergleich in Bezug auf unterschiedliche Täteropfer, Kontexte im Allgemeinen, sowie auf häusliche Gewalt in Paarbeziehungen im Besonderen ermöglichen.

In den Jahren 2002 bis 2004 wurde im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine erste große deutsche repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland durchgeführt (Schröttle 2005). Die Studie bestätigt das hohe Ausmaß des bisherigen Dunkelfelds und förderte die Bemühungen dem Problem Gewalt entgegen zu wirken. Die Bundesregierung gibt weitere Untersuchungen in Auftrag, es werden Hilfsprogramme finanziert, jedoch besteht bei all diesen Bemühungen die Frage, ob es ausreicht und ob die Richtigen damit erreicht werden. Prävention und Interventionen im Bereich Gewalt stecken noch immer in den Kinderschuhen. Dabei wird dem Gesundheitssystem eine immer größere Rolle zugeschrieben.

Das Thema Gewalt ist angst- und schambesetzt und deshalb in der Öffentlichkeit kaum präsent (Hannig-Pasewald 2012, WHO 2005, BMFSFJ). Opfer einer Straftat kann jeder werden, weder Beruf noch gesellschaftliche Stellung gewähren Schutz davor (Polizeiliche Kriminalstatistik 2004). Gewalttätigkeit ist keine spezifische Erscheinung der heutigen Zeit, jedoch ist die mangelnde Anerkennung von Grundwerten im menschlichen Umgang miteinander sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen ein Grund für die beängstigende verminderte Hemmschwelle gegenüber der Anwendung von Gewalt. Fraglich sind dabei die Zunahme häuslicher Gewalt und der Missbrauch älterer Menschen, vor allem in Heimen (Sethi et al. 2006). Ob es sich dabei um eine Verschiebung der Gewalt oder um die Aufhellung des Dunkelfelds handelt ist noch nicht zu erkennen.

Die Gewalt in der Familie, zu der Misshandlungen von Kindern und alten Menschen, sowie die Gewalt zwischen Intimpartnern zählen, entzieht sich oftmals dem öffentlichen Einblick. Das Vorgehen durch Polizei und Gerichte ist vielerorts nicht verbreitet und stellt eine Überforderung dar (WHO 2003).

Seit Anfang der 90er wurde Gewalt im häuslichen Bereich zunehmend enttabuisiert. Mit nationalen Aktionsplänen Gewalt gegen Frauen, Platzverweis, Gewaltschutzgesetz, Gesetze zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen versucht man dem Problem habhaft zu werden und die Gesellschaft

in der Haltung zu Gewalt in der Ehe und Partnerschaft zu einem Paradigmenwechsel zu bewegen (Winterer, Franke et al. 2004, EDI 2008).
Um Gewalt und seinen Folgen Einhalt zu gebieten, benötigt man ein funktionierendes Rechtssystem, das Verbrechen und Vergehen maßgeblich verurteilt. Denn die Anerkennung der Strafbarkeit bedeutet die Anerkennung, das Unrecht geschehen ist (Reemtsma 2003). Dieses kann aber nur funktionieren, wenn ausreichende und stichhaltige Beweise, sowie Anzeigen der Gewaltopfer gegen die Täter vorhanden sind. Daraus ergeben sich mehrere Probleme, wie zum Beispiel die Beweissicherung, der Mut der Opfer sich zu äußern und die Tat zur Anzeige zu bringen, und der Zuspruch derer, die ein Gewaltopfer erkennen und diesem Beistehen. Die erste Anlaufstelle der gewaltbedingten Verletzten, ob nun von Schlägereien auf der Straße, Überfällen oder durch häusliche Gewalt, ist der Arzt. Entweder die Arztpraxis oder die zu jeder Zeit erreichbare Notaufnahme eines Krankenhauses. Daher ist dieser Bereich entscheidend zur Aufhellung des Dunkelfelds. Dabei wird dem Arzt in der Notaufnahme eine besondere Rolle zugeschrieben. Einerseits die Einschätzung und Versorgung der Verletzung, sowie ein empathischer Umgang mit den Patienten. Andererseits die Kompetenz Gewaltverbrechen zu erkennen oder zu erfragen. Bei der derzeit erhöhten Arbeitsbelastung, einem vorherrschenden Personalmangel, sowohl bei Ärzten als auch beim Pflegepersonal, ist es jedoch nur schwer möglich ausreichend Zeit für jeden Patienten zu finden. Genügend Empathie aufzubringen um das Vertrauen eines verstörten Opfers zu erlangen, ihm die Gründe für die Verletzungen zu entlocken und ihm adäquate Therapie und Hilfe empfehlen zu können. Das hinzuziehen der Rechtsmedizin, die auf die Beurteilung von Körperverletzung spezialisiert sind, ist zumindest in Großstädten mit rechtsmedizinischen Instituten ein leichtes. Jedoch besteht das Problem darin, wie der Umgang mit ambulanten Patienten einhergeht. Dabei ist die Schulung von Hausärzten und Kinderärzten auf die Problematik der häuslichen Gewalt und Kindesmisshandlung einzugehen eine wichtige Voraussetzung. Ebenso die Informationen zu Beratungsstellen und Einrichtungen wie dem rechtsmedizinischen Institut weiterzugeben.
Für die Stadt Hamburg gibt es noch keine relevanten Zahlen, um diesen Bereich der Gewalt zu erfassen. Die beiden vorausgegangenen Dissertationen, über die chirurgischen Notaufnahmen der Uniklinik Hamburg Eppendorf (UKE) und des Asklepios Krankenhauses St. Georg (AK St. Georg) weichen in weitem Maße

auseinander. So liegen die gewaltbedingten Verletzungsanteile im UKE bei 3,5 Prozent und im AK St. Georg bei 13,1 Prozent. Dabei fällt im AK St. Georg die Relevanz der Nähe zu dem Stadtteilbezirk Mitte auf, dessen Gewaltanteile auch in den Polizeikriminalstatistik des Jahres 2004 hervorgehoben wird. Dort fallen 40 Prozent der Gewaltkriminalität der gesamten Stadt an. Um für die Stadt Hamburg repräsentativ zu sein, wurde eine weitere Klinik mit einbezogen. Das Allgemeine Krankenhaus Barmbek (aktuell Asklepios Klinik Barmbek (AK Barmbek)) wurde ausgewählt, da es eine große Stadtteilrelevanz hat.

1.2 Definition des Begriffs Gewalt

Die Schwierigkeit und Uneinigkeit der Begriffsbestimmung des Phänomens Gewalt wird immer wieder in der Literatur erwähnt. Es kommt zu erheblichen Verständnis- und Interpretationsproblemen, entzieht sich einer exakten wissenschaftlichen Definition und solle eher dem Einzelnen überlassen werden (Heitmeyer und Hagan 2002, WHO 2003, Kühne 2007, Süße 2008).

Grob zusammengefasst ist Gewalt 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 besteht in einer gleichzeitigen Bezeichnung wie Mobbing, Gewaltkriminalität, Vandalismus und Fremdenfeindlichkeit (WHO 2002, Gugel 2008).

Der Begriff Gewalt leitet sich her aus dem althochdeutschen Verb waltan, stark sein, herrschen. Dabei umfasst es die rohe, gegen Sitte und Recht verstoßende Einwirkung auf Personen (lateinisch violentas) und andererseits das Durchsetzungsvermögen in Macht und Herrschaftsbeziehungen (lateinisch protestas) (gewalt-online). Im deutschen werden diese beiden Aspekte vereinigt. In der Konfliktforschung, die seit 1960 besteht, gibt es eine Gegenüberstellung von struktureller (indirekter Gewalt) und personeller (direkter Gewalt) (Meyers Enzyklopädisches Lexikon 1974). Desweiteren wird zwischen verletzender, ordnender und politischer Gewalt differenziert. Die verletzende Gewalt ist dabei Tatbestand des Strafrechts.

In unserer heutigen Gesellschaft haben die Gewaltenkriminalität, die eine Aufforderung zu Gewalttätigkeit sowie die Verherrlichung von Gewalt beinhaltet,

einen hohen Anteil. Durch die Gewaltdarstellung in den Medien wird die Toleranzbereitschaft gegenüber Gewalttätigkeit erhöht, vor allem dann wenn eine Identifikation mit dem Gewalttäter möglich ist. Daraus ist auch die Problematik der Berichterstattung von erweitertem Suizid verständlich (Brockhaus Die Enzyklopädie 1996). Im soziologischen Sinne ist Gewalt eine Quelle der Macht. Die Schädigung durch physische und psychische Einwirkung wird hier als letzte Funktionswirksamkeit machtbezogener Kommunikation als Interaktion zwischen Menschen verstanden. Reemtsma unterscheidet 2003 drei Gewalttypen. Die lozierende Gewalt, die einen anderen Körper entfernt, weil er der Verfolgung eigener Interessen im Wege steht (z.B. im Krieg, bei Raub und Mord), zum anderen die raptive Gewalt, die sich des anderen Körpers bemächtigt, um ihn für seine Interessen zu benutzen (vor allem in Formen sexueller Gewalt), und schließlich die autotelische Gewalt, die im Unterschied zu den beiden erstgenannten Gewaltformen keinem außerhalb der Gewalthandlungen liegenden Zweck dient, sondern vielmehr um ihrer selbst Willen angewandt wird, zum Beispiel Lustgewinn durch Gewaltanwendung (Reemtsma 2008). Der Entschluss gewalttätig zu handeln basiert nicht nur auf individuellen Überlegungen sondern auch auf gesellschaftlichen Rollenerwartungen. Dabei stellt die Gewalthandlung einen Ausdruck der Verneinung der im Allgemeinen in einer Gesellschaft anerkannten Werte dar (Malti 2003). Heutzutage wird die Öffentlichkeit vermehrt zum Thema Gewalt sensibilisiert. Gewaltanwendung als Erziehungsmittel wird weitgehend abgelehnt, deren Ausmaß in der Kindesmisshandlung ist durch hohe Dunkelziffern jedoch kaum fassbar. Ähnlich verhält es sich mit der Gewalt in Paarbeziehungen. Zwar ist seit 1850 das Züchtigungsrecht des Ehemanns nicht mehr gesetzlich verankert, jedoch gibt es immer noch Diskussionen über die strafrechtliche Normierung der Vergewaltigung in der Ehe.

Der Begriff „Gewalt“ wird häufig auch synonym zu dem Begriff „Aggression“ gebraucht. Mit Aggression werden häufig minder schwere Verletzungen oder die Übertretung von sozialen Normen verstanden, während mit Gewalt schwere Verletzungen und Übertretung von Geboten und Gesetzen bezeichnet werden. Aggression ist somit eine Vorform von Gewalt (Gugel 2008, Brockhaus Multimedial 2003, gewalt-online). Buchta fasste 2004 Aggression als einen Instinkt auf. Ein motivierendes Verhalten, von Reflexen zu Automatismen und versucht damit Freuds Triebtheorie von 1915 zu widerlegen (Bischof 1985).

1.3 Gründe für Gewalt

Trotz des weltweiten Problems von Gewalt und Verletzungen sind bestimmte Personen mehr betroffen als andere. Dazu gehören solche mit geringem und mittlerem Einkommen. Dabei ist der schlechtere Zugang zu Präventionsmöglichkeiten, qualitativ guten kurativen und rehabilitativen Behandlungen ausschlaggebend (Lob et al. 2008). In der Literatur wird jedoch immer wieder darauf verwiesen, dass es keine Schicht- und Bildungszusammenhänge gibt (Schröttle 2005). Desweiteren sind einige Risikofaktoren allen Erscheinungsformen von zwischenmenschlicher Gewalt gemeinsam. Dazu zählen eine von familiärer Gewalt und zerrütteten Familienverhältnissen geprägte Kindheit, Alkohol- und Drogenmissbrauch, soziale Isolation, strenge Geschlechterrollen, Armut und Einkommensungleichheit sowie persönlichkeitsbedingte Merkmale wie fehlende Affektkontrolle, geringe Selbstachtung und fehlende Zukunftsperspektiven. Menschen die Gewalt in der Herkunftsfamilie oder früher Gewalt in Kindheit und Jugend erlebten, tendieren dazu Gewaltstrategien bei Konflikten in der Familie wiederzugeben (Gugel 2008, Anders et al. 2006, Schröttle 2005, WHO 2003, Finkelhor 1986).

Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum des Täters können einen gewaltfördernden Einfluss haben, insbesondere bei schwerer Gewalt in Paarbeziehungen. 55 Prozent der Gewalt ausübenden Partner haben in den Situationen häufig oder gelegentlich unter Alkohol oder Drogenbeeinträchtigung gestanden. Hochgefährdet für Gewalt sind Frauen in Trennungs- und Scheidungssituationen (Schröttle 2005).

Aus physiologischen Ansätzen dient Gewalt als Ventil. Das Bildungszentrum wird aktiviert und es macht glücklich, außerdem kann es zu einer Konditionierung und positiven Verstärkung kommen (Malti 2003). Das Gehirn lernt außerdem, dass es durch Gewalt Erfolge erzielt. Emotionale Prozesse wie Hass begünstigen das Auftreten von Gewalt. Freud sah im aggressiven Verhalten eine Art Beimengung zur Libido (Studt 1996). Für Thomas Hobbes sind eine rivalisierende Auseinandersetzung und Wünsche um Macht und Einfluss unter den Menschen angeboren und unausrottbar und führen zu Streit, Feindschaft und Krieg (1651, Leviathan). Im Gegensatz dazu ist für Rousseau die Natur des Menschen primär friedfertig und hat ein soziales Interesse inne. Erst die Kultur und die Menschheitsgeschichte hat ihm sekundär Aggression, Feindseligkeit und Selbstentfremdung anerzogen (Diderots Enzyklopädie). Unteranderem stellte Adler

1908 fest, dass Aggressivität erziehungs- und kulturbedingt sei, Erziehungsstile der Verwöhnung und der Härte und Strenge Charaktere ausbrüten, die für Kooperation und Sozialinteresse nicht zugänglich sind (Diderots Enzyklopädie). Aggressives Verhalten entspringe daher einer seelischen Fehlentwicklung und einer Charakteranomalie. Wenn missglückte Erziehung oder deprimierende und entmutigende Umwelt- und Kultureinflüsse, die Ausbildung beziehungsweise Aufrechterhaltung des Gemeinschaftsgefühls behindern und zur Eröffnung von Minderwertigkeit führen, greift der Einzelne zu Mechanismen der Sicherung seiner Ideale. Wut, Hass, Zerstörung und Aggression sind somit der Versuch des Individuums seine eigene Subjekthaftigkeit zu retten (Sartre 1943). Der Kontrahent wird seiner Freiheit, Autonomie und seines Bewusstseins beraubt. Dieses führt zur Sicherung der eigenen gefährdeten Souveränität und Überlegenheit.

Unterdes besteht die Hypothese, dass ein Mensch umso aggressiver werde, je mehr Kontakt er mit anderen aggressiven Personen habe. Jeder lerne anhand von Vorbildern, welche Reaktion in bestimmten Situationen angemessen ist, das sogenannte Modelllernen (Bandura 1973). Dabei nehmen die Medien durch ihre Gewalt verherrlichenden Darstellungen eine entscheidende Rolle ein (Mijić 2007). Ein höheres Risikopotential wird im Besonderen dann angenommen, wenn die Gewalt als gerechtfertigt dargestellt wird, die Konsequenzen der Gewalt nicht gezeigt werden, die Anwendung von Gewalt belohnt oder zumindest nicht bestraft und der Gewalttäter als attraktiv in den Medien dargestellt wird. Gewalt erscheint häufig in einem humorvollen Zusammenhang und wird dadurch verharmlost (Schröttle 2005). In Brasilien sieht Moreiro 2008 die Gründe für Gewalt in vielfältiger Weise. Der Männlichkeitswahn sei ein Phänomen, dass Männer glauben ließe Frauen hätten die Verpflichtung, sie bedienen und immer für sie erreichbar sein zu müssen. Dies wird durch die Frauen selbst wie durch kulturelle Eigenschaften, finanzielle Sorgen und Alkohol verstärkt (Kury et al. 1996, Wetzels et al. 1995, Senn 1993, Schmidt, Noack 1994, Zemp 2002, Zinsmeister 2003).

Die Gründe für Gewalt in Pflegeheimen sieht Galtung in den strukturellen Faktoren, wie inhumanen Arbeitsbedingungen, mangelhafte Lebensräume, unzureichende Personalschlüssel sowie mangelhafte Qualifizierung des Personals und zuletzt die direkten personellen Faktoren (Galtung 1975, 1993, Hirsch 2012). Der Bielefelder Sozialforscher Heitmeyer sieht als Hauptursache der Gewaltanwendung bei Jugendlichen, die jeden Heranwachsenden bedrängende

Angst, im täglichen Konkurrenzkampf um Arbeit, Erfolg und sozialen Status, nicht bestehen zu können (Vogel et al. 2000). Heutige Erklärungsansätze gehen davon aus, dass weder genetische Vorgaben noch sozioökonomische Bedingungen allein das Zustandekommen von Misshandlungen erklären. Gewalt ist eher ein Ausdruck von Benachteiligung, Hilflosigkeit und Unfähigkeit, mit den Bedürfnissen des Gegenübers angemessen umzugehen (Remschmidt 1986).

1.4 Gewaltformen

Gewalt ist nicht nur die Ausübung körperlicher Gewalt, sondern kennt wesentlich subtilere Formen. Der Rückgriff auf die brachiale Gewalt zeugt in vielen Beziehungen meist lediglich davon, dass ein Gewaltverhältnis, das bereits zuvor bestand, vermeintlich nur noch mit der Ausübung dieser Form von Gewalt aufrechterhalten werden kann (Duncker 1999, Althusser 1975). Gewalt ist ein komplexes Phänomen, welches nicht nur eine zwischenmenschliche Handlung darstellt, sondern in dem auch religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Legitimationssysteme und gesellschaftliche Strukturen berücksichtigt werden müssen. Unter körperlicher Gewalt versteht man schwere physische Misshandlungen, durch deren Verletzungen bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davongetragen oder in Extremfällen der Tod die Folge ist (WHO 2002, Jacobi 1995). Dazu zählen Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesseln, sowie tätliche Angriffe mit Gegenständen (Brzank 2009). Seelische und psychische Gewalt stellen Haltungen, Gefühle und Aktionen dar, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und zum Beispiel Kindern führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern (Eggers 1994). Dazu gehören Ablehnung, Demütigung, Überforderung, Liebesentzug, Gleichgültigkeit und Ignorieren. Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zur seelischen Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt. Desweiteren führt Vernachlässigung mittels mangelnder Ernährung, unzureichender Pflege oder gesundheitlicher Fürsorge zu starker Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Eltern und Kind (Häuser et al. 2012, Brzank 2009). Gewalt in der Erziehung betrifft etwa zwei bis drei Millionen Kinder (Gugel 2008). Das US – amerikanische Centers for Disease Control und Prevention (CDC) definiert Misshandlung in

Kindheit und Jugend (child maltreatment) als jede Handlung oder Unterlassung von Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten, die zu einem möglichen, drohenden oder tatsächlichen Schaden des Kindes führen (Häuser et al. 2011).
Sexualisierte Gewalt ist die Befriedigung sexueller Bedürfnisse, das Ausleben von Macht-, Dominanz- und Überlegenheitsansprüchen. Meist wird sie von Personen aus der Familie oder dem sozialen Nahbereich begangen und sind eher als körperliche Taten geplant (Gugel 2008). Dazu gehören sexuelle Nötigung, Vergewaltigung und Zwang zur Prostitution (Brzank 2009)
Ökonomische Gewalt stellt sich als Arbeitsverbot, Arbeitszwang, alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen und Abhängigkeit dar. Daraus folgt meist die Soziale Gewalt, die eine soziale Isolierung durch Kontrolle und Verbote ihrer Kontakte darstellt (Brzank 2009).
Der Friedensforscher Johann Galtung beschrieb drei Typen von Gewalt. Bei der personalen Gewalt sind Opfer und Täter eindeutig identifizierbar und zuzuordnen. Die strukturelle Gewalt produziert ebenfalls Opfer, aber dafür sind nicht Personen, sondern spezifische organisatorische oder gesellschaftliche Strukturen und Lebensbedingungen verantwortlich. Die kulturelle Gewalt wird mit Ideologien, Überzeugungen, Überlieferungen und Legitimationssysteme beschrieben, mit deren Hilfe direkte oder strukturelle Gewalt ermöglicht und gerechtfertigt und somit legitimiert wird (Galtung 1960).

1.5 Gewalttypologien

1.5.1 Gewalt gegen die eigene Person gerichtet

Darunter wird suizidales Verhalten und die Selbstschädigung verstanden.

1.5.2 Zwischenmenschliche bzw. Interpersonelle Gewalt

Zu dieser Gewaltform zählen Gewalt in der Familie, unter Intimpartnern, sowie die von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehende Gewalt, wie z.B. Kindesmissbrauch und die Misshandlung alter Menschen. Unter gesellschaftlicher Gewalt versteht man die Gewalt unter Jugendlichen, sowie willkürliche Gewalttaten, Vergewaltigung oder sexuelle Übergriffe durch Fremde und Gewalt im institutionellen Umfeld (WHO 2003).

1.5.2.1 Häusliche Gewalt

Zu Häuslicher Gewalt, oder Gewalt im sozialen Nahraum, werden Gewaltdelikte im familiären Nahbereich, Gewalttaten in der Familie (zwischen Eltern und Kindern), eheähnlichen Gemeinschaften und gleichgeschlechtlichen Lebensbeziehungen gezählt (Winterer, EDI 2011). Mitberücksichtigt werden dabei körperlicher und sexuelle Misshandlung, Beschimpfungen, Demütigung und Bedrohung, Isolierung und ökonomische Gewalt ausgeübt an Menschen, mit denen der Täter zusammenlebt, wie durch Ehemann, Freunde oder Lebenspartner. Häusliche Gewalt ist die häufigste Ursache für Verletzung bei Frauen, häufiger als Verkehrsunfälle, Überfälle und Vergewaltigungen zusammengenommen. Ihr eigenes Zuhause ist der gefährlichste Ort für eine Frau (Terre des femmes). In 95 Prozent der Fälle häuslicher Gewalt sind Frauen die Opfer und Männer die Täter. Jährlich fliehen rund 40.000 Frauen mit ihren Kindern in Frauenhäuser. Die Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen Frauen in Deutschland liegt bei 40 Prozent (Brzank 2009). Nachbarn, Bekannte oder auch die Polizei haben Hemmung Position zu beziehen und den Täter zu verurteilen (Terre des femmes). Kriterien für eine Anklageerhebung und Antrag auf Erlass eines Strafbefehls sind massive Verletzungsfolgen, bekannte frühere Vorfälle und einschlägige Eintragungen und das fehlende Problembewusstsein des Täters (Winterer).

1.5.3. Kollektive Gewalt

Kollektive Gewalt ist sozial, politisch und ökonomisch. Sie ist gegen eine Gruppe oder mehrere Einzelpersonen gerichtete instrumentalisierte Anwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe begreifen um damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele durchsetzen wollen. Sie stellen damit jede Eigenschaft einer Kultur dar, mit deren Hilfe direkte oder strukturelle Gewalt legitimiert werden kann (Galtung 1960, WHO 2003). Sie äußert sich in Krieg, Terrorismus, Völkermord, Unterdrückung, Folter und organisierten Verbrechen. Dabei geht die WHO davon aus, dass 25 der ausgeprägtesten Fälle direkt oder indirekt für den Tod von 191 Millionen Menschen im 20. Jahrhundert verantwortlich sind. Im Jahre 2000 kamen dadurch 310.000 Menschen in der Europäischen Union um (WHO 2002).

1.6. Rechtsmedizin

Ehemals noch als Gerichtsmedizin bezeichnet, beinhaltet der medizinische Bereich die forensische Medizin und wird als Fachgebiet für die Entwicklung, Anwendung und Beurteilung medizinischer und naturwissenschaftlicher Kenntnisse für die Rechtspflege gebraucht. Das Mitwirken als Sachverständiger an der Rechtspflege ist uralte Tradition. Die älteste Rechtsgrundlage zur Tätigkeit von Medizinern bei Gericht stammt aus der Zeit des Babyloniers Hammurabi etwa 2200 vor Christus (Kater 2008). Im China des 13. Jahrhunderts existierte ein umfangreiches Lehrbuch der Gerichtsmedizin. Der ärztliche Sachverständige tritt jedoch erst im 16. Jahrhundert auf. Dort finden sich erste gesetzliche Bestimmungen über das Hinzuziehen von Ärzten zur Ermittlung von Tatbeständen, wie Tötung, Kindsmord, Abtreibung und Kunstfehler (Kater 2008). 1686 trat die erste behördliche Verordnung zur Durchführung gerichtlicher Sektionen in Kraft. Sie bewahrte viele Mütter tot geborene Kinder vor der Todesstrafe. In neuester Zeit wurde mit der Genomanalyse ein Verfahren zur exakten kriminalistischen Identifizierung von Personen gefunden dessen Zulassung als Beweismittel im Straf- und Zivilrecht auch in Deutschland angestrebt wird. Der medizinische Sachverständige wird herangezogen, weil dem Richter insbesondere auf den drei Hauptgebieten der Tätigkeit des Sachverständigen die Fachkunde fehlt. Dazu gehören die Erhebung medizinischer Befunde sowie deren Ordnung und Bewertung, die Mitteilung medizinischen Erfahrungswissens und die Anwendung dieses Wissens und Schlussfolgerungen im vorliegenden Fall (Kater 2008).

Die Aufgaben der forensisch klinischen Medizin sind die rechtsmedizinische Beurteilung von Körperverletzung, der Haft- und Verhandlungsfähigkeit von Angeklagten, die Erstellung von Gutachten der Sittlichkeitsdelikte, zur Ermittlung der Geschlechtszugehörigkeit und der Abstammung. Die forensische Pathologie befasst sich mit Leichenschausektionen, Todesursachenfeststellung, auch im Zusammenhang mit kriminellen Schwangerschaftsabbrüchen, Kindesmisshandlung und der Alkoholbestimmung bei Delikten.

Es gibt eine enge Kooperation bei Tötungsdelikten zwischen Kriminalpolizei, Mordkommission und Rechtsmedizin. Dabei werden die Fragen nach Geschehensort, Todeszeiteinschätzung, Interpretation der biologischen Spurenbilder und Rekonstruktion des Geschehensablaufs analysiert (Püschel und Schröer 2001). Häufig kommt es auch vor, dass sich Opfer von Gewaltdelikten aus

verschiedensten Gründen zunächst gegen eine Strafanzeige entscheiden, beispielsweise bei häuslicher Gewalt, wenn der Täter zur Familie gehört. Häufig sind die Opfer der Ansicht, das Ausmaß der Verletzung sei zu geringfügig und daher vor Gericht nicht aussagekräftig. In rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen haben Geschädigte die Möglichkeit zur kostenlosen Untersuchung, Spurensicherung und Befunddokumentation. Es erfolgen Ganzkörperuntersuchungen, schriftliche Protokollierungen, photographisch umfassende Spurensicherung von Körper und Kleidung. Desweiteren werden Alkohol-, Drogen- und Medikamenteneinfluss objektiviert. Im Strafverfahren gehört es überdies zu den Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen, die medizinischen Grundlagen für die rechtliche Qualifikation von Verletzung darzulegen. Die Verletzungsbegutachtung im Dienst der Rechtspflege zählt zu den klassischen Feldern der forensischen Medizin (Brinkmann und Madea 2004).
Problematisch wird die rechtsmedizinische Begutachtungsweise jedoch, wenn Verletzungen an bereits medizinisch versorgten Patienten zu beurteilen sind. Grundlage sind entweder klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen Stunden bis Tage nach der Erstversorgung oder reine Aktengutachten mit Auswertung der Krankenunterlagen. Eine vollständige Rekonstruktion der Verletzungen ist meist durch interdisziplinäre Kooperation zwischen Rechtsmedizin und den primär behandelnden Ärzten möglich (Verhoff et al. 2012).

1.7. Die Unfallchirurgie

Die Unfallchirurgie umfasst die Prävention, Erkennung, die konservative und apparative Behandlung von Verletzungen und deren Folgezuständen einschließlich der Nachsorge und Rehabilitation (Kierkegaard). Die Chirurgie ist die älteste aller Heilmethoden (Brunn 1948). Schon vor 5000 Jahren wurden Frakturen gepolstert geschient und wieder eingerichtet. Der Prophet Jesaja beschrieb um 1400 vor Christus den praktischen Arzt der Wunden vernähte. Im Talmud aus dem dritten bis fünften Jahrhundert ist vom Chirurgischen vielfach die Rede (Brunn 1948).
Die Begründung der wissenschaftlichen Anatomie durch Andreas Vesal (1515-1564) gilt als Voraussetzung der chirurgischen Systematik, praktische Erfahrung wurde auf den europäischen Kriegsschauplätzen gesammelt. Dabei kam es darauf an das der Mensch jederzeit voll funktionsfähig war. 1718 erschien von Lorenz Heisters das erster Lehrbuch der Chirurgie. 1894 kam es zur Gründung der

Abteilung für Unfallheilkunde, darauf folgte die Erscheinung neuer Sektionen, was daraufhin deutete, dass sich die Medizin nicht nur mehr für klinische Aspekte interessierte, sondern auch der staatliche und soziale Bereich an Bedeutung gewann (Kierkegaard). Die wichtigste der Unfallheilkunde liegt in der Wiederherstellung und Erhaltung der durch Unfallverletzungen gefährdeten Arbeitskraft. Nach dem Zweiten Weltkrieg haben die Berufsgenossenschaften im gemeinschaftlichen Handeln Unfallkliniken in ganz Deutschland errichtet. Diese Kliniken entwickelten sich alsbald zu Zellen der unfallchirurgischen Maximalversorgung. 1982 wurde deutlich, dass der Unfallverletzte mehr bedürfe als lediglich der akuten Versorgung, sondern auch der Prävention, Diagnostik und Therapie bis zur sozialen Wiederherstellung, wobei die anderen Themenbereiche wie Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie, Rechtsmedizin und andere Fachgebiete notwendig für die Unfallchirurgie sein. Am 1. Januar 1991 wurde die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie gegründet (Povacz 2007).

1.8. Auswirkung von Gewalt auf das Gesundheitssystem

Auf gesellschaftlicher Ebene haben Verletzungen und Gewalt eine enorme medizinische, soziale und finanzielle Bedeutung. Durch den Ausfall im Beruf oder in der Schule und den dadurch bedingten Sozialkosten kommt es zu einer großen finanziellen Belastung für die Gesellschaft (Lob et al. 2008, WHO 2005).

Die tatsächlichen Kosten von Gewalthandlungen im sozialen Nahraum sind kaum öffentlich oder registriert. Schätzungen zu Folge entstehen jährlich 14,5 Milliarden Euro Kosten durch häusliche Gewalt (Brzank 2009). Darin enthalten sind Kosten für Justiz, Polizei, ärztliche Behandlung und Ausfallzeiten am Arbeitsplatz (Hannig-Pasewald). Häusliche Gewalt führt zu einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungseinrichtungen und somit des Gesundheitswesens und 1,6 bis 2,3-fach höhere Kosten im Vergleich zu Patienten mit gleicher Komorbiditätsstruktur (Anders et al.).

Die jährlichen Behandlungskosten für letztlich tödliche Verletzungen betragen nach Schätzungen ein bis sechs Milliarden Euro (WHO 2005), die für nicht tödliche Verletzungen 80 bis 290 Milliarden Euro (Sethi et al. 2006). Für die europäische Region aus dem Jahr 2002 ist Gewalt jährlich für circa 257.000 Todesfälle und ein Verlust von 6,5 Millionen behinderungsfreien Lebensjahren (DALY, disability-adjusted life years) verantwortlich (Sethi et al. 2006). Die

kalkulierten jährlichen Kosten liegen bei 9-555 Euro pro Kopf des jeweiligen Landes. In den USA schätzt man circa 2.000 US-Dollar jährlich höhere Versorgungskosten durch Gewaltbetroffene Frauen (Brzank 2009). Der Verein Terres des femmes kalkulierte die Kosten der Solidargemeinschaft für Männergewalt gegen Frauen sogar auf jährlich 14,8 Milliarden Euro. Schätzungen der Schweiz gingen 1998 auf circa 400 Millionen Franken pro Jahr (entspricht 320 Millionen Euro). Diese Kosten entfallen auf Polizei, Justiz und Strafvollzug, Krankheitskosten, Sozial- und Opferhilfekosten sowie Forschungsprojekte (EDI 2008, Terres des femmes, Brzank 2009).

Am teuersten sind die Krankenhausbehandlungen aufgrund von Verkehrsunfällen (2.330 Euro), Gewaltfolgen (730 Euro) und Selbstmorden (670 Euro) (Lob et al. 2008). Kindesmisshandlung und Kindsmord führen jährlich zu 1.500 unter 15-jährigen Toten. Die Folgen der Misshandlung manifestieren sich im späteren Leben und führen unter anderem zu gewalttätigen Verhalten und zu einer vier bis zwölffach höheren Rate an psychischen Erkrankungen, niedrigeren Bildungsabschluss und erhöhen das Risiko für Arbeitslosigkeit und sozialen Abstieg (Häuser et al. 2011).

Durch Morde sterben jährlich etwa 5200 Frauen im Alter von 30-45Jahren. Mordversuche erhöhen das Risiko von Suizidverhalten, Depressionen, Angststörungen und psychosomatischen Störungen (Häuser et al. 2011). 55 Prozent aller Frauen, die körperliche Gewalt und 44 Prozent aller Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, haben körperliche Verletzungen aus diesen Situationen davongetragen. Bei etwa einem Drittel der Frauen mit Verletzungsfolgen waren diese so schwer, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen werden musste. Das Risiko, körperliche Verletzungen aus den Situationen davonzutragen, war dann am höchsten, wenn es sich um Gewalt durch Partner oder Ex-Partner gehandelt hat (64 Prozent durch Ex-Partner). Alle erfassten Formen von Gewalt gingen in hohem Maße mit psychischen Folgebeschwerden einher, wie Schlafstörungen, erhöhte Angst, vermindertes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit, Depression, Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen (Schröttle 2005).

1.9. Gewaltprävention

Die Voraussetzung für Interventionen gegen Gewalt ist eine Gewalthandlung zu erkennen und wahrzunehmen. Die gesellschaftliche Ächtung von Misshandlung

und der Schutz der Gemeinschaft für schwächere Gruppen ist einer der Bestandteile. Eine nicht reflektierte Misshandlung wird häufig wiederholt. Daher besteht die Notwendigkeit darin, dort wo man ihr begegnet, sie nicht als notwendig oder sinnvoll abzutun, es zu bagatellisieren oder zu rechtfertigen sondern es ernst zu nehmen und auf Veränderungen hinzuwirken (Hirsch und Fussek 1999). Für die Gewaltprävention ist vor allem relevant, dass nicht so sehr die Handlung, sondern vielmehr die Absicht und Motive der eigentliche Ansatzpunkt der Maßnahmen sein sollte (Gugel 2008). Eine genaue Untersuchung der multifaktoriellen Genese von Gewalt würde ernsthafte Präventionsansätze schaffen (Schwartz 2003).

Allerdings wäre es eine unrealistische Zielvorstellung zu glauben, dass eine optimale Prävention zu einer Misshandlungsfreiheit führen könnte, es würde zur Resignation führen (Hirsch 2012). Die Grundlage für die Verletzungsprävention ist eine gesellschaftliche Gesamtverantwortung. Das Ziel ist die Erarbeitung nationaler Pläne, wie Gesetze, Sicherheitsnormen und Vorschriften (Sethi et al.2006, WHO).

Nationen mit hohem Einkommen zählen zu den sichersten in der Welt und haben gezeigt, dass es viele kostenwirksame Strategien zur Prävention von Verletzungen gibt. Hauptbestandteil sind dabei sektorübergreifende Zusammenarbeit und die Beteiligung der Bürger. Gesundheitsversorgung von hoher Qualität führt zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen bei Behandlung von Verletzungen und hat in einigen Ländern einen Rückgang der Verletzungsmortalität um 30 Prozent bewirkt (WHO 2005). Ein Erreichen der niedrigsten verletzungsbedingten Sterblichkeitsraten in allen Ländern könnte jährlich eine halbe Million Menschenleben in der Region retten. Die Menschen in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen sind einem beinahe viermal so hohen Risiko tödlicher Verletzungen ausgesetzt wie die Bevölkerung der Länder mit hohem Einkommen (WHO 2006).

Zwischen 40 und 50 Prozent der Frauen, die Gewalthandlungen erlebt haben, sprechen mit niemandem darüber. Wenn dann wurde sich einer Freundin oder dem engsten Familienkreis anvertraut, daher ist das soziale Umfeld von großer Bedeutung. Wenn Hilfen eingeschaltet werden, dann sind es am häufigsten Ärzte und Ärztinnen. Die Kenntnisse über psychosoziale Hilfseinrichtungen sind nicht allzu groß, wie angesichts der intensiven Öffentlichkeitsarbeit der Frauen- und Hilfsprojekte zu vermuten wäre. Nur 62 Prozent aller befragten Frauen und 68 Prozent aller gewaltbetroffenen Frauen gaben an, Hilfsangebote für Menschen zu

kennen. Lediglich 13 bis 29 Prozent der gewaltbetroffenen Frauen schalteten psychosoziale Hilfseinrichtungen oder die Polizei ein. 16 Prozent erstatteten Anzeige gegen ihre Täter. Spezifische Hilfseinrichtungen haben vielfältige Angebote. Es besteht die Notwendigkeit, dass auch psychosoziale Angebote, die nicht auf die Gewaltproblematik spezialisiert sind, sensibel und qualifiziert mit gewaltbetroffenen Frauen umgehen und diese weitervermitteln. Das Statistische Bundesamt registrierte im Jahr 2006 eine Zunahme der Prävention des Gesundheitsschutzes auf über 9.000 Millionen Euro, für ärztliche Leistungen entfielen knapp 65.000 Millionen Euro.

1.10 Nationale und internationale Modelle

Seit über 25 Jahren existieren Frauenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Sie gelten als unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Infrastruktur zum Schutz von Frauen und deren Kindern vor Männergewalt. Trotzdem ist es bis heute nicht gelungen eine flächendeckende angemessene und sichere Finanzierung durchzusetzen. Das Daphne Programm dient der Sicherstellung des Schutzes der körperlichen und psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Frauen vor Gewalt. Es stellt die europäische Zusammenarbeit auf der Ebene der nichtstaatlichen und gemeinnützigen Organisationen dar. Dabei übernehmen sie häufig Aufgaben, die die Behörden nicht leisten können.

Informationskampagnen über Medien wollen die Öffentlichkeit für die Gewaltproblematik in Familien, sozialen Gruppen und in der Gesellschaft sensibilisieren. Diese Projekte sollen bewusst machen, welche persönlichen und sozialen Schäden Gewalt für Opfer, Familien, Gemeinschaften und die Gesellschaft insgesamt zufolge haben. Unter den Aktivitäten steht die Bekämpfung sexueller Gewalt, Verhütung und Schutz vor Gewalt, Behandlung der Opfer, und die Schaffung von Netzwerken. Die Haushaltsmittel für das Daphne Programm im Jahr 2003 wurden auf 20 Millionen Euro festgelegt. Das Programm Daphne II zielt darauf ab, jegliche Form von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen durch Präventionsmaßnahmen und durch Unterstützung der Opfer zu verhüten und zu bekämpfen. Von 2004 bis 2008 wurden für das Programm 50 Millionen Euro aufgewendet. Für die Jahre von 2007 bis 2013 wurden 117 Millionen Euro für das Programm Daphne III, dessen Ziel die Verhinderung und Bekämpfung aller

Formen von Gewalt auf dem gesamten europäischen Gebiet ist, investiert (Daphne Programm 2003 – 2013).
Ein nationales Programm stellt der Beratungsansatz E.V.A dar. Es dient der Aufklärung, Information und Anleitung zur Selbstreflektion gepaart mit einem Erfahrungsaustausch sowohl psychischer als auch körperlich schwer misshandelter Frauen in der Anti-Gewalt-Beratungsarbeit in Deutschland (Brandfaß et al. 2009). In der Stadt Düsseldorf wurde eine Gewaltopferambulanz und ein interdisziplinäres Versorgungsnetz am Universitätsklinikum eingerichtet, zur Forschung im Schwerpunkt Gewalt, Geschlecht und Gesundheit (Graß und Ritz-Timme 2006). Für Opfer von Gewalttaten in Hamburg gibt es seit 1998 die Möglichkeit sich einer klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchung zu unterzeihen, unabhängig von einer Anzeige bei der Polizei. Dabei werden neben der Dokumentation auch Angebote zur Krisenintervention dargelegt. Schon im Jahr 2003 wurden über 1.000 Patienten untersucht (Seifert et al.).

2 Fragestellung und Arbeitshypothese

Um ein Problem adäquat bewältigen zu können, benötigt man dessen Gründe und deren Ursachen. Bezogen auf das Thema Gewalt besteht eines der Probleme darin, dass keine exakten Zahlen vorhanden sind. Seit einigen Jahren bestehen viele Bemühungen diese durch Befragungen zu erfassen. Die Problematik der Kriminalstatistik liegt jedoch darin, dass in diese Statistiken nur der Polizei, anderen Behörden und/oder privaten Sicherheitsdiensten bekannt gewordene Straftaten einfließen. Daher kann die Kriminalitätsentwicklung nicht die tatsächliche Zahl der begangenen Gesetzesverstöße widerspiegeln sondern ist nur die Summe vom Anzeigeverhalten der Bevölkerung und von Kontroll-, Melde-und Registrierungsverhalten der Behörden und Sicherheitsunternehmen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt darin, das Dunkelfeld der Kriminalstatistiken zu beleuchten und detaillierte Fakten vorzulegen. Die Notaufnahme eines Krankenhauses ist dabei ein primärer Anlaufpunkt für Gewaltgeschädigte. Abgesehen von den medizinischen Maßnahmen die zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich sind, gibt es die Möglichkeit adäquate Hilfestellung anzubieten. Um die medizinisch relevanten Bereiche zu ergründen, wurde besonderes Augenmerk auf die Bereiche der Ursachen, das Ausmaß und der Inzidenz von gewaltbedingten Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des AK Barmbeks gelegt. Auch der saisonale Verlauf von Gewalt in einem einjährigen Zeitraum wurde berücksichtigt. Um einen Bezug zu den Kosten für das Gesundheitssystem zu nehmen, wurden die jeweiligen Diagnosen, Liegedauern der stationär aufgenommenen Patienten und die therapeutischen Interventionen dokumentiert.

Einen weiteren Aspekt bietet die Darstellung kriminalistischer Sachverhalte, wie z.B. Opfer-Täter-Beziehung, Tatorte, Art der Gewalt und das Ausmaß und der Bereich von Verletzungen. Unter anderem wurde ein Vergleich der chirurgischen Aufnahmebefunde mit den rechtsmedizinischen Konsiliardienst aufgeführt, um die Relevanz für die strafrechtliche Verfolgung aufzuweisen. Abschließend sollen die erhobenen Daten und Ergebnisse mit den vorhergegangenen Dissertationen der Stadt Hamburg zu diesem Thema verglichen werden, um daraus eine Schlussfolgerung für die Gewalt in einer deutschen Großstadt zu ziehen.

3 Material und Methoden

Material

Um für die Großstadt Hamburg eine darstellungswürdige Analyse aufweisen zu können, wurde zu den beiden vorausgegangenen Dissertationen, in der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf und im AK St. Georg, zusätzlich eine dritte Klinik benötigt. Das Untersuchungskollektiv besteht aus den im Zeitraum von 1. November 2003 bis 31. Oktober 2004 in der chirurgischen Notaufnahme des Allgemeines Krankenhaus Barmbek (derzeit Asklepios Klinik Barmbek) behandelten Patienten, von denen ein gewaltbedingtes Entstehen ihrer Verletzungen angegeben beziehungsweise analysiert wurde. Entsprechend dieser Vorgaben wurden die im Krankengeschichtenarchiv digitalisierten Patientenakten des AK Barmbek retrospektiv analysiert. 1997 wurde im AK Barmbek das Computerprogramm SAP ISH med. eingeführt, um die Daten und Akten der Patienten zu digitalisieren. Seit 2001 werden alle stationären Akten und seit dem Umzug im Dezember 2006 alle stationären und ambulanten Patientenakten gescannt und danach vernichtet.

Grundlagen der Datenerhebungen sind chirurgische Unterlagen. Diese beinhalten die Aufnahmebehandlung und Berichte der chirurgischen Notaufnahme, in denen die unfallchirurgische Versorgung im Unfallzimmer dokumentiert wird, Entlassungsbriefe und Laborberichte, sowie Befundberichte der bildgebenden Verfahren. Beigefügte Konsile der ergänzenden Fachrichtung wurden mit ausgewertet. Bei stationär aufgenommen Patienten wurden die Krankenakten, sowie gegebenenfalls Operationsberichte und Narkoseprotokolle hinzugezogen. Medizinische Unterlagen, wie zum Beispiel das Notarztprotokoll, wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen. Die angegebenen Tatorte wurden soweit möglich dem Einsatzort im Protokoll und der Anamnese im Notfallbogen entnommen. Unter anderem wurden die jeweiligen Postleitzahlen der Wohnorte dokumentiert um mittels einer Karte der Stadt Hamburg eine Aussage über das Verteilungsprofil der betroffenen Gewaltopfer auf die jeweiligen Stadtteile machen zu können. Ergänzend erfolgte eine Auswertung der gegebenenfalls angeforderten rechtsmedizinischen Konsile. Diese erfolgten teilweise zu einem späteren Zeitpunkt ambulant, so dass sie retrospektiv anhand der Untersuchungsprotokolle evaluiert wurden. Die rechtsmedizinischen Untersuchungen wurden einerseits über die Konsiliaranordnungen in den chirurgischen Unterlagen ermittelt, andererseits

wurden alle gewaltbedingt Verletzten namentlich in der Datenbank des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg gesucht.

Methoden

Zur Erfassung der Daten wurde ein Erhebungsbogen bzw. eine -tabelle erstellt anhand derer personenbezogene Daten kriminalistischer Gesichtspunkte, wie Verhältnis von Täter und Opfer, Art der Gewalteinwirkung und Verletzungen sowie das Ausmaß diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erfasst wurden. Um eine Vergleichbarkeit mit den medizinischen Dissertationsarbeiten von Kühne 2007 und Süße 2008 gewährleisten zu können, wurde ein Großteil der Erhebungsbögen zur Analyse übernommen. Aus Datenschutzgründen wurden die Bögen anonymisiert und mit fortlaufenden Identifikationsnummern (Id.-Nr.) versehen.

Die Daten wurden elektronisch mittels des Datenverarbeitungsprogrammes Microsoft Office Excel 2007 erfasst und mit zur Hilfe gestelltem Programm zur Auswertung der Statistik ausgewertet. Zusätzlich wurden die ausgeführten rechtsmedizinischen Konsile anhand der Aufnahmebücher im jeweiligen Institut, mit den chirurgischen Dokumenten verglichen und in die Auswertung mit einbezogen.

Kriterien zum Analyseeinschluss

Der Analyseeinschluss der Patienten erfolgte durch die Informationen des Aufnahmebogens, anhand derer entweder eine Gewalteinwirkung vermerkt wurde oder die Art der Verletzungen, beziehungsweise Verletzungsmuster und Begleitverletzungen, Rückschlüsse auf eine Gewaltbeteiligung zuließe. Unter anderem wurden suizidale Handlungen sowie Verletzungen durch Tiere mit einbezogen. Ein Ausschluss der Patienten von der Erhebung lag vor, wenn kein Anhalt auf ein gewaltassoziiertes Geschehen oder nur uneindeutige sowie unzureichende Informationen aus den eingesehenen Daten bestanden.

Tabelle zur Parametererhebung

Anhand dieser Tabelle, wurde eine Excel- Tabelle erstellt, womit die gefundenen Daten digitalisiert wurden.

Gewalteinwirkung	Ja nein	
Identifikationsnummer		
Alter zur Tatzeit	Dekadeneinteilung	
Geschlecht	männlich weiblich	
Behandlungsdatum	Monat Wochentag	
Behandlungszeitpunkt	Uhrzeit	Tagesrhythmus
Weiterbehandlung	ja nein	
Zusatzinformationen	Behandlung verweigert verlegt selbst entlassen	
Behandlungsstatus	ambulant stationär	
Liegedauer	in Tagen	
Lebensgefahr	keine potentielle akute	
Anamnese/ Sachverhalt	Freitext	
Tatort	Straße Nahverkehrsmittel Öffentliche Plätze Wohnung Gastronomie Sonstiges	
Transport Notaufnahme	Privat / Taxi RTW NAW / HUB Polizei Keine Angaben	
Alkoholeinfluss	ja nein keine Angaben	
Alkoholisierungsgrad	Mundgeruch Rausch Volltrunken keine Angaben	
Alkohol- /Drogenbestimmung	lt. Labor (g/l)	
Täterangabe	ja nein	
Täterbeschreibung	Unbekannter Familie	

	Lebenspartner Freund Kollege Sonstige Selbstverletzer	
Täter	Freitext	
Gewalteinwirkung	direkt indirekt keine Angaben	
Gewaltart 1	stumpf scharf Schuss sonstiges	
Gewaltart 2	stumpfer Schlag stumpfes Werkzeug scharf thermisch Schuss Biss	
Werkzeug	Flaschen- und Glaswerkzeug Stichwerkzeug Schusswaffen Schlagwerkzeug Gelegenheitswerkzeug Pfefferspray Thermisches Werkzeug Unbekanntes	
Begleitverletzungen	Ja nein	
Spezifizierte Verletzungen	Abwehrverletzungen Griffspuren Kratzspuren Fesselspuren Würgemale Abwehrverletzungen & Kratzspuren	
Diagnostik	Röntgen Computertomographie MRT Sonographie EKG Labor Urinstix Mikrobiologie Konsiliardienste	
Diagnose	Freitext	
Verletzte Körperregion	Gehirnschädel Gesichtsschädel Nacken Hals Thorax Rücken Wirbelsäule Abdomen Becken Flanke Gesäß Geschlechtsorgane Obere Extremitäten Untere Extremitäten	
Verletzungsart	Platzwunde Schürfungen Hämatom Prellung	

	Fraktur Distorsion Stich- und Schnittverletzungen Schussverletzung Verbrennungen Infektion und Entzündung Parese Commotio	
Therapie	Freitext	
Spezielle Therapie	Wundversorgung Gips Reposition Drainage Punktion OP Keine Therapie	
Anästhesie	Lokal Leitungsanästhesie Vollnarkose	
Tetanusimpfung	Ja Nein Keine Angaben	Impfstoffe (aktiv/ passiv)
Verletzung durch Tiere	Freitext	
Rechtmedizinische Untersuchung	Ja Nein	

Tab. 1: Tabelle zur Datenerhebung

4 Ergebnisse

4.1. Anteil an gewaltbedingten Verletzten in der chirurgischen Notaufnahme

In dem einjährigen betrachteten Zeitraum vom 1. November 2003 bis 31. Oktober 2004 wurden in der chirurgischen Notaufnahme des AK Barmbeks 1536 Patienten untersucht. Davon waren 950 (61,8 %) Patienten weiblich und 586 (38,2 %) männlich. Der Anteil derer, die Gewalt bedingt verletzt wurden beträgt 2,21 Prozent (34 Patienten). Zu dem Untersuchungskollektiv mit hinzugezogen wurde ein Patienten, dessen Verletzungen zwar diagnostiziert wurden, jedoch kein genauer Tathergang zu identifizierbar war. Aufgrund der Verletzungsformen wurde er aber zum Kollektiv mit dazu gezählt. Unter anderem wurden Patienten mit einbezogen die sich selbst verletzten oder von Tieren verletzt wurden. Geht man jedoch nur von interpersoneller Gewalt aus, so vermindert sich der Anteil der gewaltbedingt Verletzten auf 1,95 Prozent (30 Patienten).

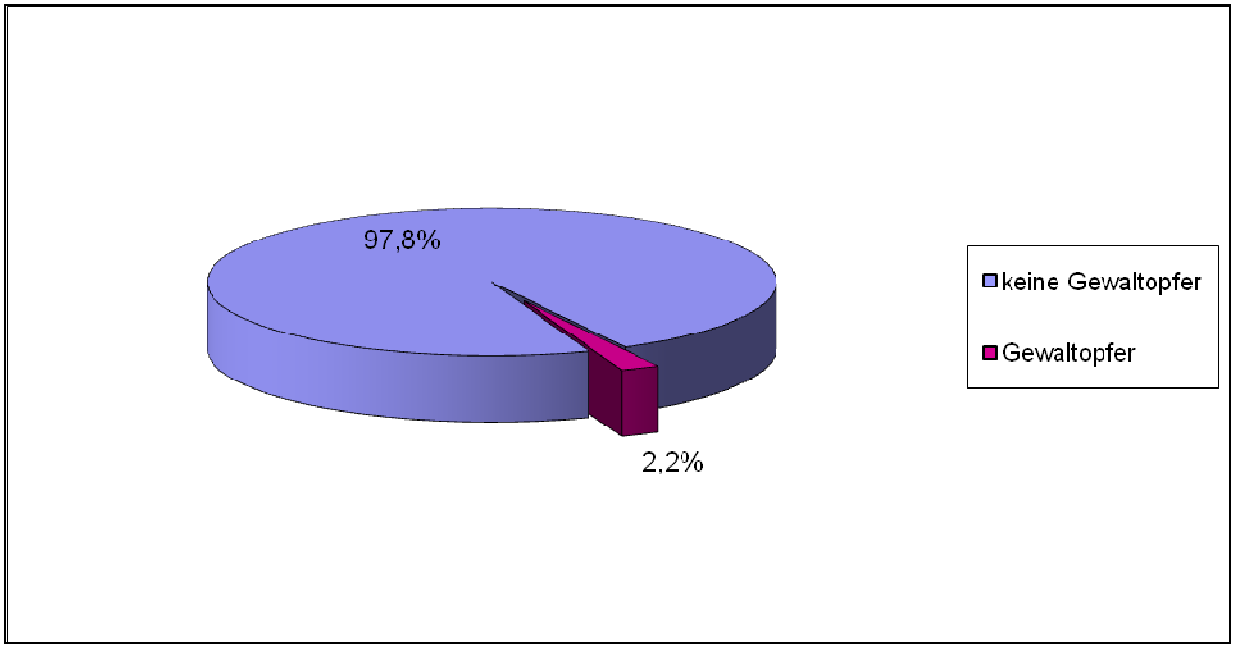

Abb. 1: Gewaltbedingte Verletzungen in der Chirurgischen Notaufnahme (01.11.2003 – 31.10.2004) (n=1536)

4.2. Geschlechteranteil an Gewaltopfern

Im Vergleich zur Geschlechterverteilung des Gesamtkollektivs, beträgt der Anteil der weiblichen Patienten 61,8 Prozent, von denen 0,65 Prozent Gewalt bedingt verletzt wurden. Der Anteil der männlichen Patienten beträgt 38,2 Prozent, von denen 1,56 Prozent Gewalt bedingt verletzt wurden. Daraus folgt, dass aus dem Untersuchungskollektiv der 34 Patienten, die Gewalt bedingt verletzt wurden 10 weiblich sind, 29,4 Prozent und 24 männlich, 70,6 Prozent.

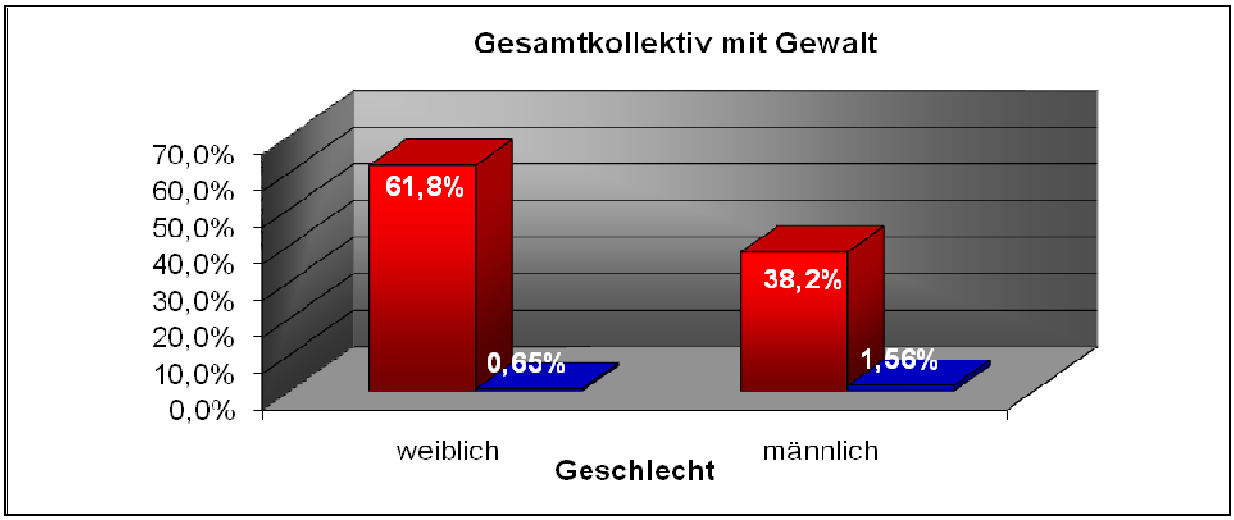

Abb. 2: Geschlechteranteil des Gesamtkollektivs mit Vergleich des Anteils der Gewaltopfer bezogen auf das Geschlecht (n=1536)

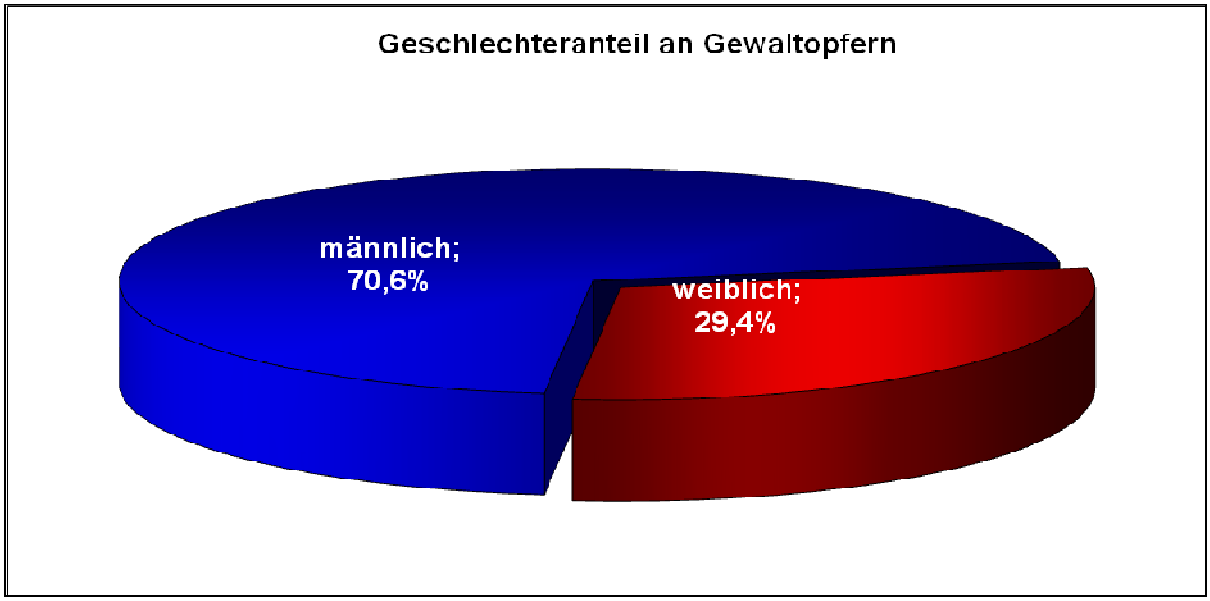

Abb. 3: Geschlechteranteil der Gewaltopfer (n=34)

4.3. Altersstruktur

4.3.1. Dekaden bei Gewaltopfern

Altersgruppen nach charakteristischen Altersstufen

Die altersabhängigen Dekaden wurden eingeteilt in die Bereiche 0-15 Jahre (Kinder und Jugendliche),16-29 Jahre (Heranwachsende und Jungerwachsene), 30-40 Jahre ,41-50 Jahre ,50-65 Jahre und über 65 Jahre. Normalerweise würde der jüngste Altersabschnitt noch unterteilt werden in 0-6 Jahre, da jedoch das jüngste Gewaltopfer 15 Jahre jung war, ist dieses nicht notwendig. Das Alter in dem am häufigsten gewaltbedingte Verletzungen auftraten, liegt mit 38,24 Prozent (13/34) zwischen 30 und 40 Jahren. Darauf folgt mit fast einem Drittel der Altersbereich von 41-50 Jahren, 29,41 Prozent (10/34). Etwas mehr als 20 Prozent die 16-29 jährigen, mit 20,59 Prozent (7/10) und 5,88 Prozent (2/34) die 50-65 jährigen. Die Altersbereiche der unter 16 jährigen und über 65 jährigen unterlagen am wenigsten gewaltbedingten Verletzungen mit jeweils 2,94 Prozent (1/34).

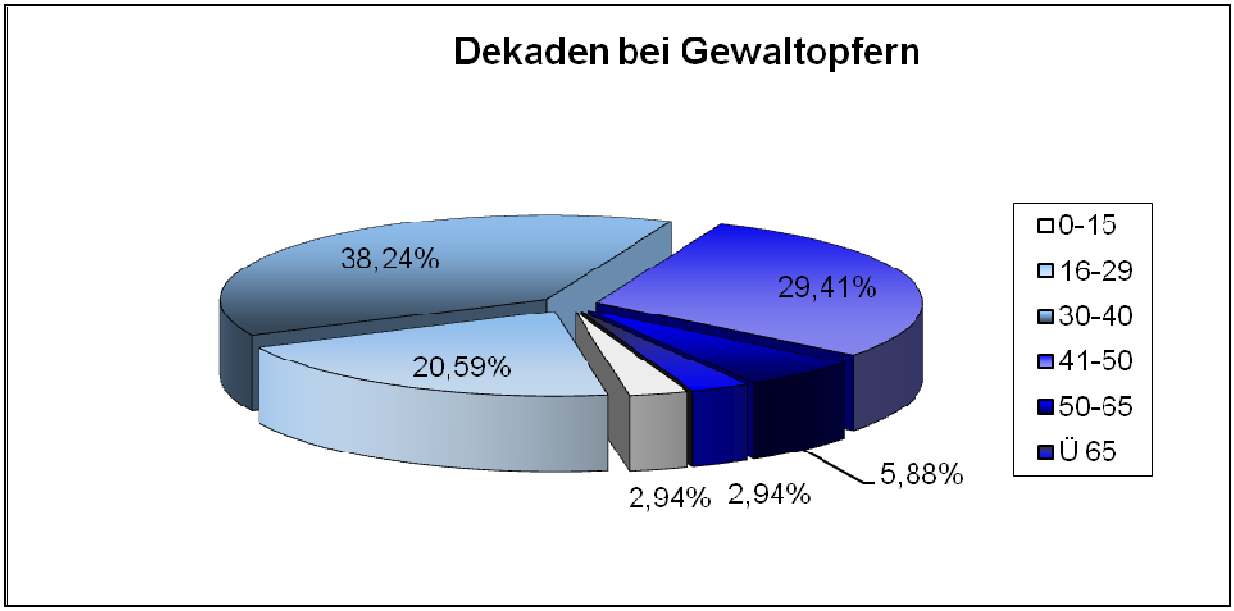

Abb. 4: Dekadenverteilung der Gewaltopfer nach charakteristischen Altersstufen (n=34)

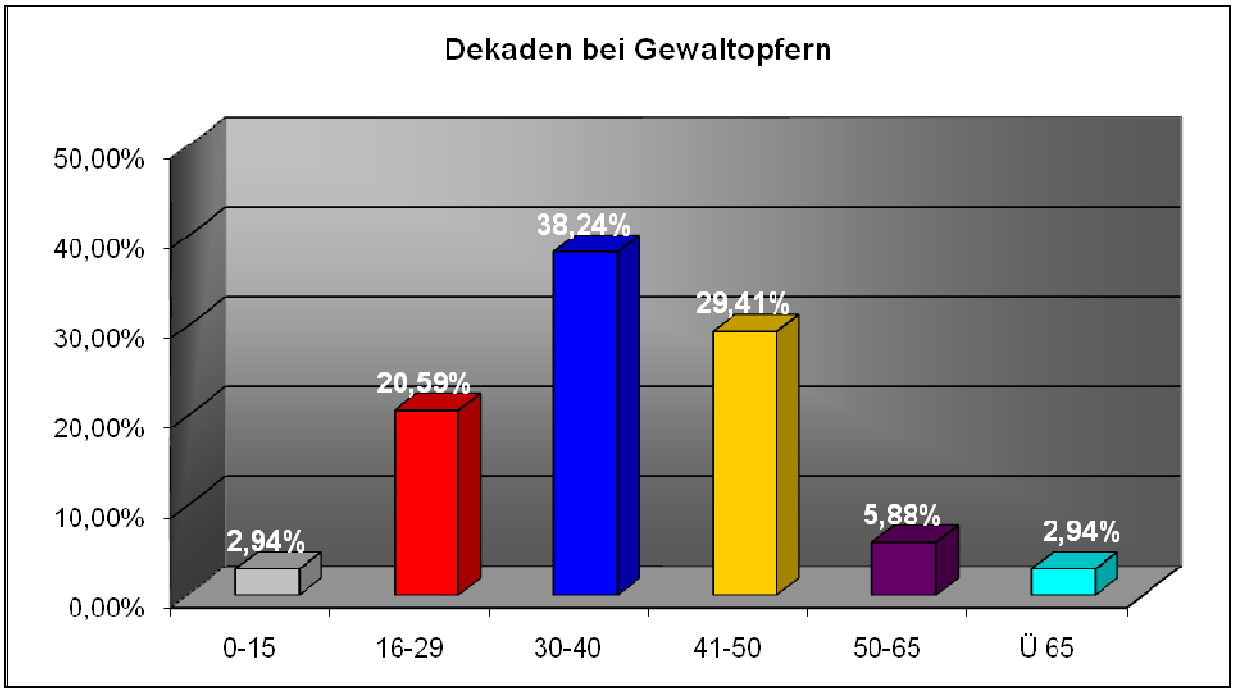

Abb. 5: Einteilung der Gewaltopfer nach zuvor definierten Altersbereichen (n=34)

4.3.2. Altersverteilung männlich und weiblich im Vergleich

Von den 34 Gewaltopfern sind 10 weiblich und 24 männlich. Das Durchschnittsalter der männlichen gewaltbedingten Verletzten liegt bei 35 Jahren. Das jüngste männliche Opfer ist 15 und das älteste 57 Jahre. Bei den Quartilgrenzen von 25–75 Prozent, liegen die Bereiche zwischen knapp 30 und 42 Jahren, daraus resultiert ein Altersmedian der Männer von 35,5 Jahren. Das Durchschnittsalter der weiblichen gewaltbedingten Verletzten liegt bei knapp 41 Jahren. Das jüngste weibliche Opfer ist 16 und das älteste 85 Jahre alt. Dies führt bei den Quartilgrenzen von 25-75 Prozent zu einem Bereich von über 30 bis 46 Jahren, daraus resultierte ein Altersmedian der Frauen von 37,5 Jahren.

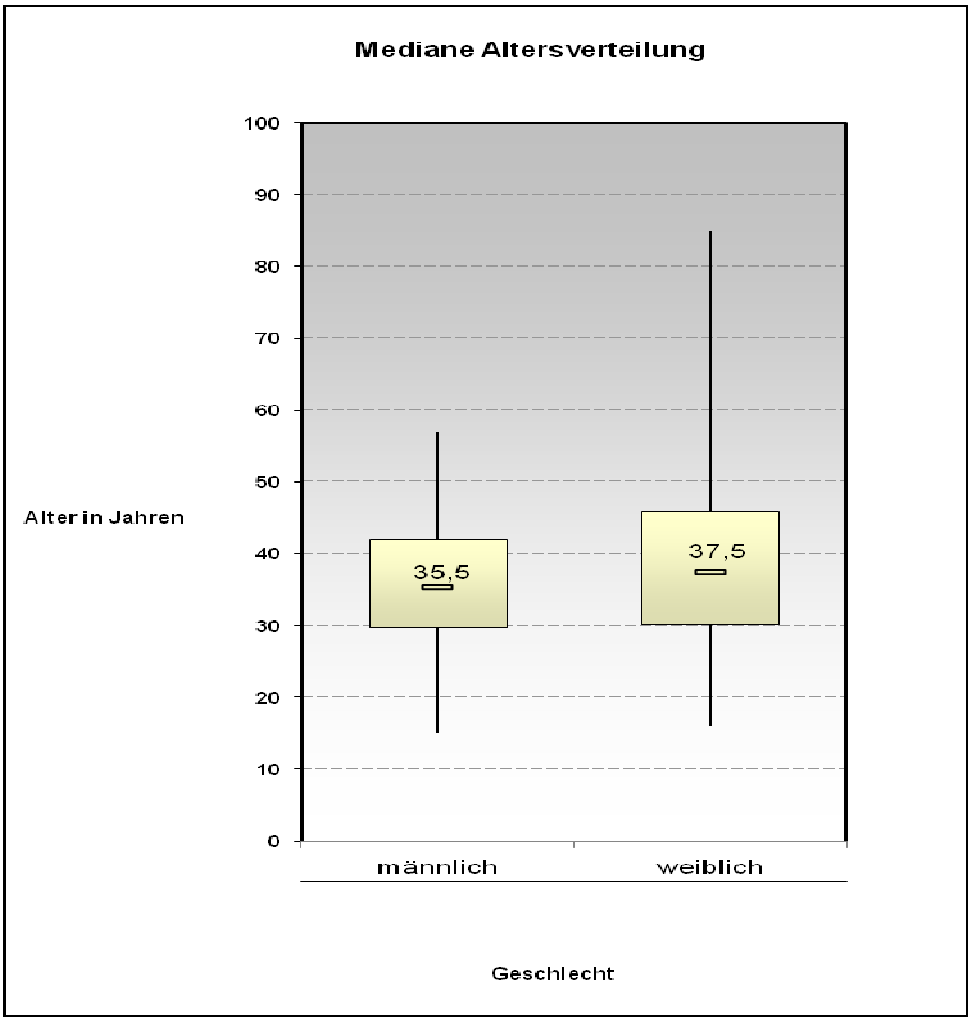

Abb. 6: Altersverteilung gesamt (n=34)

4.4. Einweisungszeiten

4.4.1 Wochentagabhängig

Fast ein Viertel der Gewaltopfer wurden am Dienstag in die chirurgische Notaufnahme eingewiesen 23,5 Prozent (8/34), mit jeweils 17,6 Prozent (6/34) folgten der Donnerstag, Freitag und Sonntag. Vier Gewaltopfer kamen am Mittwoch 11,8 Prozent und jeweils zwei Patienten 5,9 Prozent kamen an Montag und Samstag.

Um einen möglichen Zusammenhang, zwischen Gewaltverbrechen und dem wöchentlichen Verlauf zu sehen, wurde ein Zeitraum für werktags (Montag 6:00 Uhr bis Freitag 17:00 Uhr) und dem Wochenende (Freitag 17:00 Uhr bis Montag 6:00 Uhr) definiert. Daraus ergab sich, dass 64,7 Prozent (22/34) der Gewaltopfer werktags in die chirurgische Notaufnahme kamen und 35,3 Prozent (12/34) am Wochenende.

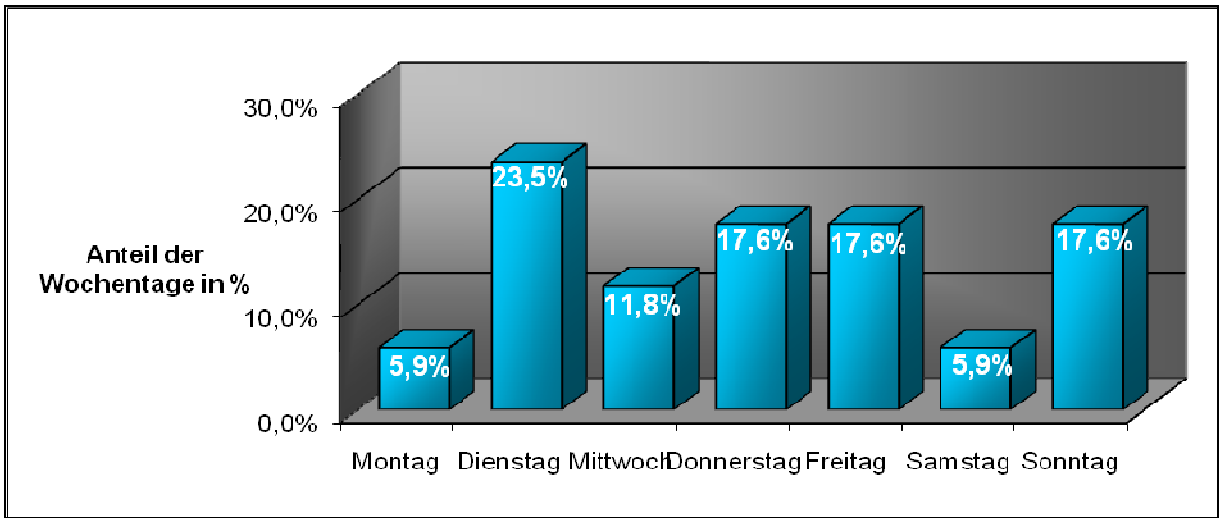

Abb. 7: Anteil der Gewaltopfer an Wochentagen (n=34)

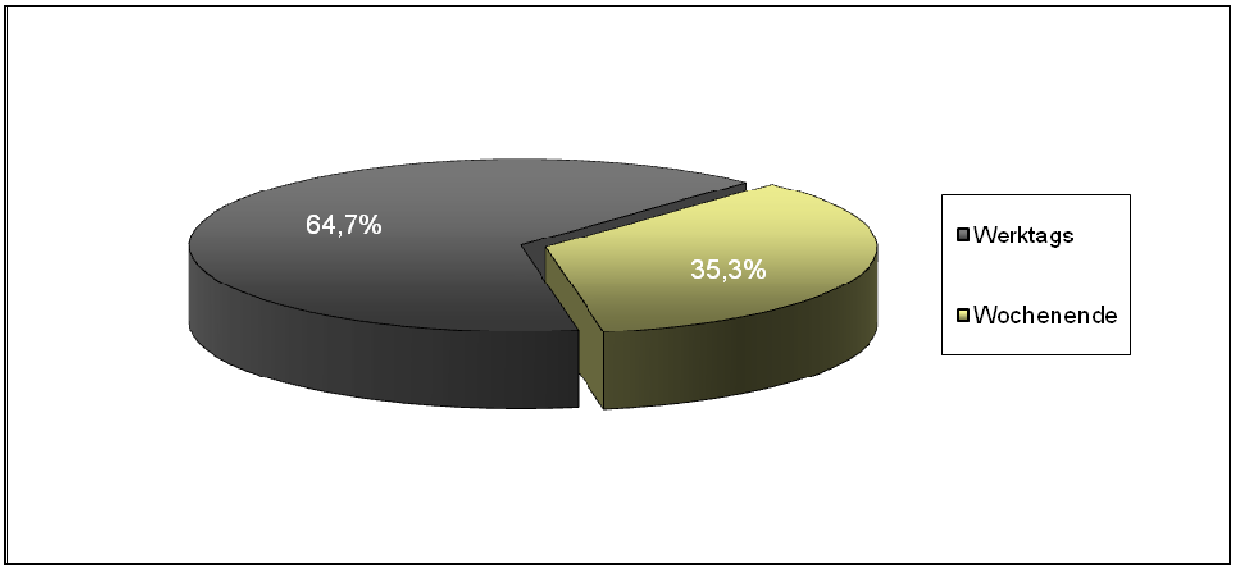

Abb. 8: Anteil der Gewaltopfer im Vergleich Werktags zum Wochenende (n=34)

4.4.2. Ankunftszeit in der chirurgischen Notaufnahme

Die dokumentierte Ankunftszeit in der chirurgischen Notaufnahme ist nicht gleichzeitig auch der Behandlungszeitpunkt, sondern lediglich das Eintreffen und Registrieren des verletzten Patienten. Die Ankunftszeiten in der Notaufnahme wurden in folgende Bereiche unterteilt: Morgens/Vormittags (6.00 bis 12:00 Uhr), nachmittags (12:00 Uhr bis 17:00 Uhr), abends (17 bis 22:00 Uhr), nachts (22 bis 2:00 Uhr) und frühen Morgenstunden (2:00 bis 6:00 Uhr).

Aus dieser Einteilung ergab sich, dass über ein Drittel der Patienten 35,3 Prozent (12/34) abends in die Notaufnahme eingeliefert wurden, darauf folgt knapp ein Viertel 23,5 Prozent (8/34), die morgens beziehungsweise vormittags kamen. Weitere 20,6 Prozent (7/34) erreichten die Notaufnahme nachmittags und die restlichen circa 20 Prozent, kamen nachts 11,8 Prozent (4/34) und in den frühen Morgenstunden 8,8 Prozent (3/34).

Der Zeitraum von 17:00 Uhr abends bis 6:00 Uhr morgens, wurde farblich (blau) hervorgehoben, der Anteil derer, die in diesem Zeitraum eingewiesen wurden beträgt 55,9 Prozent.

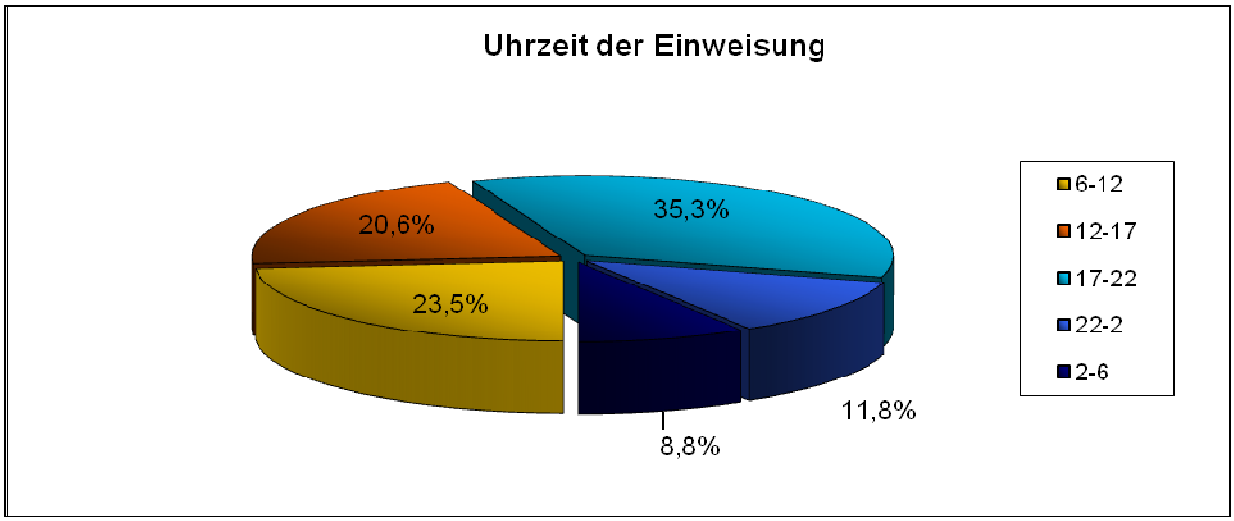

Abb. 9: Behandlungszeitraum/ Zeitpunkt der Einweisung der gewaltbedingten Verletzten in definierten Tageszeiträumen (n=34)

4.4.3. Saisonaler Verlauf

Durch die Beobachtung eines einjährigen Zeitraums, kann eine Schlussfolgerung der gewaltbedingten Verletzungen auf die jeweilige Jahreszeit gemacht werden.
Die Verteilung des Gesamtkollektivs (1536), also aller Patienten, die vom 1.11.2003 bis 31.10.2004 in die chirurgische Notaufnahme des AK Barmbeks kamen, auf die jeweiligen Monate liegt im Durchschnitt bei 8 Prozent. Die Anzahl der Gewaltopfer (34) die in den jeweiligen Monaten im Vergleich zum Jahr eingewiesen wurden, stellt sich wie folgt dar:

Saisonaler Verlauf in %	November	Dezember	Januar	Februar	März
Gesamtkollektiv pro Monat %	8,46%	7,88%	9,96%	7,23%	8,20%
Gewaltopfer pro Monat in %	11,76%	5,88%	14,71%	11,76%	8,82%

April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober
7,29%	8,85%	8,66%	8,20%	8,92%	7,62%	8,72%
2,94%	5,88%	8,82%	2,94%	11,76%	5,88%	8,82%

Tab. 2: Saisonaler Verlauf (n= 1536 erste Zeile, n=34 zweite Zeile)

Der Monat mit den meisten Gewaltopfern ist der Januar mit 14,7 Prozent (5/34), daraufhin folgen November, Februar und August mit jeweils 11,76 Prozent (4/34). März, Juni und Oktober haben eine Rate von 8,82 Prozent (3/34), sowie 5,88 Prozent (2/34) im Dezember, Mai und September. Jeweils nur eine gewaltbedingte Verletzung trat auf in den Monaten April und Juli (je 2,94 Prozent). Um ein

Vergleich mit dem jeweiligen Kollektiv des Monats darstellen zu können, wurden die Gewaltopferzahlen im Vergleich zum monatlichen Gesamtkollektiv gesetzt, daraus ergab sich die Gewaltopferbasis pro Monat. Damit ist zum Beispiel gemeint, dass von den 130 Patienten die im November eingewiesen 4 Patienten Opfer von Gewalttaten geworden sind, somit 3,08 Prozent. Dabei schwanken die Zahlen im Jahresverlauf, mit Mindestwerten im Juli von 0,79 Prozent, bis zu Maximalwerten im Februar von 3,6 Prozent.

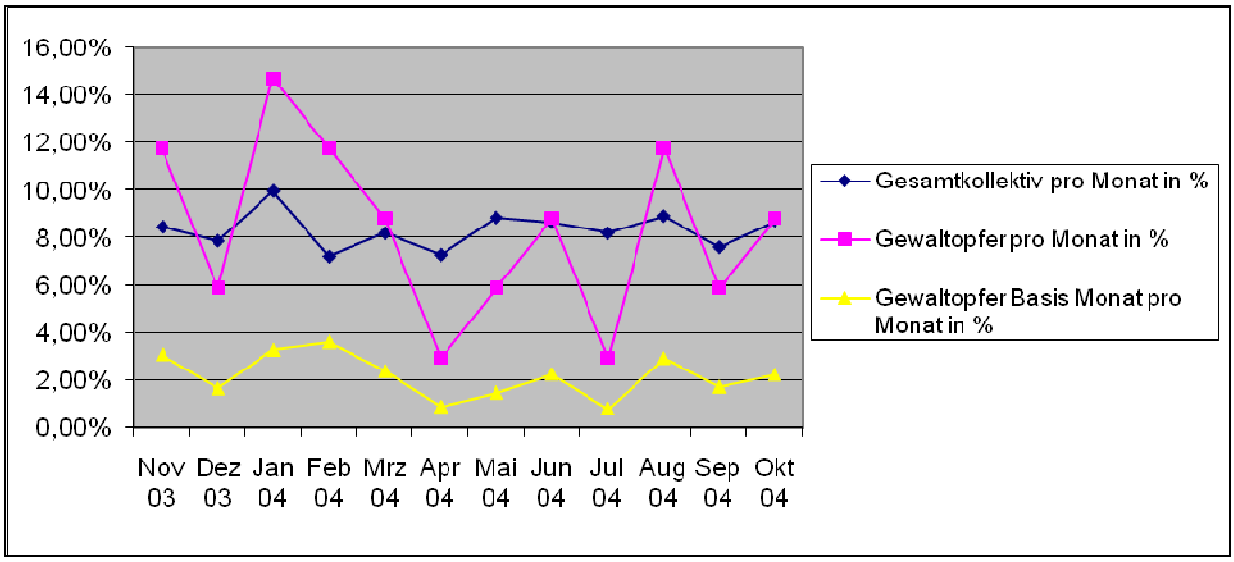

Abb. 10: Saisonaler Verlauf der gewaltbedingten Verletzten (n=34) mit Bezug auf denen saisonalen Verlauf des Gesamtkollektivs (n=1536)

4.5. Behandlungsstatus

Der Behandlungsstatus der jeweiligen Gewaltopfer, ergab sich aus den Entlassungsbriefen und Überweisungsschreiben. Die Mehrheit der Patienten wurde stationär aufgenommen 91,2 Prozent (31/34), lediglich eine Person wurde ambulant versorgt 2,9 Prozent. Bei zwei weiteren Patienten (5,9 Prozent) war der Behandlungsstatus aus den jeweiligen Akten nicht ersichtlich. Bis auf einen Patienten, bei dem aufgrund einer fehlenden Akte eine Weiterbehandlung nicht analysiert wurden konnte, wurden alle Patienten weiter behandelt. Darunter versteht man entweder die stationäre Aufnahme oder die Überweisung bzw. Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt.

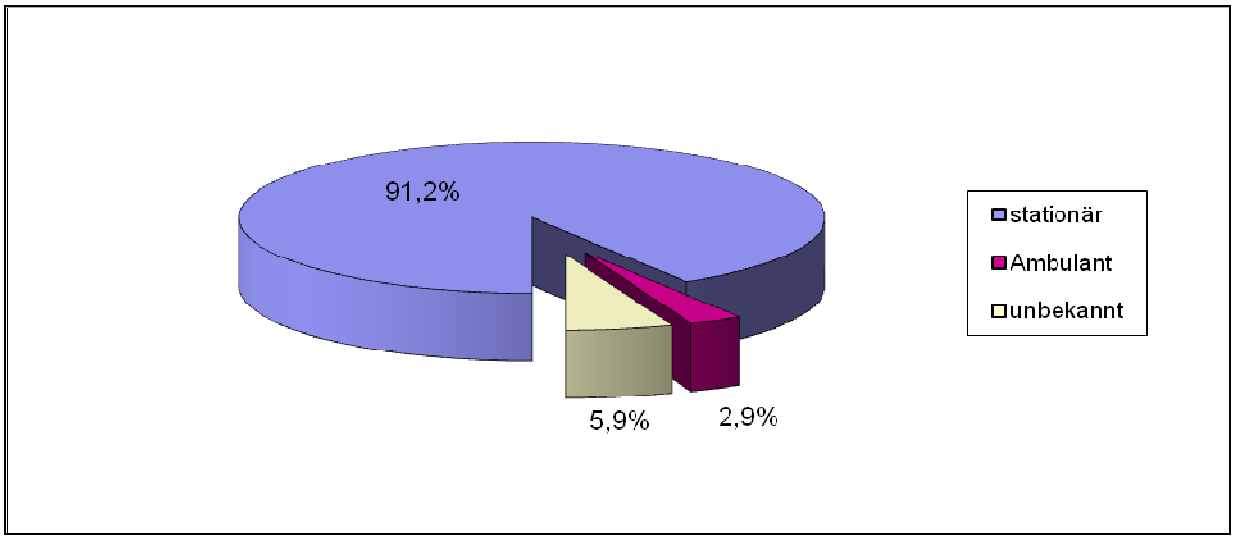

Abb. 11: Unterteilung der Gewaltopfer in den jeweiligen Behandlungsstatus (n=34)

4.6. Zusatzinformation

Unter diesem Punkt werden die gewaltbedingten Verletzten berücksichtigt, die möglicherweise die Behandlung verweigerten, verlegt wurden oder sich selbst entlassen beziehungsweise gegen ärztlichen Rat die Klinik verlassen haben. 5 Patienten wurden verlegt, in zwei der fünf Fälle wurden sie innerhalb des Krankenhauses verlegt, beide hatten sich selbst verletzt, die anderen drei Patienten wurden in andere Krankenhäuser verlegt. In einem Fall ins Unfallkrankenhaus Boberg zur Gefäßchirurgischen Intervention bei einem Selbstverletzten. In den anderen beiden Fällen wurden die Patienten ins AK St. Georg für eine ZMK-Intervention und für ein HNO-Konsil verlegt.

Drei gewaltbedingt Verletzte entließen sich selbst, nach einem, zwei und sechs Tagen.

Kein Patient verweigerte die Behandlung.

4.7. Anamnese/ Sachverhalt

Der Tathergang wurde den Angaben aus den Notfallbögen, den Anforderungsscheinen der diagnostischen Untersuchungen und den Krankenakten entnommen. In 2 der 34 Fälle gewaltbedingter Verletzungen (5,8 Prozent) konnte aus den Akten kein Tathergang hergeleitet werden. Bei einem weiteren Patienten lediglich durch den Anforderungsschein der Röntgendiagnostik und ein weiterer Patient konnte durch erschwerte sprachlicher Verständigung keine genaueren Angaben zur Anamnese machen. Bei den 32 gewaltbedingten Verletzten kam es auch zu Mehrfachnennung der Gewalteinwirkung. Fast die Hälfte der Gewaltopfer 43,2 Prozent (19/44) erhielt von ihren Peinigern Schläge, wobei in 10 Fällen 22,7 Prozent die Schläge ins Gesicht und in 2 Fällen 4,5 Prozent die Schläge gegen die Brust bzw. den Thorax näher bezeichnet werden konnten. 14 Prozent der Gewaltmaßnahmen (6/44) waren Tritte, wobei ein Drittel (2/6) gegen den Schädel, ein weiteres Drittel (2/6) gegen die untere Extremität und jeweils das restliche Drittel gegen Rücken oder gegen, bzw. in einem Fall ein Tritt auf den Arm, gerichtet war. In 9 Prozent der Fälle (4/44) kam es beim Tathergang zum Sturz des Opfers. In einem Fall 2,3 Prozent wurde das Opfer von seinem Mann gegen eine Wand geworfen. Zwei Gewaltopfer zogen sich Bisse zu 4,5 Prozent, in dem einen Fall ein Krankenpfleger durch einen Patienten, während der Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten. In einem weiteren Fall ein Dänemarkurlauber durch

einen Schlangenbiss. Desweiteren erfolgte in 11,4 Prozent der Tatvorgänge (5/44) eine Verletzung durch Messerstiche. Bei drei weiteren Patienten 6,8 Prozent konnte der Tathergang nicht genauer erläutert werden, bzw. konnte oder wollte sich der Patient nicht dazu äußern, und wurde damit als unbekannt deklariert.

Anamnese/ Sachverhalt	Anzahl der Fälle	Anteil in %
Schläge allgemein	**19**	**43,2**
Schläge näher differenziert:		
ins Gesicht	10	22,7
gegen Thorax	2	4,5
Tritte allgemein	**6**	**13,6**
Tritte näher differenziert:		
gegen Schädel	2	4,5
gegen Bein	2	4,5
gegen/ auf Arm	1	2,3
gegen Rücken	1	2,3
Sturz	**4**	**9**
Wurf gegen Wand	1	2,3
Messerstichverletzung	**5**	**11,4**
Biss		
durch Mensch	1	2,3
durch Tier	1	2,3
Selbstverletzung	3	6,8
Unbekannt	3	6,8

Abb. 12: Erläuterung des Tathergangs im Hinblick auf bestimmte Gewaltanwendung (n=44)

4.8 Liegedauer bzw. Verweildauer

Von den 34 Opfern von Gewalttaten wurden 31 stationär aufgenommen. Einer dieser Patienten wurde gleich darauf verlegt, daher konnte die Liegedauer nicht mehr bestimmt werden. Das Kollektiv besteht somit aus 30 Patienten. Die 30 Gewaltopfer verbrachten insgesamt 208 Tage im Krankenhaus, wobei die durchschnittliche Liegezeit bei knapp 7 Tagen lag.

Bei den Quartilgrenzen von 25–75 Prozent, liegen die Bereiche zwischen 1 und 8,75 Tagen Verweildauer, daraus resultiert ein Median von 5 Tagen.

Die maximale Liegedauer eines Gewaltopfers lag bei 47 Tagen und die geringste Liegedauer bei einem Tag, dazu zählt auch die Überwachung über eine Nacht.

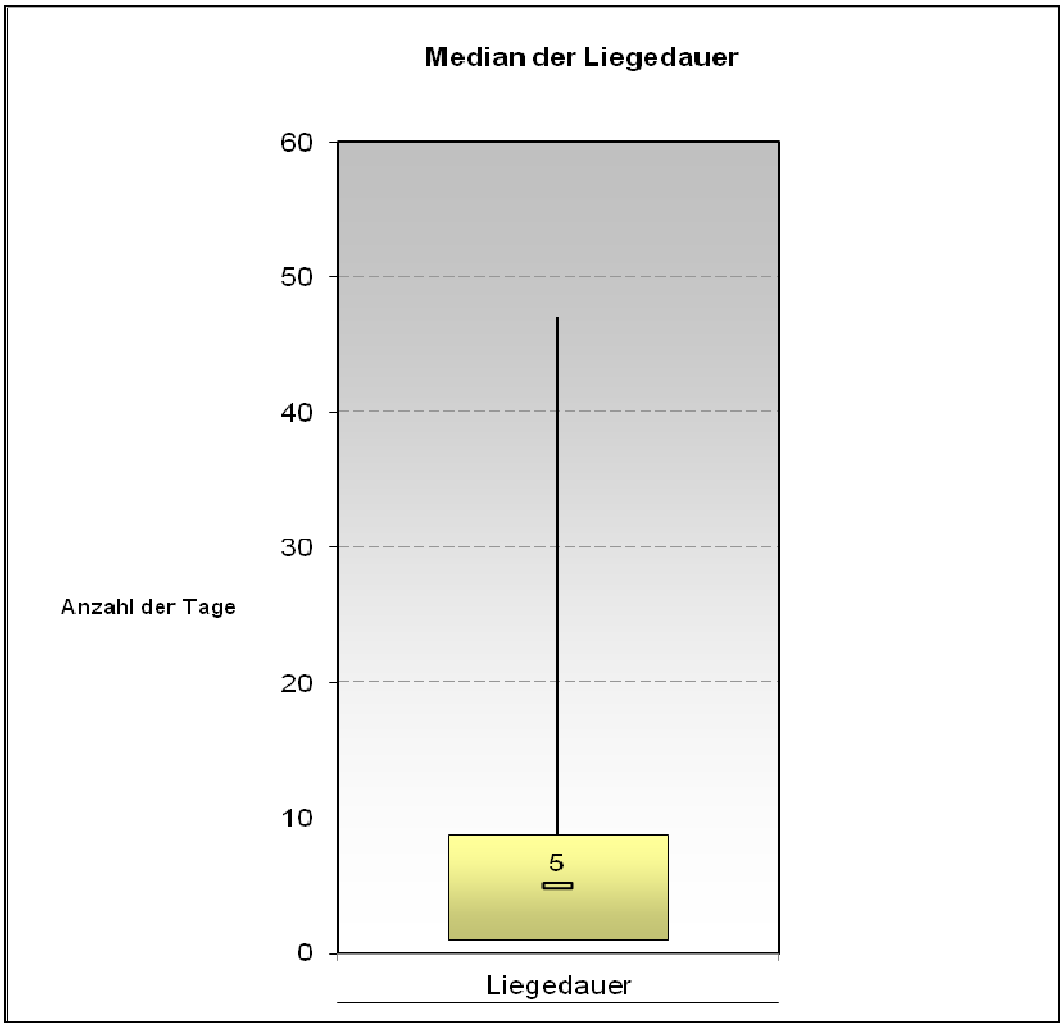

Abb. 13: Liegedauer bzw. Verweildauer der stationär aufgenommenen Gewaltopfer (n=30)

4.8.1. Aufteilung der Liegedauer anhand individueller Diagnosen

Anhand der Kombination aus Verweildauer und Diagnose, kann ein Rückschluss auf die Schwere bestimmter Verletzungen und der Kosten fürs Gesundheitssystem gemacht werden. Zwei Drittel der stationär aufgenommenen Gewaltopfer verbrachten weniger als oder genau eine Woche im Krankenhaus, wobei fast ein Drittel 30 Prozent (9/30) nur einen Tag behandelt und überwacht wurde. Knapp ein Viertel 23 Prozent (7/30) verweilte zwischen einer Woche und zwei Wochen auf Station, und lediglich zwei Patienten verblieben einen längeren Zeitraum (23 und 47 Tage).

Verweil- bzw. Liegedauer in Tagen	**Diagnose**	**Identifikationsnummer**
1	Schnittverletzung beider Handgelenke, Verletzung A. radialis, akute Blutungsanämie	4
	Commotio cerebri	8
	Commotio cerebri, Platzwunde	16
	HWS- Distorsion, Nasenbeinfraktur	19
	Commotio cerebri, Nasenbeintrümmerfraktur, Infraktion Collum mandibulae und Margo infraorbitalis (verlegt)	23
	Humerusschaftspiralfraktur	24
	Commotio cerebri	29
	Dislozierte metacarpale Schaftfraktur IV/ V	30
	Thorakale Messerstichverletzung	31
2	Schlangenbiß, Lymphödem	20
	Commotio cerebri, Gesichtsschädelprellung, Nasenbeinfraktur, Alkoholintoxikation	33
3	Thorakale Messerstichverletzung, retroperitoneales Hämatom, dislozierte Mittelphalanxbasisraktur, Schädelprellung	3
	Rippenserienfraktur, oberflächliche Kopfverletzung	5
	Commotio cerebri, Nasenbeinfraktur, Monokelhämatom, Lidplatzwunde,	17
5	Weber C Fraktur	6
	Komplexer Kniebandinnenschaden, Außenband- und vordere Kreuzbandruptur, Fibulakopfabriß	7
6	Orbitabodenfratur, frontale Cephalgie	15
	Galeazzifraktur (Radiusschaftfraktur mit Luxation der distalen Ulna)	27

	Mandibulafraktur, Rippenfraktur	28
7	Nasenbeinfraktur, Gesichtschädelprellung, Hyposphagma (Bindehautblutung), Rippenfraktur	32
8	Schnittverletzung Handgelenk in suizidaler Absicht, Medikamentenintoxikation	11
	Multiple Schädel- und Gesichtsschädelfrakturen, offene Wunde Handgelenk, Zahnluxation, Hüftprellung	12
9	Messerstichverletzung Flanke, retroperitoneale Einblutung, Verletzung abdomineller Blutgefäße	2
	Thorakale Messerstichverletzung, Partialpneumothorax, Nierenverletzung	34
10	Thorakale Stichverletzung, Mantelpneumothorax, Lungenparenchymverletzung, Mediastinalemphysem	21
11	Orbitabodenfratur, Alkoholentzugssyndrom	26
13	Gesichtsschädelverletzung, Nasenbeinfraktur, Contusio bulbi, Brillenhämatom	1
	Multiple offene Schädel- und Gesichtsschädelfrakturen, Le Fort III, Binokelhämatom mit Emphyem	9
23	Offene distale Unterschenkelfraktur, supracondyläre Femufraktur, Exkoriation lateraler Femur	18
47	Hämatom Oberschenkel mit Kompartementsyndromausbildung	25

Abb. 14: Einteilung der Liegedauer anhand der individuellen Diagnosen (n=30)

4.9. Tatort

Der Tatort des Gewaltverbrechens wurde den Akten oder Notfallbögen, anhand der Aussagen der Patienten, des Rettungspersonals oder durch andere (wie z.B. Bekannte der Opfer) entnommen. Die Unterteilung erfolgte in folgende Bereiche: Nahverkehrsmittel, U- und S-Bahn, sowie Bahnhöfe, öffentliche Plätze (Marktplatz, Konzert), die Straße, die Wohnung und sonstiges (wie zum Beispiel das Krankenhaus). Genauere Angaben zum Tatort, wie der Stadtteil, konnten aus den bearbeiteten Daten nicht herausgefunden werden. Bei 4 der 34 Gewaltopfer 11,8 Prozent konnte entweder aufgrund von fehlenden Dokumenten (3/5) oder aufgrund der mangelnden Dokumentation, beziehungsweise nicht in Erfahrung bringen (1/5), keine näheren Informationen zum Tatort erbracht werden. Daher besteht das Kollektiv aus 30 gewaltbedingten Verletzten.

Der Großteil der Gewaltverbrechen mit fast der Hälfte aller Tatorte, ist die Wohnung mit 43,3 Prozent (13/30), der zweithäufigste Tatort ist die Straße mit 26,7 Prozent (8/30). Die restlichen circa 20 Prozent teilen sich mit 13,3 Prozent (4/30) die öffentlichen Plätze und 10 Prozent (3/30) die Nahverkehrsmittel. Wie schon oben bemerkt entstand bei einem Gewaltopfer die Verletzung während seiner Arbeitszeit im Krankenhaus (3,3 %). Bei einem weiteren Patienten (3,3 %) konnten keine Angaben zum Tatort gemacht werden.

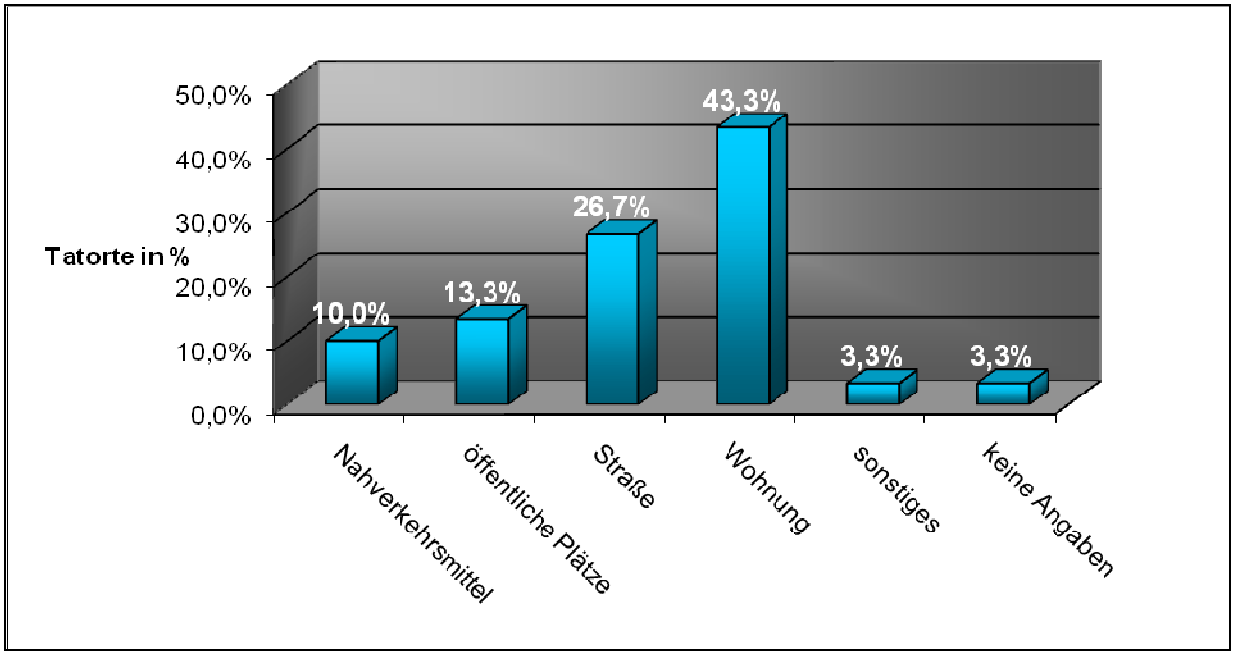

Abb.15: Häufigkeit der Tatorte der Gewaltverbrechen (n=34)

4.10. Transport

Zum Erreichen der Chirurgischen Notaufnahme des AK Barmbek benutzten Transportmittel, -arten, wurden in 5 Bereiche unterteilt: Die private Anfahrt, z.B. mittels Taxi; die eingelieferte Art, entweder per Rettungswagen (RTW), mit notärztlicher Begleitung via Notarztwagen (NAW) oder Hubschrauber (HUB) oder durch die Polizei oder es wurde keine Angabe gemacht. Aufgrund der fehlenden Akte eines Patienten, bestand das Kollektiv nur aus 33 Gewaltopfern.

Knapp die Hälfte der Gewaltopfer erreichte die Notaufnahme mittels Rettungswagen 48,5 Prozent (16/33), etwas weniger Privat bzw. mit Taxi 45,5 Prozent (15/33). Lediglich zwei Patienten wurden in notärztlicher Begleitung, mittels NAW eingewiesen (6,1 %). Anhand der Dokumentation von Anamnese und Sachverhalt, konnte in drei Fällen zu dem Transport mittels RTW auch die Begleitung durch die Polizei angegeben werden 9 Prozent (3/33), in den restlichen Fällen waren keine weiteren Angaben dazu gemacht worden.

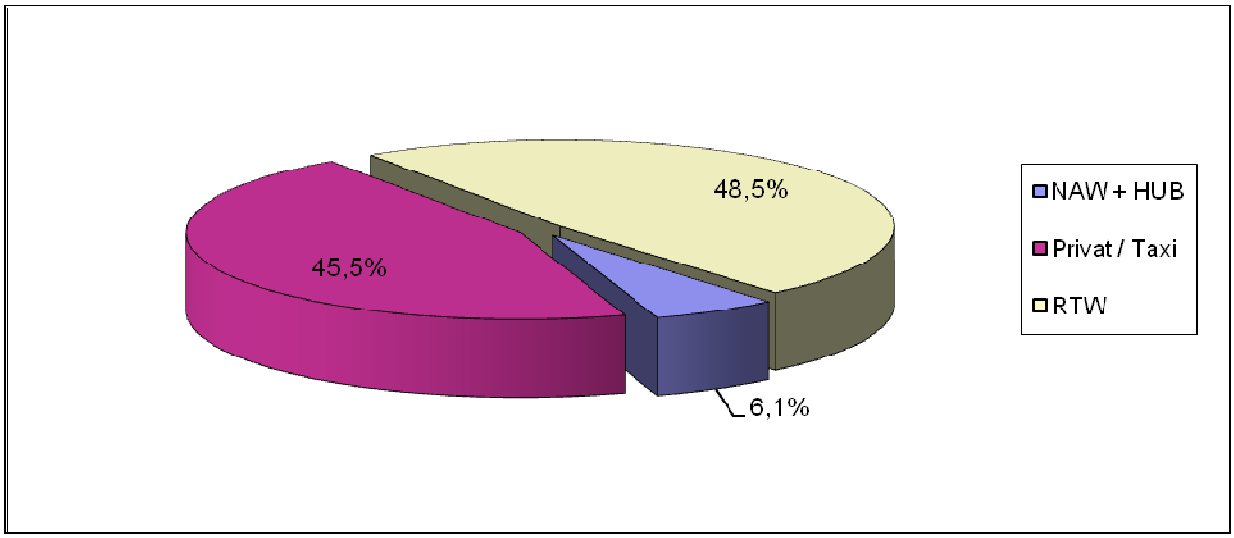

Abb. 16: Genutzte Transportmittel in die chirurgische Notaufnahme (n=33)

4.11 Alkohol- oder Drogeneinfluss

Die Angaben zum Alkoholeinfluss waren ersichtlich durch die Anamnese- und Aufnahmebögen. In zwei der 34 Fälle durch Gewalt verursachte Verletzte, waren keine Akten, in einem der Fälle nur die Röntgenanforderung, vorhanden, so dass das Kollektiv in diesem Punkt aus 32 Patienten bestand. Bei fast der Hälfte der Patienten 43,8 Prozent (14/32) wurde Alkoholkonsum bejaht, entweder durch Fragen des medizinischen Personals an das Gewaltopfer, Angehörige, Begleiter oder durch das Wahrnehmen von verändertem Verhalten. In 28,1 Prozent der Fälle (9/32) wurde die Benutzung von Alkohol verneint und bei den restlichen 28,1 Prozent (9/32) fanden sich keine Angaben.

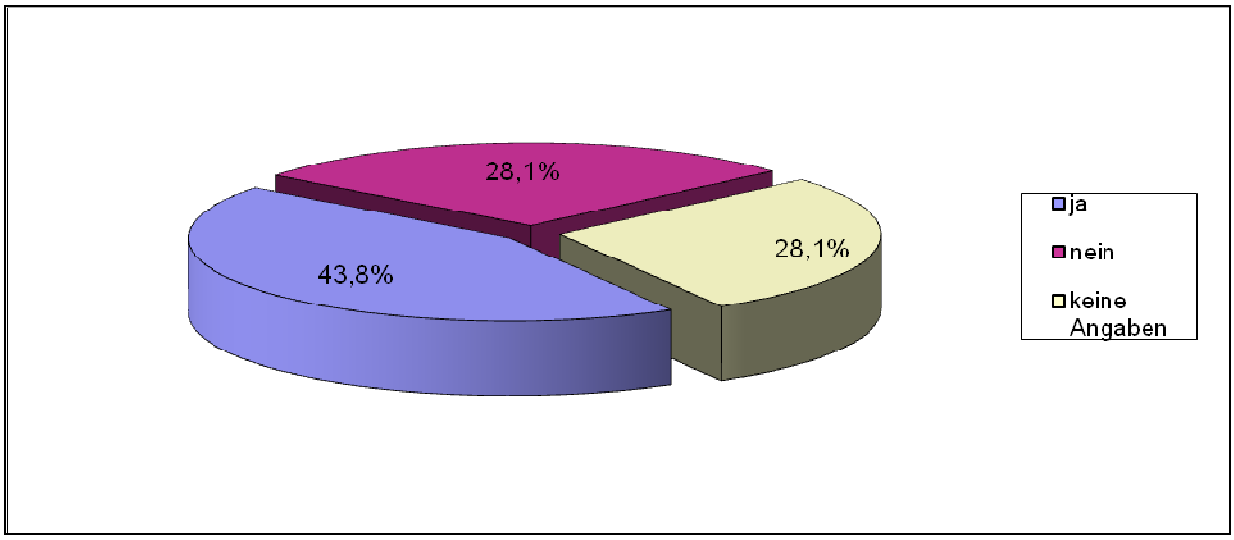

Abb. 17: Angaben zum Alkohol- oder Drogeneinfluss, bzw. Drogenkonsum (n=32)

4.11.1. Alkoholisierungseinschätzung

Die Angabe der Alkoholisierungseinschätzung wurde entweder anhand vom Foetor ex ore (Mundgeruch) oder dem Zustand bzw. Verhalten des Patienten, wie durch lallende Sprache oder Gangunsicherheit dokumentiert. Im Fall von 68,6 Prozent (22/32) der Gewaltopfer wurde keine Anmerkung dazu im Dokumentationsbogen vorgenommen bzw. konnte keine Aussage darüber getroffen werden. Ein Viertel der Patienten war entweder im Rausch 12,5 Prozent (4/32) oder Volltrunken 12,5 Prozent (4/32) und bei lediglich zwei Patienten konnte Alkoholgeruch in der Atemluft wahrgenommen werden (6,3 %).

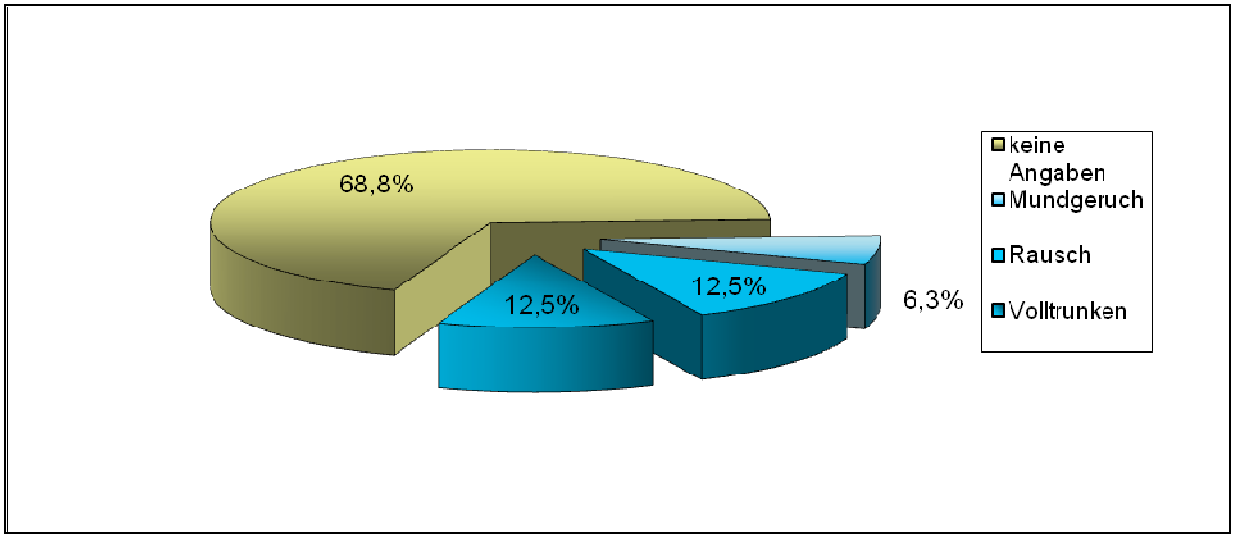

Abb. 18: Einschätzung des Alkoholisierungsgrads durch das medizinische Personal (n=32)

4.11.2. Alkoholbestimmung durch Blutentnahme

Im Blut gemessener Alkohol wird üblicherweise in Gramm Alkohol pro Liter Vollblut (g/l) bzw. in Volumenprozent (‰) angegeben. Gemessen wird die Alkoholkonzentration im Labor aber in der Regel im Plasma. Bei der Umrechnung müssen die Dichte von Plasma bzw. Serum (1.206) sowie der Wasserverteilungskoeffizient (1.2) berücksichtigt werden, daraus folgt das der Blutalkohol in Volumenprozent gleich der Plasma-Aethylalkohol (g/l) durch 1.206 mal 1.2 ist.

Bei 19 Patienten wurde laut gespeicherter Akten eine Blutentnahme angeordnet und durchgeführt. Bei sieben Gewaltopfern (36,8 %) wurde zwar Blut abgenommen aber keine Alkoholbestimmung vorgenommen. Bei einem der Gewaltopfer wurde zusätzlich ein Drogenscreening vorgenommen, dessen Resultat die Einnahme von Benzodiazepinen (103 µg/l) und Cannabinoide (71 µg/l) ergab. 10,5 Prozent (2/19) hatten einen Blutalkoholspiegel von unter 0,1g/l. Ein weiteres Gewaltopfer (5,3 %) lag in dem Bereich von 0,1 bis 1,0 g/l. Über 1/5 der Gewaltopfer 21,1 Prozent (4/19) hatten einen Blutalkoholspiegel zwischen 1,0 und 2,0 g/l, weitere 10,5 Prozent (2/19) von 2,0 bis 3,0 g/l und die restlichen 10,5 Prozent (2/19) hatten Werte von über 3,0 g/l. Ein weibliches Gewaltopfer gab an, 4 Liter Bier sowie 10 Kapseln Distraneurin und 40-50 mg Diazepam eingenommen zu haben.

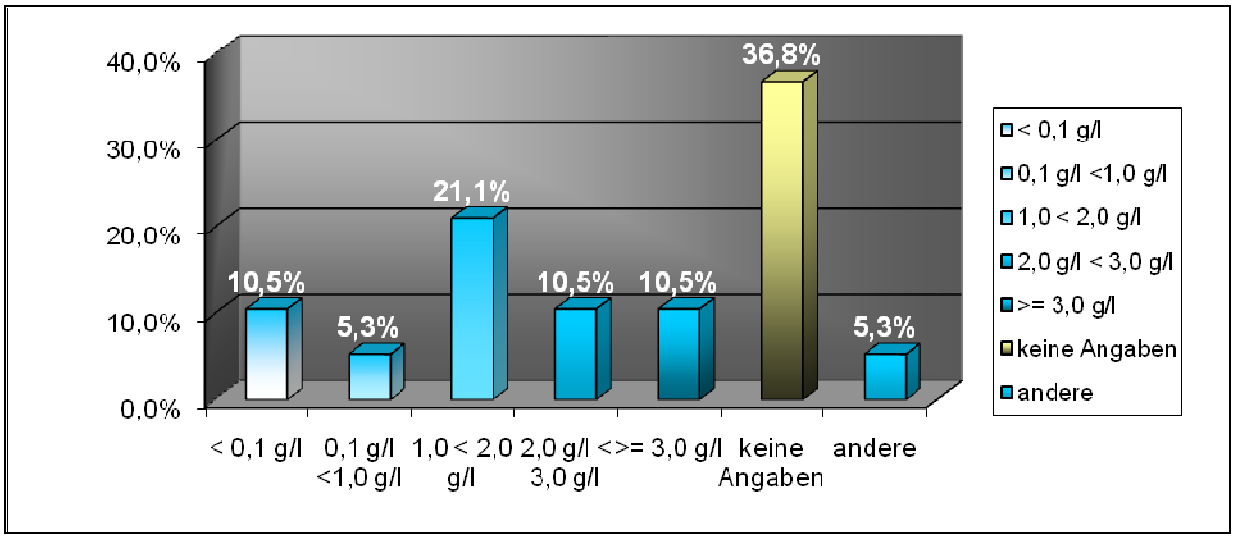

Abb. 19: Alkoholbestimmung durch Blutentnahme (n=19)

4.12 Täterangaben

Anhand der Anamneseprotokolle konnten Angaben zu den Tätern gefunden werden. Diese unterteilen sich so, dass über zwei Drittel der Gewaltopfer Angaben zu Ihren Tätern machen konnten 70 Prozent (24/30), fast ein Viertel verneinte die Tätereingabe 23,5 Prozent (8/34) und bei zwei Patienten konnten keine Angaben gefunden werden (5,9 %). Eine Patientin konnte bzw. wollte keine Täterangaben machen, jedoch wurde seitens ihrer Freundin der Lebensgefährte als Täter vermutet. Da die Patientin selbst keine Angaben machte, gehört die Täterangabe somit verneint.

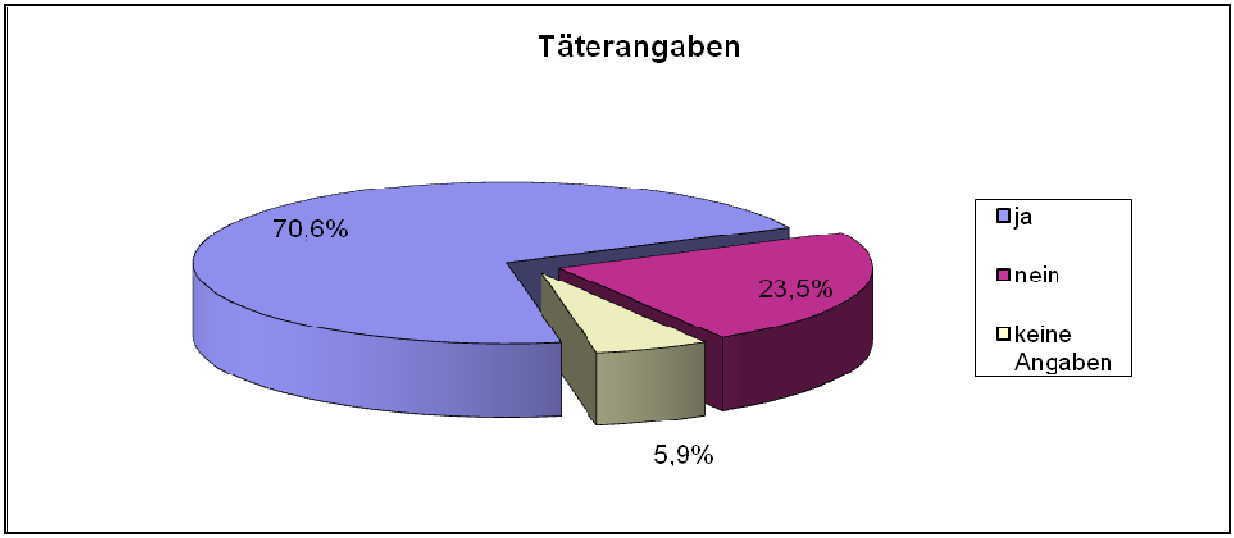

Abb. 20: Angaben zum Täter (n=34)

4.12.1. Täterbeschreibung

Die Unterteilung der von den Gewaltopfern gemachten Täterbeschreibung erfolgte in den unten angegebenen Bereichen.

Familie	Eltern, Kinder, Geschwister, Verwandte
Lebenspartner	Ehepartner und Ex- Ehepartner Lebensgefährte und Ex- Lebensgefährte Freund und Ex- Freund
Freunde	
Kollege	Arbeitskollege
Unbekannter	Täter ist dem Geschädigten nicht bekannt
Selbstverletzer	
Sonstige	Nachbarn, Mitbewohner, Bekannte, Tiere, Institutionen (Polizei)

Tab. 3:Unterteilung der Täterbeschreibung

24 der 34 Gewaltopfer machten Täterangaben, davon beschrieben 41,7 Prozent (10/24), dass der oder die jeweiligen Verursacher ihnen nicht bekannt sein. Es konnte aber in vier Fällen durch die Opfer angegeben werden, dass es mindestens zwei oder mehrere Täter waren, in einem Fall sogar ein Pärchen. Eine ältere Dame wurde von einem Einbrecher angegriffen, zwei weitere waren Opfer eines Überfalls beziehungsweise beschrieb eines der Gewaltopfer den Täter als Unbekannt, konnte ihn aber als Bekannten eines Freundes näher bezeichnen. Bei drei Gewaltopfern handelt es sich um Selbstverletzer (12,5 %). Die zu Sonstigen zusammengefassten 16,7 Prozent (4/24) teilen sich auf in ein Patienten, der durch ein Tier verletzt wurde, einen Haftinsassen, der durch einen Mithäftling verletzt wurde, einen Krankenpfleger, der durch einen verwirrten Patienten angegriffen wurde und einen weiteren Patienten, der in einem Männerwohnheim lebend von einem dort auch Wohnenden angegriffen wurde, daher am ehesten die Beurteilung eines Mitbewohners. Vier der Gewaltopfer (16,7 %) gaben den Lebenspartner als Täter an. Dabei handelte es sich um einen Ehemann, eine Lebensgefährtin und zwei weitere Lebensgefährten, wobei der eine als Drogen- und Alkoholabhängig bezeichnet wurde. Eine Patientin wurde von dem Onkel ihrer Tochter angegriffen, dieser zählt zum näheren Familienumfeld 4,2 Prozent. Zwei Gewaltopfer gaben eine tätliche Auseinandersetzung mit Freunden an, wobei eine Patientin von Ihrem Freund und der andere Patient durch mehrere Freunde verletzt wurde (8,3 %).

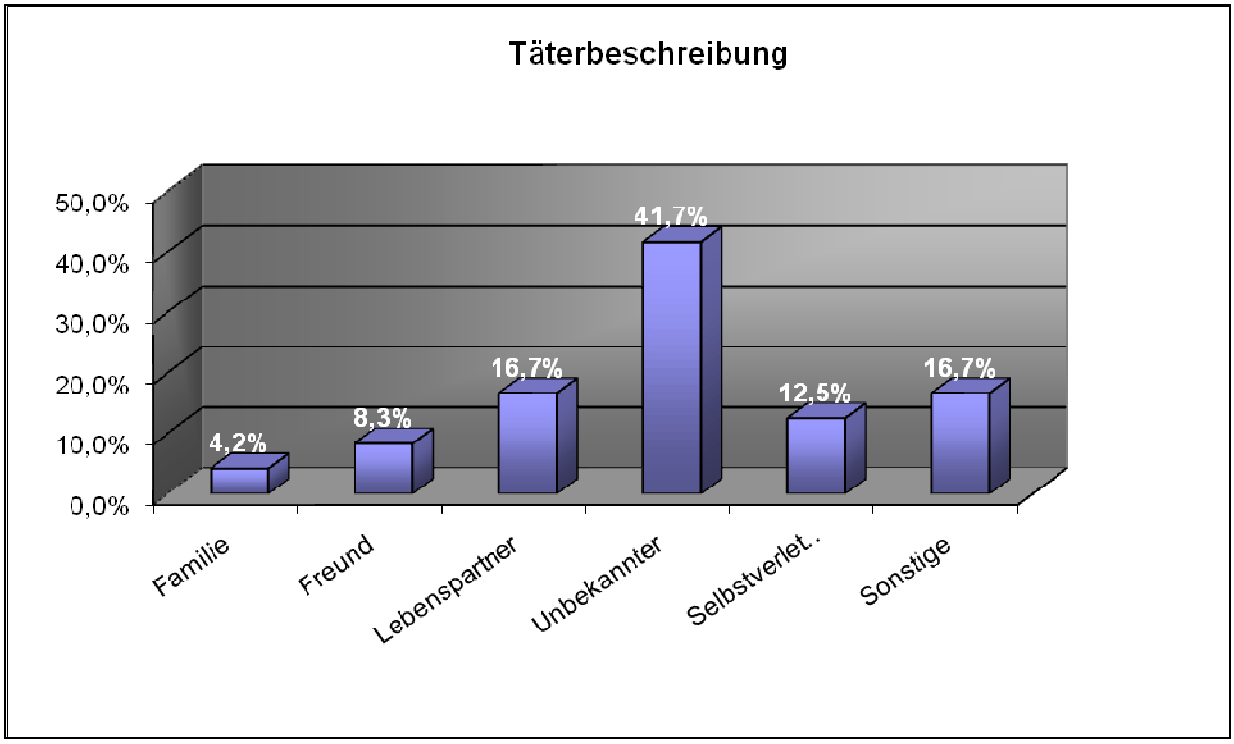

Abb. 21: Täterbeschreibung aus Opfersicht (n=24)

4.13. Art der Gewalteinwirkung

Anhand des geschilderten Tathergangs und des Verletzungsmusters kann die Art der Gewalteinwirkung in direkte und indirekte Gewalt unterteilt werden.

Von einem Patienten war keine Akte vorhanden. Dadurch bestand das Kollektiv aus 33 Patienten. In einem Fall konnte aber eine direkte und indirekte Gewalteinwirkung ausgemacht werden, daher kommt es zu 34 Formen der Gewalteinwirkung. In über drei Viertel der durch Gewalteinwirkung verursachten Verletzungen handelt es sich um direkte Gewalt 76,5 Prozent (26/34), die unter dem nächsten Punkt weiter differenziert wird. Unter indirekter Gewalt versteht man z.B. den Sturz aufgrund eines Schlags. 14,7 Prozent (5/34) der Gewaltopfer waren davon betroffen. Von den restlichen drei Patienten (8,8 %) konnte weder anhand der Verletzung, noch anhand der Anamnese eine Aussage über die Gewalteinwirkung gemacht werden.

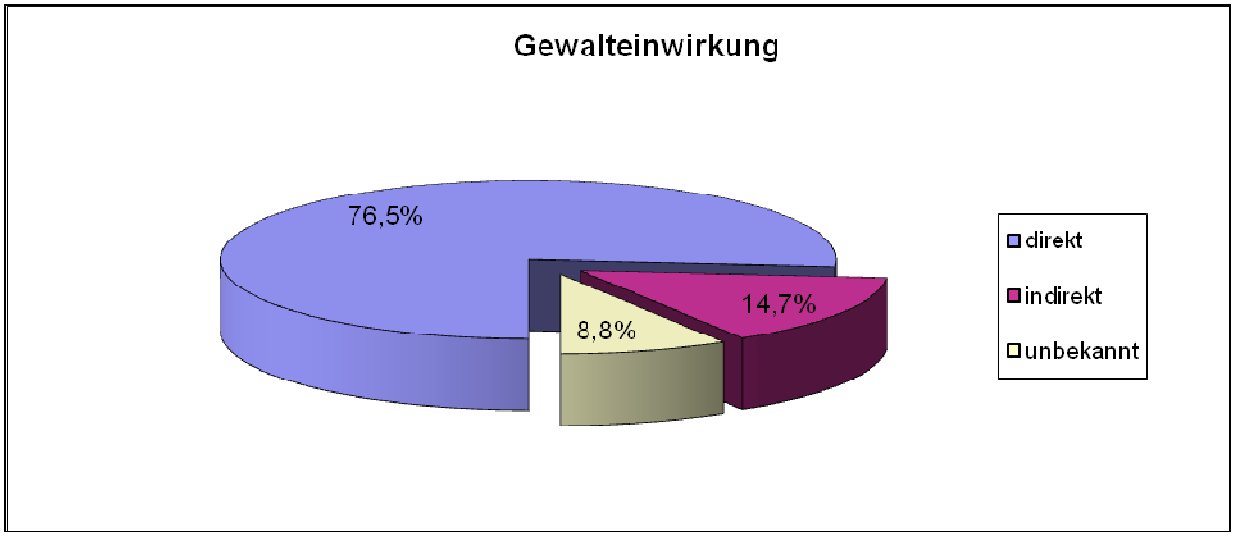

Abb. 22: Unterteilung der Gewalteinwirkung (33 Patienten, n=34)

4.13.1. Gewaltart 1. Form

Bei 30 Patienten konnte eine weitere Differenzierung der Gewalteinwirkung gemacht werden, dabei kam es zur Mehrfachnennung und somit zu einer Menge von 33 Gewaltformen. Die Gewaltformen werden unterteilt in scharfe, halbscharfe und stumpfe Gewalt sowie in Schussverletzungen, die in diesem Untersuchungszeitraum aber nicht auftraten. Sie wären zu dem Bereich der sonstigen Gewaltformen gezählt worden. Über zwei Drittel der Geschädigten 66,7 Prozent (22/33) erhielten ihre Verletzungen durch stumpfe Gewalt, fast ein Viertel der Gewaltopfer 24,2 Prozent (8/33) durch scharfe Gewalt. Die weitere Unterteilung in halbscharfe Gewalt war nicht notwendig, da es keine grenzwertigen Fälle gab. 9,1 Prozent (3/33) der Patienten wurden durch sonstige Gewalteinwirkung beeinträchtigt. In drei Fällen wurden zwei Gewaltformen zur Verletzung des Opfers verwendet, zweimal stumpf und sonstige und einmal stumpf und scharf.

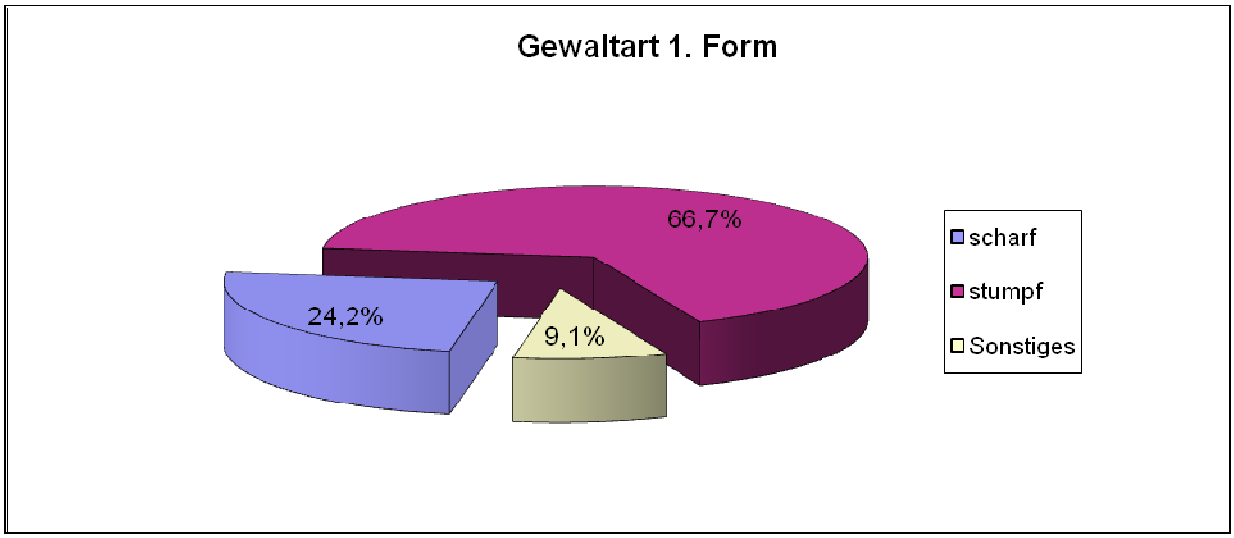

Abb. 23: Differenzierung der direkten und unbekannten Gewalt (30 Patienten, n=33)

4.13.2. Gewaltart 2. Form

Zur weiteren Differenzierung der jeweiligen Gewaltformen wurden die Sonstigen weiter unterteilt. Bei einem der 30 genauer definierten Gewaltformen konnte im weiteren Verlauf keine Angabe mehr gemacht werden, daher besteht das Kollektiv aus 29 Patienten, aber durch eine dreimalige Zweifachnennung aus 32 Gewaltformen. Zwei Drittel der 32 Gewaltformen waren stumpfe Schläge bzw. Tritte 65,6 Prozent (21/32), in einem Viertel der Fälle war es scharfe Gewalt 25 Prozent (8/32), eine Frau erlitt Verletzungen durch thermische Gewalt 3,1 Prozent und 2 weitere Patienten wurden gebissen (Mensch und Tier (Schlange)).

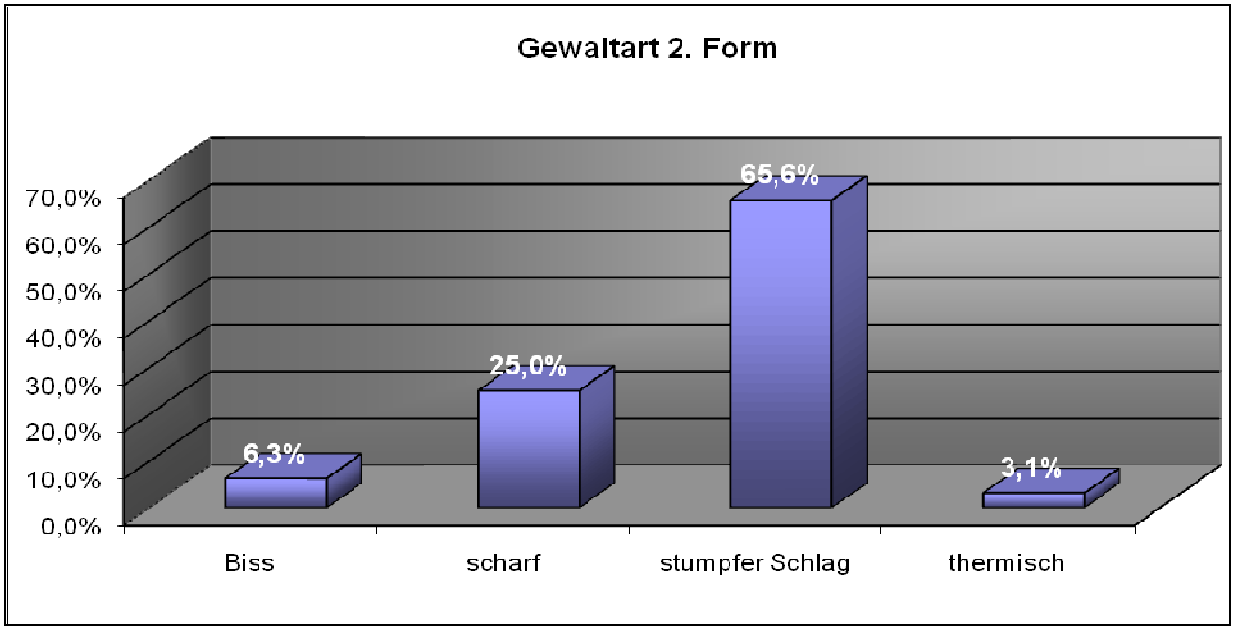

Abb. 24: Weitere Differenzierung der Gewaltformen (29 Patienten, n=32)

4.13.3. Zur Gewaltausübung benutze Werkzeuge

In 9 Fällen der gewaltbedingten Verletzungen konnten entweder durch die Gewaltopfer selbst, durch Zeugen oder durch Herleitung Angaben zum Tatwerkzeug gemacht werden. Über zwei Drittel der Tatwerkzeuge waren Stichwerkzeuge (66,6%), wobei diese sich unterteilen in reguläre Stichwerkzeuge und solche die als Gelegenheitswerkzeuge dienen. Bei zwei der Verletzten wurden Gelegenheitswerkzeuge (22,2%) wie in dem einen Fall eine Brotmesser und in dem anderen Fall eine Teppichmesser beschrieben. In zwei weiteren Fällen wurden auch Gelegenheitswerkzeuge zur Verletzung benutzt (22,2%), der eine wurde von seinem Angreifer mit einer Thermoskanne und einem Steintisch beworfen In dem anderen Fall versuchte sich ein Suizidaler mit einem Spatel Verletzungen zuzufügen. Lediglich in einem Fall wurde ein thermisches Werkzeug, nämlich eine Kerze verwendet, um dem Gewaltopfer Verbrennungen beizubringen (11,1 %).

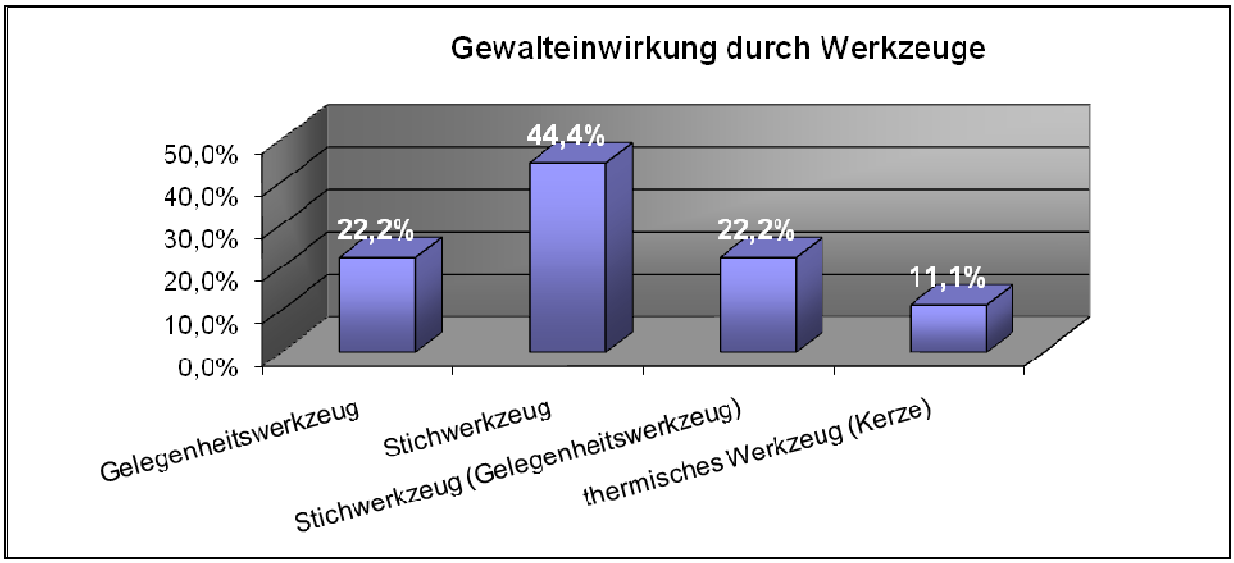

Abb. 25: Beigebrachte Gewalteinwirkung mittels Werkzeugen (n=9)

4.14 Begleitverletzungen und spezifizierte Verletzungen

Zu den Begleitverletzungen und den daraus resultierenden spezifizierten Verletzungen zählen Abwehrverletzungen, Griffspuren, Kratzspuren, Fesselspuren, Würgemale und deren Kombination. Von den 26 Gewaltopfern, bei denen anhand der Dokumentation eine Aussage zu Begleitverletzungen gemacht werden konnten, wurden 50 Prozent bejaht (13/26). Allerdings wurden lediglich Abwehrverletzungen bei den 13 Patienten dokumentiert.

4.15. Diagnostisch angewandte Verfahren

Bei 31 gewaltbedingten Verletzten wurden diagnostische Verfahren angewandt, aufgrund der Mehrfachnennung kommt es dabei zu ingesamt 104 Verfahren. Über die Hälfte der diagnostischen Verfahren setzt sich aus Röntgen 26,9 Prozent (28/104) und Labor, wie z.B. Blutentnahme 24 Prozent (25/104) zusammen. 13,5 Prozent der Untersuchungsformen waren Konsiliardienste (14/104), knapp genauso viel Anteil nehmen die Computertomographischen Diagnostikmaßnahmen (CT) ein 12,5 Prozent (13/104). Desweiteren entfallen 8,7 Prozent auf Sonographische Maßnahmen (9/104) und 5,8 Prozent auf Elektrokardiogramme (EKG) (6/104). Viermal wurde eine Urinanalyse angefordert (3,8%) und in drei Fällen eine mikrobiologische Untersuchung (1 Vaginalabstrich und 2 undifferenzierte Abstriche) (2,9%). In zwei Fällen wurde das diagnostische Verfahren des MRT (Magnetresonanztomographie) angewandt (1,9 %).

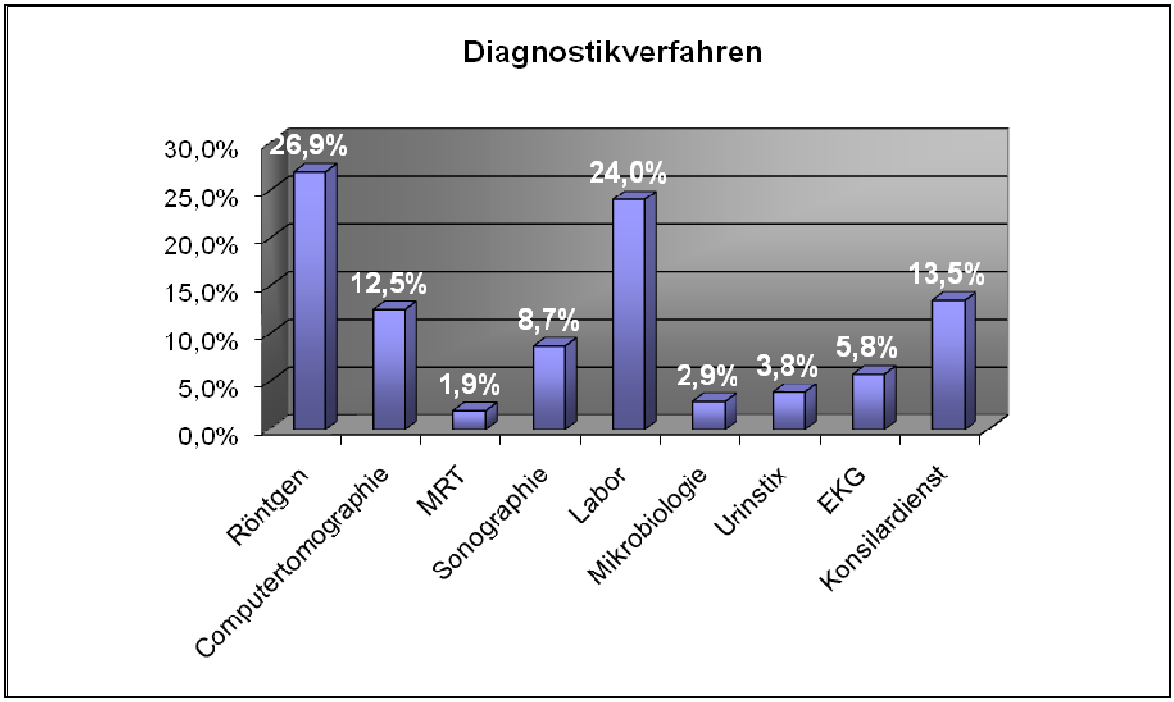

Abb. 26: Angewandte diagnostische Verfahren (n=104)

4.15.1 Differenzierung der bildgebenden Diagnostikverfahren auf die Körperregion

Insgesamt wurden 44 bildgebende diagnostische Verfahren bei 31 Patienten angewandt. Fast zwei Drittel 63,6 Prozent (28/44) waren Röntgenaufnahmen, fast ein Drittel CT-Aufnahmen 31,8 Prozent (14/44) und die restlichen 4,5 Prozent entfallen auf die MRT-Aufnahmen (2/44). Bei der weiteren Differenzierung der bildgebenden Maßnahmen auf bestimmte Körperregionen wurden insgesamt 32 Röntgenverfahren bei 28 Patienten durchgeführt. 34,4 Prozent der röntgenologischen Verfahren wurden vom Thorax gemacht (11/32), 28,1 Prozent vom Schädels (9/32) und das restliche Drittel unterteilt sich wie folgt auf die Extremitätenaufnahmen: 9,4 Prozent Schulteraufnahmen (3/32), jeweils 6,3 Prozent Hand, Bein und Beckenaufnahmen (je 2/32) und jeweils eine Aufnahme der Halswirbelsäule (HWS), Unterarm und Handgelenk 3,1 Prozent (1/32). Es wurden insgesamt 15 Computertomographische Diagnostiken bei 13 Gewaltopfern vorgenommen. Dabei entfällt der Großteil mit 53,3 Prozent auf das Schädel-CT (CCT) (8/15), in drei Fällen wurden Abdomen-CTs gemacht (20 %), in zwei Fällen Thorax-Aufnahmen (13,3 %) und weitere 13,3 Prozent entfallen auf die CT-Diagnostik mit zusätzlicher Kontrastmittelgabe (2/15).

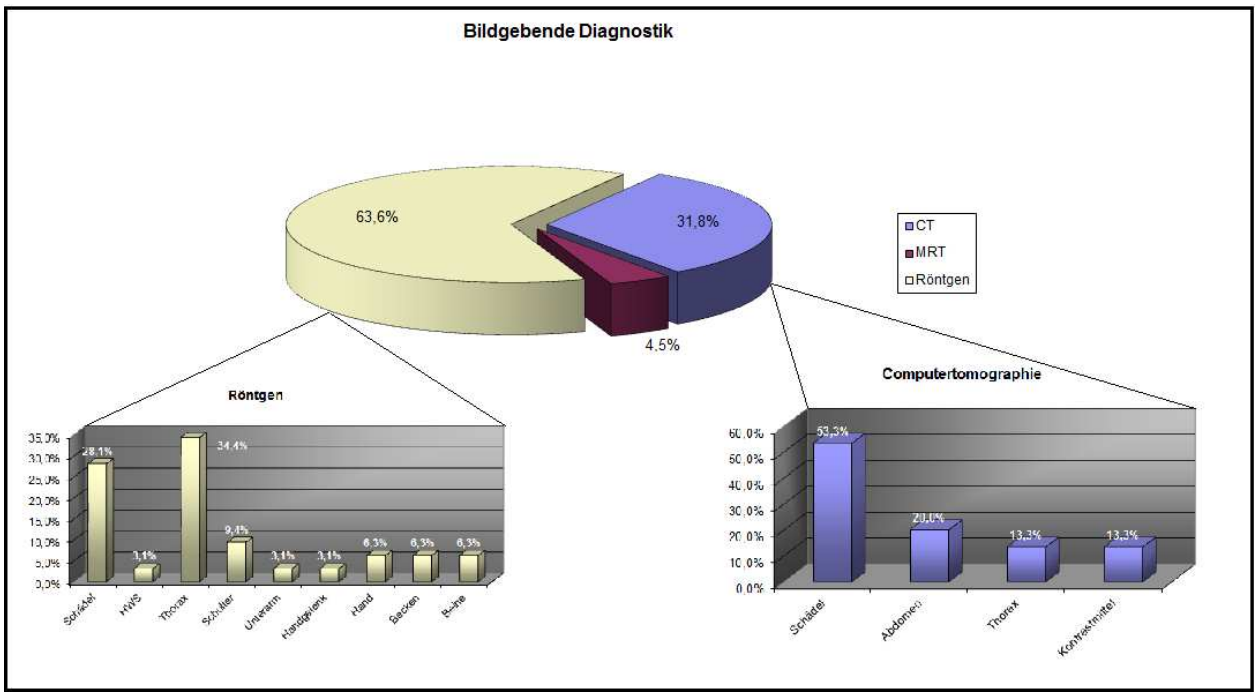

Abb. 27: Weitere Unterteilung der bildgebenden Diagnostik bezogen auf die untersuchte Körperregion (Gesamt n = 44, Röntgen n = 32, Computertomographie n = 15)

4.15.2 Konsiliardienste der jeweiligen Fachrichtungen

14 der 34 Gewaltopfer wurden einer oder mehreren der chirurgischen Fachabteilung fremden Fachabteilung vorgestellt, so dass es zu insgesamt 25 angeordneten Konsilen kommt. Der Großteil der Konsile mit über ein Drittel entfällt auf die Neurologie 36 Prozent (9/25), knapp ein Viertel der Konsile auf die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO) 24 Prozent (6/25) und weitere 16 Prozent auf die Augenheilkunde (4/25). Knapp das restliche Drittel entfällt auf zwei Untersuchungen, einmal durch die Zahn-, Mund-, Kiefergesichtsheilkunde (ZMK) 8 Prozent und eine weitere Untersuchung wurde von einem Zahnarzt, Internisten, Psychiater und Gynäkologen vorgenommen (je 4%).

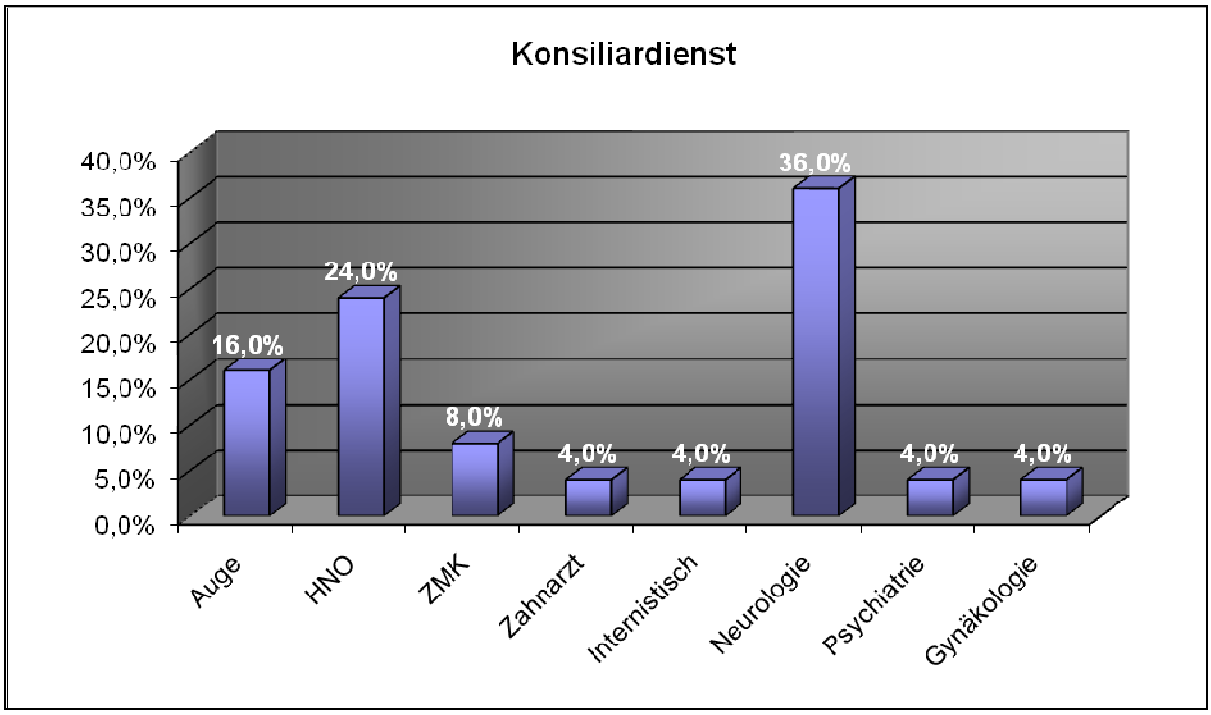

Abb. 28: Unterteilung der Konsiliardienste in die jeweiligen Fachrichtungen (n=25)

4.16 Diagnosen

In diesem Kapitel sind die Lokalisation der verletzten Körperregion, die Art sowie die Schwere der Verletzungen aller Gewaltopfer, ob ambulant oder stationär behandelt, beschrieben. Zusätzlich werden neben den therapeutischen Maßnahmen der stationären Patienten auch die dazugehörigen, spezifischen Diagnosen beschrieben.

4.17 Lebensgefährlichkeit der Verletzungen

Anhand der Diagnose und dem Zustand des Patienten konnte eine Schlußfolgerung auf die körperliche Beeinträchtigung und die damit verbundene Lebensgefahr gemacht werden. Bei lediglich einer Person bestand eine akute Lebensgefahr (3 %), diese wurde auch kurz darauf zur Behandlung ins Ak St. Georg verlegt. Bei 14 der 33 Gewaltopfer (42,4 %) konnte keine Beeinträchtigung des Lebens festgestellt werden. Bei den restlichen Opfern von Gewalttaten (54,5 %) konnte eine potentielle Gewalt nicht ausgeschlossen werden. In der nächsten Tabelle werden die potentiellen und aktut lebensgefährdenden Diagnosen näher bezeichnet.

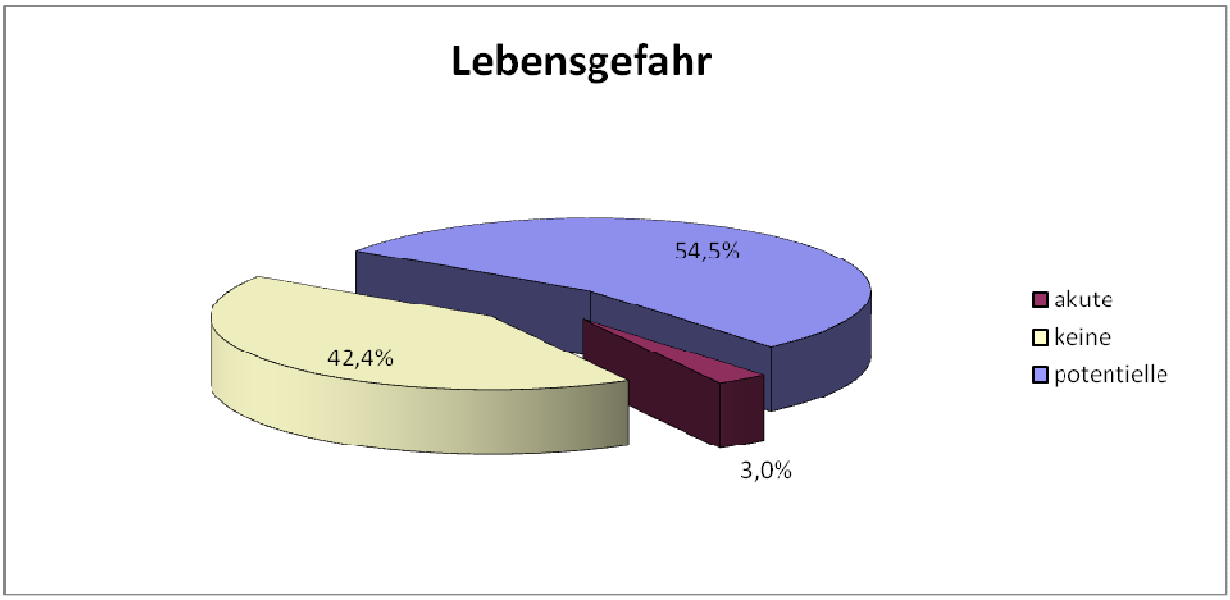

Abb. 29: Einstufung der Schwere von Verletzungen (n=33)

4.17.1 Einteilung der Schwere der Verletzungen anhand der dokumentierten Diagnosen

In einem der 34 gewaltbedingt verletzten Fälle wurde die zuvor nicht lebensbedrohliche Diagnose im Krankheitsverlauf zu einer potentiell lebensbedrohlichen Gefährdung (siehe Abbildung 33, Rechtsmedizinische und Chirurgische Begutachtung, Identifikationsnummer 25).

Lebensgefahr	Diagnose	Id.-Nr.
Akut	Multiple offene Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen, Le Fort III, Binokelhämatom mit Emphysem	9
Potentielle	schwere Gesichtsschädelverletzungen Nasenbeinfraktur, Contusio bulbi beidseits, Brillenhämatom , Polytoxikomanie , multiple zum Teil verblasste Hämatome an Armen streckseitig, frische Hämatome und Schürfwunden (Knie), alte Verbrennungen durch Kerze apikal linksthorakal, ventral	1
	Messerstichverletzung rechte Flanke mit retroperitonealer Einblutung, Verletzung mehrerer Blutgefäße im Abdomen, Lumbosakralgegend, Becken	2
	Messerstichverletzung am linken Rücken mit Iliopsoaseinblutung, retroperitoneales Hämatom, dislozierte Mittelphalanxbasisfraktur 4. Finger, Schädelprellung	3
	Suizidversuch Schnittverletzung beider Handgelenke, Verletzung A.radialis, Akute Blutungsanämie, Hypothermie, Psychose	4
	Commotio cerebri	8
	Suizidale Handlung mit Schnittverletzungen, Medikamenteneinnahme und Alkoholabusus (2 Tage bewußtlos)	11
	multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsknochen, offene Wunde Handgelenk, Zahnluxation, Prellung der Hüfte	12
	Fraktur des Septum Sinus Os frontalis, Fraktur des Os nasale bds., Fraktur der Maxilla mit Dislokation, Mehrfraktur des Septum nasale, Orbitabodenfraktur links, erhebliche Weichteilschwellung	14
	Commotio cerebri, frontale Platzwunde, Hämatom linke Ohrmuschel, retrourikuläre Platzwunde links	16
	Commotio cerebri nach Schädeltrauma, Monokelhämatom, Lidplatzwunde links, nicht dislozierte Nasenbeinfraktur	17
	Z.n nach Kreuzotterbiss, ausgeprägtes Lymphödem	20
	Thorakale Stichverletzung rechts (ca. 4 cm), mit Mantelpneumothorax, Lungenparenchymverletzung rechter Mittellappen, Mediastinalemphysem	21
	spritzende arterielle Blutung distaler Unterarm links	22
	Commotio cerebri , Nasenbeintrümmerfraktur, Infraktion tiefes Collum mandibulae links u. Margo infraorbitalis	23
	Commotio cerebri (kurzzeitige Bewusstlosigkeit mit retrograde Amnesie, Ü + E, schläfrig verlangsamt), Borderline Symptomatik mit autoaggressiven Tendenzen	29
	Nasenbeinfraktur, Gesichtsschädelprellung, fragliche Orbitaprellung, Hyposphagma links, dislozierte Fraktur 7. u. 8. Rippe, multiple Schürfungen und Prellungen, retrograde Amnesie	32

	Commotio cerebri, Gesichtsschädelprellung, Nasenbeinfraktur, Alkoholintoxikation	33
	4 Messerstichwunden linke Rückseite mit Partialpneumothorax links-ventral u. präcordial, Nierenverletzung links	34
Keine	Rippenserienfraktur 7. -9. Rippe rechter Thorax, oberflächliche Verletzung des Kopfes	5
	Weber C # links	6
	komplexer Kniebandinnenschaden links, Außenband-, vordere Kreuzbandruptur, Fibulakopfabriss, interligamentäre Teilruptur des hinteren Kreuzbandes	7
	Fraktur des Ulnaschafts	10
	Fraktur basale Metaphyse des Os metacarpale V, mit Dislokation des distalen Fragments	13
	Orbitabodenfraktur links, frontale Cephalgie aufgrund von körperlicher Misshandlung, Alkoholabusus ohne Entzugssymptomatik	15
	offene distale US-Fraktur, supracondyläre Femurfraktur, Exkoriation lateraler Femur	18
	HWS-Distorsion, Nasenbeinfraktur	19
	proximale Humerusschaftspiralfraktur rechts	24
	Hämatom linker Oberschenkel mit Kompartementsyndromausbildung	25
	Orbitabodenfraktur, Alkoholentzugssyndrom, Alkoholabhängigkeitssyndrom	26
	Galeazzifraktur links	27
	Fraktur der Mandibula links, Fraktur 11. u 12.Rippe	28
	Dislozierte Metacarpale IV / V Schaftfraktur re	30
	Messerstichverletzung rechts thorakal im Bereich der vorderen Axilliarlinie von ca. 20 cm länger klaffend bis ins subcutane Fettgewebe reichend, keine Dyspnoe, bds. belüftete Lungen	31

Tab. 4: Diagnosen in Bezug auf die Lebensgefährlichkeit (n=34)

4.18.1 Verletzte Körperregion

Aufgrund multifaktorieller Verletzungen der Gewaltopfer erhöht sich die Menge der verletzten Körperregionen auf 52. Den gesamten Kopfbereich betrafen fast 40 Prozent der Verletzungen, wobei 25 Prozent der Gesamtverletzungsregionen auf den Gesichtsschädel entfallen (13/52), weitere 11,5 Prozent (6/52) auf den Gehirnschädel und in einem Fall wurde der Kopfbereich nicht näher bezeichnet (1,9%). Fast 1/3 der verletzten Körperregionen beziehen sich auf die Extremitäten, wobei der obere Teil mit 19,2 Prozent (10/52) ein wenig mehr betroffen ist als der untere mit 13,5 Prozent (7/52). Bei 8 Verletzungen (15,4 %) war der Thorax geschädigt worden, in drei Fällen der Rücken 5,8 Prozent, und in jeweils einem Fall der Hals 1,9 Prozent und das Becken 1,9 Prozent.

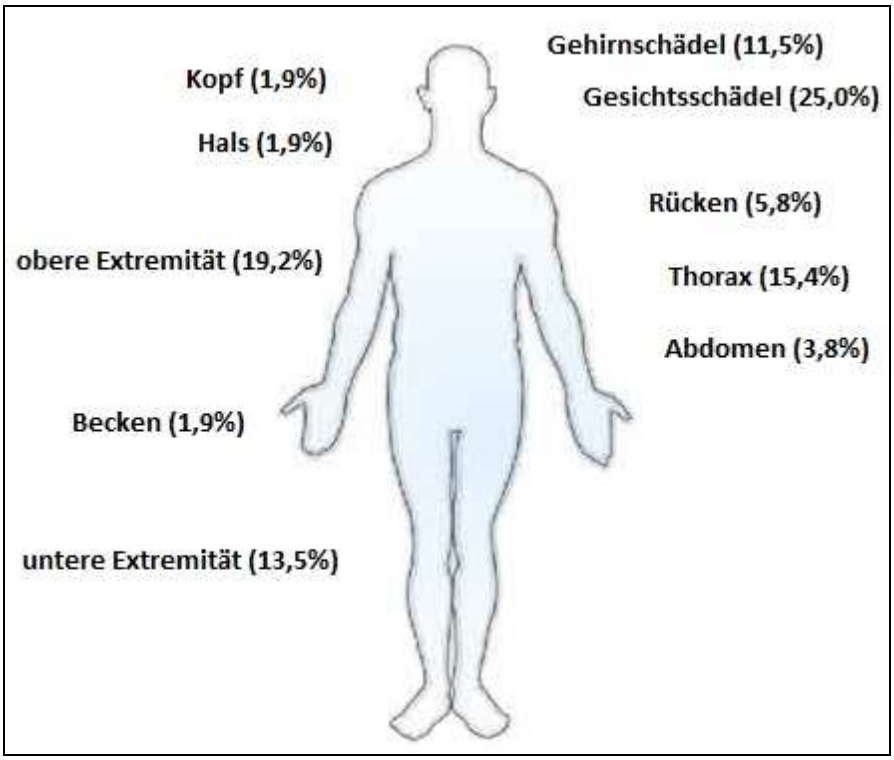

Abb. 30: Einteilung der verletzen Körperregionen von cranial nach kaudal sortiert (n=52)

4.18.2 Verletzungsart

Um die individuellen Diagnosen vergleichbarer darzustellen, wurden diese in ihre jeweiligen Verletzungsarten differenziert. Dabei erhöht sich die Anzahl der Verletzungsmuster auf 72, wobei es auch bei den Gewaltopfern zu Mehrfachnennung kommt.

Die häufigste Verletzungsart mit fast der Hälfte der unterschiedlichen Verletzungen ist die Fraktur 43,1 Prozent (31/72). In acht Fällen kam es zu Stich- und Schnittverletzungen 11,1 Prozent, genauso wie zu Hämatomen (Blutunterlaufungen) 11,1 Prozent, darauf folgen die Prellungen mit 9,7 Prozent (7/72). Desweiteren wurde in 8,3 Prozent der Verletzungsarten eine Commotio cerebri (Gehirnerschütterung) dokumentiert (6/72) sowie Platz- und Risswunden 6,9 Prozent (5/72) und Schürfungen 5,6 Prozent (4/72). Distorsionen, Infekte und Entzündungen wie auch Verbrennungen wurden jeweils einmal erwähnt 1,4 Prozent.

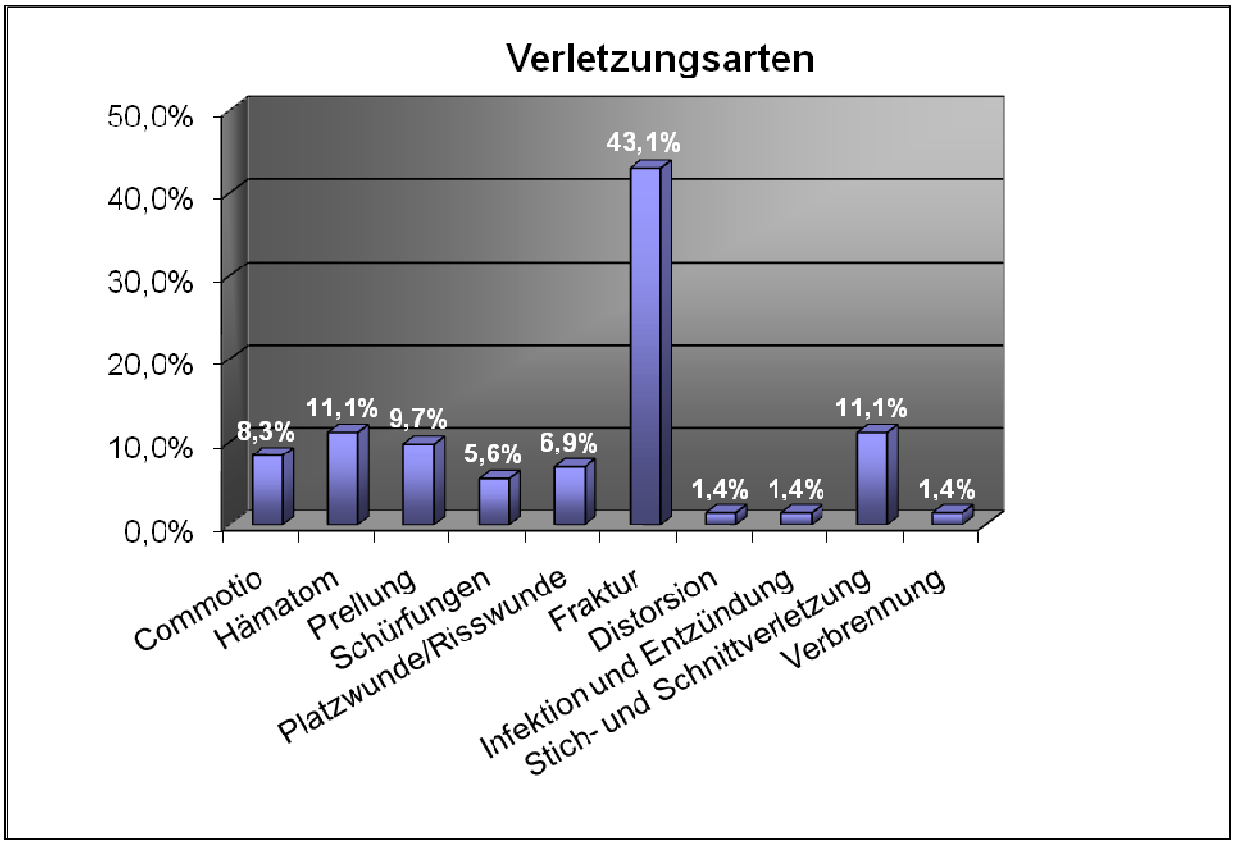

Abb. 31: Einteilung der Diagnosen in die jeweiligen Verletzungsarten (n=72)

4.19 Rechtsmedizinische Untersuchung

Die Rechtsmedizinische Untersuchung wurde in keiner der chirurgischen Akten vermerkt, durch die namentliche Suche der 34 Gewaltopfern in den Archiven des rechtsmedizinischen Instituts konnten dann drei zusätzlich Untersuchte ausfindig gemacht werden.

Daraus folgt, dass 8,8 Prozent der gewaltbedingten Verletzten rechtsmedizinisch untersucht wurden. Diese wurden entweder im Verlauf der stationären Genesung untersucht, bei einer Patientin wurde die Untersuchung noch in der chirurgischen Notaufnahme vollzogen und wieder ein andere Patient wurde ambulant im rechtmedizinischen Institut nach Anmeldung untersucht.

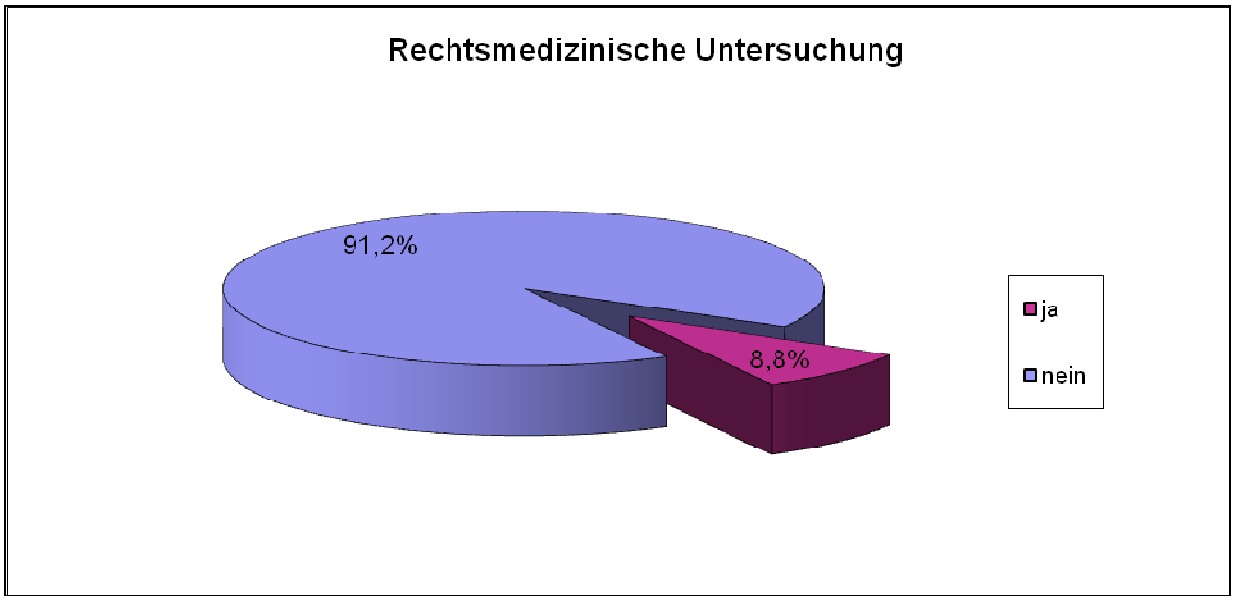

Abb. 32: Darstellung der rechtsmedizinischen Untersuchung auf das Gesamtkollektiv (n=34)

4.19.1 Differenzierung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung

Um die erläuterten diagnostischen Sachverhalte der beiden medizinischen Fachrichtungen besser auswerten zu können, wurden beide Erkenntnisse einander in der folgenden Tabelle gegenüber gestellt.

Id.-Nr.	Rechtsmedizinische Diagnose	Chirurgische Diagnose
25	Stationäre Untersuchung im AK Barmbek 8 Tage nach Aufnahme	
	<u>Anamnese/ Sachverhalt</u>: Familienstreit, Auseinandersetzung zwischen Ehemann, Schwiegersohn und Onkel, Cousin der Tochter - gewaltsames Tür aufstoßen - Ehemann wurde von Onkel angegriffen, beim dazwischen gehen: - durch Onkel Tritt gegen linken Unterschenkel und rechten Oberschenkel erhalten - Faustschläge gegen Unterarm - Sturz im Treppenhaus - Verständigung der Polizei - weder Alkohol- noch Drogenkonsum	Angriff und Tritt durch Familienangehörige (Onkel) gegen Unterschenkel Tatort: Wohnung
	<u>Verlauf:</u> Operativer Eingriff 2 und 6 Tage nach Aufnahme, bei zweitem operativen Eingriff erfolgte die Gabe von Blutkonserven	Hämatomausräumung, -entlastung, Vacusealverband
	<u>Untersuchungsbefund:</u> <u>Kopf:</u> keine sichtbaren/ tastbaren Verletzungen <u>Rumpf</u>: über LWS eine 4x3 cm durchmessende Hautunterblutung mit zentraler Nadelsticheinstelle (Spinalanästhesie), keine Verletzungen <u>Arme</u>: am rechten Unterarm mehrere gelbliche Hautunterblutungen Schwellungen an Zeige- und Mittelfingerknöchel (evtl. durch Sturz im Treppenhaus) Rechte Ellenbeuge tastbarer, strangförmiger Hämodialyse- Shunt, alte Nadelstichstellen Rückseite linker Oberarm 1,5cm große gelbliche Hautunterblutung Linke Ellenbeuge vielfache Hautunterblutung mit unterschiedlichen Verfärbungen Rückseite linker Unterarm vielfache Hautunterblutungen Handrücken blau-bräunliche Hautunterblutung	Hämatom linker Oberschenkel mit Kompartementsyndromausbildung

	Beine: Außenseite linker Oberschenkel 8x8cm großes Areal mit mehreren Hautunterblutungen mit zentraler Nadeleinstichstelle Bandagierter linker Unterschenkel, innenseitig des Knies flächige Hautunterblutung (trat schon kurz nach Tritt auf) Komplett einbandagiertes rechtes Bein Weitere Dokumentation: Photos der Untersuchung Photos von der Tochter zur Verfügung gestellt einen Tag nach Auseinandersetzung: stark angeschwollener Unterschenkel, deutliche Unterblutung, schuppige Oberhautablösung zentral gelegen Postoperatives Photo: mit mehreren Nähten verschlossene Operationswunde, stark gerötete und klaffende Wundränder, Drainage Beurteilung: Durch mehrmalig ungeformte stumpfe Gewalt entstandene Schwellungen und Unterblutungen an Armen und Beinen. Operative Ausräumung zur Gewebeentlastung und Vermeidung weiterer Komplikationen (lebensgefährlicher Schock), die sich aus einem Kompartementsyndrom entwickeln können - Potentielle Lebensgefahr Verletzungen sind mit geschildertem Geschehen und erheblicher Gewalteinwirkung vereinbar Vor Gutachtenfertigstellung erfolgten 2 weitere OPs mit einwöchiger Unterbringung auf der Intensivstation	Anfänglich keine Lebensgefahr
31	Ambulante Untersuchung im Rechtsmedizinischen Institut 2 Tage nach Aufnahme Anamnese/ Sachverhalt: 2 Geschädigte, mit Verweis auf den zweiten Untersuchten - Von 3 Schwarzafrikanern verletzt worden, es sei zu einemStreit gekommen, weil die Geschädigten mit einem Lieferwagen vor ein Geschäft fahren wollten und die 3 nicht aus dem Weg gehen wollten - Verbaler Streit sei eskaliert, Schlägerei - einer der Schwarzafrikaner habe ein Teppichmesser gezogen und auf beide Geschädigte eingestochen - beide erlitten Schnittverletzungen Untersuchungsbefund:	Bei Streit um Pkw-Parkplatz von Gegner mit einem Teppichmesser verletzt worden Täterangaben: Unbekannter

	- an der rechten Körpervorderseite vordere Achsellinie, in Längsrichtung verlaufende (20cm) Schnittverletzung, Umgebung blau-grün unterblutet - an Vorder-/ Innenseite des rechten Oberarms 2 fingerkuppengroße, blau-violette Hautunterblutungen - 10cm große Schwellung rechter Unterschenkel - Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der linken Großzehe <u>Beurteilung:</u> Einmalig scharfe und mehrfach stumpfe Gewalteinwirkung, wobei ein Teppichmesser für die Beibringung der Schnittverletzung am Oberkörper in Betracht kommt (nähere Rückschlüsse auf Tatwaffe durch chirurgische Wundversorgung nicht machbar) Insgesamt sind die Verletzungen mit dem beschriebenen Sachverhalt in kausalen Einklang zu bringen	- Messerstichverletzung rechts thorakal im Bereich der vorderen Axiliarlinie von ca. 20cm Länge, klaffend bis ins subkutane Fettgewebe reichend, keine Dyspnoe, bds. Belüftete Lungen - Operative Wundversorgung mit 10er Septopal-Minikette und Redondrainage
32	Stationäre Untersuchung im AK Barmbek 5 Stunden nach Aufnahme <u>Anamnese/ Sachverhalt</u>: Mit Kollegen zusammen gewesen, dann nachts zum S-Bahnhof aufgebrochen, dort mit einem Mann ins Gespräch gekommen, ein anderer Mann habe das offenbar nicht gut gefunden und es sei zu einer verbalen Auseinandersetzung zwischen den beiden Männern gekommen, Patient habe den Weg fortgesetzt und habe dann keine Erinnerung mehr, an Bushaltestelle liegend vorgefunden / Alkoholkonsum <u>Untersuchungsbefund:</u> <u>Kopf:</u> - Sichtliche Beeinträchtigung - Druckschmerzhafigkeit am Kopf, Kopfhaut wirkt im Scheitelbereich teigig angeschwollen, Kopfhaut am oberen Haaransatz geschürft - Monokelhämatom links mit erheblicher Schwellung und dunkelbraun-violetter Unterblutung linkes Oberlid, Auge ist zugeschwollen, rötliche Flüssigkeit rinnt aus äußeren Lidwinkel - Linke geschwollene geschürfte Schläfe und Jochbeinbogenregion - Links deutliche flächenhafte Unterblutung des Augenweißes (Hyposphagma) - Stirn: Hautunterblutung und –schürfung - Rechtes Auge, geschwollen und unterblutet - Streifige Hautrötungen dreiecksförmig über der linken Wange	Auf Heimweg überfallen und zusammengeschlagen worden, in Blutlache an Bushaltestelle erwacht Foetor ex ore - Nasenbeinfraktur - Gesichtsschädelprellung links mehr als rechts - Monokelhämatom, Orbitaprellung mit Hyposphagma links (Augenkonsil)

	- In beiden Nasenlöchern angetrocknetes Blut - Oberlippenschwellung, Schleimhautverletzungen durch Zahnreihe - Insgesamt geschwollene untere Gesichtshälfte - Fleckförmige Hautrötungen an der rechten Halsseite, Kehlkopfhöhe - Soweit einsehbar keine punkt- oder fleckförmigen Blutungen in Augenbindehaut Thorax: - Hautunterblutungen an beiden Schultern, unterhalb der Clavicula und bandförmige Hautunterblutung in Achselfalte - Unterhalb der rechten Brust in Hautfalte Hautunterblutung Extremitäten: - Innenseite rechter Oberarm Hautunterblutung - Beugeseite rechter Unterarm Hautunterblutung und querverlaufende Hautkratzer - Rechter Handrücken Hautunterblutungen - Blutantrocknungen unter Fingernägeln - An Vorderseite des linken Oberschenkels, handbreit unter der Schritthöhe, mehrere Hautabschürfungen und –unterblutungen - Hautabschürfungen am Knie Rücken/ Flanke: - Steißbein verschmutzt und Hautabschürfungen (Schürfkratzer) - An der rechten Flanke und rechten Hüfte bogenförmige Hautkratzer <u>Weitere Dokumentation:</u> Photos der Untersuchung <u>Beurteilung:</u> Massive Verletzungen der Weichteile von Gesicht, behaartem Kopf, Hals, Oberkörper und Extremitäten Folgen stumpfer äußerer Gewalteinwirkung. An den Schultern und an den Extremitäten sind Verletzungen erkennbar, die am ehesten als Griffspuren zu interpretieren sind - Am ehesten Beibringung von fremder Hand, ein einfaches Sturzgeschehen ist als Entstehungsursache höchst unwahrscheinlich - Erhebliche körperliche Misshandlung (durch Schläge, Griffe und evtl. auch Fußtritte)	- Dislozierte Rippenfraktur - Kleine Kontusion inframammär, oberflächliche Kratzer am Oberbauch - Prellmarken beider Knie (älter wirkend) - Schürfungen und Prellmarken lumbosakral

Abb. 33: Gegenüberstellung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung (n=3)

4.20 Therapie

Bei 32 der 34 gewaltbedingten Verletzten konnte anhand der vorliegenden Akten eine Therapie nachvollzogen werden. Dabei kam es zur Mehrfachnennung verschiedener Therapien und zu insgesamt 47 Maßnahmen. Fast die Hälfte aller Maßnahmen waren konservativ-chirurgische Maßnahmen zu denen z.B. die Versorgung von Wunden, Kühlung sowie Analgetikagabe gehörte 40,4 Prozent (19/47). In vier Fällen 8,5 Prozent wurde überbrückend ein Gips angelegt bis es dann in 27,7 Prozent der Fälle zu einem operativen Eingriff (Plattenosteosynthese, Laparotomie, Fixateur externa) kam (13/47), welches anhand von OP-Protokollen dokumentiert wurde. In 12,8 Prozent der Maßnahmen war das Anlegen einer Drainage, beispielsweise einer Redon-, Robinson oder Thorax- (Bülau-) Drainage (6/47) notwendig. In jeweils einem Fall war eine Reposition und eine Punktion notwendig jeweils 2,1 Prozent. Bei weiteren 6,4 Prozent wurden keine Therapiemaßnahmen eingeleitet.

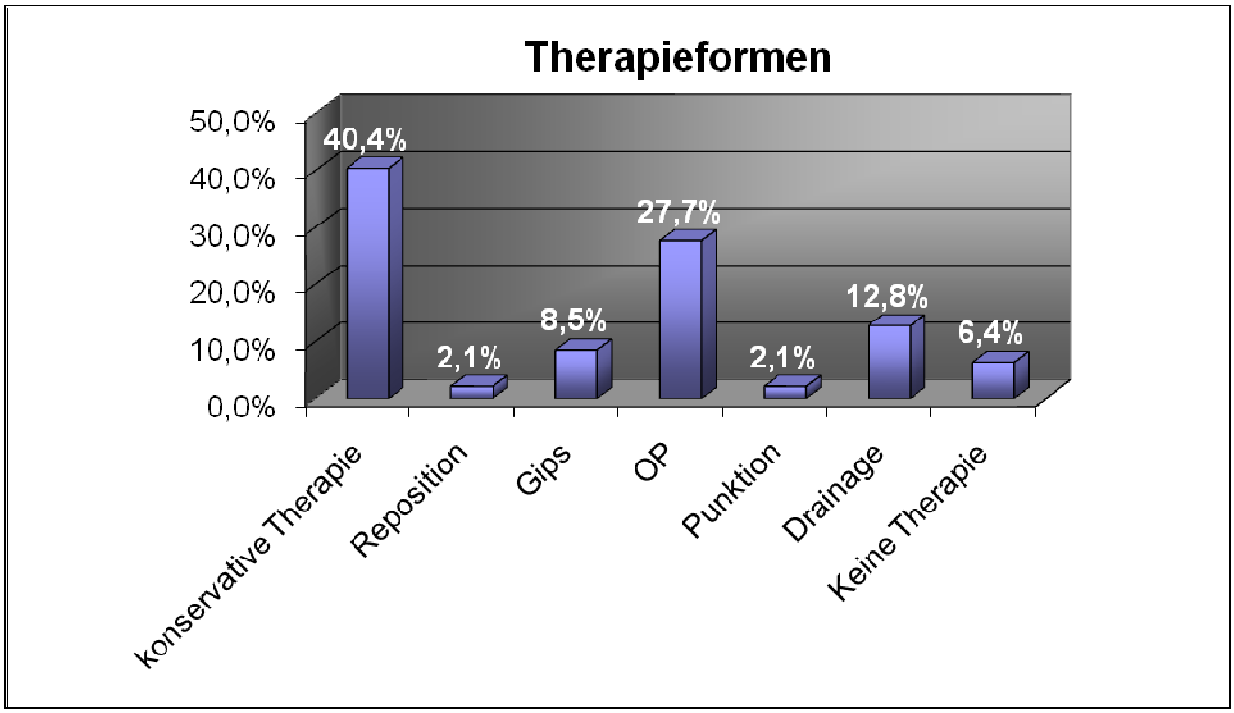

Abb. 34: Angewandte Therapieformen (n=47)

4.20.1 Spezielle Therapie

In bestimmten Fällen der Gewaltopfer erfolgten spezielle Therapieformen. So wurde bei einem Patient nach Aufnahme eine Entzugstherapie mit Distraneurin eingeleitet. Ein weiterer Patient der nach einem Suizidversuch in die Klinik eingeliefert wurde, musste per Sofortmaßnahme mit Haldol, Lamictal und Phenytoin ruhig gestellt werden. Bei 2 weiteren Patienten war eine psychologische oder soziale Betreuung notwendig. Bei einem akut lebensgefährlich verletzten Gewaltopfer wurde eine Suchhardt-Schienung angelegt, bevor er verlegt wurde. Desweiteren wurde ein Patient per Laparotomie wundversorgt (Wunddrainagen, Robinson-Drainage) und erhielt im weiteren Verlauf aufgrund einer Nachblutung eine Wundrevision. Genauso musste auch eine Patientin mehrmals operiert werden, da sich durch die Hämatomausräumung ein Kompartementsyndrom entwickelte und dieses chirurgisch saniert werden musste. Bei einem weiteren Gewaltopfer wurde zur Wundversorgung eine Antibiotikakette (10er Septopal Minikette) eingelegt.

4.21 Anästhesieformen

Zu den Anästhesieformen gehören die lokale Behandlung, die Leitungsanästhesie und die Vollnarkose. Allerdings wurden diese kaum in den Akten dokumentiert, bei einigen Patienten konnte sie allerdings aufgrund der Operationsprotokolle nachvollzogen werden. Somit kam es bei 11 Gewaltopfern zur Anwendung einer Vollnarkose und 3 erhielten eine Leitungsanästhesie.

4.22 Tetanusimpfung

Drei der der gewaltbedingten Verletzten wurden geimpft 8,8 Prozent (3/34). Bei einem gewaltbedingten Verletzten mit unklarem Tetanusschutz erfolgte eine simultane aktive und passive Immunisierung mit Tetanol und Tegretal. Ein weiteres Gewaltopfer erhielt eine Immunisierung mit Tetanol, genauso wie ein anderer Patient, der nach der Antiserumgabe im Ausland (Vipera TAB, European Viper Antiserom) zusätzlich geimpft wurde.

4.23 Weiter- und Nachbehandlung

Aus den Akten war nur in wenigen Fällen der gewaltbedingten Verletzten eine Weiter- bzw Nachbehandlung nachvollziehbar. Jedoch wurde jedem Patienten mit

der Mitgabe des Entlassungbriefs eine Aufsuchung des eigenen Hausarztes angeraten. Bei Schnittverletzungen wurde den Gewaltopfern die Fortführung der Antibiotikaeinnahme, Fadenziehung sowie die regelmäßige Wundkontrolle durch einen Mediziner empfohlen.

4.24 Selbstverletzendes Verhalten

Drei der 34 Gewaltopfer 8,8 Prozent wurden in suizidaler Absicht in die chirurgische Notaufnahme des AK Brambek eingewiesen. Dabei handelt es sich um zwei Männer und eine Frau. Bei einem Patienten handelt es sich um einen männlichen 53-jährigen der schon zweimalige suizidale Handlung vollzogen hatte und in diesem Fall eine gewalttätige Auseinandersetzung mit seiner Ehefrau hatte. Dabei habe er seine Frau geschlagen und daraufhin von der zur Hilfe gekommenen Polizei Hausverbot erhalten. Der Patient habe dann im Schuppen geschlafen und 120 Schlaftabletten eingenommen, nach 2 Tagen sei er wieder aufgewacht. Es kam erneut zu einer Auseinandersetzung mit seiner Frau, wobei er sich selbst Schnittverletzungen des linken Handgelenks zufügte. Der andere männliche Selbstverletzter (47 Jahre) äußerte „mit dem Leben nicht mehr klar gekommen zu sein“ und wurde in seiner Wohnung liegend, mit Schnittverletzung beider Handgelenke, der Verletzung der Arteria radialis, akuter Blutungsanämie und Hypothermie aufgefunden. In seiner Vorgeschichte zeigten sich eine Psychose, sowie ein weiterer versuchter Suizid in Form eines Fenstersprungs vor Jahren. Die weibliche Suizidpatientin ist zum Tatzeitpunkt 32 Jahre alt und schlug sich mit scharfem Spatel in den Unterarm, aufgrund der nur im Unfallkrankenhaus Boberg möglichen gefäßchirurgischen Intervention, wurde sie dorthin verlegt.

4.25 Verletzung durch Tiere

Von den 34 Gewaltopfern, war ein Patient durch ein Tier angegriffen worden. Er erlitt einen Biss durch eine Kreuzotter beim Holz sammeln im Urlaub. Die dortige Behandlung erfolgte mittels Antiserumgabe. Im Verlauf kam es zur Ausbildung eines Lymphödems, daraufhin begab sich der Patient zur weiteren Therapie ins AK Barmbek. Dabei wurde eine Blaseneröffnung, die Anlage eines Lavaseptverbands und die intravenöse Antibiotikatherapie mit Staphylex (Flucloxacillin), sowie die Armhochlagerung und Kühlung eingeleitet. Der Patient verließ gegen ärztlichen Rat nach 2 Tagen die Station.

5 Diskussion

Gewalt ist ein großes Problem unserer heutigen Gesellschaft, aber es ist nicht erst plötzlich aufgetreten, sondern es besteht seit Beginn der Menschheit. Daher kann es auch nicht möglich sein ein solches Thema, innerhalb von wenigen Jahren zu lösen. Allerdings besteht die Möglichkeit das Problem zu erfassen, es zu kontrollieren und es einzudämmen. Traditionell wird Gewalt als eine Angelegenheit der Justiz angesehen, dem Gesundheitssektor wird jedoch immer mehr Ansehen im Kampf gegen die Gewalt geschenkt. Nicht nur die Resultate der Gewalt, sondern auch möglichst viel Wissen darüber, die Untersuchung der Ursachen und Vermittlung und Wirksamkeit von Programmen sollen dem Gesundheitssektor durch Public-Health Ansätze zugeschrieben werden (WHO 2010).

Die einst so kontinuierliche Bindung an einen Arzt, die gegebenfalls noch im ländlichen Bereich besteht, ist durch das große Angebot an Ärzten in Ballungszentren aufgehoben. Der Verlust eines stetigen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird durch häufige Arztwechsel gefördert, wodurch Vertrauenverhältnisse aufgehoben werden. Dies führt zur Einbüßung einer kontinuierlichen Sichtung des Patienten. Der Umgang mit Patienten die in die Chirurgische Notaufnahme kommen sollte möglichst individuell und auf die jeweilige Situation angepasst sein. Dabei werden vom Pflegepersonal und Ärzten neben fachlicher Kompetenz und einem zügigen Arbeiten, der behutsame und sensible Umgang mit den Verletzten erwartet.

Die vorliegende Studie dient der Zusammenfassung von Gewaltgeschehen und deren Folgen im Untersuchungskollektiv dreier chirurgischer Notaufnahmen der Großstadt Hamburg. Die Darstellung des saisonalen Verlaufs über einen zwölfmonatigen Zeitraum, sowie die Relevanz eines rechtsmedizinischen Konsiliardienstes sollte überprüft werden. Vermutet wurde, dass das AK Barmbek durch seine zentrale Lage innerhalb großer Wohnbezirke eine Relevanz für häusliche Gewalt habe. In der folgenden Diskussion wurden die epidemiologischen Zusammenhänge von Alter und Geschlecht, sowie Täter–Opfer-Beziehungen, Art und Ausmaß der Verletzungen und deren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erörtert. Dabei wurde maßgeblich Bezug auf die vorhergegangenen Dissertationen von Kühne 2007 und Süße 2008 genommen. Unteranderem wurden weitere nationale und internationale Studienergebnisse und wissenschaftliche Arbeiten berücksichtigt und interpretiert.

5.1 Kritik an Material und Methoden

Die vorliegende Arbeit stellt eine rein retrospektive Betrachtung dar. Eine Abhängigkeit bezüglich Vollständigkeit und Qualität der dokumentierten Daten war somit vorgegeben. Es wurde ein zuvor festgelegter Fragebogen (siehe Material und Methoden) verwendet. Desweiteren wurden die archivierten Notfallbögen auf entsprechende Informationen hin untersucht. Diese Herangehensweise stützt sich zu allen weiteren Erhebungen auf die durch den behandelnden Arzt niedergeschriebenen Informationen. Es besteht laut Paragraph zehn der „Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“ eine Dokumentationspflicht des behandelnden Arztes gegenüber seinen Patienten (Bundesärztekammer 2006) (Süße 2008). Die Niederschriften dienen einerseits als Gedächtnisstütze für den Arzt und dokumentieren zudem den Behandlungsnachweis. Im Falle juristischer Auseinandersetzungen erlangt der zweite Teil an Bedeutung. Gerade die stichhaltige Dokumentation in Anklage- und Prozessfällen ist von Belang, z. B. der genaue Tathergang, Informationen über den Täter und Wunddokumentation. Problematisch ist dabei, dass es nicht mehr nachvollziehbar ist, ob nur wenig dokumentiert wurde, weil es nur wenig zu dokumentieren gab, oder ob ein zeitlicher und oder personeller Mangel vorlag. Der dazu führte, dass lediglich die adäquate medizinische Versorgung gegeben war und nicht weiter auf die Ursachen oder exakte Dokumentation eingegangen wurde. Desweiteren muss von einem unterschiedlichen Bildungs- und Erfahrungsstand der Mitarbeiter in der Notaufnahme ausgegangen werden (Süße 2008), so dass es dazu kommen kann, dass gewaltassoziierte Verletzungen unentdeckt bleiben. Auch ist es nicht mehr nachvollziehbar, ob ein sensibler Umgang mit wohlmöglichen Gewaltopfern erfolgte und eine darauf gerichtete Befragung erfolgte.

Zur Zeit der Datenerfassung, wurden die Patientenakten im AK Barmbek zur Archivierung digitalisiert. Die Akten werden eingescannt und daraufhin vernichtet, eine inhaltliche Prüfung entfällt. Die Abteilungen sind für die Vollständigkeit der Akten zuständig, nicht das Archiv. Da es leider noch kein Mahnverfahren gibt, besteht die Möglichkeit, dass die Akten unvollständig und lückenhaft sind und auch nach Abschluss der Behandlung in der Abteilung liegen könnten.

Wie auch schon in den vorhergegangenen Veröffentlichungen von Kühne 2007 und Süße 2008 bemerkt, kann es sich bei den erhobenen Daten – bezogen auf das untersuchte Gesamtkollektiv – nur um die untere Grenze des Gewaltvorkommens

handeln. Die Hauptgründe dafür sind wohlmöglich das Arzt-Patienten-Verhältnis, mangelnde Kommunikation und Dokumentation aufgrund von Zeitmangel.

5.2. Einordnung der vorliegenden Untersuchung in die Literatur

Insgesamt wurden 1536 Patientenakten in dem einjährigen Zeitraum ausgewertet. Davon wurden 34 Fälle in die Auswertung eingeschlossen. Dieses sind Personen, die sich aufgrund physischer Verletzungen durch Gewalt in medizinische Behandlung, in diesem Fall in die chirurgische Notaufnahme, begaben. Nicht in dieses Patientenkollektiv mit aufgenommen werden konnten solche, die psychischer Gewalt begegneten, wie zum Beispiel Bedrohungen, Demütigungen, Vernachlässigungen, da sie sich meist nicht in die Notaufnahmen begeben, bestenfalls traten diese Dinge als Begleitphänomene auf (Süße 2008). Hauptsächlich sollen die Ergebnisse mit den vorhergegangenen Arbeiten von Kühne 2007 und Süße 2008 verglichen werden um eine Aussage über die Gewaltprävalenz der Stadt Hamburg treffen zu können. Ein Vergleich mit weiteren nationalen und internationalen Studien scheint nur mit einzelnen Fakten möglich, da sich die veröffentlichten Studien in ihrem Aufbau unterscheiden. Ein weiterer häufig erwähnter Faktor ist die inhomogene Definition von Gewalt (Heitmeyer und Hagan 2002, WHO 2003, Kühne 2007, Süße 2008), die dazu führt, dass sich das Patientenkollektiv verändert. In den Hamburger Studien handelt es sich in allen drei Kliniken um Opfer physischer Gewalt (Kühne 2007, Süße 2008). Dabei geht es um Fakten, die retrospektiv aus den Akten oder Notfallbögen hervorgingen und mittels der Anamnesen der behandelten Ärzte erfasst wurden. In internationalen Studien wurden größtenteils prospektive Untersuchungen durchgeführt, meist mittels Gesprächen und Fragebögen der Patienten (Downing et al. 2003, Howe und Crilly 2002, Sivarajasingam und Shepard 2004, Wright et al. 1997). In der Schweizer Studie von Hofner et al. 2005 wurden sowohl die Opfer von physischer als auch psychischer Gewalt beschrieben. Daugherty und Houry untersuchten 2008 die Gewalt unter Intimpartnern, dabei wurden nur Frauen befragt. Und Alsaker untersuchte 2002 in der Schweiz jugendliche Gewaltopfer und deren Waffenbesitz.
Desweiteren unterscheiden sich die Studien in ihren Erfassungszeiträumen von einem Monat (Hofner et al. 2005), zwei Monaten (Wright und Kariya 1997), drei Monaten (Howe und Crilly 2002), einem Jahr (Downing et al. 2003) bis zu drei (Sivarajasingam und Shepard 2004) oder auch fünf Jahren (Sivarajasingam et al.

2008). Die Hamburger Studien aus dem UKE (Kühne 2007) und aus dem AK St. Georg (Süße 2008) haben einen Erhebungszeitraum von sechs Monaten. Um einen saisonalen Verlauf in der Stadt Hamburg darstellen zu können wurde dieser Zeitraum in der Studie über das AK Barmbek auf ein Jahr ausgeweitet.
Die in den Studien erfassten Daten erfolgten aus mindestens einer bis zu 33 Notaufnahmen (Hamburg 2007, 2008, 2013, Sivarajasingam und Shepard 2001). Aus den unterschiedlich langen Erfassungszeiträumen und den Differenzen in der Masse der Notaufnahmen ergeben sich stark auseinanderweichende Zahlen im Gesamtkollektiv und dadurch auch divergierende Zahlen an gewaltbedingten Verletzten.
Das Gesamtkollektiv betreffend, äußerte schon Kühne 2007 die schmale Konzipiertheit der Studien von 8274 Patienten und darunter 290 durch Gewalt geschädigte Patienten (Kühne 2007). Das Gesamtkollektiv des AK St. Georg bestand aus 3849 Patienten, davon waren 503 durch gewalttätige Übergriffe betroffen (Süße 2008) und nun 1536 Patienten gesamt und 34 Gewaltopfer. Ein durchaus kleines Patientenklientel, summiert sind es aber für den Hamburger Raum nördlich der Elbe knapp 13.000 Patienten über ein halbes Jahr gerechnet.
Anhand einer Tabelle soll ein Überblick der nationalen und internationalen Arbeiten verschafft werden.

Autoren **Erscheinungsjahr**	**Land**	**Studiendesign**	**Größe des Gesamtkollektivs**	**Anteil gewaltbedingter Verletzungen**
Wright und Kariya 1997	Schottland	Prospektive 2-monatige Studie in einer Notaufnahme zu physischer Gewalt	9.815	2,4 % (235)
Hofner et al. 2005	Lausanne, Schweiz	Prospektive 1-monatige Befragung zu häuslicher Gewalt	1602 Studienteilnehmer	11,4 % (183)
Howe und Crilly 2002	East Lancashire England	Prospektive 3-monatige Studie von 2 Notaufnahmen zu physischer Gewalt	11.861 Patienten	2,6 % (305)

Alsaker 2002	Bern Schweiz	Studie über Gewalt an Jugendlichen		10 %
Downing et al. 2003	West Midlands Großbritannien	Prospektive 1 jährliche Studie von 12 Notaufnahmen zu physischer Gewalt	887.289 Patienten	1,9 % (17.055)
Boyle und Todd 2003	Großbritannien	Prävalenzstudie einer Notaufnahme zu häuslicher Gewalt	256 Patienten	Akutprävalenz 1,2 % Lebens-zeitprävalenz 22 %
Steen und Hunskaar 2004	Bergen Norwegen	Prospektive 2-jährige Studie in Notaufnahmen zu physischer Gewalt	138.692 Patienten	1,3 % 1803
Kühne 2007	UKE Hamburg	Retrospektive 6-monatige Studie in einer Notaufnahme zu physischer Gewalt	8.274 Patienten	3,5 % (290)
Daugherty und Houry 2008	USA	Retrospektive 1-jährige Studie in Notaufnahmen zu häuslicher Gewalt bei Frauen		33 %
Sivarajasingam und Sheperd 2008	England Wales	Prospektive 5-jährige Untersuchung in 32 Notaufnahmen zu physischer Gewalt		203.819 6,4 von 1000 der Wohnbevölkerung
Moreira et al. 2008	Natal Brasilien	Prospektive 6-monatige Befragung von 30 Fachleuten zu häuslicher Gewalt		34 % der Frauen

Süße 2008	AK St. Georg Hamburg	Retrospektive 6-monatige Studie einer Notaufnahme zu physischer Gewalt	3.849 Patienten	13,1 % (503)
MacMillian et al. 2009	Ontario Kanada	12-monatige prospektive Studie in Notaufnahmen und Arztpraxen zu häuslicher Gewalt		4,1 % - 17,7 %
Grundel et al. 2012	Hessen Deutschland	Prospektive 1-monatige Studie in 3 Notaufnahmen mittels PVS (Partner Violence Screen)	Klinik A: 118 Patienten Klinik B: 530 Patienten	14,5 % (9) 4,3 % (23)
Polac 2013	AK Barmbek Hamburg	Retrospektive 1-jährige Studie in einer Notaufnahme zu physischer Gewalt	1.536 Patienten	2,2 % (34)

Tab. 5: Aufstellung nationaler und internationaler Studien

5.3 Anteil an gewaltbedingten Verletzten in der chirurgischen Notaufnahme

Der Anteil der gewaltbedingten Verletzten schwankt im internationalen Vergleich zwischen 1,3 und 34 Prozent (siehe Tabelle). In den drei Kliniken der Stadt Hamburg liegt der geringste Anteil mit 2,2 Prozent (34/ 1536) beim AK Barmbek, darauf folgt das UKE mit 3,5 Prozent (290/8274) und mit deutlich höherem Anteil auch im internationalen Vergleich das AK St. Georg mit 13,1 Prozent (503/ 3849) (Kühne 2007, Süße 2008). Durch die Inhomogenität der Studien liegen die Anteile der physischen Gewalt weit auseinander, so beschreibt eine kanadische Studie den Anteil speziell der häuslichen Gewalt mit von 4,1 bis 17,7 Prozent (MacMillian et al. 2009). Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2011 vermerkte 2,8 Prozent erlebte körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend (Häuser et al. 2011). Der Anteil von 2,2 Prozent gewaltbedingten Verletzten im AK Barmbek scheint der vergleichbarste Werte mit der internationalen Literatur zu sein. So lagen die Werte in Schottland

bei 2,4 Prozent und in britischen Studien bei 1,8 Prozent bis 2,6 Prozent (Wright und Kariya 1997, Boyle und Todd 2003, Downing et al. 2003, Howe und Crilly 2002). In Norwegen und in einer weiteren britischen Studie zeigten sich lediglich 1,3 Prozent und 1,2 Prozent Gewaltopfer (Steen und Hunskaar 2004, Boyle und Todd 2003). Aber auch der hohe Anteil aus dem AK St. Georg mit 13,1 Prozent, wird durch die nationale Studie von Grundel et al. mit 14,5 Prozent und Schweizer Studien über Gewalt an Jugendlichen mit 10 Prozent sowie häuslicher Gewalt mit 11,4 Prozent bestätigt (2012, Alsaker 2002, Hofner et al. 2005). Überdurchschnittliche hohe Anteile zeigten sich in Studien zum Thema häuslicher Gewalt, bei denen es in den USA zu 33 Prozent und in Brasilien zu 34 Prozent Verletzten kam (Daugherty und Houry 2008, Moreira et al. 2008). Durch diese unterschiedlichen Studienergebnisse lässt sich annähernd das Ausmaß des Gewaltproblems begreifen. Die möglichen Ursachen werden in den weiteren Kapiteln beleuchtet.

5.4 Die Großstadt Hamburg und der Standort der 3 Kliniken

Für die Stadt Hamburg wurden 3 Kliniken ausgewählt. Sie gehören zu den 3 größten Kliniken in Hamburg und liegen alle nördlich der Elbe. Die Einzugsgebiete sind relevant für die Ergebnisse. Das Einzugsgebiet des AK Barmbek beläuft sich auf den Bezirk Hamburg Nord und Bereiche des Bezirks Hamburg Wandsbek. Das AK Barmbek wurde 1913 gegründet und bezog 2005 den Neubau und vergrößerte sich somit auf 657 Betten. Die jährlichen stationären Behandlungen liegen bei circa 33.000 Patienten und ambulant über 42.000 (Qualitätsbericht 2010). Mit 18 Fachabteilungen bildet sie das Schlusslicht der drei Kliniken. Der Aufgabenbereich liegt in der wohnortnahen medizinischen Grundversorgung, sowie der Schwerpunktversorgung und der Diagnostik und Behandlung aller Akuterkrankungen (Qualitätsbericht 2004). Anhand des weltweit anerkannten Einstufungssystems „Manchester Triage“ wird jeder Patient von einer erfahrenen und speziell geschulten Pflegekraft erst eingeschätzt und priorisiert.

Die Differenzierung zwischen Lage der Klinik und Geschehen der Tat sind für das AK St. Georg von Relevanz. Dabei geschah der Großteil der gewalttätigen Übergriffe 39,4 Prozent (137/348) im Stadtteil St. Pauli und nicht im Krankenhaus gelegenen Stadtteil St. Georg. Dessen Anteil mit 25,3 Prozent (88/348) als zweithäufigster Tatort in der Stadt Hamburg rangiert (Süße 2008). Die regionale

Nähe zur Vergnügungsmeile, das „Rotlichtmilieu“ und die „Hausbesetzungsszene“ in St. Pauli bedingen dabei ein erhöhtes Aufkommen von gewalttätigen Übergriffen (Vogel et al. 1997). So fanden 45,1 Prozent aller Straftaten des Jahres 2005 in den besagten Stadtteilen statt (PKS 2005). Der regionale Schwerpunkt des AK St. Georg ist der Bezirk Mitte. Im Qualitätsbericht 2010 wurde das Krankenhaus mit 625 Betten deklariert und knapp 27.000 vollstationären Fallzahlen, teilstationär etwas mehr als 30.000 und fast 35.000 ambulanten Fällen. Die Klinik hat ein breites medizinisches Leistungsangebot mit 21 Fachabteilungen (Hamburger Krankenhausspiegel).

Kühne nimmt in ihrer Dissertation kein Bezug zum Standort des UKEs und deren Stellung in der Stadt Hamburg. Der Qualitätsbericht des UKE aus dem Jahre 2008, spricht von einer Gesamtbettenzahl von circa 1.500 und von fast 60.000 stationären Patienten sowie über 30.000 ambulanten Fällen. Die Universitätsklinik Hamburg Eppendorf ist mit ihren 81 Fachabteilungen überpräsentiert und in fast allen Fachbereichen spezialisiert (Hamburger Krankenhausspiegel). Das Einzugsgebiet ist damit nicht nur der Bezirk Eimsbüttel und Eppendorf, sondern der Gesamtbereich Hamburg aufgrund der Spezialisierung der Klinik.

Anhand kriminalstatistischer Erhebungen können gefährliche und schwere Körperverletzung den jeweiligen Stadtteilen zugeordnet werden. So stiegen im Stadtteil St. Pauli die Taten auf 405 Delikte (28,1%) und in St. Georg auf 145 Taten (5,8%). Im Vergleich dazu stieg im gesamten Bezirk Mitte die Zahl jedoch nur um 3,1Prozent an. Zu den weiteren Brennpunkten der Stadt Hamburg gehören die Sternschanze (Bezirk Altona) mit 61 Fällen (Krawalle 1. Mai) und die Stadtteile Lurup und Osdorf (Jugendgangs). Diese Bereiche werden größtenteils durch die Unterbringung im AK Altona versorgt. Allerdings kam es auch zu einer Verdopplung der Straßengewalt in Winterhude (18 auf 36 Fälle). Straßengewalt ist offensichtlich nicht nur ein „Kiezproblem“ (Fengler 2009). In der polizeilichen Kriminalstatistik werden im Jahr 2004 knapp 40.000 Straftaten im Bezirk Nord, im Bezirk Hamburg Eimsbüttel und Eppendorf Nord knapp 34.000, aber im Bezirk Hamburg Mitte (St. Pauli, St. Georg) mit 77.000 fast doppelt so viele Straftaten verzeichnet (PKS 2004, LKA 141 2005). Dabei fielen in Eimsbüttel und im Bezirk Nord fast gleich viele Körperverletzungen (1500 und 2000) an, während es im Bezirk Mitte über 5.000 mit steigender Tendenz im Jahre 2005 waren. Dadurch mag sich die Mehrbelastung des AK St. Georgs mit Gewaltverletzten, im

Gegensatz zum UKE und dem AK Barmbek, erklären. Der signifikante Anstieg aller gefährlichen und schweren Köperverletzungsdelikte hängt möglicherweise aber auch mit der polizeilichen Präsenzverstärkung und der damit erhöhten Anzeigebereitschaft zusammen (Polizeibericht 2004).

5.5 Analyse des Opferkollektivs

5.5.1 Geschlechteranteil der Gewaltopfer

Die Geschlechtsverteilung der Gewaltopfer geht mit 70 Prozent (24/34) zulasten des männlichen Geschlechts und nur 30 Prozent (10/34) der Geschädigten waren Frauen, obwohl der Anteil der Frauen des Gesamtkollektivs bei über 60 Prozent liegt. Ähnliche Zahlen ergaben sich bei Kühne mit 73 Prozent Männer und 27 Prozent Frauen, sowie in der britischen und norwegischen Literatur mit 74 Prozent und 26 Prozent (Crilly 2002, Sivarajasingam 2001, 2008, Steen und Hunskaar 2008). Einen höheren Männeranteil gab es hingegen bei Süße mit 85 Prozent männlichen Gewaltopfern 2008 und in Schottland bei Wright und Kariya 1997 mit 80 Prozent Männern. Laut der WHO machen Männer zwei Drittel der Tötungsdelikte aus (WHO 2003). Ein Prädiktor scheinen in der internationalen Literatur junge, ledige, arbeitslose Männer zu sein (Kühne 2007).

Damit liegt der Anteil männlicher Gewaltopfer im nationalen und internationalen Vergleich eher am unteren Rand. Im statistischen Bundesamt sind Männer nur zu geringem Maße etwa ein Fünftel mehr durch tätliche Angriffe umgekommen (0,8 auf 100.000 Einwohner) als Frauen (0,6 auf 100.000 Einwohner) (Statistisches Bundesamt 2005). Bei der vorsätzlichen Selbstbeschädigung sind Männer jedoch drei Mal mehr zu Tode gekommen als Frauen (19,7 zu 6,6 pro 100.000 Einwohner). Fraglich ist ob Frauen weniger schwer verletzt werden und daher weniger häufig ein Krankenhaus aufsuchen müssen oder sogar eine Abneigung gegen medizinische Aufmerksamkeit hegen (Downing 2003). Eine amerikanische Studie dokumentierte, dass sich ein bis sieben Prozent aller weiblichen Patienten einer Notaufnahme in einer akuten Phase der Partnergewalt befänden (Daugherty und Houry 2008). Die Erfahrungen mit physischer Gewalt im Leben liegen sogar bei 22 Prozent. Brisant an den Tötungsdelikten an Frauen durch deren Partner ist, dass 44 Prozent von ihnen schon in den Jahren zuvor in Notaufnahmen vorstellig wurden und in 93 Prozent der Fälle Verletzungen aufwiesen (Dougherty und Houry 2008). Eine deutsche Studie zu Gewalt gegen Frauen und Männer, beschreibt, dass

55 Prozent der Frauen die körperliche Übergriffe erlebten Verletzungen erlitten, bei einem Drittel so schwer, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde. Die Zahlen bezüglich erlebter Gewalt reichen von 20 Prozent 1995 bis zu 40 Prozent 2008 (Kury und Wetzels 1996, Lob et al. 2008). Auch in der Schweiz gaben 20 Prozent der befragten Frauen an, mindestens einmal im Leben körperliche Gewalt durch ihren Partner erfahren zu haben (EDI 2008). Stimmig dazu sind die Zahlen zu der Sterblichkeit durch tätliche Angriffe, bei denen Frauen in jeder Altersdekade signifikant häufiger betroffen sind (Schwartz 2003). Ob ein geringeres Bildungs- und Ausbildungsniveau und Einkommen sowie soziokulturelles Milieu und Nationalität Einfluss auf häusliche Gewalt haben wird kontrovers diskutiert (Bmfsfj 2009, EDI 2008). Dabei darf aber nicht die hohe Tabuisierung von Gewalt an Männern in Paarbeziehungen vergessen werden. Desweiteren ist die Lage des Landes relevant für die Ergebnisse. So beschrieb die WHO, dass die Tötungsdelikte von jungen Männern in Ländern mit niedrigeren Pro-Kopf- Einkommen mehr als doppelt so hoch ist, wie in Ländern mit hohem Einkommen (WHO 2003).

5.5.2 Altersstruktur

Die am häufigsten betroffene Altersgruppe sind die 30 bis 40jährigen in knapp 40 Prozent der Fälle (13/34). Fast ein Drittel der 40 bis 50 jährigen und lediglich 20 Prozent der jungen Erwachsenen und Heranwachsenden von 16 bis 29 Jahren wurden Opfer von Gewalttaten. Im Vergleich der Stadt Hamburg sind die Gewaltopfer im AK Barmbek älter als der Durchschnitt. In St. Georg fallen 40 Prozent und im UKE 35 Prozent auf die 21-30 Jährigen und jeweils 20 Prozent auf die zehn Jahre älteren und jüngeren (Süße 2008, Kühne 2007). Der Altersmedian bei Männern und Frauen liegt dicht beieinander und ist bei Männern 35,5 und bei Frauen 37,5 Jahre. In England verhielt sich das Durchschnittsalter ähnlich, jedoch ein jüngeres Patientenklientel mit dem Durchschnittsalter von 29 Jahren bei den Frauen und 28 Jahren bei den Männern, jedoch bewegten sich die Altersspannen von 11-58 bei den Frauen und 8 – 64 bei den Männern (Wright und Kariya 1997). Und auch in Arhus liegt das Durchschnittsalter bei 32 Jahren (Charles et al. 1980). Starke Differenzen zwischen den Geschlechtern zeigten sich bei Boyle und Todd 2003. Dort liegt das Durchschnittsalter der Männer bei 38,5 Jahren, die Frauen sind durchschnittlich 10 Jahre älter (47,6 Jahre).

Zur Hochrisikogruppe in der Europäischen Region gehören ganz offensichtlich die 25 bis 44 jährigen Männer. Sie übernehmen ein Drittel der gesamten Krankheitslast (Verkehrsunfälle, Suizide, Morde) (Lob et al. 2008). Besonders Erwachsene im Alter von 21 bis 60 Jahren werden bei Körperverletzung 61,6 Prozent, sowie bei Mord und Todschlag 71,4 Prozent als Opfer erfasst. Männer erfahren körperliche Gewalt in der Öffentlichkeit am häufigsten zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr. In einer Studie aus Wales aus der Zeit von 2000 bis 2004 haben Männer zwischen 18 und 30 Jahren die höchsten Verletzungsraten mit 45 Prozent, genauso wie in Großbritannien mit 46,1 Prozent (Howe und Crilly). Auch in der Schweiz sind 61,7 Prozent der Männer zwischen 16 und 34 Jahren von Gewalt betroffen (Hofner et al. 2005).

Bei Frauen sind gewaltbedingte Verletzungen ab dem 31. Lebensjahr bis zum 50. Lebensjahr signifikant erhöht (Sivarajasingam et al. 2008). Diese Tatsache kann man auf häusliche Gewalt zurückführen. Dabei scheinen Alkoholeinfluss und vorliegende Arbeitslosigkeit mit einzuwirken (Wright und Kariya 1997). Vor allem die 16 bis 20 jährigen Männer und bei Frauen die 30 bis 50 jährigen erlebten körperliche Übergriffe in engen sozialen Beziehungen. Bei Frauen beruht diese Gewalt auf Ehe- und Paarbeziehungen. Bei den männlichen Befragten eher auf körperlichen Übergriffen durch Eltern und Geschwister in der Herkunftsfamilie (Kury und Wetzels 1996). Insgesamt 40 Prozent der in Deutschland lebenden Frauen erfuhren körperliche oder sexueller Gewalt oder beides seit dem 16. Lebensjahr. Insgesamt sollen etwa jede fünfte in Deutschland lebende Frau, im Alter von 16 bis 85 Jahren, in ihrem Erwachsenenleben schon einmal körperliche Übergriffe mit Verletzungsfolgen erlebt haben (Schröttle 2005). In der nationalen Studie des Bmfsfj waren unter 35 jährige Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion doppelt so häufig von sexueller Gewalt betroffen wie Frauen deutscher und türkischer Herkunft (2009).

Die Misshandlung von Jugendlichen und Kindern wird immer wieder in den Medien thematisiert, meist erst bei tragischen Ausgängen. Die WHO berichtet über eine Vielzahl aggressiver Handlungen mit jährlich 199.000 Toten und einer 20- bis 40-mal höheren Rate an Verletzten und einer daraus folgenden Krankenhauseinweisung im Jahre 2003. In der Barmbeker Studie sind lediglich 2,9 Prozent des betroffenen Kollektivs unter 16 Jahren. Allerdings hat das AK Barmbek keine Kinderstation. In einer Studie aus dem Jahr 2012 mit über 2500

Jugendlichen und Kindern ergaben sich 2,8 Prozent durch schwere körperliche Gewalt und 1,9 Prozent durch schweren sexuellen Missbrauch Betroffene. Prädiktoren dafür seien die Zugehörigkeit zu Unterschicht und Mittelschicht (Häuser et al. 2011). Eine Schweizer Studie erhob 2002, dass 10 Prozent der Jugendlichen Opfer körperlicher Gewalt wurden (Alsaker 2002).
Ältere Menschen über 60 Jahre hingegen wurden relativ selten als Opfer registriert (Lob et al. 2008). Von Relevanz scheint jedoch auch die Zunahme an gewaltbedingten Verletzten mit über 70 Jahren. Sie sind überwiegend weiblich und älter als 80 Jahre (Dießenbacher und Schüller 1993). Die WHO schätzt die durch irgendeine Form von Misshandlung betroffenen alten Menschen in ihrem eigenen Zuhause auf vier bis sechs Prozent. In der Barmbeker Studie sind knapp drei Prozent über 65 Jahre und auch in der amerikanischen National Elder Abuse Incidence Studie von 1998 liegt die Rate mit 1,2 Prozent niedrig. Diese Zahlen schwanken jedoch von 1,2 Prozent (Kurrle et al. 1997) bis zu 10,8 Prozent (Hirsch et al. 1999). Auch dieser Bereich scheint einer hohen Dunkelziffer zu unterliegen. Man vermutet, dass mehr als die Hälfte der über 60–jährigen Opfer von Vermögens-, Gewalt- oder Sexualstraftaten werden. Jedoch werden nur wenige dieser Gewaltsituationen aktenkundig (Hirsch 2012). Pflegender und Gepflegter sind oft emotional eng miteinander verbunden, wodurch der „Zündstoff“ die Beziehungsebene ist. In einer weiteren Studie aus 2012 gab es keine über 70 Jährigen gewaltbetroffenen und nur eine über 60 Jährige (Grundel et al. 2012). Vollhardt fasste 1999 mehrere Studien bezüglich Gewalt in der häuslichen Pflege alter Menschen zusammen. Dabei ergaben sich fünf bis 33 Prozent von körperlicher Gewalt Betroffene (Homer u. Gilleard 1990, Pillemer u. Suitor 1992, Coyne et al. 1993 und 1995, Mendonica et al. 1996).

5.6 Ankunftszeit in der chirurgischen Notaufnahme und der saisonale Vergleich

Der Großteil der betroffenen Patienten wurde in der Zeit vom frühen Abend bis in die Morgenstunden (17 bis 6 Uhr) in die Notaufnahme eingeliefert (55,9 %). In der vergleichbaren Literatur gelangt der Großteil ab 22.00 in die Notaufnahme, so auch in den beiden anderen Hamburger Kliniken, bei Süße 55,2 Prozent und bei Kühne 44 Prozent. Da über ein Drittel aus der Zeit auf den Zeitraum von 17 bis 22 Uhr entfallen, gelangen lediglich noch 20,6 Prozent in den späten Abendstunden und

frühen Morgenstunden in die Notaufnahme. Wie auch schon in den vorangegangen Studien gezeigt entsprechen die Ergebnisse denen der internationalen Literatur. In den West Midlands (UK) mit 52 Prozent (Downing 2003), in Lausanne (Hofner et al. 2005), im dänischen Arhus (Charles et al. 1991) und in Bergen (Steen und Hunskaar 1997) wurden vermehrt abendliche und nächtliche Ankunftszeiten vorgefunden. Laut Downing sind Männer eher in der Zeit von 23 bis 1 Uhr betroffen. Frauen dagegen früher ab 21 Uhr und Jugendliche unter 15 Jahren zwischen 17 und 22 Uhr (2003).

Das Ergebnis bezüglich der Wochentagabhängigkeit ist nicht so deutlich wie in anderen Studien. Knapp zwei Drittel der Gewaltopfer fanden sich werktags in der Barmbeker Notaufnahme ein, wobei der am stärksten betroffene Tag Dienstag ist.

In einer Schweizer Studie aus dem Kanton Bern konnte die Hälfte der Ereignisse am Wochenende zwischen 22.00 und 6.00 Uhr verzeichnet werden (EDI 2008). Genauso die britischen Ergebnisse in den gewaltbedingte Verletzungen am häufigsten Freitag- und Samstagsnacht eintrafen und ein Zusammenhang zu den beschränkten Ausschankzeiten in Großbritannien gesehen werden kann (Downing et al. 2003) (siehe Seite 92).

Erstmals kann durch die Beobachtung eines einjährigen Zeitraums Rückschluss auf den saisonalen Verlauf gemacht werden, da sowohl Kühne als auch Süße lediglich einen 6 monatigen Zeitraum analysierten. In jedem Monat kamen etwa gleich viele Patienten in die Notaufnahme, ein Anstieg der Opfer von Gewalttaten wurden im Monat Januar 14,7 Prozent verzeichnet. Der geringste Anteil mit 2,94 Prozent war im April. Nicht zu unterschätzen ist jedoch das im Vergleich kleine Patientenkollektiv. Ein wirkliches Schema lässt sich nicht erkennen. In England Wales wurden die saisonalen Spitzen von Juli bis September gemessen und im Februar bis April die niedrigsten (Sivarajasingam und Sheperd 2001). Süße ging davon aus, dass durch die in den wärmeren Sommermonaten vermehrte Ansammlung von Menschen in der Öffentlichkeit es zu einem vermehrten Gewaltpotential kommen könnte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass weder Temperatur noch Regen oder Sonne Einfluss auf Gewalt haben. Wohlmöglich aber große Menschenansammlungen. (Sivarajasingam und Sheperd 2008). Die Ursachen für das erhöhte Aufkommen an gewaltbedingten Verletzten in den Abendstunden kann einerseits damit zusammenhängen, dass der

niedergelassene Arzt in seiner Praxis nicht mehr erreichbar ist, andererseits mit dem vermehrten Auftreten von Gewalt nach Feierabend.

5.7 Behandlungsstatus

Mit 91,2 Prozent wurde der überwiegende Anteil der Gewaltopfer in Barmbek stationär aufgenommen. Die vollstationäre Behandlung umfasst neben der medizinischen Behandlung in Form von ärztlicher Behandlung, Krankenpflege und Arzneimitteln auch Unterkunft und Verpflegung und ist dabei die teuerste Variante und am Aufwändigsten. Bei der teilstationären Behandlung erfolgt die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nachts in Form einer Tagesklinik. Die ambulante Versorgung trifft hauptsächlich für Notfallambulanzen zu (wikipedia). Im Gegensatz dazu wurden im UKE 89 Prozent der Gewaltopfer ambulant versorgt und lediglich 11 Prozent stationär aufgenommen (Kühne 2007). Ähnliche Zahlen ergaben sich in den West Midlands 75,3 Prozent, der erhöhte Anteil an stationär aufgenommen Männern stellt die Frage nach ernsteren Verletzungen (Downing 2003). Auch in Schottland wurden 31 Prozent Männer stationär aufgenommen zu 11 Prozent Frauen (Wright und Kariya 1997). In der Europäischen Union kommt es jährlich zu 7 Millionen Verletzten die im Krankenhaus stationär betreut werde müssen (Lob et al. 2008). Der Grund für die vermehrten stationären Aufnahmen könnten einerseits die Schwere der Verletzungen sein, der psychische Zustand der Patienten, sowie der Wunsch nach einer stationären Aufnahme. Jedoch auch die Unerfahrenheit der Ärzte in der Notaufnahme, die den Patienten zur Sicherheit noch für eine Nacht überwachen möchten. Betrachtet man die durch körperliche und sexuelle Gewalt betroffenen Frauen aus der S.I.G.N.A.L. Patientenbefragung, so begaben sich 35 Prozent in eine niedergelassene Praxis, 23 Prozent in eine Notfallambulanz und 10 Prozent wurden stationär behandelt (Brzank 2005).

Zusätzlich wurden die Informationen fünf weiterer Patienten verwertet die entweder innerhalb der Klinik oder in andere Krankenhäuser aufgrund ihrer Spezialisierung verlegt wurden. Es kam bei keinem der Gewaltopfer zu einer Verweigerung der Behandlung.

5.8 Anamnese und Sachverhalt

Anhand der anamnestisch erhobenen Geschehnisse, die in den Notfallbögen, den Anforderungsscheinen der diagnostischen Untersuchungen und den Krankenakten vermerkt wurden ergab sich eine Einschätzung der Sachverhalte. Die am häufigsten vorkommenden Übergriffe waren Schläge im allgemeinen 43,2 Prozent (19/44), näher differenziert galten dabei fast die Hälfte der Schläge dem Gesicht. In St. Georg waren es 58,3 und 62,8 Prozent im UKE (Süße 2008, Kühne 2007). In 13,6 Prozent erhielten die Opfer Tritte gegen den Schädel und die Extremitäten. 11,4 Prozent wurden durch Messerstiche verletzt und 9 Prozent stürzten im Gewaltgeschehen. Die restlichen Anamnesen fielen auf Bissverletzungen und Selbstverletzung. In zwei der 34 Fälle konnte aus den Akten kein Tathergang hergeleitet werden und in einem Fall konnte aufgrund einer Sprachbarriere auch keine Angaben erhoben werden. Eine detaillierte Auflistung und Differenzierung erfolgt im Bereich 1. und 2. Gewaltform (ab Seite 95)

5.9 Liegedauer beziehungsweise Verweildauer

Die Liegedauer konnte bei 30 Gewaltopfern bestimmt werden. Die durchschnittliche Liegezeit liegt bei fast sieben Tagen, das Mittel bei fünf Tagen. Drei der gewaltbedingten Verletzten entließen sich selbst nach einem, zwei und sechs Tagen. Da die Zahl der stationär aufgenommenen Patienten im UKE im Vergleich zum AK Barmbek gering ist, beläuft sich die Krankenhausliegezeit auf 187 Tagen. Die mittlere Liegezeit von 5,8 Tagen verhält sich kongruent (Kühne 2007). In der europäischen Union beträgt die durchschnittliche Liegedauer von gewaltbedingten Verletzten 8,8 Tage und somit 60 Millionen Krankenhaustagen pro Jahr (Lob et al. 2008). Speziell in der englischen Studie liegt die durchschnittliche Verweildauer der Männer bei 1,9 Tagen und bei Frauen bei 2,4 Tagen. Ältere Patienten scheinen ein schlechteres Outcome zu haben und dadurch eine verlängerte Krankenhauszeit (Downing et al. 2003). Auch Kühne verweist auf die Kombination eines reduzierten Allgemeinzustands aufgrund von Nebenerkrankungen in der englischen Literatur, jedoch kann auch im UKE kein Zusammenhang dazu gestellt werden. Im UKE scheinen die Verletzungen durch körperliche Gewalt in geringerem Ausmaß auszufallen, dieses widerspricht den Ergebnissen im AK Barmbek. Denn dort sind die Verletzungen im schwereren

Maße vorzufinden, dadurch wurden mehr Patienten stationär aufgenommen und länger überwacht.
Anhand der Schwere der Verletzung ist ein Zusammenhang zur Liegedauer zu erkennen. So kann die Versorgung einfacher Schnittverletzungen mit folgender Ruhigstellung, Gehirnerschütterungen oder Frakturen über eine Tag überwacht werden. Bei multiplen Verletzungen, wie die Kombination aus Gehirnerschütterung und Gesichtsschädelfrakturen die erst einmal konservativ versorgt werden können, operative Versorgungen von Frakturen, wie Unterschenkelfrakturen verlängert sich die Liegedauer auf bis zu einer Woche. Da bei multiplen Frakturen die operative Versorgung oftmals nicht in einer Operation vollzogen werden kann, verlängert sich auch dann die Krankenhausverweilzeit (13 und 23 Tage) auch ohne bestehende Vorerkrankungen. Desweiteren kann es in der Folge zu Komplikationen kommen. In einem Fall kam es nach einem Tritt zu einem Unterschenkelhämatom und im Verlauf der Behandlung zur Ausbildung eines Kompartementsyndroms. Eine Minderperfusion des Gewebes bedingt durch einen erhöhten Gewebedruck in geschlossenem Weichteilmantel. Die Liegedauer erhöhte sich auf 47 Tage.

5.10 Tatort

Die Angaben zum Tatort wurden anhand der Notfallbögen und der Aussagen der Patienten, Bekannten oder des Rettungspersonals ermittelt. Eine Zuordnung zu bestimmten Stadtteilen, wie es im AK St. Georg bei Süße der Fall war, konnte aufgrund mangelnder Erkenntnisse nicht erfolgen. Lediglich eine Unterteilung in bestimmte Bereiche konnte gemacht werden. In 43,3 Prozent erfolgte die gewalttätige Auseinandersetzung in der Wohnung. Darauf folgt in fast einem Drittel der Fälle die Straße als Tatort und die restlichen Zwischenfälle ereigneten sich in identischem Ausmaß auf öffentlichen Plätzen und in Nahverkehrsmitteln wie Bahn oder Bus. Ein weiteres Gewaltopfer wurde während der Arbeit im Krankenhaus durch einen Patienten verletzt.
Auch in der Presse wird die Stadtteilrelevanz bezüglich der Zunahme der Straßengewalt in „Kiez“-Nähe, auf das auch Süße ihr Hauptaugenmerk im AK St. Georg wirft, hervorgehoben (Fengler 2009). Die Verdopplung der Straßengewalt im Stadtteil Winterhude (Bezirk Barmbek) könnte mit der Zeit relevant für das AK Barmbek werden. In den Stadtteilen St. Georg und St. Pauli stieg die Zahl der gefährlichen und schweren Körperverletzung um 5,8 und 28,1 Prozent. Zu den

weiteren Brennpunkten zählt unteranderem die Sternschanze (Bezirk Altona). Durch die immer wieder durchlaufende Erneuerung der Stadtteile und das anlocken junger Kunden, kommt es in fast jedem Stadtteil Hamburgs zur Ballung und Ansammlung von Menschen. Dieses Problem besteht seit langem auf dem Kiez durch hohe Touristenbesuche und Alkoholkonsum, Diese verstärken möglicherweise das Gewaltpotential. National wurde erkannt, dass 70 Prozent der körperlichen und sexuellen Gewalt bei Frauen in der eigenen Wohnung passierte und 25 Prozent an öffentlichen Orten im Freien (Schröttle 2005). Im europäischen Vergleich geschehen 43 Prozent der Gewaltverbrechen auf der Straße, Männer werden dort häufiger angegriffen als Frauen (43 zu 37 %). Dafür werden Frauen vermehrt zu Hause angegriffen 24 Prozent und nur 14 Prozent der Männer (Howe und Crilly 2002). Analog dazu die schottischen Studien mit 44 Prozent männliche und 26 Prozent weibliche Verletzte auf der Straße und 48 Prozent im zu Hause verletzte Frauen und nur 10 Prozent zu Hause betroffen Männern (Wright und Kariya 1997). Aus einer Befragung von Frauen und Männern in Deutschland ging hervor, dass sogar 71 Prozent der Frauen körperliche Gewalt in der eigenen Wohnung erfahren (Kury und Wetzels 1996).
Der Polizeibericht 2003 der Stadt Hamburg vermerkte, dass weniger Kriminalität im öffentlichen Raum registriert wurden, dafür kam es zur Zunahme von Vergewaltigung und sexueller Nötigung. Männer erleben Gewalt stärker in der Öffentlichkeit und in der Freizeit. Dabei sind sie davon stärker in der Lebensphase unter 21 Jahren betroffen. Mit steigendem Alter nimmt die Gewalt in der Öffentlichkeit deutlich ab, relevanter werden dann Formen von psychischer Gewalt, die insbesondere im Arbeitszusammenhang häufig erlebt werden (Kury und Wetzels 1996). In den USA konnte in 79 Prozent der Fälle kein Tatort ermittelt werden (Daugherty und Houry 2008).

5.11 Transport

Die Hälfte der Gewaltopfer aus dem AK Barmbek wurden mittel Rettungswagen in die Notaufnahme eingeliefert 48,5 Prozent, im UKE waren es nur 34,8 Prozent und im AK St. Georg 58,7 Prozent (Kühne 2007, Süße 2008). In Britannien waren es 2003 30,2 Prozent (Downing et al. 2003). Den zweitgrößten Anteil mit 45,5 Prozent machen die selbständige Anreise mittels Taxi oder von Privat aus. Lediglich 2 Patienten 6 Prozent wurden mit notärztlicher Begleitung ins

Krankenhaus eingeliefert. Im UKE kam der Großteil 58,7 Prozent selbständig in die Notaufnahme, in St. Georg war es lediglich ein Drittel der Verletzten. Daraus lässt sich schließen, dass die Schwere der Verletzungen beherrschbar zu sein schien, sowohl für den Geschädigten selbst, als auch für das Rettungspersonal, welches ohne notärztliche Begleitung den Patienten einlieferte. Dabei ist zu überprüfen in welchem Zustand sich der Patient selbst befand. Alkoholisierte Verletzte unterschätzen oftmals ihren Zustand und verweigern einen Transport ins Krankenhaus. Somit mussten 3 Patienten 9 Prozent mit RTW und Polizeibegleitung in die Notaufnahme gebracht werden. Dabei stellt sich die Frage, ob die Polizei zum Schutz des Patienten, des Rettungspersonals oder zur Erfragung und Aufnahme weiterer Details mitkommen musste.

5.12 Alkohol- und Drogeneinfluss

Akute Alkoholeinwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit haben Einfluss auf das Gewaltpotential. Durch Erfragung oder durch das Wahrnehmen eines veränderten Verhaltens oder dem Geruch von Alkohol, konnte das medizinische Personal bei 43,8 Prozent der gewaltbedingten Verletzten der Konsum festgestellt werden. 28,1 Prozent verneinten den Gebrauch und genauso viele Opfer machten keine Angaben. Die Einschätzung der Alkoholisierung wurde anhand subjektiver Eindrücke erhoben. In 6,3 Prozent der Fälle (2/32) mittels eines nach Alkohol riechenden Mundgeruchs (Foetor ex ore), Rausch und Volltrunkenheit trat in gleichem Verhältnis mit 12,5 Prozent auf (je 4/32) und wurde beispielsweise durch lallende Sprache und Gangunsicherheit erfasst. Größtenteils konnten aber keine Angaben zur Alkoholisierungseinschätzung gefunden werden 68,6 Prozent (22/32). Um den subjektiven Eindruck zu objektivieren und zu dokumentieren wurde bei 19 Gewaltopfern eine Blutentnahme angeordnet, gleichwohl bei 7 Patienten kein Ethanol bestimmt wurde 36,8 Prozent. Indes waren nur 2 Patienten 10,5 Prozent nüchtern (Blutalkoholspiegel unter 0,1 g/l). Zusammenfassend waren über 40 Prozent der Gewaltopfer alkoholisiert mit 1,0 g/l und bis über 3,0 g/l Alkohol im Blut. Ähnliche Werte zeigten sich im AK St. Georg mit 42,7 Prozent (Süße 2008) und im internationalen Vergleich (WHO 2005). Bei Downing und auch bei Pillmann et al. waren es 60-70 Prozent der Gewaltopfer, die zum Tatzeitpunkt alkoholisiert waren. (2003, 2000), knapp die Hälfte davon in Alkoholabhängigkeit (Pillmann et al. 2000). In Schottland waren 72 Prozent der Männer zum

Tatzeitpunkt alkoholisiert und 52 Prozent der Frauen (Wright und Kariya, 1997). Durch die beschränkten Ausschankzeiten in Großbritannien geschahen die alkoholverbundenen Delikte in den Öffnungszeiten von Bars und Clubs (Downing 2003). Im UKE kam es lediglich in 16,6 Prozent der gewaltbedingten Verletzten zu einer Feststellung einer Alkoholisierung (Kühne 2007) und auch in der Züricher Studie waren nur 10 Prozent der Opfer häuslicher Gewalt betrunken. Jedoch geben diese Opfer an, dass mindestens 50 Prozent der Lebensgefährten alkoholisiert waren und auch die WHO stellte bei familiärer Gewalt 85 Prozent Alkoholkonsum fest (2005).

Drogen und Medikamentenkonsum wurde explizit durch 2 Patienten angegeben. Dabei handelte es sich um Benzodiazepine und Cannabinoide, die mittels eines Drogenscreening in einem Fall bestätigt wurden. In den USA wird bei 18 Prozent der Frauen ein Zusammenhang zwischen Gewalt und verschreibungspflichtigen Medikamenten gesehen (McCauley et al. 2009).

Alkohol verändert die Emotionen und verringert die Sensibilität womit die vermehrte Gewaltbereitschaft erklärt werden kann (EDI 2008). Eine Schweizer Studie befragte Polizeiangestellte zum Verhalten unter Alkoholkonsum, dabei ist in 40 Prozent der Fälle von Gewalttaten Alkohol involviert und sogar 60 Prozent bei Streitigkeiten und häuslicher Gewalt. Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren neigen häufiger zu Gewalttaten wenn sie Alkohol konsumiert haben. Bei Jungen sind ein Drittel der körperlichen Gewalt alkoholbedingt bei Mädchen sogar doppelt so viel. 40 bis 50 Prozent der Jungen und 30 bis 40 Prozent der Mädchen die Opfer von Gewalttaten werden, haben selber einen problematischen Alkoholkonsum. Dabei sind soziale Probleme in dieser Altersgruppe stärker auf Rauschtrinken als auf chronisches Trinken zurückzuführen. Bei den 25 bis 34-Jährigen nennen zehn Prozent Alkohol als Grund für einen Streit mit Freunden oder Freundinnen und 5,2 Prozent bekamen Schwierigkeiten mit der Polizei (EDI 2008).

Akute Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt scheint einen direkten Einfluss auf die Gewaltsamkeit der begangenen Tat zu haben. Damit zählt übermäßiger Alkoholkonsum zu den Risikofaktoren für Gewalt (Sethi et al. 2006, Polizeibericht 2008). Desweiteren äußerten Anders et al., dass mit Anstieg der Alkoholisierung auch die Intensität und Frequenz der Gewaltausübung ansteigt. Alkohol kann somit als Schlüsselfaktor für Gewalt angesehen werden.

5.13 Täterangaben

70 Prozent der Geschädigten konnten Angaben zu ihrem Täter machen. Ein Viertel verneinte oder wollte keine Angabe machen und in einem Fall bestand eine Täterbeschreibung durch Dritte. Jedoch waren den Gewaltopfern in 41,7 Prozent der Fälle die Täter unbekannt (10/24), im UKE waren es 50 Prozent und sogar 64 Prozent in St. Georg (Kühne 2007, Süße 2008). Ähnlich hohen Unbekanntheitsgrad ergaben sich bei Studien aus den USA mit 67 Prozent unbekannten Angreifern (Daugherty und Houry 2008). Knapp 30 Prozent der Täter kam aus dem näheren Umfeld, wie Familie 4,2 Prozent, Freund 8,3 Prozent oder Lebenspartner 16,7 Prozent. In Einzelfällen erfolgten Angriffe durch einen Mithäftling, Patienten und Mitbewohner aus einem Wohnheim. Im UKE kamen nur 17,9 Prozent aus dem sozialen Umfeld (Kühne 2007). Bei dem den Opfern bekannten Tätern im AK St. Georg kam es in einem Drittel der Fälle zu Beziehungstaten (Süße 2008). Bei den betroffenen Frauen in Schottland wurden 41 Prozent von dem eigenen Ehemann oder Lebensgefährten verletzt (Wright und Kriya 1997). Eine australische Studie über geriatrische Patienten ergab in 87 Prozent eine Verletzung durch Familienmitglieder in gleichem Verhältnis durch Ehepartner und erwachsene Kinder (Kurrle et al. 1997) und auch in einer deutschen Studie zu Gewalt in Altenheimen lebten knapp 80 Prozent der über 80 jährigen mit ihren Misshandlern zusammen, die sich aus Ehegatten und eigene Kinder zusammensetzten (Powell und Berg 1987). Gründe dafür liegen laut Pillemer in der Überforderung die zu einer Eskalation in Gewalt führen (1986, Dießenbach und Schüller 1993). Im Polizeibericht aus dem Jahre 2003 wurde vermerkt, dass weniger Taten im Verwandtschaftskreis 7,5 Prozent, dafür aber mehr Taten im Bekanntenkreis 39,7 Prozent angezeigt wurden, in diesem Fall geht man von der Aufhellung des Dunkelfeldes aus, denn der Anteil der Tatverdächtigen die vom Opfer schon vor der Tat gekannt wurden stieg von 43,5 Prozent auf 51,9 Prozent (Polizeibericht 2003). Dieser Anstieg mag aber auch mit der Zunahme der Dokumentationspflicht bezüglich Familienstreitigkeiten seit dem Jahre 2000 zusammenhängen, also eine Zunahme der Registrierung von Körperverletzungen. In Hamburg wurden im ersten Halbjahr 2003 22 Prozent aller Fälle von Körperverletzung von Jugendlichen begangen, dabei kam es innerhalb von 9 Jahren zu einem Gewaltkriminalitätsanstieg von knapp 9 Prozent auf 20,8 Prozent der unter 18 Jährigen (Polizeibericht 2003).

In den letzten Jahren kam es vermehrt zur eingehenden Betrachtung der Gewalt unter Intimpartnern. In 48 deutschen Untersuchungen gaben 10 bis 69 Prozent der Frauen an zumindest einmal in ihrem Leben vom Intimpartner angegriffen worden zu sein. In Israel zeigte sich, dass 40 bis 70 Prozent der weiblichen Opfer durch Lebensgefährten oder Ehemann getötet worden waren (WHO 2002). In einer repräsentativen Studie in der 10.000 Frauen befragt wurden, ergab sich zusammenfassend, dass jede vierte Frau zwischen dem 16. und 85. Lebensjahr innerhalb einer Partnerschaft Gewalt erfährt (Anders et al. 2006).
Alle erfassten Formen von Gewalt scheinen häufiger von Männern als von Frauen auszugehen. Bei 71 Prozent der Befragten wurden männliche Täter angegeben, dabei gaben 90 Prozent der Frauen die seit dem 16. Lebensjahr körperlicher Gewalt erlagen männliche Täter an. Frauen erleben körperliche Gewalt zu 50 Prozent durch den eigenen Partner oder ähnlichen, Männer dagegen mehr in der Öffentlichkeit und in der Freizeit. Wenn Männer Opfer im häuslichen Bereich werden dann durch Geschwister oder Eltern (Kury und Wetzels 1996). Gewaltdelikte gegen Frauen sind überwiegend Beziehungstaten, meist durch männliche Beziehungspartner (Schröttle 2005, Brzank 2005). In Hamburg scheint die Motivation zu Gewalttaten in 20 Prozent aller Fälle beziehungsmotiviert (Musolff und Hoffmann 2001). Berücksichtigt werden müssen die unterschiedlichen Studienkonzepte, die dazu führen, dass bei anonymen Fragebögen eine viermal so hohe Prävalenz für Körperverletzungen in privaten Beziehungen wie in mündlichen Interviews herausgefunden wurde (Kühne 2008).

5.14 Art der Gewalteinwirkung

Anhand des geschilderten Tathergangs und des Verletzungsmusters können Rückschlüsse auf die Gewalteinwirkung gemacht werden. Dabei wird zwischen direkter und indirekter Gewalt unterschieden. In der vorliegenden Studie kam es bei 75 Prozent der Gewaltopfer zu direkten Verletzungen. In den beiden vorhergegangenen Studien der Stadt Hamburg waren es jeweils mit 87,5 Prozent in St. Georg und 85,9 Prozent im UKE nur unwesentlich mehr durch direkte Gewalt Verletzte (Kühne 2007, Süße 2008). Die indirekte Gewalt beruht auf Verletzungen die in Folge der direkten Gewalt entstehen können, wie zum Beispiel ein Sturz nach einem Schlag, diese traten bei knapp 15 Prozent auf. In einem Fall wurden beide Gewalteinwirkungen dokumentiert, in St. Georg waren es 9 Prozent. Reine

indirekte Gewalteinwirkung wurde in allen 3 Kliniken Hamburgs mit unter 15 Prozent erfasst, UKE 6,6 Prozent, AK St. Georg 3,2 Prozent und AK Barmbek 14,7 Prozent. Mögliche Ursache dafür ist, das als Folge indirekter Gewalt auch kleiner unbedeutende Verletzungen, wie Schürfungen und Prellungen auftreten können, in der Primärbekundung meist unbeachtet bleiben (siehe Vergleich Rechtsmedizinische Chirurgische Anamnese 4.19, Seite 68 bis 71). Auch die zweiseitige Entwicklung unauffällig anmutender Verletzungen ist zu berücksichtigen, die lebensbedrohlich werden können (Brinkmann und Madea 2004).

5.15 Gewaltart 1. und 2. Form

Die direkte Gewalt wird unter diesem Punkt in scharfe, halbscharfe und stumpfe Gewalt differenziert. Die stumpfe Gewalt beruht hauptsächlich auf Abschürfungen, Blutunterlaufungen, Zerreißungen und Knochenbrüchen und kann dabei in zweierlei Hinsicht auf den Menschen einwirken. Entweder bewegt sich der verletzende Gegenstand auf den Menschen zu (Schlag, Tritt, Stoß, Biss) oder umgekehrt (Sturz). Zu den häufigsten Folgen der stumpfen Gewalt gehört die Commotio cerebri, die Gehirnerschütterung (Brinkmann und Madea 2004) und uncharakteristisch geformte Wundränder (Penning 2006). Die halbscharfe Gewalt nimmt eine Zwischenstellung ein und ähnelt den Befunden der scharfen und stumpfen Gewalt. Sie verursachten Verletzungen, wie Pfählungsverletzungen und Bissverletzungen (Musolff und Hoffmann 2001, Püschel und Schröer 2001). Schussverletzungen traten in diesem Untersuchungszeitraum nicht auf. Der hauptsächliche Grund der Verletzungen ist durch stumpfe Gewalt verursacht mit 66,7 Prozent (22/33). Im AK St. Georg und im UKE war nahezu das gesamte Gewaltpatientenkollektiv durch stumpfe Gewalt betroffen 86,7 Prozent bei Süße und 91 Prozent bei Kühne (2008, 2007). Schläge und Tritte, also stumpfe Gewalt bleiben auch in einem 10 Jahreszeitraum von 1979 bis 1989 die häufigste Gewalteinwirkung mit über 80 Prozent (Hühtig et al. 2000). Auch in skandinavischen Studien wie in Dänemark gehört sie unter den Frauen zur Hauptverletzungsart (Charles et al. 1980). In Schweden sind über 70 Prozent durch stumpfe Gewalt und 10 Prozent durch Kombination von stumpfen und scharfen Traumen betroffen (Bostroem 1997). In den USA kommt es jährlich zu fast 10 Millionen Opfern durch stumpfe Gewalt und in einem 2-Jahreszeitraum in

Auckland erfasste man 14.000 Opfer (Brinkmann und Madea 2004).
Auch bei Kindesmisshandlungen ist diese Gewaltform am häufigsten (Lob et al. 2008). In einer spezifischen Analyse der Gewalt gegen Frauen ergab sich eine weites Spektrum an stumpfer Gewalt von Ohrfeigen und Wegschubsen bis hin zum Schlagen mit Gegenständen (Kury und Wetzels 1996). Und auch 3 von 5 Männern gaben an in der Kindheit Opfer dieser Gewaltform geworden zu sein, jeder zehnte sei von Waffen bedroht oder verletzt worden (Shröttle und Müller 2004). Ähnlich wie in den Hamburger Studien, bei den im AK Barmbek nur knapp ein Viertel der Verletzten durch scharfe Gewalt geschädigt wurde 24,2 Prozent (8/33) , im AK St. Georg und im UKE waren es weniger als die Hälfte davon mit 11 Prozent (Süße 2008) und 4,5 Prozent (Kühne 2007). Scharfe Gewalt tritt vermehrt in Südafrika auf (Demetriades und van der Veen 1983).
Bei 9,1 Prozent der Gewaltopfer kam es zu sonstigen Gewalteinwirkungen die in der Gewaltart der 2. Form folgenderweise differenziert werden. Einmalige Verletzung durch thermische Gewalt bei denen es sich um Verbrennungen durch eine Kerze im Brustkorbbereich handelt. Zwei weitere Patienten erlitten Bissverletzungen. In einem Fall durch ein Tier und in einem anderen Fall durch einen Mensch (Patient im Krankenhaus). In London wurden Menschenbissverletzungen in 2 Prozent der Fälle dignostiziert und im UKE bei 1,8 Prozent (Kühne). Bissverletzungen übernehmen dabei eine Sonderform zwischen stumpfer und halbscharfer Gewalt und geschehen oftmals im Zusammenhang mit sexueller Gewalt (Brinkmann und Madea 2004). Zuammenfassend kann man vermuten, dass der Großteil von Gewalt in Affekthandlungen und zufällig geschieht.

5.16 Zur Gewaltausübung benutzte Werkzeuge

Um scharfe, halbscharfe oder stumpfe Gewalt anzuwenden werden oftmals Waffen eingesetzt. In der vorliegenden Studie kam es bei 25 Prozent der Gewaltopfern zum Gebrauch von Tatwerkzeugen. Ähnlich bei Süße im AK St. Georg 26,6 Prozent und etwas weniger im UKE mit 16,6 Prozent (2008, Kühne 2007). Auch im internationalen Vergleich liegen die Werte dicht beieinander mit 27 und 21 Prozent (Howe und Crilly 2002, Stehen und Hunskaar 2004).
In zwei Drittel der Werkzeuge handelt es sich im AK Barmbek um Stichwerkzeuge, wobei ein Drittel davon auf Gelegenheitswerkzeuge, wie

Brotmesser und Teppichmesser entfällt. Hühtig et al. dokumentierten ähnlich viele Messer als Stichwerkzeuge (71/110, 2000). In nur 20,7 Prozent der Fälle im AK St. Georg wurden diese benutzt und noch seltener mit 2,8 Prozent im UKE (Süße 2008, Kühne 2007). Ähnlich gering sind die Zahlen der genutzten Stichwerkzeuge bei Steen und Hunskaar mit 3 Prozent (2004) und bei Howe und Crilly mit 2 Prozent (2002). Wright und Kariya differenzieren zwischen Männern und Frauen, dabei erlitten 7 Prozent der Frauen und 28 Prozent der Männer Messerstichverletzungen (1997). Bei Kury und Wetzels waren es 10 Prozent Männer (1996). Messerstichverletzungen kommen besonders häufig in Südafrika auf (Demetriades und van Veern 1983), in Südamerika und Kenia werden hauptsächlich Macheten benutzt, im Jemen Jambias und in Papua-Neuguinea Pfeile. Dabei kann man davon ausgehen, dass die Täter in diesen Fälle schon eher als bewaffnet gelten (Hühtig et al. 2000), dabei kann man bei dem Besitz eines Stichwerkzeugs schon von Vorsatz ausgehen kann. In Schottland sind nach eigenen Aussagen 34,1 Prozent der männlichen und 8,6 Prozent der weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 16 Jahren mindestens einmal bewaffnet gewesen, in den Niederlanden gaben 21 Prozent und in der Schweiz 6 Prozent den Waffenbesitz an (WHO 2002, Alsaker 2003). Gelegenheitswerkzeuge, zu denen Gegenstände gehören die im Alltagsgeschehen zu finden sind, in den vorliegenden Fällen eine Thermoskanne, ein Steintisch oder ein Spatel, wurden in 22 Prozent zur Gewaltausübung genutzt. Bei Süße waren dies nur 10 Prozent (2007). Affekthandlungen scheinen dabei nahe zuliegen.
Um eine Verbrennung herbeizuführen, wurde eine Kerze als thermisches Tatmittel genutzt. Ähnliche Raritäten wurden bei Süße unter Sonstiges zusammengefasst und ergaben sich in ähnlichem Ausmaß in anderen Studien. Flaschen- und Glaswerkzeuge wie sie größtenteils bei den Gewaltopfern im AK St. Georg und im UKE zu Verletzungen führten (30 % und 37,5 %) wurden in Barmbek gar nicht als Tatwaffen angegeben. Dabei mag ein Zusammenhang zwischen der Lokalisation der Tatorte des AK St. Georg und der Nähe zu Lokalen und dem Alkoholausschank (Süße 2008) oder vorausgegangenem Alkoholkonsum bestehen (Kühne 2007).

5.17 Lebensgefährlichkeit der Verletzungen

Die Einschätzung der Lebensgefährlichkeit einer Verletzung ist eine subjektive Beurteilung aus Diagnose und Zustand des Patienten. Anhand spezieller Scores

könnte dieses zu objektivieren sein, zum Beispiel anhand des NACA-Scores (National Advisory Comittee for Aeronautics (Schwerverletzten Score)). Downing et al. orientierten sich zusätzlich am Glasgow Coma Scale (GCS) (2005).

Schweregrad	Verletzungen Erkrankungen	Bedarf an ärztlicher Therapie	Beispiel
I	Geringfügig	Keine	Prellungen, Schürfwunden, Verstauchungen, Zerrungen, Verbrennung I°
II	Weitere Abklärung nötig	ja	Kleinere Frakturen, Weichteilverletzung, Verbrennung I°
III	Stationäre Behandlung und akute Vitalgefährdung sind nicht zu erwarten	Notärztliche Intervention	S-H-T mit Bewusstlosigkeit, penetrierende Augenverletzungen, offene Wunden, unkomplizierte Frakturen, Amputation, Verbrennung II°
IV	Keine erkennbare akute Lebensgefahr, jedoch vitale Gefährdung jederzeit möglich	Notärztliche Intervention	Offene Schädelfrakturen, S-H-T mit Bewusstlosigkeit über 15 min, Thoraxverletzungen, stumpfe Bauchtraumen, Amputation
V	Akute Vitalgefährdung, die ohne sofortige Maßnahmen letal enden	Intensivmedizinische Maßnahmen	Polytrauma, multiple Frakturen, schwere Thoraxtraumen, Schock, Verbrennung III°
VI		Lebensrettende Maß-nahmen, Transport in Reanimations-bereitschaft	Schweres Thoraxtrauma, Aortenruptur, Asystolie
VII	Tödliche Verletzung	Erfolglose Reanimation	

Tab. 7: Tabelle NACA-Score

Bei 42,4 Prozent (14/33) der Verletzten wurde keine Beeinträchtigung des Lebens festgestellt. Dies ist lediglich die Hälfte der im UKE und AK St. Georg dokumentierten Gewaltopfer mit 84,9 Prozent (266/ 290, Kühne 2007) und 96 Prozent (483/503, Süße 2008). Beim Großteil der Gewaltopfer konnte eine potentielle Lebensgefahr nicht ausgeschlossen werden 54,5 Prozent (18/34). Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede zum AK St. Georg in dem nur 4 Prozent und 9 Prozent im UKE, die gefährdet waren (Süße 2008, Kühne 2007). Ein Patient des AK Barmbek schwebte in akuter Lebensgefahr und wurde zur Behandlung ins AK St. Georg gebracht, im UKE waren es mit einem Prozent drei Fällen (Kühne 2007). Kury und Wetzels unterteilten die gewalttätigen Übergriffe in 3 Schweregrade. Zu den leichten Übergriffen mit 26 Prozent zählten zum Beispiel Ohrfeigen. Schwere Gewalthandlungen mit 45 Prozent, wie Kratzen und Beißen, Treten und Stoßen sowie schwere bis lebensbedrohliche Gewalthandlungen mit 28 Prozent wie Faustschläge, Würge oder Erstickungsversuche, Verbrennungen und Verletzungen mit Waffen (1996). Der Grund für diese Unterschiede kann zum Beispiel in der Differenzierung der Täter liegen. Dabei können Affekthandlungen unter Alkohol zu schweren Verletzungen führen, da der Täter das Ausmaß seiner Handlung nicht mehr einschätzen kann (Pillmann et al. 2000). Auch britische Autoren betonten, dass Frauen oftmals schweren Formen der Gewalt ausgesetzt sein und ernsthaftere Verletzungsfolgen davon trugen (Walby und Allen 2004). Schädel-Hirn-Traumata zählen im Alter der über 40jährigen zu den häufigsten Todesursachen und die Überlebenden bedürfen oft einer langandauernden intensivmedizinischen Behandlung. In der Folge kommt es noch häufig zu Todesfällen, in Deutschland 10.000 pro Jahr (Brinkmann und Madea 2004).
Anders et al. beschreiben, dass es in häuslichen Auseinandersetzungen seltener zu lebensgefährlichen Verletzungen kommt und das Patienten mit einer Vorgeschichte in häuslicher Gewalterfahrung eher psychosomatische Beschwerden äußern, wie Essstörungen, Depressionen, Angststörungen, Alkohol- , Drogen sowie Medikamentenkonsum (2006). Mit diesen Problemen werden sie eher beim Hausarzt vorstellig und entgehen damit den im Krankenhaus stattfindenden Studien. Bei der Beurteilung des Schweregrads einer Verletzung sollten auch weitere Faktoren mit einbezogen werden, wie der mögliche Verlauf, Alter und der vorherige Allgemeinzustand des Patienten.

5.18 Verletzte Körperregion

Die hauptbetroffene Region am Körper ist mit 40 Prozent der Kopf, dabei entfällt der Großteil auf den Gesichtschädel und weniger als die Hälfte auf den Gehirnschädel, die sowohl bei direkter als auch indirekter Gewalteinwirkung durch Druck oder Rotationsbeschleunigung entstehen können (Brinkmann und Madea 2004). Im Vergleich zu den zwei weiteren Hamburger Studien ist dies jedoch nur ein geringer Anteil, denn bei 67 Prozent (495/735) der Verletzungen im AK St. Georg und sogar 70 Prozent (344/487) im UKE war der Kopf betroffen, das Verhältnis der Gesichtsverletzung ist annährend identisch (Süße 2008, Kühne 2007). Auch weitere Studien gaben Kopf- Gesichts- und Nackenverletzungen führend an, Brzank mit 59,5 Prozent (2005), Hühtig et al. 64,3 Prozent (2000) und Downing differenzierte zwischen Männern mit 69,2 Prozent und Frauen 59 Prozent (2003). Lediglich in den USA kam es nur zu 22 bis 35 Prozent Gesichtsverletzungen (Daugherty und Houry 2008). Anders et al. beschreiben den Kopf-Hals-Bereich, die obere Extremität und den Oberkörper als am häufigsten verletzte Region. Ein weiteres Drittel der betroffenen Körperregion entfällt auf die verletzten Extremitäten, wobei die obere Extremität 19,2 Prozent (10/52) etwas häufiger betroffen ist als die untere 13,5 Prozent (7/52). Auch bei Süße und Kühne waren die Extremitäten in ähnlichem Ausmaß betroffen, obere Extremität mit 17,6 Prozent und 14 Prozent und die untere Extremität mit 6,2 Prozent und 7 Prozent (2008, 2007). Verletzungen im Bereich des Thorax machten 15,4 Prozent des betroffenen Areals aus, wobei der Rücken mit 5,8 Prozent noch zusätzlich angeführt wurde. Bei Süße wurden diese mit 6,3 Prozent auf den Rumpf zusammengefasst und Kühne erfasste 5 Prozent. Abdominelle Verletzungen kamen in 2 Fällen 3,9 Prozent vor, bei Kühne waren es 2 Prozent.

Ein beunruhigendes Ausmaß erlangt die Zunahme brutaler Tötungsdelikte durch Fußtritte, welches in den letzten Jahren zunehmends über die Medien publiziert, und bei denen es sich meist um Angriffe gegen den Schädel handelt (Reh und Weiler 1975). Dabei muss dem Angreifer die Schwere und das Ausmaß seiner Gewalthandlung doch annährend bewußt sein und damit riskiert er den Tod seines Opfers. Da es sich bei Gewaltaktionen meist um Machtdemonstrationen handelt, versucht der Angreifer das Opfer zu demütigen und zu unterwerfen, was durch Schläge in Gesicht und auf den Schädel am effektivsten zu sein scheint.

5.19 Verletzungsart

Die häufigste Verletzungsart ist mit 43,1 Prozent die Fraktur (31/72). Kühne fasste Prellungen, Frakturen und Distorsionen unter Knochen- und Gelenkverletzungen zusammen und kam dabei auf 67,4 Prozent, nur Frakturen zu 20 Prozent. Bei Süße waren es lediglich 11 Prozent (2007, 2008). Auch in der S.I.G.N.A.L Studie lag der Anteil von Frakturen und Rupturen bei 17,3 Prozent (Brzank 2005/2009). Dieses mag sich auch anhand der Einschätzung der Schweregrade der Verletzungen erklären lassen, da es bei den Gewaltopfern im AK Barmbek zu stärkerer Gewaltauswirkung, durch möglicherweise aggressiveres Verhalten, mit einem ausgeprägteren Verletzungsmuster kam. Gesichtsfrakturen, wie eine Le Fort Fraktur bedürfen einer massiven Gewalteinwirkung (Penning 2006).

In den Hamburger Studien war die Hauptfolge der Verletzungen, Prellungen in 32,9 Prozent (251/762 Süße) und 46,6 Prozent (219/470 Kühne), im AK Barmbek lediglich 9,7 Prozent (7/72). Es besteht dabei die Möglichkeit, dass es zur mangelnden Dokumentation von kleineren Verletzungen gekommen ist, wie sich auch im Vergleich zur rechtsmedizinischen Untersuchung in 3Fällen zeigt (siehe Seite 68 bis 71). Hämatome sind oftmals nicht sofort zu erkennen, die Ausbildung kann erst nach Stunden geschehen. Daher ist der zeitliche Rahmen zwischen Vorfall und Inspektion nicht unerheblich und kann daher zu einer Unterrepräsentation dieser Verletzungsart führen (Kühne 2007 und Süße 2008). In 11,1 Prozent der Fälle im AK Barmbek, 7 Prozent im AK St. Georg und 2,3 Prozent im UKE wurden Hämatome durch die Ärzte erkannt und dokumentiert. Vergleichsweise viele Hämatome und Prellungen mit 44 Prozent wurden dagegen in einer Patientenbefragung der S.I.G.N.A.L. Interventionsstudie erfragt (Brzank 2005/ 2009). Platz- und Risswunden mit 6,9 Prozent (5/72) und Schürfwunden mit 5,6 Prozent (4/72) machen nur einen geringen Teil aus. Auch diese Zahlen stehen im Widerspruch zu den vorhergegangenen Dissertationen. Dort notierte Süße 26,1 Prozent (199/762) und Kühne 12,1 Prozent (57/470) Platz- und Risswunden (2008, 2007). Wright und Kariya stellten in Schottland fest, dass Frauen eher leichtere Verletzungen, wie Hämatomen, Abschürfungen und Quetschungen, 65 Prozent im Gegensatz zu 34 Prozent der Männer erlitten.

Bei sechs der Gewaltopfer 8,3 Prozent wurde eine Commotio cerebri (Gehirnerschütterung) diagnostiziert. Im UKE waren dies 3,8 Prozent (18/470 Kühne 2007) und nur 0,9 Prozent im AK St. Georg (7/762 Süße 2008).

Im AK Barmbek kam es vergleichsweise häufig zu scharfer Gewalt. Daher ist der damit erhöhte Anteil der Stich- und Schnittverletzungen von 11,1 Prozent (8/72) naheliegend zu den weiteren Hamburger Kliniken. Da es aber im AK St. Georg zu einem häufigen Gebrauch von Glaswerkzeugen kam, kommt es auch hier zu 8 Prozent Verletzung dieser Art (2008). Ähnliche Zahlen zeigen sich bei Brzank mit 10 Prozent. Dort werden jedoch Stich-, Schuss- und Brandverletzungen zusammengefasst. Bei Kühne blieb der geringe Anteil an Stichverletzungen unerwähnt (2007).

5.20 Begleitverletzungen und spezifizierte Verletzungen

Zu diesem Punkt werden Verletzungen gezählt, die zwar im Zusammenhang mit dem Gewaltgeschehen stehen, aber kaum Einfluss auf das körperliche Befinden haben. Sie zeigen immer eine Fremdtäterschaft an (Brinkmann, Madea 2004).
In 50 Prozent der Gewaltopfer dokumentierten Fälle wurden Begleitverletzungen bejaht. Bei 13 Patienten dokumentiert, aber nicht differenziert. Auch bei Süße konnten nur Kratzspuren unter den Begleitverletzungen vermerkt werden 1,8 Prozent. Die Dokumentation von Begleitverletzung scheint schwierig, wenn erstens nicht explizit danach gefragt wird und zweitens der Patient nicht ausführlich untersucht wird. Das hängt sowohl mit einem möglichen Zeitmangel als auch mit zügigen Interventionsmaßnahmen der ausgeprägteren Verletzungen zusammen.
Relevant sind diese Verletzungsmuster für spätere Gerichtsverfahren, bei denen die Aktionsfähigkeit des Opfers zu beurteilen ist, sowie die Differenzierung zwischen aktiven und passiven Abwehrverletzungen, zum Beispiel Abwehrgreifverletzungen und Deckungsverletzungen (Brinkmann und Madea 2004).

5.21 Diagnostisch angewandte Verfahren

Die Erörterung der diagnostischen Verfahren soll dazu dienen, den Kostenfaktor einzuschätzen. Diagnostische Verfahren wurden in den einzelnen Fällen mehrfach genannt. Röntgenaufnahmen und Blutentnahmen wurden annährend in gleichem Maße angewendet 26,9 Prozent und 24 Prozent und machen über die Hälfte der diagnostischen Verfahren aus. In den beiden zurückliegenden Dissertationen von Süße und Kühne war das Röntgen das überpräsentierteste dignostische Mittel. Im AK St. Georg waren es 69,8 Prozent (351/503 Süße 2008) und im UKE 86 Prozent (309/361 Kühne 2007). Der Ausschluß einer knöchernen Verletzung mittels

Röntgen scheint somit einen wichtigen Parameter in der Diagnostik darzustellen, desweiteren ist es ein einfach und zügig anzuwendendes sowie auch durch unerfahrene Ärzte auszuwertendes Mittel. Die Strahlenbelastung ist im Gegensatz zur Computertomographie gering. Weitere bildgebende Verfahren stellen die Computertomographische Diagnostik (CT), mit einem Anteil von 12,5 Prozent, Kernspintomographie Aufnahmen (MRT) mit 1,9 Prozent und Sonographien 8,7 Prozent (9/104). Im AK St. Georg wurden anteilig 3,6 Prozent CTs und 0,4 Prozent MRTs durchgeführt. Im UKE waren es 5,6 Prozent CTs und keine MRTs (Süße 2008, Kühne 2007). Der hohe Anteil an computertomographischer Bildgebung im AK Barmbek im Gegensatz zu den zwei anderen Hamburger Kliniken mag auch in diesem Punkt mit der Schwere der Verletzungen zusammenhängen. Bei komplexen Traumata, die mehrere Körperbereiche betreffen und bei denen die Aussagekraft des Röntgens nicht ausreicht, werden sogenannte Traumaspiralen durchgeführt. Die Strahlenbelastung und der Kostenfaktor sind der Verletzung in diesen Fällen untergeordnet. Die Anforderung von MRT-Untersuchungen ist oftmals mit einem großen Zeitfaktor, Aufwand und Kostenfaktor verbunden, eine Auswertung oft nur durch erfahrene Radiologen möglich und findet daher in der Notfallmedizin nur selten Anwendung. Auch die Ultraschalluntersuchung ist ein schnelles, einfach handzuhabenes und kostengünstiges Mittel.

Bei der Differenzierung der Röntgenverfahren wurden bei einem Drittel der Gewaltopfer Thoraxaufnahmen gemacht 34,4 Prozent, bei Kühne 7,4 Prozent und bei Süße 6,0 Prozent Wirbelsäule und 5,8 Prozent Thorax (2007, 2008). In den beiden vorausgegangenen Dissertationen lag der Hauptteil der röntgenologischen Bildgebung auf der Untersuchung des Kopfes, 69,3 Prozent im AK St. Georg und 70 Prozent im UKE (Süße 2008, Kühne 2007). Im AK Barmbek waren es lediglich noch 28,1 Prozent (9/32). Auch dies mag mit der Schwere der Kopfverletzungen und möglicher Bewussteseineinschränkung divergieren. Bevor lediglich eine Röntgenaufnahme vom Schädel gemacht wird, die häufig nicht aussagekräftig genug ist, wird eine craniale Computertomographie (CCT) erwogen, wie in 53,3 Prozent der CT-Untersuchungen und im UKE sogar in 78 Prozent der CTs (Kühne 2007). Das restliche Drittel entfällt auf die Untersuchung der Extremitäten, bei Süße 14,6 Prozent und bei Kühne Prozent (2008, 2007). Abdominelle CT Aufnahmen wurden in 20 Prozent durchgeführt, bei Kühne waren es gerade mal die Hälfte mit 10 Prozent. CT-Thorax Aufnahmen und Kontrastmittel CTs scheinen

nur in speziellen Fällen genutzt zu werden.
In der internationalen Literatur findet man keine Angaben zu den diagnostisch angewandten Verfahren. Durch die Angaben von Alkoholspiegeln kann die Anwendung von Laborwerten als diagnostisches Mittel nahe liegen, ist aber durch Zahlen nicht belegt.

5.22 Konsiliardienste der jeweiligen Fachrichtungen

Mehr als 40 Prozent der Gewaltopfer wurden weiteren Fachabteilungen vorgestellt (14/34). Dabei entfällt der Großteil mit 36 Prozent auf die Neurologie und weitere 24 Prozent auf die Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde. Auch in den Auswertungen von Süße (HNO 58%, Neurologie 23%) und Kühne (HNO 24 %, Neurologie 21 %) sind es die führenden Fachabteilungen (2008, 2007). Dies hängt am ehesten mit dem häufigen Auftreten von Kopfverletzungen zusammen 40 Prozent. Dabei werden die erweiterten neurologischen Untersuchungen genutzt um mögliche Nervenausfälle frühzeitig zu erkennen. Die konsiliarische Nutzung der HNO, dient der Beurteilung von Gesichtsschädelverletzungen und der daraus resultierenden Therapie. Im UKE konnte ein Großteil der Patienten durch die Fachabteilung der Zahn-, Mund-, Kieferheilkunden gesichtet werden 28 Prozent (Kühne 2007). Je größer ein Krankenhaus, desto mehr Fachabteilungen können in den Fall mit einbezogen werden. In kleineren Kliniken mit weniger Fachabteilungen muss der behandelnde Arzt eigenständige Entscheidung zur weiteren Diagnostik oder gegebenenfalls die Verlegung in ein Krankenhaus mit speziellen Fachbereichen anordnen. Die erste Sondierung des Patienten erfolgt bei denen die mittels Rettungswagen eingeliefert werden jedoch schon am Unfallort. Dort wird durch die erste Sichtung entschieden welche Diagnostik dem Patienten zuteil werden soll. Daraus resultiert, dass bestimmte Verletzungen wie komplexe Schädel-Hirn-Traumata auch nur in die dafür vorgesehen Kliniken gelangen. Aus dem AK Barmbek wurden in einem Fall ein Patient mit vitaler Bedrohung, bei multiplen offenen Schädelfrakturen weiter ins AK St. Georg verlegt.

5.23 Differenzierung der Rechtsmedizinischen und Chirurgischen Untersuchung

Helfen und Heilen sind die den ärztlichen Beruf prägenden Merkmale. Das vordringliche Ziel ist, die Verletzungen unmittelbar zu behandeln. Dabei hat die

Behandlung für die Abwendung gesundheitlicher Schäden für den Patienten Priorität. Die Dokumentation der Verletzung für forensische Belange ist daher oftmals nicht ausreichend (Verhoff 2012). Im Gegensatz dazu steht die Tätigkeit von Sachverständigen die Pflicht zu gewissenhafter Feststellung und gutachterlicher Beurteilung medizinischer Sachverhalte (Hennies 2008). Die Anordnung eines rechtsmedizinischen Gutachtens wurde in keiner Akte der Gewaltopfer erwähnt. Durch die namentliche Suche im rechtsmedizinischen Archiv der Uniklinik Hamburg Eppendorf ergaben sich drei im Nachhinein untersuchte Gewaltopfer 8,8 Prozent. Im AK St. Georg waren es 2,4 Prozent (12/503) im UKE sogar 17,6 Prozent (51/8274) (Süße 2008, Kühne 2007). Dabei ist relevant, dass der Rechtsmedizinische Dienst der Stadt Hamburg durch das Institut im UKE gewährleistet wird und somit die unmittelbare Nähe für die chirurgische Notaufnahme im UKE besteht (Süße 2008). Abgesehen von der Distanz für andere Kliniken muss erst einmal das Wissen über die Möglichkeit eines rechtsmedizinischen Dienstes beim behandelnden Arzt bestehen.

Anhaltspunkte für Gewalt durch fremde Hand ergeben sich häufig im Nachhinein. Daher erfolgen klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen oftmals erst Tage nach der medizinischen Erstversorgung, ein forensisch relevanter Erstbefund ist oftmals nicht mehr rekonstruierbar. Eine entscheidende Rolle für die rechtsmedizinische Begutachtung und im Gefolge des weiteren Verlaufs des Ermittlungsverfahrens ist die fotografische Dokumentation des Verletzungsbildes. Dabei muss eine Fotodokumentation erst einmal indiziert sein. Durch in der Anamnese berichtete Gewalt durch den Patienten oder Dritte, durch die Verletzungsart, beispielsweise Stich, Schnitt und geformte stumpfe Gewalt und durch die Verletzungslokalisation können Rückschlüsse auf eine Gewaltverbrechen gezogen werden. Desweiteren durch die Anzahl der Verletzungen, die nicht durch ein einzeitiges (Unfall-) Geschehen nachvollziehbar sind. Dabei unterliegen die archivierten Bilddateien wie alle anderen dokumentierten Befunde der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Herausgabe an die Ermittlungsbehörden oder sonstige Weitergabe an Dritte unterliegt den üblichen gesetzlichen Bestimmungen für Patientendaten (Verhoff et al. 2012).

Ein Patient wurde noch in der chirurgischen Notaufnahme durch einen Rechtsmediziner untersucht, ein weiterer Patient am achten stationären Tag und der dritte Patient zwei Tage nach Aufnahme im Krankenhaus ambulant im

rechtsmedizinischen Institut. Die rechtsmedizinische Anamnese und Diagnostik unterscheidet sich in deutlichem Ausmaß zur chirurgischen Aufnahme (siehe Gegenüberstellung Abbildung 37). Durch den rechtsmedizinischen Konsiliarius erfolgte eine detaillierte Anamnese sowie die ausführliche Untersuchung aller Körperregionen, die Dokumentation durch Photos und eine abschließende Beurteilung der Verletzungen und Kausalitätszusammenbringung.
In Hamburg gibt es die Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt seit 1998, dort werden jährlich mehr als 1.000 Patienten begutachtet (Anders et al. 2008). Die Geschädigten haben dort die Möglichkeit, sich kostenlos untersuchen zu lassen, anhand schematischer Dokumentationsbögen werden die Befunde dokumentiert (Püschel und Schröer 2001). Die Erkennung von Mechanismen und Intensität von Gewalteinwirkungen ist dem Rechtsmediziner überlassen, denn er kennt die jeweilige juristische Bewertung bestimmter Schädigungsformen und rechtlich relevante Unterschiede (Penning 2006). Bei der strafrechtlichen Ahndung von Körperverletzungsdelikten ist das Gericht auf die Befunde der behandelnden Ärzte angewiesen, zum Beispiel ist die Unterscheidung zwischen Körperverletzung, schwerer Körperverletzung und gefährlicher Körperverletzung relevant für das Strafmaß (Madea 2003, StGB § 223, 224 und 226). Unteranderem kann der behandelnde Arzt durch das hinzuziehen eines Rechtsmediziners seine Interessenkollision umgehen und einen Misshandlungsverdachts bestätigen lassen ohne das zu schützende Rechtsgut der Schweigepflicht zu brechen (Brinkmann und Madea 2004). Auch führte das im Jahre 2002 in Deutschland in Kraft getretene Gewaltschutzgesetz (GewSCHG) zur Verpflichtung der adäquaten Verletzungsdokumentation. Dabei stellt die Rechtsmedizin eine der ersten Anlaufstellen der Opfer dar (Franke et al. 2001).

5.24 Therapie

Konservativ chirurgische Maßnahmen wie Wundversorgung, Schmerzmittelapplikation, Gipsanlage und Kühlung gehören mit 40,4 Prozent zu den hauptherapeutischen Maßnahmen (19/47). Süße differenzierte im AK St. Georg zwischen ambulanten und stationären Patienten, daraus resultierte, dass bei 65,3 Prozent der ambulanten Gewaltopfer und bei 40,5 Prozent der stationären eine Wundversorgung vorgenommen wurde. Auch bei Kühne wurde größtenteil konservativ behandelt (32,4 %). Knapp ein Drittel der Gewaltopfer musste in Folge

der Verletzungen im Verlauf operiert werden 27,7 Prozent (13/47). Im AK St. Georg waren es 41,6 Prozent der stationär aufgenommenen Patienten und somit circa 2 Prozent des Gesamtkollektivs (10/503, Süße 2008). Auch im UKE wurden lediglich 1,7 Prozent (5/290, Kühne 2007) operiert. Dies mag unteranderem damit zusammenhängen, dass es zu mehr Knochenbrüchen im AK Barmbek kam.

5.25 Spezielle Therapie

Mit der Analyse spezieller therapeutischer Maßnahmen, wie medikamentöse Ruhigstellung, psychologische Betreuung und chirurgische Interventionen, soll dargestellt werden ob es durch gewaltbedingte Verletzungen zu einer anderweitigen oder Mehrbelastung des Gesundheitssystem kommt. Durch das kleine Patientenkollektiv des AK Barmbek und dazu kaum bestehender Literatur kann dazu jedoch nur schwerlich eine Aussage getroffen werden.
Anästhesiologische Maßnahmen sind durch chirurgische Maßnahmen, wie Operationen indiziert und damit gegeben. Auch die die Erfragung des Tetanusstatus ist eine Standardfrage bei Patienten mit offenen Verletzungen. Im AK Barmbek erhielten 8,8 Prozent (3/34) der Gewaltopfer mit unklarem Impfstatus prophylaktisch eine Tetanusimpfung. Im UKE waren es 16,6 Prozent und 22,2 Prozent im AK St. Georg (Kühne 2008, Süße 2007). In dem Großteil der Entlassungbriefe wird die Wiedervorstellung beim Hausarzt empfohlen. Damit kann versucht werden dem Patient ein individuelles Arzt-Patienten-Verhältnis näher zu bringen und den Patienten dadurch an einen Arzt zu binden.

5.26 Selbstverletzendes Verhalten

Die WHO berichtet im Jahr 2005 über 800.000 Tote durch Selbstverletzung, bei den 15 bis 44 jährigen gehört es zur viert häufigsten Todesursache. In Deutschland kommen dabei auf 100.000 Einwohner 14,3 Suizide. Die Hauptfaktoren scheinen dabei Alkohol- und Drogenmissbrauch, sowie körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch und soziale Ausgrenzung und andere psychische Probleme zu sein (WHO 2005). 8,8 Prozent der Gewaltopfer im AK Barmbek wurden aufgrund suizidalen Verhaltens in die Notaufnahme eingeliefert (3/34). In einem der Fälle entstand die Verletzung nach einer gewalttätigen Auseinandersetzung mit seinem Partner in einem anderen Fall aufgrund psychischer Probleme. Im UKE waren es 0,3 Prozent (Kühne 2007). Männer sind dabei doppelt so häufig betroffen wie

Frauen, jedoch ist der Anteil der Suizidversuche bei Frauen höher (Schwartz 2003). Die Hauptverletzungen sind Schnittverletzungen (Brinkmann und Madea 2004). Es scheint eine Verbindung zwischen häuslicher Gewalt und beabsichtigter Selbstverletzung bei Frauen zu geben, so gaben selbstverletzende Frauen 75 mal häufiger häusliche Gewalt an, als die sich nicht selbsteverletzende (Boyle, Todd 2003). Die große Mehrzahl der Suizide scheinen sich aufgrund seelischer Krankheiten zu ereignen, fraglich sind dabei die auslösenden Ereignisse (Pohlmeier et al. 1969).

5.27 Verletzung durch Tiere

Die Verletzung durch Tiere ist bezogen auf gewaltbedingte Verletzung in soweit relevant, als dass es im Laufe des Lebens zu Bissverletzungen durch fremde Tiere kommen kann, deren Besitzer die Kontrolle über ihr Tier verlieren oder verlieren wollen. Da die Verletzung des einen betroffenen Patienten durch eine Schlange in ländlicher Umgebung geschehen ist, soll dieser Tatbestand hier nicht weiter analysiert werden.

5.28 Auswirkungen von Gewalt auf die Opfer

Die Auswirkungen von Gewalt sind immer individuell auf das jeweilige Opfer zu beziehen, wirken jedoch weiter auf familiäre und soziale Beziehungsstrukturen und belasten die Erwerbsfähigkeit des Opfers. Erwiesenermaßen führt Arbeitslosigkeit zu einer höheren Mortalitätsrate und zu Störungen der physischen sowie seelischen Gesundheit und führt somit zu einer Mehrbeanspruchung des Gesundheitssystems (Brzank 2009). Abgesehen von den persönlichen Kosten rechnet man in den industrialisierten Ländern von einem Verlust von 5 DALYs (disability-adjusted life years oder gesunden Lebensjahren) bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren. Es kommt zu Kosten im sozialen und juristischen Bereich sowie zu volkswirtschaftlichen Verlusten im Erwerbsleben (Brzank 2009).

Die Mehrbelastungen im Gesundheitssystem zeichnen sich durch körperliche und seelische Verletzungen aus, die zu chronischen Folgen führen (Lob et al. 2008). Die körperlichen Auswirkungen können zu funktionellen Beeinträchtigungen und dauerhaften Behinderungen führen. Somatische Folgen der Gewaltopfer können vermehrt chronische Schmerzsyndrome, Magen-Darm-Beschwerden und Atemwegsbeschwerden sein. Depressionen, Störungen des Selbstbewusstseins,

Angsstörungen und Panikattacken, Schlafstörungen und Suizidgedanken zählen zu den psychischen Konsequenzen (Bmfsfj 2009, Brzank 2009, Kury und Wetzels 1996, Schröttle und Ansorge 2008, Remschmidt 2011). Im medizinischen Bereich kommt es zum Mehraufwand von psychologischer und medizinischer Therapie. In der letzten Instanz können die Gewalterfahrungen tödlich enden, entweder durch die Tötung oder durch Suizid (Brzank 2009). Speziell betroffen von gewalttätigen Übergriffen in Paarbeziehungen sind Kinder, die Gewalt als Mittel der Konfliktbewältigung ansehen, dieses weiter ausüben und somit einen Gewaltkreislauf entstehen lassen (Lob et al. 2008). Unteranderem stellte eine US-amerikanische Studie fest, dass Kinder deren Mütter Gewalt durch den Partner erlebten, eine höhere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bedarfen als nicht betroffene (Brzank 2009). Menschen, die in ihrer Kindheit und Jugend körperliche und sexuelle Misshandlungen erfahren haben leiden oft noch jahrzentelang an den Folgen. Es kommt im späteren Leben überdurchschnittlich häufig zu psychischen Auffälligkeiten, wie posttraumatischen Belastungsstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, kognitiven Entwicklungsstörungen, sprachlichen Defiziten, Aufmerksamkeitsstörungen, Depressionen, suizidalem Verhalten und Alkohol-, Drogen-, und Medikamentenmissbrauch (Bühring, Lob et al. 2008, Kendall-Tackett und Eckenrode 1996, Remschmidt 2011, Brzank 2009). Das frühzeitige Erkennen und eine adäquate Vorbereitung auf die Spätfolgen von Gewalt würde zu einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen führen. Die Studienlage bezüglich der Folgekosten von häuslicher Gewalt ist im deutschen Bereich dürftig.

5.29 Die Bedeutsamkeit des medizinischen Personals

Das medizinische Handeln stellt eine Interaktion zwischen Arzt und Patient dar, anteilig daran sind Kommunikation, gegenseitige Anteilnahme und Beteiligung (Trojan und Döhner 2002). Das Arzt-Patienten-Verhältnis beruht auf Vertrauen, dabei ist zu Beginn des 19. Jahrhunderts der erste Ansprechpartner oftmals der Hausarzt. Durch den Wandel der ärztlichen Kompetenz hin zum Spezialisten, verliert der Hausarzt in Ballungszentren jedoch zunehmends an Wert und somit auch an Vetrautheit (Lachmund und Stollberg 1995). Für Gewaltbetroffene, gerade Frauen aus häuslichen Gewaltbeziehungen, sind Ärzte die primären Ansprechpartner (Brzank 2005, Schröttle 2005). Das Aufsuchen professioneller

Hilfe stellt eine hohe Überwindung von Scham- und Schuldgefühl dar und tritt oftmals erst im Zusammenhang mit weiteren Faktoren, wie psychosomatische Beschwerden oder Verletzungen auf (Brandfaß et al. 2009). Die große Anforderung an das medizinische Personal ist dabei, die misshandelte Person ausreichend medizinisch zu versorgen und das Thema Gewalt dabei zur Sprache zu bringen. Lediglich 7,5 Prozent der gewaltbetroffenen Frauen gaben an von ihrem Arzt nach Gewalterfahrungen gefragt worden zu sein (Brzank 2005). Diverse Studien ergaben, dass Fachleute mit solchen Situationen überfordert sein. Das Ansprechen fordert die Überwindung des Arztes, dient jedoch dem rechtzeitigen Erkennen von Gewalt (Wilsdorfer 2012). Bei der Begutachtung von Notaufnahmen fällt auf, dass oftmals junge unerfahren Ärzte mit der Aufnahme von Patienten betraut werden. Dabei liegt das Problem sicherlich nicht in der Inkompetenz sondern in der Überforderung der Situation mit dem misshandelten Patienten. Es wird sich auf die wesentlichen Tätigkeiten wie der Wundversorgung, beschränkt. Weitere Faktoren, die zu einem hohen Gesamtstress führen sind der Zeitdruck, Praxisrealitäten und äußere Faktoren (Lewis et al. 1993). Dabei sind die gesundheitspolitischen Strukturen ein Mitverursacher für die Arbeitsplatzbedingung von Ärzten (Jurkat und Reimer 2001). Hohes Arbeitszeitaufkommen und nicht ausreichende Personalschlüssel führen zu verkürzten Behandlungszeiten, mangelnder Dokumentation von Befunden und einer nicht ausführlich genug ausfallenden Anamnese (Trojan und Döhner 2002). Oftmals sind aber die Ärzte die Einzigen, die die Betroffenen unterstützen und ihnen Hilfsangebote anbieten könnten (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2008). Anzeichen für Gewalterfahrungen müssen jedoch erst einmal erkannt werden, beispielsweise situative Faktoren, in denen der Patient ängstlich, nervös und ausweichend reagiert oder Erklärungen die zum Entstehen der Verletzungen gemacht werden stimmen nicht überein, Diskrepanzen kausaler Zusammenhänge wie Art, Lage der Verletzung und Verletzungszeiträume (Brandfaß et al. 2009). Dies könnte durch einfache Screeningmethoden und Dokumentationsbögen schnell und effektiv in der Notaufnahme erfasst werden. Allein die Frage nach Gewalt konnte in einer amerikanischen Studie das 1,8 fache an Gewaltopfern identifizieren (Daugherty und Houry 2008). In diesem Maße erfasste Gewaltdaten gäbe es sonst nur bei der Polizei (Sivarajasingam 2008).

Der Problemkomplex häusliche Gewalt sollte in Aus- und Weiterbildung integriert

werden und die Erkennung von Gewaltopfern regelmäßig trainiert werden (Brandfaß et al. 2009, Daugherty und Houry 2008, Schröttle 2005, WHO 2005, Moreiro et al. 2008, Graß et al. 2002). Ebenso ist die Förderung der Zusammenarbeit von Polizei und Sozialdiensten anzustreben (Wright und Kariya 1997). Der Sozialdienst sollte gerade in Notaufnahmen mit erhöhter Gewaltprävalenz und der Nähe zu sozialen Brennpunkten 24stündlich erreichbar sein um das medizinische Personal zu entlasten und zu unterstützen (Süße 2008). Die Vernetzung mit Interventionsstellen über Internetforen, wie zum Beispiel GESINE, muss voran getrieben werden und für Ärzte und Pflegepersonal zugänglich gemacht werden (MIGG 2012). Dem Patienten muss klar gemacht werden, dass die zeitnahe Dokumentation für das Einleiten eines Verfahrens gegen die Straftäter nötig ist (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2008). Maßgeblich relevant für Gewaltopfer ist, dass wenn diese nicht als solche identifiziert werden, es erneut zum Missbrauch führt. Dies kann zur Wiederaufnahme in die Notaufnahme führen oder aber zum Tod (Daugherty und Houry 2008). Eine aktuelles Projekt zur „Versorgung von Gewaltopfern in Notaufnahmen“ kam zu dem Ergebnis, dass die Pflegekräfte und Ärzte durchaus aufgeschlossen sind, wenn es um die Erfragung von gewaltbedingten Verletzungen geht, aber weder Struktur noch die Zeit oder die Qualifikation dafür vorhanden sei (Grundel et al. 2012).

5.30 Rechtsmedizinischer Dienst

In Hamburg erfolgt die klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung von Gewaltopfern seit 1998. Das Modellprojekt diente der Erkennung des Versorgungsbedarfs von Gewaltopfern und der Optimierung regionaler Hilfssysteme (Seifert et al.). Es sollte standardmäßig ein rechtsmedizinischer Dienst in Akutkliniken anwesend sein oder zumindest die Anbindung der Klinik an eine Gewaltopferambulanz gegeben sein. Durch eine mögliche Weiterbildung erlangen die Ärzte in Notaufnahmen zwar die Fähigkeit Gewaltopfer richtig einzuschätzen und rechtskräftige Dokumentation anzufertigen, jedoch bleibt meist nur wenig Zeit zur ausführlichen Dokumentation und Befragung. Die Möglichkeit den konsiliarischen Rechtsmediziner hinzuziehen vereinfacht viele Prozesse. Das medizinische Personal der Notaufnahme wird in jeder Hinsicht entlastet. Der Rechtsmediziner übernimmt eine neue Position in der Diagnostik und Therapie des

Patienten. Dabei wird das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen dem Gewaltopfer und dem Arzt der Notaufnahme nicht belastet. Durch eine zügige Vorstellung im rechtsmedizinischen Institut können Tatbestände von Gewaltgeschädigten durch kompetente Erfragung verbessert dargestellt werden. Eine Weiterleitung an Hilfsorganisationen sowie Angebote an psychologischer Krisenintervention können kompetenter erfolgen.
Durch das Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetztes (GewSCHG) kommt es immer häufiger zu strafrechtlichen Konsequenzen, somit muss eine adäquate Verletzungsdokumentation erfolgen. Der Rechtsmediziner ist dabei oftmals in vielen Fragen der erste Ansprechpartner für die Gewaltopfer (Franke et al. 2004).

5.31 Lösungsansätze und Prävention

Unter Gewaltprävention wird im Allgemeinen die Unterbindung des Entstehens von Gewaltkriminalität durch staatliche und personelle Maßnahmen verstanden. Die primärer Prävention soll die Entstehung jeder Form der Gewalt verhindern. Die sekundäre Prävention dient der Früherkennung von Gewaltaspekten und soll das Fortschreiten eindämmen. Dazu gehören die Thematisierung in der Öffentlichkeit, Aufklärungskampagnen, Medienregulierung, sowie Gesetzgebung und Opferhilfen. Die Tertiärprävention findet nach einer gewalttätigen Auseinandersetzung statt und dient der Rehabilitation und der Verhinderung von Folgeschäden (WHO 2003, Lob et al. 2008). Da gewaltbedingte Verletzungen in der europäischen Region die größte Gefahr für die Gesundheit darstellen, werden immer mehr Maßnahmen und Gesetze auf den Weg gebracht um dem Problem Einhalt zu gebieten (Schwartz 2003). Die konsequente Strafverfolgung häuslicher Gewalt, Interventionsprogramme wie „BIG“ und „FRIG“ (Berliner und Freiburger Interventionsprogramme gegen häusliche Gewalt) aus dem Jahre 1995,der Modellversuch des Platzverweises (Opferschutz) und das 2002 verabschiedete Gewaltschutzgesetz stellen relevante Bekämpfungsmöglichkeiten dar (Winterer, Polizeibericht 2003). Gewalt ist jedoch nicht mehr nur das Problem der Justiz, wie häufig in der Literatur erwähnt, sondern auch dem Gesundheitssektor wird ein großer Anteil zugeschrieben. Dazu zählt die Anhäufung von Wissen von Gewaltaspekten, die Ursachenerforschung und die Wirksamkeit von Hilfsprojekten (Krug et al. 2002, Schwartz 2003). Um ein Ausmaß von Gewaltbetroffenheit in der Bevölkerung zu schätzen, müssen regelmäßig Studien in Auftrag gegeben werden,

wie zum Beispiel das S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekt in Berlin. Die Sammlung von Routinedaten wie Mortalitätsraten, medizinische und richterliche Gutachten, sowie Gesundheitsdaten aus Krankenakten können zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen führen. Standardisierte Screenings in den Notaufnahmen und Arztpraxen könnten dieses fördern (Daugherty und Houry 2008). Auch Risiko-Screenings in Kinderkliniken, Elterntraining und regelmäßige Hausbesuche würden zu mehr Überlebenden durch Kindesmisshandlung führen (WHO 2005). Die WHO arbeitet zudem an einem Programm, damit durch ein „Verletzungssurveillancesystem“ vergleichbare Daten zu verletzungsbedingten Personen gesammelt werden können um ein „Minimum Data Sets for injury surveillance (MDS-Is)“ zu entwickeln. Dabei würden unteranderem Alter, Geschlecht und vor allem das Ereignis mit in die Beurteilung einfließen (Brzank 2009). Desweiteren kann durch die Gesundheitskarte eine Vernetzungsmöglichkeit zwischen den Ärzte hergestellt werden. Die Ärzte bekämen Zugriff auf die in der Vergangenheit genutzten medizinischen Ressourcen des Patienten und dessen Diagnosen. Dabei könnten Auffälligkeiten bezüglich regelmäßiger Arztbesuche aufgrund von körperlichen Verletzungen, psychischer Debilitäten oder psychosomatischer Störungen frühzeitiger erkannt werden und würden zu einer gezielten Befragung führen.

Im gesamtgesellschaftlichen Bereich muss zudem noch mehr an der Anerkennung der Gewaltfolgen gearbeitet werden. Die Gewaltprävention muss mehr in die Sozial- und Bildungspolitik mit einbezogen werden, um die soziale Gerechtigkeit zu fördern (WHO 2003, Alsaker 2002). Viele Gewaltopfer beklagen trotz alledem immer noch die Unkenntnis über psychosoziale Hilfseinrichtungen (Schröttle 2005). Das Angebot an Hilfsmaßnahmen, wie Beratungstelefone, Flyer und Präventionskampagnen (Weisser Ring 2012, kenn-dein-limit, gewalt kommt nicht in die Tüte) besteht, aber es muss noch mehr publik gemacht werden (Osterloh 2012, Ärzteblatt). Die entscheidenden Ansprechpartner bleiben Ärzte, Kirchenvertreter und Mitarbeiter von Sozialämtern. Gezielte Fortbildunge für einen adäquaten Umgang mit Gewaltopfern müssen daher gefördert und unterstützt werden (Schröttle 2005). In der Stadt Hamburg gibt es eine Vielzahl von Opferhilfeeinrichtungen, wie zum Beispiel „pro-aktiv Hamburg“, „Patchwork“, „Nummer gegen Kummer“, den polizeilichen Opferschutz oder „Weisser Ring“. Diese bieten einen professionellen und sensiblen Umgang mit Opfern, sowie eine

Weitergabe von Informationen über Rechte und Möglichkeiten (Polizeibericht 2004). Unterstützt werden sie durch eherenamtliches oder staatliches Engagement. Anzustreben ist ein weiterer Ausbau der Kooperation und Vernetzung zwischen Jugendamt, Schule und Polizei (Polizeibericht 2003).

Alkohol ist ein einflussreicher Faktor für gewalttätige Auseinandersetzungen und muss daher mit wirksamen Maßnahmen reguliert werden. Verhaltenspräventionen für einen verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol sind jedoch nicht ausreichend. Laut einer englischen Studie würde eine Erhöhung der Bierpreise zur Verringerung gewaltbedingter Unfälle führen. Suchtprävention und Gesundheitsförderung müsste schon bei Jugendlichen beginnen (EDI 2008, WHO 2005). Ob Präventionsprojekte wie Kampagnen „Don´t drink too much – stay Gold“ oder das PC Spiel LUKA zur Alkohol- und Gewaltprävention Wirkung haben, wird man erst in den nächsten Jahren sehen (Polizeibericht 2008).

Konzeptionelle Neuheit in der Anti-Gewalt-Beratungsarbeit in Deutschland ist der Beratungsansatz E.V.A. (Brandfaß et al. 2009). Zu den hochgesteckten Zielen der WHO zählen die Reduzierung der Einkommensungerechtigkeit und Armut (WHO 2005). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es im Zeitalter von Smartphones und Internet für fast jedes gewaltbedingte Opfer Möglichkeiten zur Hilfe gibt.

6 Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Gewalt ist eine vermeidbare Beeinträchtigung von grundlegenden menschlichen Bedürfnissen, wie Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit (Galtung 1975), und doch ist sie unumgänglich in unserer Gesellschaft. Dabei stellt die Behandlung von Gewaltopfern in Notaufnahmen eine Sondersituation dar und führt häufiger zu medizinischen Problemen als manche seltenen Erkrankungen (Vogel 1997). Gab es noch bei Vorliegen der vorrausgegangen Dissertationen von Kühne und Süße kaum Informationen zum Umgang mit Gewaltopfern, so gibt es derzeit in fast jeder Ausgabe des Ärzteblattes einen Artikel zum Thema Medizin und Gewalt. Das Gesundheitssystem scheint sich über den hohen Stellenwert der Situation bewusst geworden zu sein. Jedoch ist die Datenlage über die tatsächlichen Zahlen gewaltbedingter Opfer in der medizinischen Notaufnahme weiterhin dürftig, obwohl die Diskrepanz zwischen aufgenommenen und wirklich geschehenen Unfällen in Notaufnahmen neun Mal so hoch ist wie die der Polizei (Downing et al. 2003).

In der Stadt Hamburg scheinen die Mediziner in geringem Maße mehr durch gewaltbedingte Opfer betroffen zu sein als im internationalen Vergleich. Im AK Barmbek kommen Gewaltopfer mit einer Mindestwahrscheinlichkeit von 2,2 Prozent vor, im UKE sind es 3,5 Prozent und bis zu 13,1 Prozent im AK St. Georg (Kühne 2007, Süße 2008). Männer sind mit einem Anteil von 70 bis 85 Prozent in Hamburg und auch im internationalen Vergleich mehr von Gewalt betroffen als Frauen (Kühne 2007, Süße 2008). Zum Tatzeitpunkt waren 60 Prozent der Gewaltopfer zwischen 21 und 40 Jahren (20/34). Das Durchschnittsalter der Männer mit 35 Jahren und 41 Jahren bei den Frauen liegt über den Werten der bekannten Literatur. Der größte Anteil der Patienten mit 55,9 Prozent wurde am Abend und in der Nacht ins Krankenhaus eingeliefert, dabei wurde die Hälfte der gewaltbedingten Verletzten mittels Rettungswagen eingeliefert (45,5 %). Im saisonalen Verlauf zeigen sich die Monate November (11,7 %), Januar (14,7 %) und August (11,7 %) geringfügig mehr belastet als die anderen Monate. Im Gegensatz zu den zwei anderen Hamburger Kliniken wurden 91,2 Prozent der Gewaltopfer stationär aufgenommen, dabei bestand bei 54,5 Prozent potentielle Lebensgefahr. In 43,3 Prozent der Fälle geschah die Tat in einer Wohnung, der zweithäufigste Tatort war mit 26,7 Prozent die Straße. Bei den Tätern handelte es sich in 41,7 Prozent um Unbekannte, knapp ein Drittel (29,2 %) fallen auf Familie,

Freunde und Lebenspartner. Der Großteil der Gewaltopfer stand zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss (43,8 %). Die verursachten Verletzungen sind zu 76,5 Prozent durch direkte Gewalteinwirkungen bedingt, wobei es sich in 66,7 Prozent um stumpfe Gewalt, wie Schläge und Tritte meist ins Gesicht (25%), handelte. Stich- und Gelegenheitswerkzeuge waren die Hauptverursacher scharfer Gewalteinwirkungen (44,4% und 22,2 %). Die resultierenden Verletzungen sind größtenteils Frakturen (43,1 %). Diagnostisches Mittel der Wahl ist die Röntgenaufnahme mit 26,9 Prozent, dabei werden hauptsächlich Schädel und Thoraxaufnahmen gemacht (28,1 % und 34,4 %). Die Behandlung der Patienten erfolgte überwiegend konservativ (40,4 %), 27,7 Prozent wurden im Verlauf operiert. Konsiliarische Vorstellungen erfolgten in 36 Prozent durch den Neurologen und in 24 Prozent durch den HNO-Arzt. Bei 8,8 Prozent der Gewaltopfer wurde im Verlauf eine rechtsmedizinische Untersuchung durchgeführt, dabei kam es zu einer viel ausführlicheren und genaueren Untersuchung als durch die Ärzte der Notaufnahme.

Gerade in Großstädten müssen die Ärzte in Notaufnahmen durch qualifizierte Fachkräfte, wie Rechtsmediziner, in ihrer Arbeit und Analyse unterstützt werden. Durch gesetzliche Richtlinien, Leitfäden und Qualitätsstandards muss der Aufgabenbereich für deutsche Notaufnahmen bezüglich Gewalt definiert werden. Studien zeigten, dass Mediziner, die adäquates Training zur Gewaltopfererkennung erhielten, es viel einfacher hatten diese zu screenen (Daugherty und Houry 2008). Strukturierte und vereinheitlichte Erfassungsbögen und Überwachungssysteme könnten helfen größere Zuverlässigkeit der Zahlen, Muster und Auswirkung von Gewalt zu erlangen, und würden zur Verbesserung von Präventionsstrategien und zur Aufhellung des Dunkelfelds führen (Grundel et al. 2012, Downing et al. 200, Howe und Crilly 2002).

7 Literaturverzeichnis

Alsaker F. (2002) Psychische Gesundheit: Körperbild, Depression und Gewalt, Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 19.11.2003.

Althusser L. (1975) In: Gewalt zwischen Intimpartnern. Liebe, Aggressivität, Tötung. Duncker H., Pabst science Publishers 1999. HV 6626 Med A 1999/403.

Anders S., Seifert D., Heinemann A. et al. (2006) Zu ärztlichen Aspekten der Ursachen und Folgen häuslicher Gewalt, Hamburger Ärzteblatt www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1148042397.pdf.

Bandura (1973) In: Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Gugel G. 2008, Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., 2008. ISBN 978-3-932444-22-7 S. 61 http://www.friedenspaedagogik.de/materialien/gewaltpraevention_in_der_grundschule www.schulische-gewaltpraevention.de.

BIG e.V. Berlin Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen – BIG e.V., Broschüre: „Wenn Patientinnen von Gewalt betroffen sind“ BIG.eV, Berlin (2008). Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Landesärztekammer Baden-Württemberg www.aerztekammer-bw.de/gewalt, http://www.big-berlin.info/.

Bischof, N. (1985) Die Aggression als Instinkt- ein Verhaltensphysiologisches Modell. In: Aggression von Frauen. Entwicklungspsychologie, Psychodynamik und Psychotherapie, Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage, 2004. WM 600 Med A 2004/52, S.20 -23.

BMFSFJ (2009) Gesundheit – Gewalt – Migration, Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland, Juli 2009, 3. Auflage. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend www.bmfsfj.de.

Bostroem, L. (1997) In: Handbuch gerichtliche Medizin, Springer-Verlag, Brinkmann B., Madea B. (2004). W 700 Med B 2003/ 91 S. 336.

Boyle A., Todd C. (2003) Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department, Emergency Medicine Journal 2003;20;438-442 doi:10.1136/emj.20.5.438 www.emj.bmj.com/cgi/content/full/20/5/438.

Brandfaß U., Glammeier S., Hornberg C. (2009) Ungedeckte Unterstützungsbedarfe gewaltbetroffener Frauen, Antwort am Beispiel des Beratungsprojekts E.V.A., 1.Jg. Nr.1 2009. www.iffonzeit.de, www.wibig.uni-osnabrueck.de.

Brinkmann (1997) Dunkelfelduntersuchung der Rechtsmedizin. In: Sozialer Wandel und Gewaltkriminalität: Deutschland, England und Schweden im Vergleich 1955 bis 2000. Helmut Thome, Christoph Birkel, 1.Auflage März 2007, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden http://books.google.de/books?id=CGWU2ggmqloC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=brinkmann+B+1997+dunkelfelduntersuchung&source=bl&ots=C8ji8ksibJ&sig=r80ZgbdGKIq8P06GJ8DXH4dQzho&hl=de&sa=X&ei=ySfQUZPIB4rQtAb7moHgCA&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=brinkmann%20B%201997%20dunkelfelduntersuchung&f=false.

Brinkmann B., Madea B. (2004) Handbuch gerichtliche Medizin, Springer-Verlag. W 700 Med B 2003/ 91 1, S. 254-255, 335-338, 366 -368, 1167, 1267-1272.

Brunn, v. W. (1948) Geschichte der Chirurgie, Dr. med. Walter von Brunn, Universitätsverlag Bonn, 1948, Med A 1948/5.

Brzank, P. (2005) Genderspezifische Gewalt: Fakten und Tendenzen, Gesundheitliche Folgen von Gewalt und die Verantwortung der Medizin, Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin, BMFSFJ 2005 Gender-Datenreport.

Brzank, P. (2006) 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Prävention für gesunde Lebenswelten – „Soziales Kapitel“ als Investition in Gesundheit, Häusliche Gewalt als Thema der Gesundheitsberichterstattung: Überblick über die Datengrundlage und potentielle Datenquellen www.signal-intervention.de.

Brzank, P. (2009) (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2009 · 52:330–338 DOI 10.1007/s00103-009-0795-7, 2009, Springer Medizin Verlag 2009

Brockhaus Die Enzyklopädie (1996) Definition Gewalt. 20. Überarbeitete und aktualisierte Auflage, 8. Band Frit-Goti, S.280 ff., 489-492.

Buchta A. (2004) Aggression von Frauen. Entwicklungspsychologie, Psychodynamik und Psychotherapie. Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage 2004. WM 600 Med A 2004/52.

Bühring P. (2012) Sexueller Kindesmissbrauch, Therapieplätze dringend gesucht. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 44, 2.November 2012: A-2172/ B-1772/ C-1738.

Charles AV, Schrøder HM, Petersen K. et al. (1980) Violence and women in Arhus. Changes in the 1980´s. Ulykkes Analyse Centret, Arhus Amtskommune Ugeskr Laeger. 1991 Jan 21; 153 (4). 275-8/ PMID: 1996498 PubMed-Index.

Daphne-Programm (2003 – 2013)
Zusammenfassung der Gesetzgebung, Rechtsvorschriften der Europäischen Union (EU) http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/l33062_de.htm.

Daugherty J. D., Houry D. E. (2008) Intimate partner violence screening in the emergency department. USA 03/2008 www.jpgmonline.com.

Demetriades, van der Veen (1983) In: Gewalt im Röntgenbild, Befunde zu Krieg, Folter und Verbrechen, Hüthig, Jehle, Rehm Verlag (2000). ecomed E97 127 Rechtsmedizin. Med B 1997/ 185, S. 213.

Deutsches Grünes Kreuz e.V.. Informationsportal-Gewalttätigkeit und Gesundheit. www.dgk.de.

Downing A., Cotterill S., Wilson R. (2003) The epidemology of assault across the West Midlands. Studie West Midlands Region. 2003 Emerg. Med. J. 2003;20;434-437 doi:10.1136/emj.20.5.434.

Diderots Enzyklopädie (1757-1780) Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie, H. H. Studt 1996. Johann Ambrosius Barth Verlag Heidelberg Leipzig. WM 420 Med A 1996/603 0. S. 9, 12 ff..

Dießenbacher H., Schüller K. (1993) Gewalt in Altenheimen (eine Analyse von Gerichtsakten), Freiburg im Breisgau; Kauberhus, Lambertus-Verlag 1993

Duncker H. (1999) Gewalt zwischen Intimpartnern. Liebe, Aggressivität, Tötung. Pabst science Publishers HV 6626 Med A 1999/403 S. 7-12, 14, 19, 32.

EDI (2008), Eidgenössisches Departement des Inneren EDI (Schweiz), Schweizerische Eidgenossenschaft (Confédération Suisse), Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit 13.2.2008, www.bag.admin.ch, www.gleichstellung-schweiz.ch.

EDI (2011) Faktenblatt Alkohol und häusliche Gewalt, Eidgenössisches Departement des Inneren EDI Bundesamt für Gesundheit BAG.

Eggers (1994) In: Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., Gugel, G. 2008. ISBN 978-3-932444-22-7.

Eisner (2002) Sozialer Wandel und Gewaltkriminalität: Deutschland, England und Schweden im Vergleich 1955 bis 2000 Helmut Thome, Christoph Birkel, 1.Auflage März 2007, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Fengler D. (2011) Straßengewalt auf dem Kiez nimmt weiter zu, Immer mehr schwere Körperverletzungen auf St. Pauli und in St. Georg. Hamburger Abendblatt, 3. August 2009, S.11.

Finkelhor (1986) In: Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Gugel G. 2008, Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., 2008. ISBN 978-3-932444-22-7. http://www.friedenspaedagogik.de/materialien/gewaltpraevention_in_der_grundschule www.schulische-gewaltpraevention.de.

Franke B., Seifert D., Anders S. et al. (2004) Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt" aus kriminologischer Sicht, Zeitschrift: Rechtsmedizin 2004/3, Springer-Verlag (2004) DOI: 10.1007/s00194-004-0263-5.

Freud S. (1915) Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie, H. H. Studt 1996 Johann Ambrosius Barth Verlag Heidelberg Leipzig WM 420 Med A 1996/603 0 S. 9.

Freud S. (1915) Die Aggressionstheorien. In: Aggression von Frauen Entwicklungspsychologie, Psychodynamik und Psychotherapie. Buchta A., Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage 2004. WM 600 Med A 2004/52 S. 25-28.

Galtung (1960) In: Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Gugel G. 2008, Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., 2008. ISBN 978-3-932444-22-7 http://www.friedenspaedagogik.de/materialien/gewaltpraevention_in_der_grundschule www.schulische-gewaltpraevention.de.

Galtung (1975, 1993) Strukturelle Faktoren (Bedingungen in Pflegeheimen). In: Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen. Rolf D. Hirsch, Bonn, Mai 2001 http://www.humanrights.ch/upload/pdf/050825_hirsch_praevention.pdf.

Geiger H., Hof C. (2012), Prävention von Folter. Ein unabhängiger Blick in Deutschlands Gefängnisse. Deutsches Ärzteblatt, Jg 109, Heft 4, 27. Januar 2012-08-13. A-146/ B-134/ C-134. info@antifolterstelle.de, www.antifolterstelle.de.

GESINE (2012) Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen I + II (MIGG). Teil eines helfenden Netzwerks. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 16, 20.4.2012, A 797–9 www.gesine-intervention.de

gewalt-online. Portal zum Thema Gewalt und Aggression unter Jugendlichen. www.gewalt-online.de.

Graß H., Mützel E., Preuss R. (2002) Medizinische Interventionen gegen Gewalt an Frauen II. Die Versorgung kann verbessert werden. Deutsches Ärzteblatt 2012, 109 (16): A-798/ B-692/ C-688.

Graß H., Ritz-Timme S. (2006) Geschlecht, Gewalt und Gesundheit - Rechtsmedizinische Aspekte in Praxis und Forschung. In: Medizin und Geschlecht Perspektiven für Lehre, Forschung & Krankenversorgung, Miemitz B. (Hrsg.), Pabst Science Publishers 2013, ISBN 978-3-89967-787-4, S. 148 ff.

Grundel A., Blättner B., Grewe H. A. (2012), pg-papers, Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit, Versorgung von Gewaltopfern in Notaufnahmen, Ergebniss des Projektes „Gewalt in Notaufnahmen Hessen“ (GeNoaH) https://www.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/PDF/Forschungsprojekte/InterpersGewalt/GeNoaH/pgpapers_Grundel_et_al_3_2012.pdf.

Gugel G. (2008) Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., 2008. ISBN 978-3-932444-22-7
http://www.friedenspaedagogik.de/materialien/gewaltpraevention_in_der_grundschule
www.schulische-gewaltpraevention.de.

Häuser W., Schmutzer G., Brähler E. et al. (2011), Misshandlungen in Kindheit und Jugend, Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 17, 29. April 2011: 287-94.

Hamburger Krankenhausspiegel,
www.hamburger-krankenhausspiegel.de/krankenhausportraits_a-universit%C3%A4tsklinikum_hamburg_eppendorf_%28uke%29.html.

Hanning-Pasewald I. (2012) Wege aus der Gewaltspirale. Hamburger Ärzteblatt 11/2012
Gewalt kommt nicht in die Tüte!, S. 26 f. www.gewaltkommtnichtindietuete-hamburg.de.

Heitmeyer, Hagan (2002) In: Folgen von Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht, Prävention von Verletzungen - Risiken erkennen, Strategien entwickeln - eine ärztliche Aufgabe. Lob G., Richter M., Pühlhofer F. et al. (2008) Schattauer Verlag 2008. WA 250 Med A 2008/196 S.124-125.

Hennies, G. (2008), In: Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern, Dr. Horst Kater, Erich Schmidt Verlag 1. Auflage 2008, W725 Med A 2008/539, S. 29.

Hirsch R. (2012) Gewalt gegen alte Menschen „Der Beratungsbedarf ist riesig“, Deutsches Ärzteblatt , Jg. 109, Heft 26, 29. Juni 2012, A-1362/ B-1178/ C-1158.

Hirsch R., Brendebach C. (1999) Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Untersuchungsergebnisse der 'Bonner HsM-Studie'. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 32, H. 6, 1999, S. 449-455, ISSN:0948-6704
www.tup-online.com/media/md2637D.pdf, http://www.aeksh.de/shae_alt/200212/h02c060a.html.

Hobbes T. (1651, Leviathan) In: Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie. Prof. Dr. med. Hans Henning Studt. Johann Ambrosius Barth Verlag, Heidelberg Leipzig 1996 WM 420 Med A 1996/603 0 S. 13 ff.

Hofner M. C., Python N. V., Martin E. et al. (2005) Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department Schweizer Studie Lausanne 2005, Emerg. Med. J. 2005;22;481-485 doi:10.1136/emj.2003.013979.

Howe A., Crilly M. (2002) Identification and characteristics of victims of violence identified by emergency physicians, triage nurses and the police, United Kingdom, East Lancashire Public Health Injury prevention, Inj. Prev. 2002;8;321-323 doi:10.1136/ip.8.4.321.

Hurrelmann K.: Studie „Nummer gegen Kummer 2007“, Shell Jugendstudien 2002 / 2006, 1. World Vision Kinderstudie https://www.nummergegenkummer.de/cms/website.php, http://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/uniaktuell/entry/professor_dr_klaus_hurrelmann_an.

Jacobi (1995) In: Handbuch Gewaltprävention. Für die Grundschule und die Arbeit mit Kindern. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten. Gugel G. 2008, Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V. / WSD Pro Child e.V., 2008. ISBN 978-3-932444-22-7
http://www.friedenspaedagogik.de/materialien/gewaltpraevention_in_der_grundschule
www.schulische-gewaltpraevention.de.

Jurkat, H. B., Reimer C. (2001) Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung H.B. Jurkat, C.Reimer Schweizerische Ärztezeitung, bulletin de médecins suisses; 2001; 82; Nr. 32/33.

Kater H. (2008) Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern. Erich Schmidt, Verlag 1. Auflage 2008. W725 Med A 2008/539 S.21 ff, S.29, S.36.

Kierkegaard S. A. (1813 - 1855) Das 10 000 jährige Vorspiel. In: Geschichte der Unfallchirurgie, Dr. F. Povacz, 2. Auflage 2007, Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 1-39.

Krug E. G., Linda L., Mercy J. A. et al. (2002) World report on violence and health, World Health Organization Geneva 2002.

Kühne O. (2007) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg- Eppendorf. Med. Dissertation, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg.

Kurrle et al. (1997) National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS)(NCEA/ Westat Inc. 1998), Gewalt gegen alte Menschen: Fakten – Hilfen – Prävention Arbeitsfeld Altenhilfe Rolf D. Hirsch www.tup-online.com/media/md2637D.pdf

Kury (1996), Wetzels (1995) Gewalt gegen Frauen und Männer www.bmfsfj.de Gender Datenreport – 10.3.2 Gewalt gegen Frauen und Männer

Lachmund J., Stollberg G. (1995) Patientenwelten, Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Verlag Leske und Budrich, Springer Verlag, 30.1.1995. WA 31 Med A 1995/623.

Lewis et al. (1993) Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung, H.B. Jurkat, C.Reimer, Schweizerische Ärztezeitung, bulletin de médecins suisses; 2001; 82; Nr. 32/33, S.1745

Lob G., Richter M., Pühlhofer F. et al. (2008) Folgen von Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht, Prävention von Verletzungen - Risiken erkennen, Strategien entwickeln - eine ärztliche Aufgabe, Schattauer Verlag 2008. WA 250 Med A 2008/196. S. 39-48, 124-132, 173.

Maurer M. H. (2012), Prävention statt Therapie, Deutsches Ärzteblatt, Int 2012; 109(1-2): 14; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0014a

MacMillian H.L., Wathen N., Jamieson E. et al. (2009) Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial, JAMA. 2006;296(5):530-536 (doi:10.1001/jama.296.5.530), http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/5/530

Madea B. (2003), Praxis Rechtsmedizin, Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung Springer-Verlag 2003, W 700 F Med 17-26 17, S. 99, 110, 591

Malti A. (2003), Kapitel 3: Wie entsteht Aggression?, In: Das Gefühlsverständnis aggressiver Kinder, Dissertationsschrift der Philosophie, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin, 24.1.2003, S.52-70 www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/.../FUDISS.../03_Kapitel3.pdf

McCauley J. L., Amstadter A. B., Danielson C. K. et al. (2009) Mental health and rape history in relation to non-medical use of prescription drugs a national sample of women
Addictive Behaviors 34 (2009) 641-648 National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina, Charleston, United States

Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1974) Definition Gewalt Band 10: Gem – Gror und 3. Nachtrag 1974 Med. A 1980/359: 10, S. 136

MIGG (2012), Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen I + II (MIGG), Teil eines helfenden Netzwerks, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 16, 20.4.2012, A-797 / B-691 / C-687

Mijić A. (2007) Kinder, Medien und Gewalt – Zum Stand der Forschung, Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V.

Musolff C., Hoffmann J. (2001) Täterprofil bei Gewaltverbrechen Mythos, Theorie und Praxis des Profilings, W860 Med A 2002/39 Springer Verlag 2001.

NACA- Score: National Advisory Committee for Aeronautics – (Schwerverletzten Score) http://www.notmed.info/mknaca.html.

da Nóbrega Tomaz Moreira S., Fagundes Galvao L.L.L., Medeiros Melo C. O. et al. (2008) Physical violence against women from the perspective of health professionals, Rev Sude Publica 2008;42(6), Natal, Nordost Brasilien.

Novak P. (2002) Macht und Medizin, In: Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundung, Analysen und Ergebnisse. S. 57 – 65). Hrsg. Alf Trojan, Hanneli Döhner. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.

Osterloh F.(2012), Gewalt gegen alte Menschen „Der Beratungsbedarf ist riesig“
Deutsches Ärzteblatt , Jg. 109, Heft 26, 29. Juni 2012, A-1362 / B-1178 / C-1158.

Pillmann F., Ullrich S., Draba S. et al. (2000), Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz, In: Der Nervenarzt, Volume 71, Issue 9, pp 715-721, Springer Verlag.

Penning R. (2006) Rechtsmedizin systematisch, UNI-MED Verlag AG Bremen, zweite Auflage 2006, F Med 18 – 7 17.

Pohlmeier H., Schöch H., Venzlaff U. (1996) Suizid zwischen Medizin und Recht. Gustav Fischer Verlag W 864 Med A 1996/54.

Polizeibericht 2003, Kriminalitätsentwicklung in Hamburg 2003 S. 30-36 http://www.hamburg.de/polizeiliche-kriminalstatistik-np/.

Polizeiliche Kriminalstatistik (2004) Polizei Hamburg - Ausgewählte Delikte nach Bezirken/ Stadtteilen LKA 141 www.polizei.hamburg.de.

Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2008 (2009), Bundesministerium des Inneren, www.bmi.bund.de.

Powell, Berg (1987) In: Gewalt in Altenheimen (eine Analyse von Gerichtsakten), Freiburg im Breisgau; Kauberhus, Dießenbacher H., Schüller K., Lambertus-Verlag 1993.

Präventionskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 7, 17.2.2012, A-295/ B-259/ C-255 www.kenn-dein-limit.info www.rauch-frei.info.

Probst J. (1986) Teil 1 Unfallchirurgische Grundlagen, In: 60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie nach Wiedergründung – Meilensteine auf dem Weg von der Unfallheilkunde zur Orthopädie und Unfallchirurgie, S. 14-39, Hrsgb. Probst J. et al. www.dgu-online.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/kapitel1_1.pdf.

Püschel K., Cordes O. (2001) Gewalt gegen Ärzte: Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko, Dtsch Arzteblatt 2001; 98 (4): A-153/ B-129/ C-125, http://www.aerzteblatt.de/archiv/25757/Gewalt-gegen-Aerzte-Toedliche-Bedrohung-als-Berufsrisiko.

Püschel K., Schröer J. (2001), Die Bedeutung rechtsmedizinischer Untersuchungsergebnisse bei der Erstellung von Fallanalysen, In: Täterprofil bei Gewaltverbrechen Mythos, Theorie und Praxis des Profilings, Kapitel 8, S. 213-254, Cornelia Musolff, Jens Hoffmann (Hrsg.), W860 Med A 2002/39, Springer Verlag 2001.

Reemtsma J. P. (2003) In: Polizeiliche Kriminalstatistik (2004) Polizei Hamburg - Ausgewählte Delikte nach Bezirken/ Stadtteilen LKA 141 www.polizei.hamburg.de.

Reh, Weiler (1975) Aggression gegen Personen. In: Gewalt im Röntgenbild, Befunde zu Krieg, Folter und Verbrechen, S. 213. Hüthig, Jehle, Rehm Verlag (2000). ecomed E97 127, Rechtsmedizin Med B 1997/ 185.

Remschmidt H. (2011) Misshandlungsfolgen: Seelische Belastungen und Spuren im Gehirn, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 17, 29.April 2011, S. 285 Editorial.

Sartre J.P. (1943) Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie. Prof. Dr. med. Hans Henning Studt. Johann Ambrosius Barth Verlag Heidelberg Leipzig 1996. WM 420 Med A 1996/603 0, S. 13 ff.

Schöttler C., Kutter P. (1992) Sexualität und Aggression aus der Sicht der Selbstpsychologie Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1. Auflage 1992, S.21.

Schröttle M. (2005) „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ Ergebnisse der ersten Repräsentativuntersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, www.gemeinsam.org/download/vortragsmanuskript_schroettle.doc.

Schröttle M., Ansorge N. (2008) Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsfj.de.

Schwartz F. (2003) Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen 2.Auflage 2003, Verlag Urban & Fischer W84 F Med 15 57-20.

Seifert D., Anders S., Franke B. et al. (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg, Rechtsmedizin 2004; 14: 182-187.

Senn (1993), Schmidt/ Noack (1994), Zemp (2002), Zinsmeister (2003) Gewalt gegen Frauen und Männer www.bmfsfj.de Gender Datenreport – 10.3.2 Gewalt gegen Frauen und Männer.

Sethi et al. (2006), Folgen von Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht, Prävention von Verletzungen - Risiken erkennen, Strategien entwickeln - eine ärztliche Aufgabe, Lob G., Richter M., Pühlhofer F. et al. Schattauer Verlag 2008. WA 250 Med A 2008/196 S. 170 ff..

S.I.G.N.A.L. e.V. (2012) 5. Fachtag S.I.G.N.A.L. e.V. in Kooperation Berliner Ärztekammer, „Kommunikation über Gewalterfahrungen – eine Frage der Übung?!“, Gesprächsführung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt in Krankenhaus, Rettungsstelle und Arztpraxis http://www.signal-intervention.de/download/SIGNAL_Gespraechsfuehrung.pdf.

Sivarajasingam V., Shepherd J. (2001) Trends in community violence in England and Wales 1995-1998: an accident and emergency department perspective, Violence research Group, University of Wales College of Medicine, UK Emergency medical Journal, 2001 March; 18(2): 105-109. Doi:10;1136/emj.18.2.105.

Sivarajasingam V., Morgan P., Matthews K. et al. (2008) Trends in violence in England and Wales 2000-2004: An accident and emergency perspective 22. August 2008. Violence research group (School of Dentistry), Cardiff Business School, Cardiff University, United Kingdom Injury, Int. J. Care Injured 40 (2009) 820-825 www.elsevier.com/locate/inury.

Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2005 für die Bundesrepublik Deutschland HA 1248 Med Y/801, S. 236, 242 f., 250 f., 266 – 269.

Steen K., Hunskaar S. (1997) Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department, Bergen Accident and Emergency Department, Norway knut.steen@kir.uib.no.

Studt, H. H. (1996) Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie, Johann Ambrosius Barth Verlag Heidelberg Leipzig 1996. WM 420 Med A 1996/603 null.

Süße A. (2008) Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Asklepios Krankenhauses St. Georg, Hamburg, Med. Dissertation, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg.

Terres des femmes, Menschenrechte für die Frau e. V., Gleichberechtigt, selbstbestimmt und frei, http://www.frauenrechte.de/online/index.php.

Trojan A., Döhner H. (2002) Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse-Verlag. WA 31 Med A 2002/ 829. S. 57, 66.

Verhoff M. A., Kettner M., Lászik A. et al. (2012) Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung: Forensisch relevante Verletzungsbefunde. Deutsches Ärzteblatt Int 2012; 109(39): 638-42; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0638.

Vogel H., Hartmann C. H., Bergunde D. (1997) Aggression gegen Personen, In: Gewalt im Röntgenbild, Befunde zu Krieg, Folter und Verbrechen, Hüthig, Jehle, Rehm Verlag (2000) ecomed E97 127 Rechtsmedizin Med B 1997/ 185, S. 213

Vollhardt (1999): Homer + Gilleard (1990), Pillemer + Suitor (1992), Coyne et al. (1993), Cooney et al. (1995), Mendonica et al (1996) In: Gewalt gegen alte Menschen: Fakten – Hilfen – Prävention Arbeitsfeld Altenhilfe Rolf D. Hirsch www.tup-online.com/media/md2637D.pdf

Walby, Allen (2004) In: Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schröttle M., Ansorge N. (2008), www.bmfsfj.de

Was ist Gewalt www.schulische-gewaltpraevention.de

Weisser Ring (2012) Kampagne „Sei stark. Hol Dir Hilfe!“ Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 16, 20.04.2012: A-784/ B-680/ C-676.

Welt (2011) Bewaffnete Konflikte 31.10.2011. Axel Springer SE 2013. http://www.welt.de/politik/ausland/article13689793/Jedes-Jahr-sterben-500-000-Menschen-durch-Gewalt.html.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2002) Gesundheit und Gewalt – Fakten und Trends in der Europäischen Region Faktenblatt 10/2002 www.who.int/violence_injury_prevention.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Hrsgb von der Weltgesundheitsorganisation. World report on violence and health, Summary 2002. ISBN 92 4 154562 3. www.euro.who.int, publicationrequests@euro.who.int.

Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO) Faktenblatt EURO (2005), Solide Fakten über Unfall- und Gewaltverletzungen in der Europäischen Region der WHO, Weltgesundheitsorganisation Europa.

Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO) Faktenblatt EURO (2006), Erreichung der niedrigsten verletzungsbedingten Sterblichkeitsrate in allen Ländern könnte jährlich eine halbe Million Menschenleben in der Region retten, Weltgesundheitsorganisation Europa.

Wikipedia http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausbehandlung.

Wilsdorf S. (2012) Gewalt rechtzeitig erkennen und benennen, Arbeitskreis Häusliche Gewalt der Ärztekammer, Hamburger Ärzteblatt 04/2012, S. 18 f.

Winterer H., Staatsanwältin, StA Freiburg, Strafverfolgung bei Gewalt im sozialen Nahbereich: das Freiburger Modell, Entwicklung und Tendenzen am Beispiel der Staatsanwaltschaft Freiburg www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/.../staatsanwaltschaft.pdf

Wright J., Kariya A. (1997) Characteristics of female victims of assault attending a Scottish accident and emergency department, Department of accident and emergency, Royal Alexandra Hospital, Paisley, Scotland, UK, Accid Ermerg Med 1997; 14: 375-378

Qualitätsbericht AK Barmbek (2004) www.ak-barmbek.lbk-hh.de

Qualitätsbericht AK Barmbek (2010).
http://www.asklepios.com/upload/260200035_HH_Barmbek_311211_14053.pdf.

Qualitätsbericht AK St. Georg 2010.
http://www.asklepios.com/upload/260200024_HH_St_Georg_311211_14059.pdf.

Qualitätsbericht UKE 2008. http://www.uke.de/medien/downloads/gb-medizincontrolling-medizinische-qs/260200013-00-2008-pdf_25_01_2010.pdf.

Zemp (2002), Zinsmeister (2003) Gewalt gegen Frauen und Männer www.bmfsfj.de Gender Datenreport – 10.3.2 Gewalt gegen Frauen und Männer

Abbildung Körper
http://iks-medien.de/wp-content/uploads/2007/07/koerper.jpg

8 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegeben 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 bei 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: …*Marissa Polac*……..

9 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin Hamburg, danke ich für das Überlassen eines so interessanten und aktuellen Themas sowie für die Bereitstellung der rechtsmedizinischen Akten.

Besonderer Dank gilt meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Dr. med. Sven Anders, Institut für Rechtsmedizin, der mir jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung stand und mich auch nach dieser langen Zeit durch seine positive amüsante Art noch zu motivieren wusste und immer ein offenes Ohr für mich hatte.

Herrn Prof. Dr. rer. nat. Hans-Peter Beck-Bornholdt danke ich für die hilfreiche Begleitung und Überwindung einiger Hürden bei dieser Arbeit.

Außerdem möchte ich mich herzlich bedanken bei Herrn Dr. med. Ralf Gütschow. Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des AK Barmbek, sowie dem Team des Archivs des AK Barmbeks für die Bereitstellung der Akten sowie die freundliche Unterstützung.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dennis Kondziella, der mir bezüglich Statistik und EDV zu jeder Zeit zur Seite stand.

Schließlich danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die stets an mich geglaubt haben, und mich immer wieder unterstützt und motiviert haben und damit maßgeblich diese Arbeit vorangetrieben und zum Ende geführt haben.