UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Frauen als Opfer und Täter von Gewalt im Untersuchungsgut der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg

(ausgenommen sexualisierte Gewalt und Gewalt in (Ex-)Partnerschaften)

Dissertation

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

vorgelegt von:

Marie Wischmann
aus Itzehoe

Hamburg 2014

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am 03.12.2014:

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

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

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. O. v. d. Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

1 Arbeitshypothese und Fragestellung 1
2 Einleitung 2
2.1 Definition von Gewalt 2
2.1.1 Gewaltkategorien 3
2.1.2 Gewalt im sozialen Nahraum 4
2.2 Entstehung von Gewalt 5
2.3 Häufigkeit von Gewalt 8
2.4 Gewaltformen 9
2.4.1 Art der Gewalteinwirkung 9
2.4.2 Strangulation 11
2.5 Selbstverletzendes Verhalten 12
2.6 Folgen von Gewalterfahrungen 14
2.7 Hilfe bei Gewalterfahrungen 16
2.7.1 Rechtsmedizinische Versorgung 17
2.8 Furcht vor Kriminalität 18
2.9 Prävention von Gewalt 19
3 Material und Methoden 21
3.1 Rechtsmedizinische Untersuchung 21
3.2 Material 22
3.3 Methoden 27
4 Ergebnisse 28
4.1 Epidemiologische Analyse des Patientenkollektivs 28
4.1.1 Altersverteilung 29
4.2 Anamnese/Sachverhalt 33
4.2.1 Hintergrund/Anlass der Tat 33
4.2.2 Täter-Opfer-Beziehung 34
4.2.3 Geschlecht des Tatverdächtigen 38
4.2.4 Anzahl der Tatverdächtigen 39
4.2.5 Ort des Geschehens 41
4.2.6 Weitere Konfliktsituationen 44
4.3 Angaben zur Art der Gewalt 47
4.3.1 Gewaltform 47

4.3.2 Tatwerkzeug 48
4.3.3 Fixierung/Fesselung 50
4.3.4 Gewalt gegen den Hals 50
4.4 Konsumverhalten der geschädigten Person 51
4.5 Konsumverhalten der beschuldigten Person 53
4.6 Objektivierbarkeit der Verletzungen 53
4.6.1 Art der Gewalteinwirkung 53
4.6.2 Besondere Verletzungen 56
4.6.3 Betroffene Körperregionen 57
4.6.4 Anzahl der betroffenen Körperregionen 61
4.6.5 Schweregrad der Verletzungen 62
4.7 Anzeichen für Selbstbeibringung von Verletzungen 65
4.8 Frauen als Täter von Gewalt 68
5 Diskussion 71
5.1 Methodenkritik 71
5.2 Epidemiologische Analyse des Patientenkollektivs 72
5.3 Altersverteilung 74
5.4 Hintergrund/Anlass der Tat und Täter-Opfer-Beziehung 79
5.4.1 Gewalt in der Familie 82
5.4.2 Raub/Materielles Motiv im Nahfeldkonflikt/familiären Konflikt 84
5.4.3 Gewalt in der Schule 85
5.4.4 Fremdtäteraggressionskonflikt 87
5.4.5 Gewalt im Zusammenhang mit der Polizei 88
5.5 Geschlecht des Tatverdächtigen 89
5.6 Anzahl der Tatverdächtigen 91
5.7 Ort des Geschehens 92
5.7.1 Gewalt im Zusammenhang mit öffentlichen Tanzveranstaltungen und möglichem Alkoholkonsum 93
5.7.2 Gewalt am Arbeitsplatz 94
5.8 Angaben zur Art der Gewalt 97
5.8.1 Gewaltform 97
5.8.2 Gewalt gegen den Hals 98
5.9 Konsumverhalten der geschädigten Person 99
5.10 Konsumverhalten der beschuldigten Person 100

5.11 Objektivierbarkeit der Verletzungen 101
5.11.1 Art der Gewalteinwirkung 101
5.11.2 Besondere Verletzungen 102
5.11.3 Betroffene Körperregionen 103
5.11.4 Anzahl der betroffenen Körperregionen und Schweregrad der Verletzungen 106
5.12 Anzeichen für Selbstbeibringung von Verletzungen 108
5.13 Frauen als Täter von Gewalt 111
5.14 Konsequenzen 115
6 Zusammenfassung 117
7 Abbildungsverzeichnis 119
8 Tabellenverzeichnis 121
9 Literaturverzeichnis 122
10 Danksagung 130
11 Lebenslauf 131
12 Eidesstattliche Versicherung 132

1 Arbeitshypothese und Fragestellung

Das Thema Gewalt gegen Frauen sieht häusliche Gewalt durch (Ex-)Partner und sexualisierte Gewalt im Fokus. Dieses ist nicht unbegründet, denn in vielen Studien konnte belegt werden, dass der größte Anteil der Gewalterfahrungen von Frauen aus diesen Konfliktsituationen resultiert. Doch Frauen werden auch Opfer anderer Gewaltformen, die ebenfalls relevant sind. Hierzu existieren bisher vergleichsweise wenige Daten. Die vorliegende Studie soll die Relevanz weiterer Ursachen von Gewalt und deren Folgen für die Betroffenen aufzeigen.

In der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf können Opfer von körperlicher Gewalt jederzeit eine Untersuchung und Dokumentation der erlittenen Verletzungen vornehmen lassen. Desweiteren werden im Auftrag der Polizei Tatverdächtige untersucht.

In der vorliegenden Studie sollen die Daten untersuchter Gewaltopfer ab 14 Jahren in dem Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2009 retrospektiv ausgewertet werden. Ausgenommen aus dieser Studie werden (Ex-)Partnerschaftskonflikte und sexualisierte Konflikte, da diese beiden Gewaltformen in der Arbeit von Seifert et al. (2007) eingehend untersucht wurden. Es stellt sich die Frage, unter welchen anderen Bedingungen Frauen Opfer von Gewalt werden und welchen Prozentsatz dieser Anteil unter den gesamten weiblichen Opfern von Gewalt einnimmt. Ziel dieser Arbeit ist die Analyse, welche Altersgruppen betroffen sind, wie die Beziehung zwischen Opfer und Täter ist, ob der Tatort im häuslichen Umfeld oder in der Öffentlichkeit liegt und ob Opfer oder Täter während der Gewalttat Alkohol konsumiert haben. Zusätzlich sollen die Art der Gewalteinwirkung sowie die daraus resultierenden Verletzungen und der Schweregrad der Verletzungen analysiert werden. Wichtige Aspekte der Auswertung sollen mit den Daten von männlichen Gewaltopfern verglichen und Unterschiede diskutiert werden.

Frauen als Täterinnen spielen im rechtsmedizinischen Untersuchungsgut eine untergeordnete Rolle. Ungeachtet dessen sollen in einer weiteren Auswertung die Daten von Frauen als Täterinnen analysiert werden. Wichtige Variablen in dieser Auswertung sind das Alter der Täterinnen, der Konfliktgrund, der Tatort, die Art der Gewalt, das Tatwerkzeug, die Verletzungen und das Konsumverhalten.

2 Einleitung

2.1 Definition von Gewalt

Eine exakte Definition von Gewalt ist schwierig, da sie einen weiten Bereich menschlichen Handelns umfasst. Sie ist von kulturellen Einflüssen und Wertvorstellungen abhängig, die sich im Laufe der Zeit ändern (Krug et al. 2002, Wyss 2004). So werden durch den Wandel der Zeit immer wieder als normal geltende Verhaltensweisen zu Gewaltphänomenen erklärt (Wimmer et al. 1996), wie z.B. die Ohrfeige des Vaters, die früher als Erziehungsmaßnahme galt (Wyss 2004).
Ursprünglich kommt der Begriff „Gewalt“ von dem gemeingermanischen Wort „walten“ oder auch dem altdeutschen Wort „waltan“. Der Ursprung dieser Begriffe liegt in dem indogermanischen Wort „ual-dh“, welches „stark sein, beherrschen“ bedeutet (Duden 1997).
In der wissenschaftlichen Forschung gibt es Uneinigkeiten in Bezug auf die Definition des Begriffs „Gewalt“ (Franke et al. 2004). Eine Übereinstimmung findet sich in der Hinsicht, dass Gewalt verletzt und eventuell tötet, und somit in vielerlei Hinsichten zerstört, so dass als Folge immer Opfer entstehen. Hiermit endet allerdings die Eindeutigkeit in der Begriffsdefinition (Heitmeyer und Hagan 2002).
Günter (2011) versteht unter Gewalt „die unrechtmäßige Ausübung von psychischem oder physischem Zwang auf Menschen“. Gewalt schädigt Menschen und beeinträchtigt sie in ihren Rechten (Günter 2011). Die Merkmale von Gewalt sind absichtlicher körperlicher Zwang, Ausnützen von Macht, körperliche Verletzung, psychische Schädigung und der Eingriff in die Rechtssphäre einer anderen Person oder Personengruppe (Wyss 2004).
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versucht eine umfassende Gewaltdefinition zu formulieren:

> „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“ (Krug et al. 2002).

Je nach Forschungsvorhaben sollte deshalb eine bestimmte Gewaltdefinition getroffen werden (Wetzels 1997). Für die vorliegende Studie sind sichtbare Verletzungen eine Voraussetzung, da nur diese eine rechtsmedizinische Untersuchung notwendig machen. Somit ist für diese Arbeit die physische Gewalt mit den Folgen von körperlichen Verletzungen entscheidend. Zusätzlich können die Untersuchten weitere der oben genannten Formen von Gewalt erlebt haben. Dieses muss im Umgang mit den betroffenen Personen berücksichtigt werden.

2.1.1 Gewaltkategorien

Um das weitreichende Ausmaß und die verschiedenen Aspekte von Gewalt zu betrachten, erscheint es sinnvoll, diese in verschiedene Kategorien einzuteilen. Die WHO ordnet Gewalt in die 3 folgenden Kategorien ein:

- **Gewalt gegen die eigene Person**

Gewalt gegen die eigene Person beinhaltet suizidales Verhalten und Selbstmisshandlung (Krug et al. 2002) (siehe auch 2.5 Selbstverletzendes Verhalten).

- **Zwischenmenschliche Gewalt**

Zur zwischenmenschlichen Gewalt gehören einerseits Konflikte im familiären Bereich, wie Gewalt gegen Intimpartner, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung durch die Eltern und die Misshandlung älterer Menschen. Der Tatort ist hier in den meisten Fällen im häuslichen Bereich der betroffenen Person zu finden und somit bleibt die Gewalttat der Öffentlichkeit oft verborgen. Andererseits gehören zur zwischenmenschlichen Gewalt Konflikte, die von nichtverwandten bekannten oder fremden Personen ausgeübt werden, wie Gewalt unter Jugendlichen, sexuelle Übergriffe von fremden Personen und Gewalt in Schulen und am Arbeitsplatz. Die Gewalttaten sind stark öffentlichkeitswirksam und werden dementsprechend auch als kriminell bezeichnet (Krug et al. 2002).

- **Kollektive Gewalt**

Kollektive Gewalt bezeichnet Menschen unterschiedlicher Gruppen, die politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele verfolgen. In diese Kategorie gehören bewaffnete Konflikte innerhalb oder unter Staaten, Völkermord, Missachtung der Menschenrechte, Terrorismus und organisierte Gewaltverbrechen (Krug et al. 2002).

Ähnlich wie die WHO beschreibt Imbusch (2002) 3 Erscheinungsformen der Gewalt:

- Die **individuelle Gewalt**, die sich aufteilt in Gewalt im privaten und Gewalt im öffentlichen Raum. Diese ist gleichzusetzen mit zwischenmenschlicher Gewalt.
- Die **kollektive Gewalt** als politische Gewalt, Bürgerkriege und Gruppengewalt.
- Die **staatliche Gewalt**, die das staatliche Gewaltmonopol, Diktaturen und Staatsterrorismus, gewaltsame Übergriffe und Kriege und Kriegsverbrechen beinhaltet (Imbusch 2002).

In der vorliegenden Studie liegt der Schwerpunkt auf der „zwischenmenschlichen Gewalt“ bzw. „individuellen Gewalt“. Zusätzlich wird in einem gesonderten Abschnitt „Gewalt gegen die eigene Person“ betrachtet.

2.1.2 Gewalt im sozialen Nahraum

Eine besondere Kategorie der zwischenmenschlichen Gewalt ist die Gewalt im sozialen Nahraum. Diese nimmt in der öffentlichen Diskussion und in der Literatur eine zentrale Stellung ein, denn „Gewalt in vertrauten oder engeren Beziehungen ist vermutlich so alt wie die Menschheit selbst“ (Godenzi 1994). Gewalt im sozialen Nahraum, auch benannt als häusliche Gewalt oder familiäre Gewalt wird vielfach definiert. So beschreibt Godenzi die „Gewalt im sozialen Nahraum“ als „schädigende interpersonelle Verhaltensweisen, intendiert oder ausgeübt in sozialen Situationen, die bezüglich der beteiligten Individuen durch Intimität und Verhäuslichung gekennzeichnet sind“ (Godenzi 1994).

Gewalt im sozialen Nahraum bezieht sich auf soziale Situationen, die Merkmale der Intimität und Verhäuslichung zwischen den beteiligten Individuen aufweisen. Die Beziehung zwischen den Individuen wird als bestehende oder ehemalige familiäre, eheliche oder eheähnliche Beziehung beschrieben und es kommt zur Ausnutzung eines Machtverhältnisses (Seifert 2007).

Im juristischen und medizinischen Bereich wird eher eine eng gefasste Definition der Gewalt verwendet, die sich allein auf physische Gewalt und damit körperliche Verletzungen bezieht. Dagegen wird eine weit gefasst Definition im soziologischen und psychologischen Bereich gebraucht. Diese beinhaltet jede Art der Schädigung des Opfers auf physischer und psychischer Ebene. Dieses schließt sexuelle Gewalt, Vernachlässigung und Beherrschung des Opfers mit ein (Franke et al. 2004, Gelles 2002).

Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann in Bern unterscheidet in Bezug auf die Art der Gewalt im sozialen Nahraum wie folgt: Ein „Streit“ wird definiert als eine Auseinandersetzung ohne Gewalttaten zwischen gleichstarken Personen. Wenn es hierbei zu einer gewalttätigen Auseinandersetzung kommt, wird vom „tätlichen Konflikt“ gesprochen. „Gewalt“ dagegen beinhaltet ein ungleiches Macht- und Kraftverhältnis zwischen Personen, so dass die eigenen Interessen durchgesetzt werden und das Opfer Schaden erlangt (Wyss 2004).
Gewalthandlungen können anhand eines situativen Charakters unterschieden werden. Einerseits finden die Konflikte aufgrund eines aktuellen Anlasses statt, andererseits kommt es in regelmäßigen Abständen zu Gewalttaten, deren Zweck in der Kontrolle und Machtausübung gegenüber dem Opfer liegt (Wyss 2004).

Bezogen auf die häusliche Gewalt haben Wieners und Hellbernd (2000) folgende Gewaltformen unterschieden:

- Körperliche Gewalt (Jegliche Art von tätlichen Angriffen wie Schläge, Stöße, Würgen und Fesseln bis hin zu tödlichen Folgen)
- Sexuelle Gewalt (Nötigungen, Vergewaltigungen und Zwang zur Prostitution)
- Psychische Gewalt (z.B. Drohungen, Beleidigungen, Demütigungen, Erzeugen von Schuldgefühlen, Einschüchterungen und Essensentzug)
- Ökonomische Gewalt (Arbeitsverbot oder Zwang zur Arbeit, Ökonomische Abhängigkeit durch alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Mann)
- Soziale Gewalt (Soziale Isolation durch Kontaktverbot oder Kontaktkontrolle) (Wieners und Hellbernd 2000).

2.2 Entstehung von Gewalt

„Gewalt, die Verletzung von Menschenrechten sowie Völkermord beginnen nie mit Waffen, sondern immer mit dem Wort!“ (Ärzte ohne Grenzen zitiert nach Menne 2010). Dieses lässt sich auch auf Gewalt gegen Frauen übertragen. So beginnt die Spirale der Gewalt oft mit verbalen Äußerungen, wie Einschüchterungen, Bedrohungen und Belästigungen und geht über in körperliche Gewalt bis hin zu Tötungsdelikten (Menne 2010).
Aber was veranlasst einen Menschen dazu, einem anderen Menschen gegenüber gewalttätig zu werden? Diese Frage haben sich viele gestellt. Somit liegen in der

Literatur unzählige Erklärungsmodelle zur Entstehung von Gewalt und deren Ursachen vor: „Die Diskussion um die Entwicklung und die Ursachen von Gewalt ist Teil einer unendlichen Geschichte“ (Heitmeyer und Schröttle 2006).

Gewalt wird als eine spezifische Form der Aggression verstanden, die zu einer Schädigung von Personen führt (Rauchfleisch 1992). Es werden zwei Theorien zur Entstehung der Aggression aufgeführt. So sehen die einen Aggression als eine Grundeigenschaft des Menschen, die schon von Thomas Hobbes mit „Homo homini lupus“ (Der Mensch ist dem Menschen ein Wolf) beschrieben wurde, während sie von anderen als eine Folge von Traumatisierungen gesehen wird (Günter 2011). Aggression wird hierbei als angeboren vorausgesetzt, so dass jeder Mensch unter bestimmten Gegebenheiten zu Gewalt fähig ist (Rauchfleisch 1992). Der Mensch hat somit die notwendige Eigenschaft der Aggression in sich, die jedoch bei einer positiven Entwicklung weitgehend konstruktiv eingesetzt und nur in der Fantasie ausgelebt wird, während durch Traumatisierungen primitive aggressive Verhaltensweisen aufkommen können (Günter 2011). Die Einsicht, dass jeder Mensch ein Gewaltpotential in sich trägt, soll helfen, eine Eskalation der Gewalt zu vermeiden (Rauchfleisch 1992).

Es sind neben den anlagebedingten Faktoren die frühkindlichen Beziehungen, aber auch soziale und politische Einflüsse für die Entwicklung verantwortlich (Rauchfleisch 1992). Gewalt ist häufig Folge von traumatischen Erlebnissen in der kindlichen Entwicklung. Hierzu gehören Gewalterfahrungen, Vernachlässigung oder Missachtung der persönlichen Integrität. In der Folge können sich Objektverlustängste und Verfolgungsängste bilden, die zu Gewaltidentifikationen als Abwehrmechanismus führen können. Gewalt dient zur Bekämpfung von Gefühlen wie Wertlosigkeit, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Verlassenheit. Durch die Gewaltausübung erlangt die betroffene Person wieder Handlungsfähigkeit und Kontrolle, befriedigt Rache- und Vergeltungswünsche und wehrt Schuldgefühle ab. Die Gefahr hierbei ist, dass es zu einer immer stärkeren Gewaltfixierung kommt. Ursachen von Gewalt können auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen entstehen. Hierzu zählen Armut, soziale Ausgrenzung, Chancenlosigkeit, Rechtlosigkeit und ökonomische Machtungleichgewichte (Günter 2011).

Die WHO beschreibt Risikofaktoren, die den verschiedenen Formen zwischenmenschlicher Gewalt gemeinsam sind. Hierzu zählen persönlichkeitsbedingte Merkmale wie mangelnde Selbstbeherrschung, geringes

Selbstwertgefühl und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, aber auch familiäre Erlebnisse in der Kindheitsentwicklung, wie fehlende Gefühlsbindung an die Eltern, mangelnde Unterstützung durch die Eltern, Scheidungs- und Trennungssituationen sowie Gewalterfahrungen in der Familie. Zusätzliche Faktoren sind Alkohol- und Drogenmissbrauch, Armut- und Einkommensungleichheit und fehlende Gleichberechtigung der Geschlechter (Krug et al. 2002).

Michael Günter stellt in seinem Buch „Gewalt entsteht im Kopf“ mehrere psychische Mechanismen vor, die als Ursachen von Gewaltentstehung angesehen werden können. Wichtig ist, dass soziale Prozesse und Gruppenprozesse nicht außen vor gelassen werden. Eines dieser Modelle beschreibt die „Gewalt aus Leidenschaft“. Demnach entwickelt sich Gewalt häufig aus Wut, Demütigungen, Rachewünschen, Scham oder Schuldgefühlen, dagegen seltener aus skrupellosen und eigennützigen Interessen. Dieses rechtfertigt keine Gewalt, bietet aber Ansätze zur Bekämpfung, indem versucht werden muss, diese Menschen zu erreichen und Verständnis für die Hintergründe aufzubringen. Nur so ist es möglich, nach Lösungen zu suchen (Günter 2011).

Der Verlust eines wichtigen Menschen bzw. einer bedeutenden Beziehung kann Gewalt auslösen. Dabei „ist die Regulation des Selbstwertgefühls ein zentraler Punkt, wenn man die seelische Funktion von Gewalt und ihre Attraktivität verstehen will“. So kann der Verlust eines anderen Menschen, auf den man angewiesen war, eine große Verunsicherung hervorrufen. Gewalt nimmt hier die Funktion einer Abwehrmöglichkeit ein. Einerseits wird dadurch die Lücke des verlorenen Menschen geschlossen, andererseits wird das Opfer nun wieder zum aktiv Handelnden und auch die Wut, die aufgrund des Verlassenwerdens entstanden ist, wird entschärft. Allerdings kann es so nicht zu einer wirklichen Auseinandersetzung mit dem Verlust kommen (Günter 2011).

Gewalt erzeugt neue Gewalt, denn die Folgen der Gewalterfahrungen können sich in erneuter Gewalt entladen. Dieser Kreislauf der Gewalt sorgt für einen Rollenwechsel der Beteiligten zwischen der Opfer- und Täterrolle. Das Opfer wird aufgrund der Gewalterfahrungen selber zum Täter, entweder gegen seinen ehemaligen Täter oder gegen eine schwächere Person. So kann ein und dieselbe Person gleichzeitig Opfer und Täter sein (Heyne 1995).

Die WHO beschreibt Gewalt als „ein außerordentlich komplexes Phänomen, das in der Wechselwirkung zahlreicher biologischer, sozialer, kultureller, wirtschaftlicher und politischer Faktoren wurzelt“ und versucht mithilfe eines Ökologischen Modells die Entstehung von Gewalt zu erklären. Dieses beinhaltet 4 Ebenen, die für die unterschiedlichen Einflussfaktoren stehen. So stellt es einerseits die Einflussfaktoren getrennt dar, andererseits aber auch deren Wechselwirkungen.

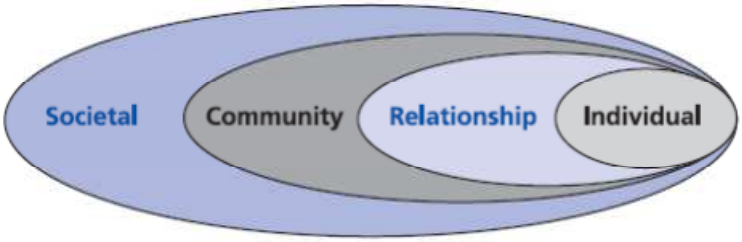

Abbildung 1: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt (Krug et al. 2002)

Die erste Ebene bildet biologische Faktoren und persönliche Entwicklungsfaktoren, die Einfluss auf das Verhalten und die Entwicklung des einzelnen Menschen haben, ab. Beispiele hierfür sind demographische Daten, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch.
Die Beziehungsebene stellt die zweite Ebene dar. Enge zwischenmenschliche Beziehungen zu Familie und Freunden können einen Menschen beeinflussen zu Gewaltopfer oder –täter zu werden.
Die dritte Ebene beinhaltet das soziale Umfeld mit den dazugehörigen Risikofaktoren, wie Schule oder Nachbarschaft, und in der vierten Ebene geht es um gesellschaftliche Faktoren, die Gewalt fördern oder ihr entgegenwirken.
Um Gewalt zu verhindern, muss aufgrund der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Ebenen auf mehreren Ebenen gleichzeitig agiert werden (Krug et al. 2002).

2.3 Häufigkeit von Gewalt

In der heutigen Zeit erscheint das ganze Leben von Gewalt durchsetzt zu sein: „Das vorherrschende Selbstverständnis von Individualität bringt es mit sich, dass alles im Verdacht von Gewalt steht, was den Willen der Einzelnen einschränkt“ (Wyss 2004). Die in der Öffentlichkeit vorherrschende Meinung einer Zunahme der Gewalt, ist vermutlich auf eine gesteigerte Sensibilität und vermehrte Sichtbarmachung zurückzuführen. So ist es empirisch nicht möglich Veränderungen zu messen, da

sich die Kriterien für Gewalt in den Jahren verändert haben (Wyss 2004). Besonders in Krisenzeiten zeigt sich eine Zunahme der Gewaltbereitschaft in allen Bereichen (Menne 2010). Eine gewaltfreie Gesellschaft hat es bis heute nicht gegeben und wird es auch in Zukunft nicht geben (Heitmeyer und Schröttle 2006).

Gewalt gehört laut WHO zu den größten Gesundheitsrisiken für Frauen. In einer Studie der Weltbank über gewaltbedingte Gesundheitsprobleme im Geschlechterverhältnis nahmen Gesundheitsschäden wie AIDS, Tuberkulose, Krebs und Herzkreislaufkrankheiten eine vergleichbare Stellung ein. Frauen im gebärfähigen Alter verlieren in der westlichen Welt durchschnittlich eines von fünf gesunden Lebensjahren aufgrund von Gewalt (Heise et al. 1994).

In der repräsentativen Untersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wird auf die Gewaltprävalenz in Deutschland eingegangen. Die Gewaltprävalenz gibt an, wie viele Menschen in einem bestimmten Zeitraum Opfer von Gewalt geworden sind. In Deutschland haben 37% aller befragten Frauen zwischen dem 16. und 85. Lebensjahr mindestens einmal körperliche Gewalt oder Übergriffe erlebt. Damit wird bestätigt, dass jede zweite bis dritte Frau Opfer von körperlicher Gewalt geworden ist. Deutschland liegt somit im internationalen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich, wenn auch beachtet werden muss, dass die Daten nur begrenzt vergleichbar sind. Nur sehr wenige Menschen haben in ihrem Leben keine Gewalterfahrungen gemacht. 14% der Frauen gaben an weder körperliche noch sexuelle Gewalt in ihrem Leben erfahren zu haben. 9% der Frauen berichteten weder körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt noch sexuelle Nötigung erlebt zu haben (Müller et al. 2004).

2.4 Gewaltformen

2.4.1 Art der Gewalteinwirkung

Die Verletzungen werden in der Rechtsmedizin je nach Art der Gewalteinwirkung in verschiedene Kategorien eingeteilt.

Stumpfe Gewalt entsteht durch flächige oder kantige Einwirkungen auf den menschlichen Körper, einerseits durch ein Anstoßen oder einen Sturz, andererseits durch Schläge mit der Faust oder Gegenständen (Knüppel, Baseballschläger) und Tritte (Wirth und Strauch 2006). Die Folgen sind Abschürfungen, Blutunterlaufungen, Zerreißungen oder Knochenbrüche. Teilweise können geformte Abdrücke durch die Gegenstände entstehen, z.B. Doppelstriemen nach Peitschenhieben oder

Schuhsohlenabdrücke nach Fußtritten (Püschel und Schröer 2007). Es wird deshalb zwischen stumpfer ungeformter Gewalt und stumpfer geformter Gewalt unterschieden.

Halbscharfe Gewalt beinhaltet Verletzungen z.B. durch eine Axt oder ein Beil. Diese Art der Verletzung nimmt eine Zwischenstellung zwischen stumpfer und scharfer Gewalt ein. Die Verletzungen imponieren häufig durch scharfrandige Wundränder, während sie in der Tiefe das Aussehen stumpfer Gewalteinwirkungen haben (Püschel und Schröer 2007).

Scharfe Gewalt wird in Stichwunden, „bei denen der Wundkanal länger ist als die Hautwunde“ und Schnittwunden, bei denen „die Hautwunde länger als tief“ ist, unterteilt (Püschel und Schröer 2007). Allgemein zeichnen sich die Folgen scharfer Gewalteinwirkungen durch gemeinsame morphologische Kriterien aus: Es kommt zu Gewebedurchtrennungen unterschiedlicher Tiefe, die Wundränder sind geradlinig und glattrandig und es fehlen ein Vertrocknungs-, Schürf- und Quetschsaum sowie Gewebebrücken in der Tiefe der Wunde, da alle Gewebeschichten durchtrennt worden sind (Oehmichen und Madea 2003).

Schussverletzungen werden als eine Sonderform der stumpfen Gewalteinwirkung eingeteilt. Die Verletzung wird durch ein Geschoss verursacht, das mit großer Geschwindigkeit auf den Körper trifft. Dabei werden anatomische Strukturen direkt geschädigt sowie umliegende durch Druckschwankungen und Gewebsdislokationen (Pollak 2003b).

Thermische Einwirkungen können durch Hitze oder Kälte verursacht werden. Verletzungen, die durch Hitze entstanden sind, können in Verbrennungen (verursacht durch Wärme bzw. hohe Temperaturen) und Verbrühungen (verursacht durch heiße Flüssigkeiten und Dämpfe) unterteilt werden. Es gehören auch Verbrennungen durch elektrischen Strom in diese Kategorie (Madea und Schmidt 2003).

Chemische Einwirkungen entstehen durch flüssige oder gasförmige Einwirkungen auf die Haut oder die Schleimhäute. Es zeigt sich eine flächenhafte Schädigung der Oberfläche, die als Verätzung bezeichnet wird. Je nach Art der Substanz (Säure, Lauge), Konzentration und Einwirkungszeit unterscheidet sich das Erscheinungsbild (Schubert 2008).

Zusätzlich zu den oben genannten Kategorien können noch weitere besondere Arten der Gewalteinwirkung definiert werden.

Griffspuren entstehen durch kräftiges Zupacken an den Armen. Es stellen sich Hämatome von 0,5 bis 2,5 cm Größe dar, die eventuell gruppiert angeordnet sind, mit einem Abdruck des Daumens an der gegenüberliegenden Seite (Banaschak und Madea 2003a).

Trittspuren imponieren durch einen Profilabdruck der Schuhsohle als Hämatom aufgrund von Fußtritten (Banaschak und Madea 2003a).

Fesselungsspuren zeigen Hautrötungen, -abschürfungen oder Hämatome an den Gelenken (Banaschak und Madea 2003a).

Widerlagerverletzungen sind Abschürfungen und Druckstellen, die sich häufig an den Schulterblättern, den Beckenknochen und an den Dornfortsätzen der Wirbelsäule finden. Diese können entstehen, wenn das Opfer während der Gewalteinwirkung auf einen harten Untergrund gedrückt wurde (Püschel und Schröer 2007).

Abwehrverletzungen entstehen durch passive oder aktive Handlungen des Opfers, um sich vor der Gewalt des Täters zu schützen. Wenn das Opfer Arme und Hände schützend vor den Körper gehalten hat, finden sich Verletzungen an den Streckseiten der Unterarme und auf den Handrücken. Aktive Abwehrverletzungen können durch das Hineingreifen in ein Messer entstehen und finden sich dann vorwiegend an der Palmarseite der Hand (Pollak 2003).

Bissverletzungen zeichnen sich durch Zahnabdruckkonturen und ovale oder halbmondförmige Hämatome aus (Banaschak und Madea 2003a).

2.4.2 Strangulation

Unter Strangulation werden Würgen, Drosseln, Erhängen, Zuhalten der Atemwege, Knebelung und Brustkorbkompression zusammengefasst.

Beim Würgen komprimiert der Täter mit seinen Händen den Hals des Opfers, so dass es zu einer venösen Abflussbehinderung bei bestehender arterieller Blutzufuhr kommt. Dadurch kann es zu punktförmigen Einblutungen (Petechien) und Stauungszeichen im Gesichtsbereich, den Augenbindehäuten, der Mundschleimhaut und hinter den Ohren kommen. Am Hals finden sich häufig Kratzspuren und Hautrötungen, die als Würgemale bezeichnet werden (Püschel und Schröer 2007).

Beim Drosseln wird ein Strangwerkzeug um den Hals des Opfers gelegt und festgezogen. Auch hier finden sich aufgrund der oben beschriebenen Vorgänge Petechien. Zusätzlich zeichnet sich durch das Strangwerkzeug am Hals eine Drosselmarke ab (Püschel und Schröer 2007).

2.5 Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzende Verhaltensweisen werden als körperliche Verletzungen durch die eigene Hand ohne suizidale Absichten beschrieben. Hierzu zählen einfache beigebrachte Verletzungen bis hin zur Selbstamputation von Gliedmaßen (Banaschak und Madea 2003b). In der Rechtsmedizin ist diese Art der Verletzungen schon lange bekannt. So beschreibt Strassmann 1910 die Merkmale selbstverletzender Verhaltensweisen zur Vortäuschung einer Straftat (Strassmann 1910).

Die Ursachen eines solchen Verhaltens sind in der Regel vielfältig. So können z.B. Psychosen oder Borderline-Persönlichkeiten, aber auch die Vortäuschung einer Straftat oder Versicherungsbetrug verantwortlich sein (Banaschak und Madea 2003b).

Heide und Kleiber (2006) unterteilen die Ursachen in Motive psychischer, rechtlicher und materieller Art. Zu den psychischen Motiven zählen die psychiatrischen Krankheiten, aber auch die Erlangung von Mitgefühl und Aufmerksamkeit und die Befriedigung von Rache. Zusätzlich werden hierunter der Lustgewinn in Bezug auf Masochismus und die Gewinnung von Anerkennung durch Mutproben gefasst. Rechtliche Motive beinhalten die Vortäuschung einer Straftat, Verleumdung/Erpressung und Abwehr von Vorwürfen. Materielle Motive finden sich beim Versicherungsbetrug, der Entziehung vom Wehrdienst und im Strafvollzug (Heide und Kleiber 2006).

Pollak unterscheidet 5 Kategorien des selbstverletzenden Verhaltens: Vortäuschung einer Straftat, Versicherungsbetrug, Soldaten und Gefangene, psychische Erkrankungen und Suizid(versuch) (Pollak 2004).

Selbstbeigebrachte Verletzungen finden sich häufig an leicht zugänglichen Körperregionen wie Arme, Gesicht oder Bauch, wobei schmerzempfindliche Areale (Augen, Mund, Brustwarzen) ausgelassen werden. Sie imponieren durch oberflächliche, gleichförmige, parallele, geradlinige Schnitt-/Ritzverletzungen und eingeritzte Symbole, die zum Teil spiegelverkehrt sind. Teilweise finden sich auf der

Seite gegenüber der Arbeitshand vermehrt Verletzungen. Abwehrverletzungen fehlen und Läsionen an der Kleidung sind nicht vorzuweisen bzw. inkongruent. Die Opfer verwickeln sich häufig in Widersprüche zwischen Verletzungsmuster und Tathergang (Püschel und Schröer 2007, Seifert et al. 2009).

Zur Differenzierung zwischen Verletzungen durch Fremdbeibringung und Selbstbeibringung dienen verschiedene Merkmale.

Tabelle 1: Differenzierung zwischen Fremd- und Selbstbeibringung (nach König et al. 1987, Pollak et al. 1987, Banaschak und Madea 2003b)

Merkmal	Fremdbeibringung	Selbstbeibringung
Art der Verletzung	Überwiegend Stiche, einige Schnitte	Fast nur Schnitte, auch Ritzer
Anordnung	Regellos	Gruppiert, scharenweise parallel, gereiht, symmetrisch
Lokalisation	Alle Körperregionen	Überwiegend unbekleidete Körperregionen, empfindliche Stellen ausgespart, Seitenbetonung
Form der Einzelläsion	Kurze Verläufe, unstetig und gekrümmt	Lange, konstante Verläufe, schwach gekrümmt
Intensität der Einzelläsion	Variabel, oft tiefreichend	Gleichmäßig, oberflächlich
Anzahl	Große Anzahl seltener	Große Anzahl, evtl. auch Narben
Verletzungsschwere	Meistens schwer	Meistens sehr leicht
Begleitverletzungen	Meist zahlreich	Nur vereinzelt
Bekleidung	Beschädigungen	Meist unbeschädigt
Abwehrverletzungen	Häufig, tiefe Schnitte, z.B. an Handrücken und Unterarm	Nicht vorhanden oder untypisch

Je mehr dieser Merkmale zutreffen, desto wahrscheinlicher ist von einer Selbstbeibringung auszugehen. Weitere Hinweise können Diskrepanzen zwischen der Tatschilderung und den objektiven Befunden geben (Heide und Kleiber 2006).

Bei Vortäuschung einer Straftat wird häufig ein polizeiliches Ermittlungsverfahren begonnen (Heide und Kleiber 2006). Verletzungen gegen den eigenen Körper sind an sich nicht strafbar, wenn aber fälschlicherweise ein Beschuldigter angegeben

wird, kann es nach §164 StGB (Falsche Verdächtigung) zu strafrechtlichen Konsequenzen kommen, ebenso bei Verleumdung (§187 StGB) oder der Vortäuschung einer Straftat (§145d StGB) (Kernbach-Wighton 2004).

2.6 Folgen von Gewalterfahrungen

Die Auswirkungen von Gewalterfahrungen sind erheblich für die Betroffenen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Opfern von Gewalttaten. Laut der Polizei sind Opfer „natürliche Personen, gegen die sich die mit Strafe bedrohte Handlung unmittelbar richtete“ (Bundeskriminalamt 2010b).
Die Europäische Kommission (2011) verwendet eine etwas weiter gefasste Definition. Opfer werden hier definiert als

> „natürliche Personen, die eine Schädigung, insbesondere eine Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Unversehrtheit, seelisches Leid oder einen wirtschaftlichen Verlust als direkte Folge einer Straftat erlitten haben“ (Europäische Kommission 2011).

Dabei ist Gewalt keine Krankheit. Nach Jan-Philipp Reemtsma ist Gewalt auch keine Erfahrung sondern ein Widerfährnis, das verletzt, erniedrigt und schädigt. Es hängt von der Art der Gewalt, der persönlichen Geschichte und den Umständen ab, welche Spuren sie hinterlässt (Hagemann-White und Bohne 2003).
Die Folgen von Gewalt sind nicht nur die körperlichen Verletzungen, sondern auch psychische und psychosomatische Beschwerden (Jagusch 2010a). Das Wissen über den Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen ist in Deutschland gering und findet dementsprechend auch nur wenig Anwendung. Dieses hat individuelle Folgen für die Betroffenen und Folgekosten für das Gesundheitssystem (Hagemann-White und Bohne 2003).
Die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ konnte die Relevanz gesundheitlicher, psychischer und psychosozialer Folgen durch Gewalt aufzeigen. So traten bei 55% der von Gewalt betroffenen Frauen körperliche Verletzungen, wie blaue Flecke, Schmerzen, Verstauchungen, offene Wunden, Knochenbrüche und Kopf-/Gesichtsverletzungen auf. Ein Drittel dieser Frauen musste medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Etwas höher war die Anzahl der betroffenen Frauen mit psychischen Folgebeschwerden. 64% der Opfer äußerten Beschwerden wie Schlafstörungen, erhöhte Ängste, vermindertes Selbstwertgefühl,

Niedergeschlagenheit, Depressionen, Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen. Weiterhin können langfristige soziale und psychosoziale Folgen auftreten, z.B. Wohnungswechsel und Kündigung des Arbeitsplatzes. Festzustellen sind auch Folgen für den allgemeinen Gesundheitszustand. Dieses spiegelt sich in einem höherem Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkonsum wieder. Gesundheitliche Beschwerden sind bei diesen Frauen stärker ausgeprägt. Jede dritte bis siebte Frau nimmt eine Therapie in Anspruch. Zu beachten ist, dass in die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ auch (Ex-) Partnerschaftsgewalt einbezogen wurde. In dieser Konfliktkategorie findet sich eine höhere Prävalenz für Verletzungsfolgen (Müller et al. 2004). Opfer von häuslicher Gewalt suchen aufgrund der chronischen Gewalterfahrung häufiger medizinische Institutionen auf (Seifert et al. 2007).

Die ökonomischen Folgen von Gewalt im sozialen Nahraum teilen sich in direkte Kosten durch die medizinische Versorgung und Betreuung der Betroffenen und die indirekten Kosten für das Sozialsystem (z.B. Verdienstausfall) auf (Seifert 2007).

Gewalt kann sich im Laufe des Lebens wiederholen, so dass die Auswirkungen sich summieren (Hagemann-White und Bohne 2003). Dieses gilt besonders für Gewalt im sozialen Nahraum: Es konnte gezeigt werden, dass Frauen, die als Kind elterliche Gewalt erlebt haben und Zeugen der partnerschaftlichen Gewalt der Eltern wurden, ein erhöhtes Risiko für innerfamiliäre Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter aufweisen (Wetzels 1997). Durch erneute Bedrohungen können frühere Gewalterlebnisse reaktiviert werden und verringern so die Abwehrkraft und die Ressourcen für den Selbstschutz. Ebenso werden psychische und psychosomatische Wirkungen verstärkt, so dass zum Beispiel Schmerzen aus früheren Gewaltsituationen wiederkehren. Hagemann-White und Bohne (2003) stellen 6 unspezifische Symptome dar, die typischerweise als Folge von Gewalteinwirkungen auftreten können. Hierzu zählen anhaltende Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualitätsstörungen, das Posttraumatische Belastungssyndrom, Depression und Suizidalität, Suchtverhalten und Suchtgefährdung und chronische Schmerzen (Hagemann-White und Bohne 2003).

In der folgenden Abbildung ist ein Überblick über die Folge von Gewalt gegen Frauen und Mädchen dargestellt.

Abbildung 2: Gesundheitliche Folgen von Gewalt (Hellbernd et al. 2004)

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen:

Nicht-tödliche Folgen:		Tödliche Folgen:
Körperliche Folgen - Verletzungen - funktionelle Beeinträchtigungen - dauerhafte Behinderungen **(Psycho-)somatische Folgen** - chronische Schmerzsyndrome - Reizdarmsyndrom - Magen-Darm-Störungen - Harnwegsinfektionen - Atemwegsbeschwerden **Psychische Folgen** - Posttraumatische Belastungsstörungen - Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken - Essstörungen - Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl	**Gesundheitsgefährdende (Überlebens-)strategien** - Rauchen - Alkohol- und Drogengebrauch - risikoreiches Sexualverhalten - selbstverletzendes Verhalten **Reproduktive Gesundheit** - Eileiter- u. Eierstockentzündungen - sexuell übertragbare Krankheiten - ungewollte Schwangerschaften - Schwangerschafts-komplikationen - Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht	**- tödliche Verletzungen** **- Mord** **- Suizid**

2.7 Hilfe bei Gewalterfahrungen

Opfer von Gewalt in der Öffentlichkeit sprechen von sich aus das Gewalterlebnis an, um es bekannt zu machen (Klopfstein et al. 2008). Anders verhält es sich mit Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind. Diese geben aus Scham und Angst häufig nicht den wahren Grund ihrer Verletzungen an (Blättner et al. 2008). Das medizinische Personal sollte deshalb immer nach Gewalterfahrungen fragen und Verletzungen nicht einfach als unfallbedingt ansehen (deLahunta 1995).

In Anbetracht der gravierenden Folgen für Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, erscheinen Hilfe, Intervention und Prävention notwendig. In der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ gaben 62% der befragten Frauen an, Hilfseinrichtungen zu kennen, während sich aber nur 11% der betroffenen Frauen an diese wenden. Dieser Anteil steigt, je ernsthafter und bedrohlicher die Gewaltform wird. Von diesen Frauen hat jede vierte bis fünfte psychosoziale Hilfe aufgesucht (Müller et al. 2004).

Eine entscheidende Rolle kommt den Ärzten und Ärztinnen als Ansprechpersonen zu. Medizinische Hilfe hat jede dritte betroffene Frau in Anspruch genommen. Weitere Anlaufstellen sind Personen aus Frauenhilfseinrichtungen/Therapie/ Sozialarbeit und die Polizei. Besonders wichtig ist es, Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit in den potentiellen Anlaufstellen zu leisten, damit auf die Situation der Frauen kompetent reagiert werden kann. Zusätzlich sollte diese Arbeit auch auf das soziale Umfeld der betroffenen Frauen zielen, da als erstes nahe und vertraute Personen aufgesucht werden (Müller et al. 2004).

Nach Müller et al. haben sich 13-19% der von körperlicher Gewalt betroffenen Frauen (Gewalt in Paarbeziehungen ausgeschlossen) an Hilfe- und Interventionsstellen gewandt, während 15-22% die Polizei eingeschaltet und 10% der Frauen eine Anzeige erstattet haben. Während die Zufriedenheit mit der Arbeit der Polizei inzwischen hoch ist, gibt es noch Verbesserungsbedarf im Bereich der gerichtlichen Intervention. Weitere Maßnahmen sind beim Opferschutz, der rechtlichen Beratung und der psychischen Betreuung während des Gerichtsprozesses notwendig (Müller et al. 2004).

Opfer aller Formen von Gewalt müssen eine qualifizierte Betreuung und Rehabilitations- und Unterstützungsangebote durch das Gesundheitssystem erhalten. Dieses beinhaltet die Verbesserung der Notfalldienste, das Erkennen von gewaltbetroffenen Patienten und die Überweisung an entsprechende Stellen. Ein wichtiger Punkt ist, dass erneute Viktimisierungen vermieden werden (Krug et al. 2002).

Eine umfassende medizinische und psychologische Versorgung der Gewaltopfer mit Dokumentation von Beweismitteln und Spurensicherung kann zu einer Genugtuung des Opfers, einem Täter-Opfer-Ausgleich und einer strafrechtlichen Würdigung führen (Seifert 2007).

2.7.1 Rechtsmedizinische Versorgung

Die Rechtsmedizin nimmt eine entscheidende Position in der Vermittlung zwischen der Justiz bzw. Polizei, der medizinischen Versorgung und den psychosozialen Einrichtungen ein. Sie bietet eine kompetente Begutachtung von Gewaltspuren an, häufig auf Antrag der Strafverfolgungsbehörden. Weiterhin verschafft sie Ärzten in Klinik und Praxis im Rahmen einer konsiliarischen Untersuchung und Beratung Hilfestellungen im Umgang mit Patienten mit körperlichen Misshandlungen. Die Rechtsmediziner verfügen über Fachwissen und Erfahrung im Bereich der

forensischen Traumatologie, so dass auch Verletzungen beachtet werden, denen keine therapeutische Relevanz zukommt. Zusätzlich verfügen Rechtsmediziner über das Fachwissen einer medizinischen Dokumentation und Begutachtung der Verletzungen im Bereich der juristischen Verfahrensweisen. Ein interdisziplinärer Austausch im Rahmen eines Universitätsklinikums ist für die Betreuung von Gewaltopfern wichtig, ebenso wie die Vernetzung mit Organisationen im sozialen Beratungsnetz (Graß und Rothschild 2004). Die Rechtsmedizin hat somit eine zentrale Position bei der Unterstützung von Gewaltopfern inne, sie besitzt „das Wissen um die Bedürfnisse der Opfer, die Beweisanforderungen von Seiten der Polizei und Justiz sowie Kenntnisse über die lokalen Netzwerke, Interventionsstellen und Hilfsinstitutionen“ (Seifert 2007).

In der Aus- und Weiterbildung von Ärzten sollte die forensische Traumatologie verstärkt berücksichtigt werden (Graß und Rothschild 2004), denn jede Frau sucht zur ärztlichen Untersuchung oder bei gesundheitlichen Belastungen durch Gewalt ärztliche Hilfe auf. Durch die Sensibilisierung von Ärzten können mehr betroffene Frauen erkannt und zu Hilfseinrichtungen überwiesen werden. Damit kann das Gesundheitssystem präventiv wirken und die Kosten einer sekundären Behandlung vermeiden. Außerdem ist es die Aufgabe der Medizin, Gewaltauswirkungen zu bewältigen und zu heilen (Hagemann-White und Bohne 2003). Ziel ist es, eine „flächendeckende“ klinisch-rechtsmedizinische Versorgung in Deutschland aufzubauen (Seifert et al. 2006).

2.8 Furcht vor Kriminalität

Älteren Menschen wird häufig eine hohe Kriminalitätsfurcht zugeschrieben. Man spricht von einem Viktimisierungs-Furcht-Paradoxon, wonach Ältere in Relation zu ihrem tatsächlichen Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, eine hohe Kriminalitätsfurcht empfinden (Görgen et al. 2010).

In Befragungen zur Wahrnehmung der Kriminalitätsentwicklung in Deutschland und in der eigenen Wohngegend geben sowohl Ältere als auch Jüngere an, dass diese in den letzten zehn Jahren in Deutschland deutlich zugenommen hat. Auch für das unmittelbare Wohnumfeld wird dieses angegeben, wenn auch in geringerem Umfang. In der eigenen Wohngegend fühlen sich 42,2% der über 60-Jährigen und 39,6% der 40- bis 59-Jährigen „sehr sicher“. „Ziemlich unsicher“ oder „sehr unsicher“ fühlen sich in beiden Altersgruppen nur 3%. Die Befürchtung, Opfer einer Straftat zu werden, ist

bei den über 60-Jährigen durchweg geringer als bei den 40- bis 59-Jährigen. Die einzige Ausnahme bildet der Handtaschenraub. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Ältere weder mehr Furcht vor Kriminalität haben, noch ihr Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, höher einschätzen als Jüngere (Görgen et al. 2010).
Auch in einer schwedischen Befragung von Frauen zur Kriminalitätsfurcht zeigen die jüngeren Frauen eine deutlich erhöhte Prävalenz im Gegensatz zu älteren Frauen. So bejahen 85% der 18- bis 24-Jährigen die Frage nach Furcht, Opfer von Gewalt im Dunkeln auf dem Nachhauseweg zu werden oder von einem unbekannten Mann vergewaltigt zu werden. Dieser Wert sinkt bis auf 49% bei den 55- bis 64-Jährigen (Lundgren et al. 2002).

2.9 Prävention von Gewalt

Für die Bekämpfung von Gewalt sind Aufklärung, genaues Hinsehen und Prävention entscheidend (Menne 2010). Die WHO gibt im „World report on violence and health“ Handlungsempfehlungen in Bezug auf das Problemfeld Gewalt an. Wichtige Punkte zur Reduzierung von Gewalttaten von Jugendlichen und Erwachsenen wie auch der Kindesmisshandlung sind die Betreuung von Müttern vor und während der Geburt, die Vorbereitung von Eltern auf ihre Elternrolle und die Interaktionsmuster in der Familie und vorschulische und soziale Entwicklungsprogramme für Kinder und Jugendliche. Die Infrastruktur muss insofern verbessert werden, dass Orte mit hohen Gewaltraten erkannt und die ursächlichen Faktoren entsprechend verändert oder beseitigt werden. Das Thema Gewaltprävention muss in die Curricula für Mediziner und das Pflegepersonal aufgenommen werden. Gewaltprävention ist ein Thema der Sozial- und Bildungspolitik, denn nur wenn die Gleichberechtigung der Geschlechter und die soziale Gerechtigkeit gefördert werden, kann Gewalt vermieden werden. Weitere Empfehlungen betreffen die Schaffung eines nationalen Aktionsplanes für Gewaltprävention, die Förderung der Erhebung von Daten zur Gewaltproblematik und die Unterstützung von Forschungsarbeiten zu Ursachen, Folgen, Kosten und Verhütung von Gewalt (Krug et al. 2002).
Weitere Risikofaktoren für Gewalt im Leben von Frauen sind Gewalt in der Herkunftsfamilie und Gewalt in der Kindheit und Jugend. Frauen, die ab dem 16. Lebensjahr Opfer von Gewalt werden, sind in erhöhtem Maße Zeuge von elterlicher Gewalt geworden oder haben selbst körperliche Züchtigung durch die Eltern erfahren (Müller et al. 2004).

Um Gewaltentwicklung zu vermeiden, müssen Gewalt und Vernachlässigung von Kindern verhindert und gute soziale Lebensbedingungen geschaffen werden. Betroffene Kinder müssen in ihrer Not aufgefangen werden. Die Sozialpolitik nimmt somit eine entscheidende Position in der Prävention von Gewalt ein. Es ist sinnvoller finanzielle Mittel einzusetzen, um die Gewalt in der Entstehung zu bekämpfen als später die Folgen zu bezahlen (Leid der Opfer, Angst in der Bevölkerung). Ein wichtiger Aspekt ist die Betreuung von Säuglingen und Kleinstkindern in Tageseinrichtungen. Es muss Beziehungsstabilität und ausreichend emotionale Zuwendung gewährleistet werden. Die Politik kann hier einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie für eine ausreichende pädagogische Betreuung sorgt (Günter 2011).

Der deutsche Olympische Sportbund sowie Kampfsportverbände und Kampfsportvereine machen sich für Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse für Mädchen und Frauen stark, um so eine Möglichkeit der Prävention zu schaffen (Sehrbrock 2010). Es wird als wichtig erachtet, dass Mädchen schon frühzeitig lernen auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und „nein“ zu sagen (Müller et al. 2004).

3 Material und Methoden

3.1 Rechtsmedizinische Untersuchung

Untersuchung von Opfern

Am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde 1998 eine Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von körperlicher Gewalt eingerichtet. Ganzkörperuntersuchungen und Spurensicherung werden rund um die Uhr und auch an Wochenenden und Feiertagen angeboten. Die Opfer werden kostenlos untersucht und die Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentiert. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (Seifert 2007).

Die Untersuchungsstelle wurde als niedrigschwelliges Angebot eingerichtet, so dass keine Anzeige des Opfers bei der Polizei vorliegen muss. Wenn es zu einer späteren Strafanzeige durch das Opfer kommt, kann das Gutachten nachträglich der Polizei übermittelt werden. Gewaltopfern soll so geholfen werden, ihren Anspruch in Zivil- und Strafrecht wahrzunehmen. Es erfolgt eine Beratung zu weiteren Hilfsangeboten (Seifert 2007).

In das rechtsmedizinische Gutachten wird aufgenommen, wer der Auftraggeber der Begutachtung ist sowie der Zeitpunkt und die Bedingungen der Untersuchung. In einer kurzen Vorgeschichte werden die Angaben der geschädigten Person zum Zeitpunkt der Tat, Tatort, Täter, Anlass der Tat, Art der Gewalt, ggf. Tatwerkzeugen und dokumentierte Arztbefunde, wenn das Opfer bereits ärztlich untersucht wurde, wiedergegeben (Seifert et al. 2007).

Als nächstes erfolgt die Dokumentation der rechtsmedizinischen Untersuchung. Diese sollte möglichst zeitnah und vor Reinigung des Körpers stattfinden. Dazu ist in der Regel eine Ganzkörperuntersuchung notwendig (Püschel und Schröer 2007). Es werden alle sichtbaren frischen und älteren Verletzungen erfasst und auf Wunsch des Opfers auch fotographisch festgehalten. Andernfalls erfolgt die Eintragung der Verletzungen in eine Skizze des Körpers. Es werden auch negative Befunde dokumentiert (Seifert et al. 2007). Zusätzlich sollte bei gegebenem Anlass eine umfassende Spurensicherung vom Körper und Kleidung stattfinden. Wenn es erforderlich erscheint, wird eine Blutprobe asserviert, so dass gegebenenfalls eine Blutalkoholwertbestimmung sowie eine toxikologische Untersuchung auf Drogen und Medikamente durchgeführt werden kann (Püschel und Schröer 2007).

In der abschließenden rechtsmedizinischen Beurteilung findet eine rechtsmedizinische Stellungnahme zu den erhobenen Befunden hinsichtlich des Schweregrades der Verletzungen und der Übereinstimmung mit dem angegebenen Sachverhalt statt (Seifert et al. 2007).

Zusätzlich wird ein standardisierter Erhebungsbogen von dem untersuchendem Arzt ausgefüllt. In diesem Basisdokumentationsbogen werden Angaben zum Opfer, Bedingungen der Untersuchung, Auftraggeber, Täter-Opfer-Konstellation, Tatort, Anlass der Tat, Art der Gewalt, Konsumverhalten der geschädigten und der beschuldigten Person, Untersuchungsbefund und Schweregrad der Verletzungen angegeben (Seifert et al. 2007).

Untersuchung von Tatverdächtigen

In der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle können auch Tatverdächtige einer Gewalttat untersucht werden (Püschel und Schröer 2007). Dieses geschieht meistens im Auftrag der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder des Gerichtes und selten im Auftrag des Täters selbst. Die Untersuchung kann nach §81a StPO auch gegen den Willen des Beschuldigten stattfinden.

Laut Polizei ist ein Tatverdächtiger

> „jeder, der nach dem polizeilichen Ermittlungsergebnis aufgrund zureichender tatsächlicher Anhaltspunkte verdächtig ist, eine rechtswidrige (Straf-)Tat begangen zu haben. Dazu zählen auch Mittäter, Anstifter und Gehilfen“ (Bundeskriminalamt 2010b).

Die Tatverdächtigen werden auf Verletzungen untersucht, die sie sich im Rahmen der Gewalthandlung mit dem Opfer zugezogen haben können. Hier wird besonders auf Kampfspuren wie Biss- und Kratzverletzungen geachtet (Püschel und Schröer 2007). Schnittverletzungen an den Händen können auf die Handhabung mit einem Messer hindeuten. Es erfolgt anschließend eine Begutachtung, ob die Verletzungen zeitlich und morphologisch zu dem Tatgeschehen passen. Zusätzlich zur körperlichen Untersuchung werden falls notwendig Blut-, Haar- und Abstrichproben entnommen und es findet eine Spurensicherung von Blutspuren und Haaren statt (Püschel und Schröer 2007).

3.2 Material

Die Grundlage dieser Studie bildet das Untersuchungskollektiv der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-

Eppendorf vom 01. Januar 2003 bis zum 31. Dezember 2009. Es wurden retrospektiv die Daten von Frauen als Opfer und Täter von Gewalt ab dem 14. Lebensjahr in die Studie einbezogen. Ausgenommen waren Konflikte in (Ex-)Partnerschaften und sexualisierte Gewalt. Grundlage der Datenerhebung waren die Basisdokumentationsbogen, die für jede untersuchte Person erstellt werden. Ergänzend wurde Einsicht in die Akten der Untersuchten genommen, um gegebenenfalls weitere Informationen zu erlangen.

Zusätzlich wurden die Daten von männlichen Opfern von Gewalt zu Vergleichszwecken an ausgewählten Beispielen in die Auswertung und Diskussion dieser Arbeit einbezogen.

Bei der Untersuchung von tatverdächtigen Personen werden keine Basisdokumentationsbogen ausgefüllt, sondern nur rechtsmedizinische Gutachten erstellt. Somit bilden diese die Grundlage für die Erhebung der Daten der tatverdächtigen Frauen. In diesem Untersuchungskollektiv wurden die (Ex-) Partnerschaftskonflikte in die Studie aufgenommen.

Basisdokumentationsbogen

Tabelle 2: Erhobene Parameter/Erfasste Items bei der Datenerhebung

Erhobene Parameter	Erfasste Items
Sozioökonomische Daten des Patienten	Alter Geschlecht
Hintergrund/Anlass	Beziehungskonflikt ((Ex-)Partner/soz. Nahfeld) Raubüberfall Konflikt i. Straßenverkehr Unfall Anderer Konflikt Unbekannt Besonderheiten/Bemerkungen:
Beschuldigte Person bekannt?	Bekannt Nur flüchtig bekannt Fremd Keine Angabe
Art der Beziehung?	Partnerbeziehung Ex-Partner Familiäre Beziehung Andere Unbekannt
Zahl der Beschuldigten	1 Beschuldigte(r)

Personen?	Mehrere Beschuldigte; Anzahl, wenn bekannt Unbekannt
Geschlecht der beschuldigten Person(en)?	m w Unbekannt
Freitextfeld	Spezifizierung der Beziehung der beschuldigten und geschädigten Person
Art der Gewalt	Gewaltandrohung Körperliche Gewalt Instrumentelle Gewalt: - Tatwerkzeug: - Tatwerkzeug(e) unbekannt - Fixierung bzw. Fesselung Keine konkrete Gewalt bekannt Unbekannt (nicht anamnestizierbar etc.)
Ort der Gewalt	Häusliche Umgebung der geschädigten Person Häusliche Umgebung der beschuldigten Person Gemeinsame Wohnung von gesch. + beschuld. Person Häusliche Umgebung einer dritten Person Öffentliche Wohnunterkunft In Schule/auf Schulweg Öffentlicher kommerzieller Bereich (Kaufhaus, Restaurant ...) Öffentliche Straße/Park Öffentliche Transportmittel Sonstige Öffentlichkeit In Räumlichkeiten von Polizei/Justiz, Gefängnissen Ort unbekannt Arbeitsplatz der geschädigten Person Auf dem Arbeitsweg bzw. Rückweg Im Fahrzeug Sonstige Orte
Konsumverhalten der geschädigten Person	Alkohol Medikamente BtM Nichts Unbekannt
Konsumverhalten der beschuldigten Person	Alkohol Medikamente BtM Nichts Unbekannt
Bei angegebener Strangulation/ Mechanischer Asphyxie	Würgen Drosseln (Auf)hängen Bedecken d. Atemwege

	Knebeln Brustkorbkompression Schwitzkasten
Art der Gewalteinwirkung	Stumpfe ungeformte Gewalt Stumpfe geformte Gewalt Halbscharfe Gewalt Scharfe Gewalt - Stichverletzungen Scharfe Gewalt - Schnittverletzungen Schussverletzungen Thermische Einwirkungen Chemische Einwirkungen
Besondere Verletzungen	Narben Frakturen Bissverletzungen Fesselungsspuren Widerlagerverletzungen Griffspuren Abwehrverletzungen Ritzverletzungen Kratzspuren Trittspuren Andere Verletzungsarten
Lokalisation der Verletzungen	Hirnschädel Gesichtsschädel Nacken Hals Brust(korb) Brüste Abdomen Rücken Genitale Gesäß Obere Extremität Untere Extremität
Strangulationsbefunde	Würgemale Drosselmarke Petechien
Anhaltspunkte für Selbstbeibringung	Ja Nein Nicht bestimmbar
Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen	Ja Nein Nicht bestimmbar
Schweregrad der Verletzungen	Keine Zeichen der Gewalteinwirkung

Nicht lebensgefährliche Verletzungen Potentiell lebensgefährliche Verletzungen Lebensgefährliche Verletzungen

Konfliktkategorien

Aufgrund der Angaben zur Täter-Opfer-Beziehung und des Hintergrunds bzw. Anlasses der Gewalttat wurden viktimologisch abgrenzbare Betroffenengruppen kategorisiert und hieraus folgende 5 Konfliktkategorien definiert.

- **Familiärer Konflikt.** Diese Kategorie beinhaltet Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind sowie verwandten und verschwägerten Personen.
- **Nahfeldkonflikt.** Hierunter werden Konflikte verstanden, die einen Kontakt zwischen Opfer und Täter vor der Tat voraussetzen. Der Beziehungsgrad in dieser Gruppe ist nicht homogen, sondern es werden nähere, wie auch flüchtige Bekanntschaften einbezogen. Eine genaue Differenzierung des Nahfeldkonflikts in nähere und flüchtige Bekanntschaft zwischen Opfer und Täter ist nicht möglich, da es keine einheitliche Definition zwischen diesen Bekanntheitsgraden gibt und es häufig zu fließenden Übergängen kommt. Aus diesem Grund werden nähere und flüchtige Bekanntschaften gemeinsam als Nahfeldkonflikt ausgewertet.

  Es werden zum Nahfeldkonflikt Kontakte mit bekannten Personen, wie Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen, Abend-/Kurzbekanntschaften, Mitschülern, Pflegebeziehungen, Prostitutionsbeziehungen, Schutzbefohlenen -Verhältnisse und andere flüchtige Bekanntschaften zusammengefasst. Zusätzlich gehören in diese Kategorie Konflikte mit der Beruflichen Ordnungsaufgabe, wenn es vor dem Konflikt einen Kontakt gegeben hat. Zu der Beruflichen Ordnungsaufgabe zählen neben der Polizei auch Mitarbeiter des öffentlichen Transportwesens und Sicherheitspersonal.
- **Allgemeine Fremdtäteraggression.** Diese Kategorie beinhaltet alle Gewalttaten, die durch einen fremden Täter ausgeführt werden, der vor der Tat keinen Kontakt zum Opfer hatte. Hierzu zählen auch Konflikte im Straßenverkehr und Konflikte mit der Beruflichen Ordnungsaufgabe.
- **Raubüberfall.** Berücksichtigt werden Raubüberfälle und materielle Bereicherungen durch einen fremden Täter.

- **Nicht einzuordnen.** Dieser Kategorie werden Körperverletzungsdelikte zugeordnet, die nicht weiter klassifiziert werden können, weil das Opfer keine Angaben zum Täter machen kann, häufig aufgrund von Erinnerungsverlusten, oder weil das Opfer aufgrund der Verletzungsfolgen nicht ansprechbar war. Weiterhin zählen zu dieser Kategorie Unfälle ohne einen Beschuldigten und Hundebisse durch freilaufende Hunde.

3.3 Methoden

Die Daten der Basisdokumentationsbogen wurden in dem Datenverarbeitungsprogramm Excel erfasst. Nach einer Plausibilitätskontrolle diverser logisch korrelierender Variablen ergab sich die Notwendigkeit, fehlende und ergänzende Informationen aus den rechtsmedizinischen Gutachten in diese Datenbank einzutragen.
Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS Version 20. Es wurde ein statistischer Gruppenvergleich bei nominal- und ordinal-skalierten Daten untersucht. Dabei kamen nicht parametrische Testverfahren wie der Chi-Quadrat-Test und „Analysis-of-variance“ (ANOVA)-Testverfahren zur Anwendung (Signifikanzschwelle p=0,05). Zusätzlich wurde zur Frage nach möglichen unabhängigen Einflussgrößen für die abhängige Variable "höherer Schweregrad einer Verletzung" eine logistische Regressionsanalyse mit den Methoden "Schrittweise vorwärts" sowie "Schrittweise rückwärts" (Likelihood-Quotient) durchgeführt. Als Pseudo-Bestimmtheitsmaß wurde Nagelkerkes R-Quadrat verwendet.

Für die Auswertung der tatverdächtigen Frauen wurden anhand ausgewählter Variablen Daten aus den rechtsmedizinischen Gutachten aufgenommen und in einer Excel-Tabelle erfasst. Da die Fallzahl für eine statistische Auswertung zu gering war (n=19), erfolgte die Auswertung hier beschreibend anhand ausgewählter Beispiele.

Es wurde keine gesonderte Einwilligungserklärung der Patienten benötigt, da in den Basisdokumentationsbogen nur Informationen eingetragen werden, die im Rahmen der rechtsmedizinischen Untersuchung routinemäßig erhoben werden. Das Datenschutzkonzept wurde mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

4 Ergebnisse

Der besseren Lesbarkeit wegen wird in dem folgenden Ergebnis- und Diskussionsteil bei Personenangaben die männliche Form verwendet. Die Daten beziehen sich zum größten Anteil auf die Fälle von weiblichen Opfern. Wenn die Ergebnisse mit männlichen Opfern von Gewalt verglichen werden, ist explizit erwähnt, dass es sich um männliche Betroffene handelt. Somit ist in allen Fällen, in denen kein Geschlecht erwähnt wird, von weiblichen Opferzahlen auszugehen.

4.1 Epidemiologische Analyse des Patientenkollektivs

In dem festgelegten Untersuchungszeitraum von 7 Jahren (01.01.2003 – 31.12.2009) wurden in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf 6399 Frauen und Männer ab 14 Jahren aufgrund eines Gewaltdelikts rechtsmedizinisch untersucht.
Frauen machten im Gesamtkollektiv 62,9% (4022/6399) aus, Männer dagegen nur 37,1 % (2377/6399).

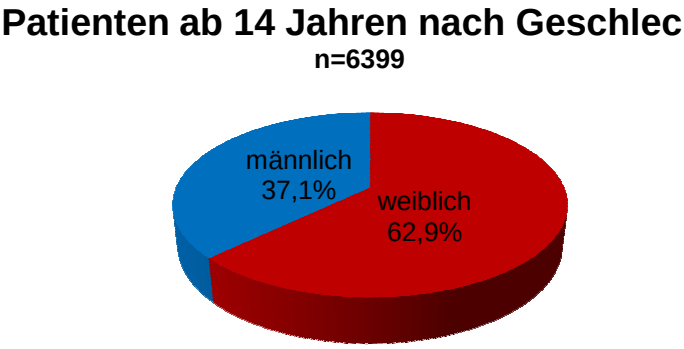

Abbildung 3: Patienten ab 14 Jahren nach Geschlecht

Konflikte in Partnerschaften bzw. Ex-Partnerschaften sowie sexualisierte Gewalt wurden von dieser Studie ausgeschlossen. Damit wurden von den 4022 untersuchten Frauen ab 14 Jahren 1198 Frauen (29,8%) weiter berücksichtigt. Der Anteil an (Ex-)Partnerschaftkonflikten sowie sexualisierter Gewalt betrug somit 70,2% (2824/4022). Hierunter wurden auch Fälle gefasst, in denen sexuelle Handlungen vom Opfer nur vermutet wurden, da es sich an den Tatvorgang nicht erinnern konnte.

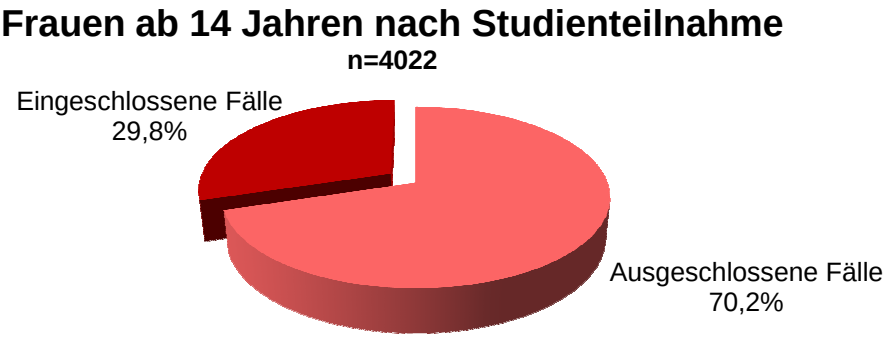

Abbildung 4: Frauen ab 14 Jahren nach Studienteilnahme: Eingeschlossene Fälle gegenübergestellt den ausgeschlossenen Fällen ((Ex-)Partnerschaftskonflikte/ sexualisierte Gewalt)

Im Männerkollektiv betrug der Anteil an (Ex-)Partnerschaftskonflikten und sexualisierter Gewalt 5,6% (132/2377). Somit konnten 2245 männliche Opfer für Vergleichszwecke in die Studie einbezogen werden. Unter Ausschluss der (Ex-) Partnerschaftskonflikte und der sexualisierten Gewalt ergab sich eine neue Darstellung des Geschlechterverhältnisses.

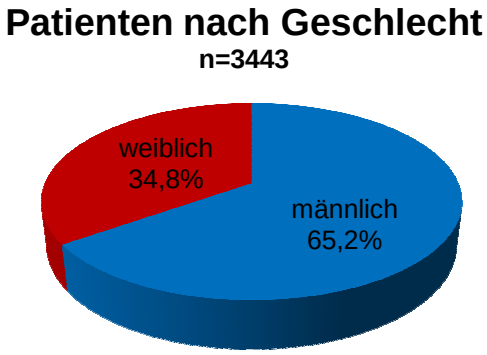

Abbildung 5: Patienten ab 14 Jahren nach Geschlecht (ausgenommen (Ex-)Partnerschafts-konflikte/sexualisierte Gewalt)

4.1.1 Altersverteilung

Frauen ab einem Alter von 14 Jahren wurden in die Studie aufgenommen. Das älteste Opfer war 99 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 34,4 Jahre und der Median 29,6 Jahre.

Teilt man das Alter der untersuchten Frauen in 5-Jahres-Kategorien ein, so befand sich der Hauptanteil der Geschädigten zwischen 15 und 19 Jahren (20,4%, 246/1198), gefolgt von den 20- bis 24-Jährigen mit 14,4% (172/1198). Insgesamt lag der Altersschwerpunkt im jungen Erwachsenenalter. Zu den höheren Jahrgängen hin ist ein starker Rückgang der Opferzahlen zuerkennen.

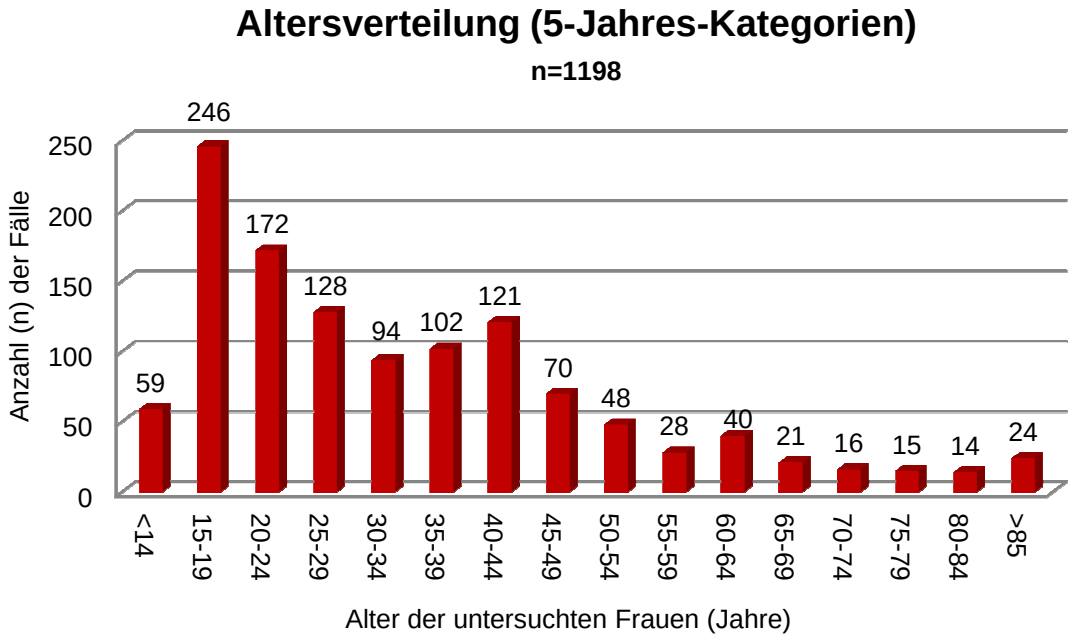

Abbildung 6: Altersverteilung (5-Jahres-Kategorien) der untersuchten Frauen ab 14 Jahren

Die untersuchten Frauen wurden in folgende Alterskategorien eingeteilt:

- 14 bis 18 Jahre: Jugendliche,
- 19 bis 30 Jahre: junges Erwachsenenalter,
- 31 bis 59 Jahre: Frauen mittleren Alters und
- über 60 Jahre: ältere Frauen.

Mehr als 50% der Gewaltopfer (625/1198) waren jünger als 30 Jahre. Die 31- bis 59-Jährigen waren in 37,1% der Fälle (444/1198) vertreten, während die über 60-Jährigen lediglich einen Anteil von 10,8% (129/1198) einnahmen.

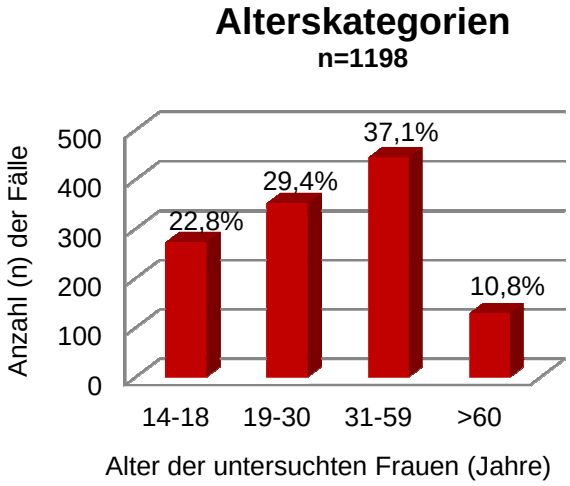

Abbildung 7: Alterskategorien der untersuchten Frauen ab 14 Jahren

Im Vergleich der Alterskategorien der Frauen mit denen der Männer ist zuerkennen, dass auch bei den männlichen Opfern über 50% jünger als 30 Jahre alt waren. 81,8% der männlichen Betroffenen waren zwischen 19 und 59 Jahre alt, während dieser Anteil bei den weiblichen Opfern nur 66,5% ausmachte. Weitere Unterschiede sind, dass die Anteile der Männer in den Kategorien 14 bis 18 Jahre und über 60 Jahre geringer waren, als der entsprechende Anteil der Frauen. Frauen über 60 Jahre waren hochsignifikant häufiger von Gewalt betroffen als Männer über 60 Jahre ($p<0,001$).

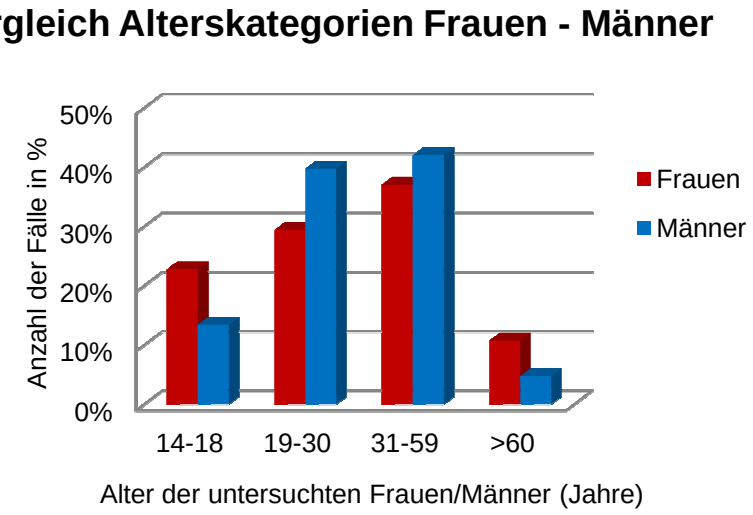

Abbildung 8: Alterskategorien: Frauen und Männer im Vergleich

Werden die Konfliktkategorien in Bezug zum Alter der Opfer gesetzt, ist zuerkennen, dass in familiären Konflikten Frauen zwischen 14 und 18 Jahren das größte Risiko aufwiesen, Opfer von Gewalt zu werden (44,7%, 97/217).

Im Nahfeldkonflikt nahm diese Altersgruppe lediglich etwa 20% ein, während junge Frauen und Frauen mittleren Alters am stärksten betroffen waren.

Diese beiden Alterskategorien waren mit einem Anteil von über 80% ebenfalls gehäuft von Fremdtäteraggressionskonflikten betroffen, während Frauen über 60 Jahre nur zu 3,2% betroffen waren. Insgesamt waren in dieser Konfliktkategorie über 55% der Opfer jünger als 31 Jahre alt.

Bei den Raubüberfällen zeigt sich eine Verschiebung in Richtung höheres Alter der Opfer. So waren Frauen zwischen 31 und 59 Jahren mit 38% und Frauen über 60 Jahre mit knapp 25% vertreten.

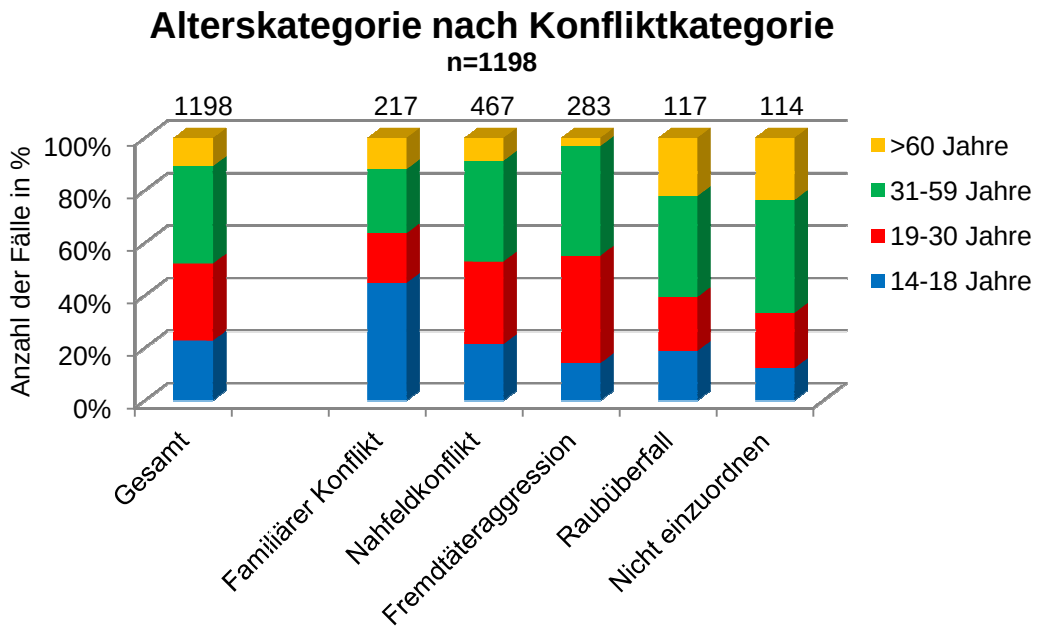

Abbildung 9: Alterskategorie in Bezug zur Konfliktkategorie

In Abbildung 10 ist zuerkennen, dass in allen Alterskategorien die größte Gefahr von Gewalt im Nahfeldbereich lag. Die weiteren Konfliktkategorien wiesen in ihrer Häufigkeitsverteilung Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf. So bestand für die 14- bis 18-Jährigen zusätzlich im familiären Bereich eine erhöhte Gefahr Opfer von Gewalt zu werden, während sie weniger durch Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle betroffen waren.

Frauen zwischen 19 und 30 Jahren wiesen gegenüber den 14- bis 18-Jährigen ein deutlich geringeres Risiko für familiäre Konflikte auf, während sie vermehrt durch Fremdtäteraggressionkonflikte betroffen waren. Die 31- bis 59-Jährigen zeigten eine leicht ehöhte Anzahl an Raubüberfällen und nichtklassifizierbaren Konflikten, während ein Rückgang der Fremdtäteraggressionskonflikte zuerkennen war.

Frauen über 60 Jahre wiesen einen sehr geringen Anteil an Fremdtäteraggressionskonflikten auf, während Raubüberfälle gegenüber den anderen Alterskategorien deutlich häufiger zuverzeichnen waren. Ebenso verhielten sich die nichtklassifizierbaren Konflikte. Ein familiärer Konflikt wurden im Gegensatz zu den 19- bis 59-Jährigen häufiger genannt. Im Vergleich der Daten der über 60-jährigen Frauen mit denen der männlichen Opfer, ist zuerkennen, dass Männer über 60 Jahre deutlich weniger (8,0% zu 20,2%) von Gewalt in familiären Konflikten betroffen waren.

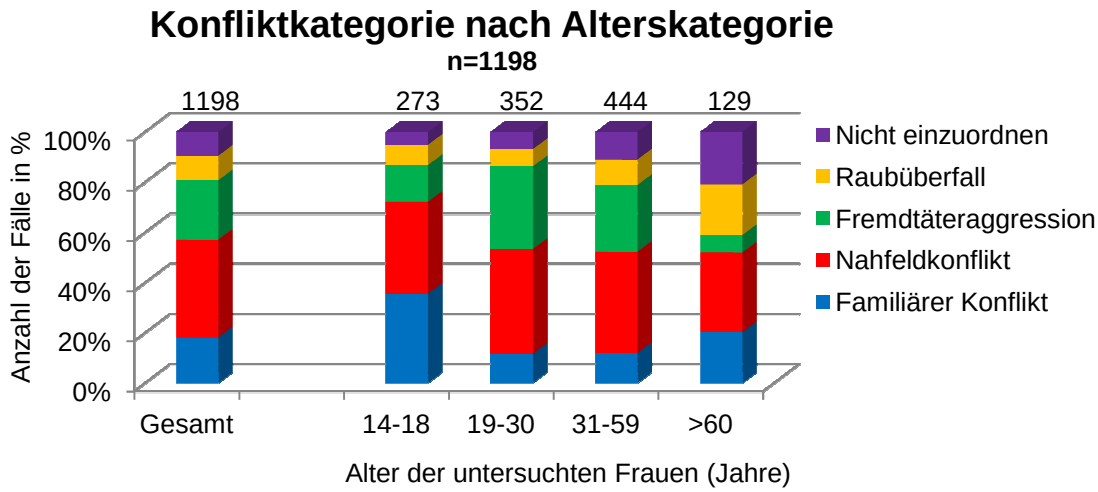

Abbildung 10: Konfliktkategorie in Bezug zur Alterskategorie

4.2 Anamnese/Sachverhalt

4.2.1 Hintergrund/Anlass der Tat

Der Hintergrund bzw. Anlass der Gewalttat wird in verschiedene Konfliktkategorien gegliedert (siehe auch 3.2 Material). Ein Nahfeldkonflikt wurde mit 39,0% (467/1198) am häufigsten von den Opfern geschildert. Ein Fremdtäteraggressionskonflikt wurde in 23,6% der Fälle (283/1198) und ein familiärer Konflikt von 18,1% der Untersuchten (217/1198) angegeben. Die restlichen Fälle waren Raubüberfälle (9,8%, 117/1198) und nichtklassifizierbare Konflikte (9,5%, 114/1198).

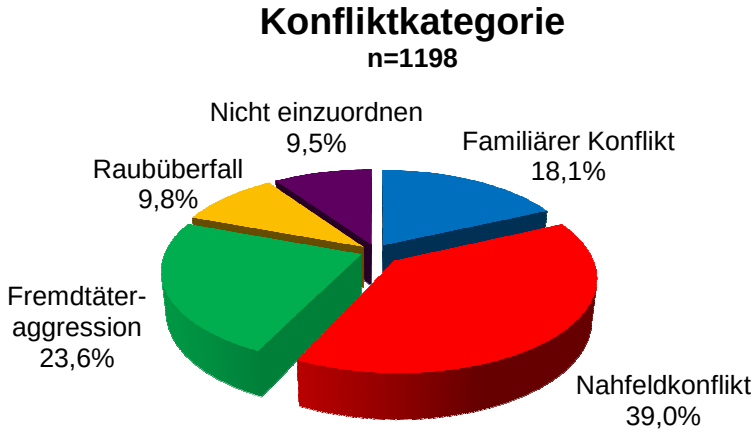

Abbildung 11: Konfliktkategorie

Bei den männlichen Opfern waren Fremdtäteraggressionskonflikte mit 43,9% (985/2245) am häufigsten zu verzeichnen. Dieses entspricht fast dem Doppelten der Anzahl der weiblichen Opfer. Familiäre Konflikte männlicher Opfer fanden sich nur in

4,4% der Fälle (98/2245) wieder. Frauen waren in dieser Konfliktkategorie viermal so häufig betroffen.

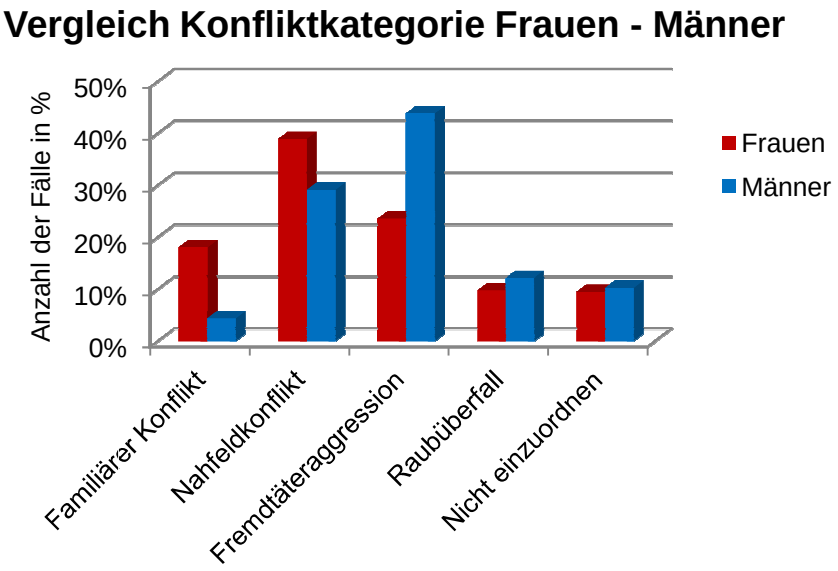

Abbildung 12: Konfliktkategorie: Frauen und Männer im Vergleich

4.2.2 Täter-Opfer-Beziehung

In mehr als der Hälfte der Fälle bestand vorheriger Kontakt zwischen Opfer und Täter. So gaben 20,7% der Untersuchten (248/1198) eine nähere Bekanntschaft zum Täter an. Hierunter wurden Freunde, Bekannte, Nachbarn und Arbeitskollegen erfasst. 18,1% der Opfer (217/1198) schilderten, dass der Täter aus dem familiären Umfeld stamme. Es wurden keine Partner oder Ex-Partner berücksichtigt. Unter einer flüchtigen Bekanntschaft wurden Abend-/Kurzbekanntschaften, Diskobekanntschaften und weitere Bekannte, zu denen man keinen näheren Kontakt hat, zusammengefasst. Derartige Beziehungen bestanden in 15,5% der Fälle (186/1198). Ein Fremdtäter wurde von 37,9% der weiblichen Opfer (454/1198) angegeben. In 7,8% der Fälle (93/1198) war die Beziehung zwischen Täter und Opfer nicht vermerkt oder das Opfer wollte bzw. konnte keine weiteren Informationen über den Täter geben.

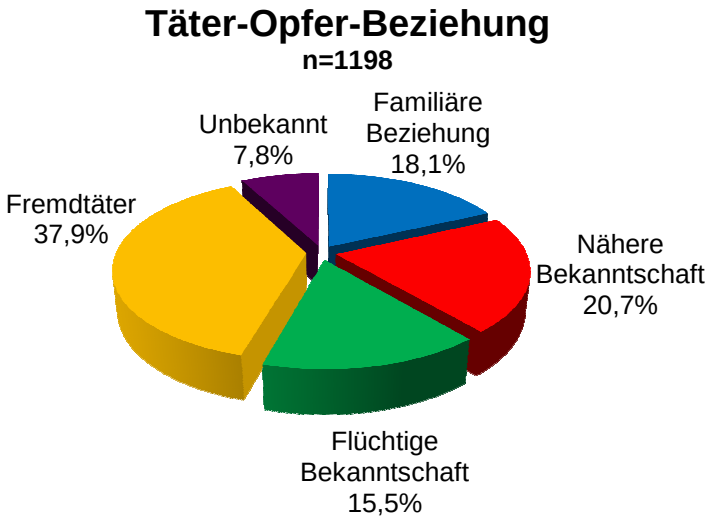

Abbildung 13: Täter-Opfer-Beziehung

Wie schon im Vergleich der Konfliktkategorien zuerkennen war, wurden Männer häufiger Opfer von Fremdtätern (54,6%) als Frauen (37,9%). Im familiären Bereich und näheren Bekanntenkreis waren Männer in weniger als der Hälfte der Fälle gegenüber den Frauen Opfer von Gewalt (17,4% gegenüber 38,8%).

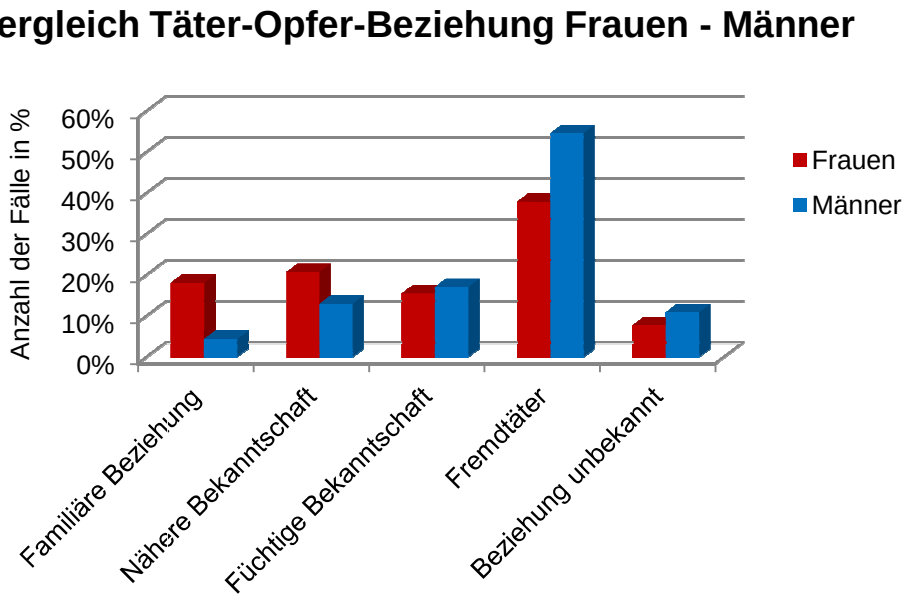

Abbildung 14: Täter-Opfer-Beziehung: Frauen und Männer im Vergleich

Die Fälle, in denen sich Opfer und Täter bekannt waren (in familiären Konflikten und Nahfeldkonflikten), wurde weiter differenziert.

31,7% der Betroffenen (217/684) gaben eine familiäre Beziehung zum Tatverdächtigen an. Eine weitere Differenzierung dieser Beziehung findet sich in Abbildung 16 wieder.

In 17,8% der Fälle (122/684) wurde die Kategorie Nachbarn/WG angegeben. Hierunter fallen Nachbarn, Mitbewohner, Untermieter, Vermieter und Mieter. Die Kategorie nähere Bekanntschaft bezeichnet näher bekannte Freunde und Bekannte. Diese wurde in 16,1% der Fälle (110/684) genannt. Eine flüchtige Bekanntschaft beinhaltet Abend- und Kurzbekanntschaften wie auch nur flüchtig Bekannte. 14,8% der Untersuchten (101/684) gaben diese an.

Eine Gewalttat im Zusammenhang mit der Beruflichen Ordnungsaufgabe wurde in 7,0% der Fälle (48/684) angegeben. Dieses Ergebnis bezieht sich nur auf Fälle, in denen vor der Tat ein Kontakt zwischen Opfer und Täter bestanden hat. Eine weitere Differenzierung dieser Kategorie findet sind unter 4.2.6.5 Gewalt im Zusammenhang mit der beruflichen Ordnungsaufgabe.

Die sonstige Beziehung beinhaltet Beziehungen, die nicht weiter differenziert wurden. Hierzu zählen z.B. Prostitutionsbeziehungen, Pflegebeziehungen oder ein Schutzbefohlenen-Verhältnis zwischen Opfer und Täter. In 5,3% der Fälle (36/684) wurde eine sonstige Beziehung genannt.

In die Kategorie Arbeitsverhältnis fallen sowohl Arbeitskollegen wie auch Vorgesetzte und unterstellte Mitarbeiter. 3,8% der Untersuchten (26/684) berichteten über ein derartiges Verhältnis zum Tatverdächtigen.

In 3,5% der Fälle (24/684) gaben die Opfer an, von einem Mitschüler verletzt worden zu sein. Als Tatort nannten sie in 19 der 24 Fälle die Schule oder den Schulweg.

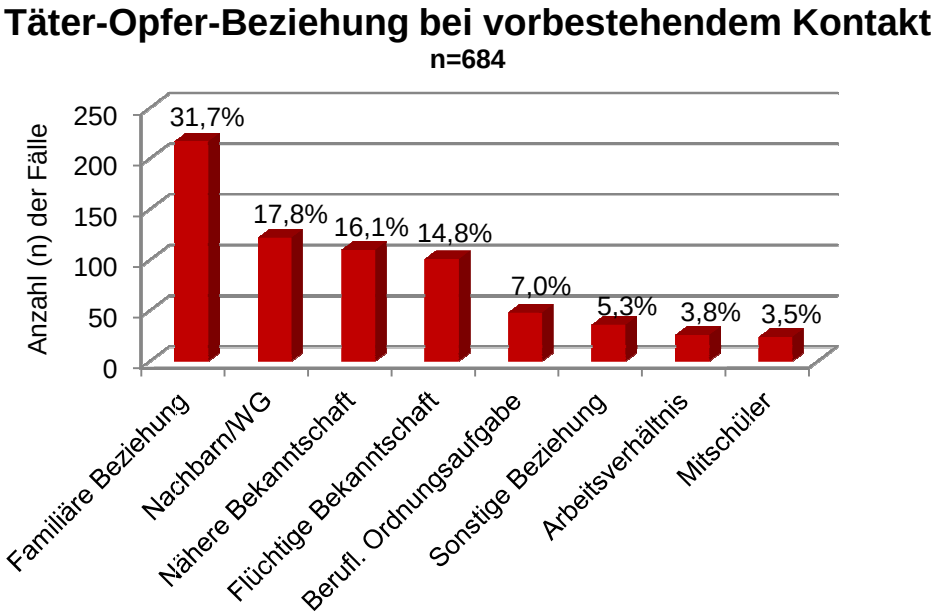

Abbildung 15: Täter-Opfer-Beziehung bei vorbestehendem Kontakt

Gewalt in der Familie

In 217 Fällen gaben die Geschädigten eine familiäre Beziehung zum Tatverdächtigen an. Hier wurden von 46,1% der Untersuchten (100/217) ein bzw. beide Elternteile beschuldigt, wobei in 18 Fällen beide Eltern tatverdächtig waren, in 62 Fällen nur der Vater und in 20 Fällen nur die Mutter. Es wurden auch Adoptiveltern, Pflegeeltern und Stiefeltern berücksichtigt. Bei Betrachtung der Altersverteilung der Opfer elterlicher Gewalt ist zuerkennen, dass 92 der 100 Opfer zwischen 14 und 24 Jahre alt waren. Die elterliche Gewalt richtete sich somit vorwiegend gegen Jugendliche und junge Erwachsene.

Unter „Kind“ als Tatverdächtiger wurden die leibliche Tochter bzw. Sohn, aber auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder zusammengefasst. Somit ist für diese Beziehungsdefinition nicht das Alter entscheidend, sondern der Verwandtschaftsgrad. 46 der untersuchten Frauen (21,2%) beschuldigten ihr Kind der Gewalttat. Hiervon war in 37 Fällen der Sohn und in 9 Fällen die Tochter tatverdächtig.

Geschwister gaben 26 der Geschädigten (12,0%) als Tatverdächtige an. Unter einer anderen familiären Beziehung wurden weitere Verwandtschaften, sowie verschwägerte Verwandte zusammengefasst. Diese wurde von 36 der Untersuchten (16,6%) genannt.

9 Fälle (4,1%) konnten keiner Kategorie eindeutig zugeordnet werden, da mehrere Tatverdächtige in unterschiedlichen Beziehungen zum Opfer standen. Diese Fälle wurden somit als Mehrfachnennung klassifiziert.

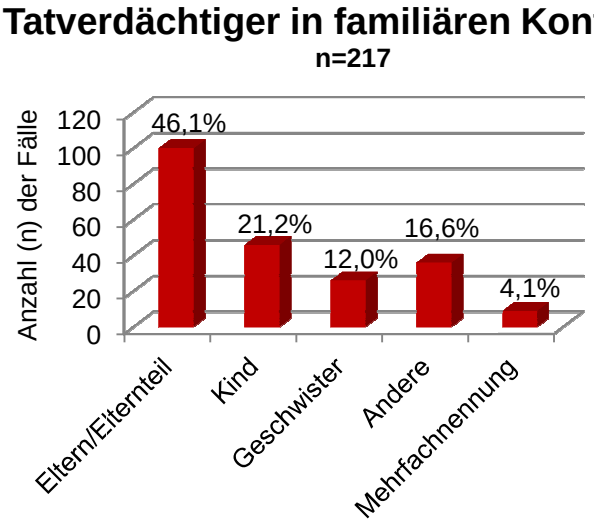

Abbildung 16: Differenzierung der Tatverdächtigen in familiären Konflikten

4.2.3 Geschlecht des Tatverdächtigen

Wie aus Abbildung 17 ersichtlich, war der Tatverdächtige zu 55,9% (670/1198) männlich, während weibliche Tatverdächtige nur einen Anteil von 23,7% (284/1198) einnahmen. 10,2% der Opfer (122/1198) gaben beim Geschlecht der Tatverdächtigen männlich und weiblich an und in ebenfalls 10,2% der Fälle (122/1198) wurde das Geschlecht des Tatverdächtigen als unbekannt klassifiziert.

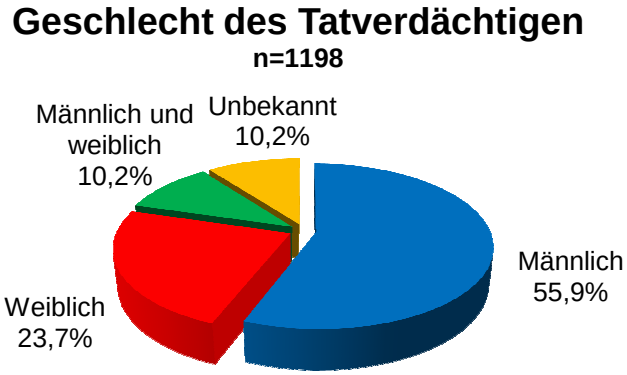

Abbildung 17: Geschlecht des Tatverdächtigen

Bei Betrachtung des Geschlechts des Tatverdächtigen in Bezug zur Konfliktkategorie fand sich der größte Anteil der männlichen Tatverdächtigen (fast 80%) bei den Raubüberfällen. Ein relativ gesehen hoher Anteil an weiblichen Tatverdächtigen wurde mit gut 34% im Nahfeldkonflikt angegeben. Dieser Wert ist signifikant erhöht ($p<0,01$). Männliche und weibliche Tatverdächtige wurden gehäuft im familiären Konflikt genannt.

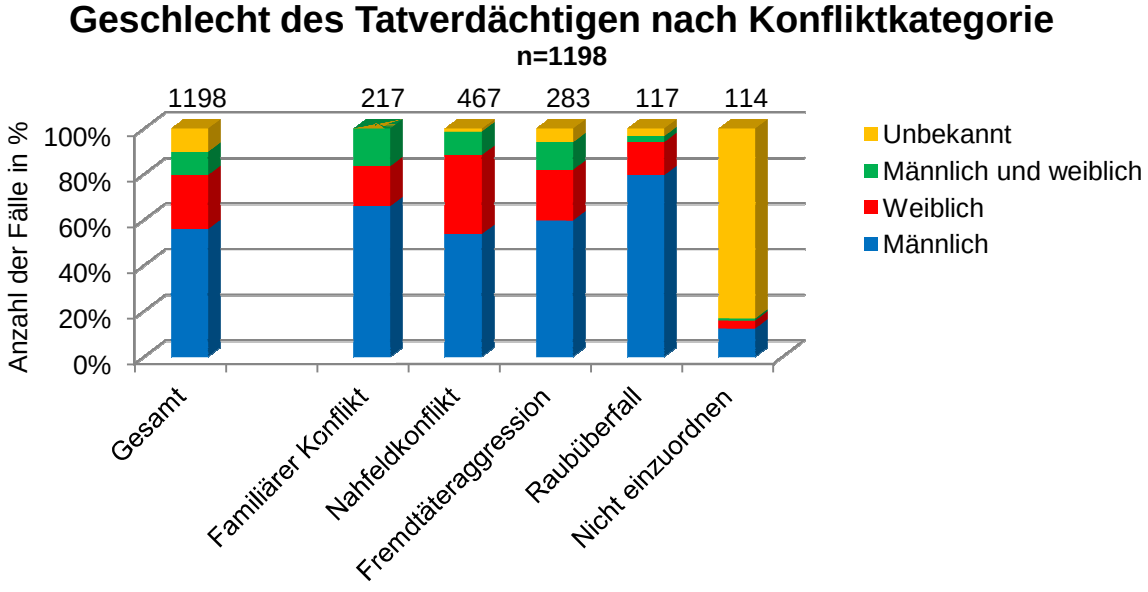

Abbildung 18: Geschlecht des Tatverdächtigen in Bezug zur Konfliktkategorie

In Abbildung 19 wird das Geschlecht des Tatverdächtigen in Beziehung zu den weiblichen und männlichen Opfern im Vergleich dargestellt. So ist zuerkennen, dass die untersuchten Männer häufiger einen männlichen Tatverdächtigen angaben als die untersuchten Frauen (82,9% zu 55,9%). Weibliche Tatverdächtige wurden dagegen von den männlichen Opfern nur zu einem sehr geringen Anteil von 2,5% (57/2245) genannt. Auch der Anteil an männlichen und weiblichen Tatverdächtigen war mit 3,1% (69/2245) bei den Männern gut dreimal so gering wie bei den untersuchten Frauen. Der Anteil der Männer, der das Geschlecht des Tatverdächtigen als unbekannt angab, war mit 11,5% (258/2245) vergleichbar mit den Angaben der Frauen.

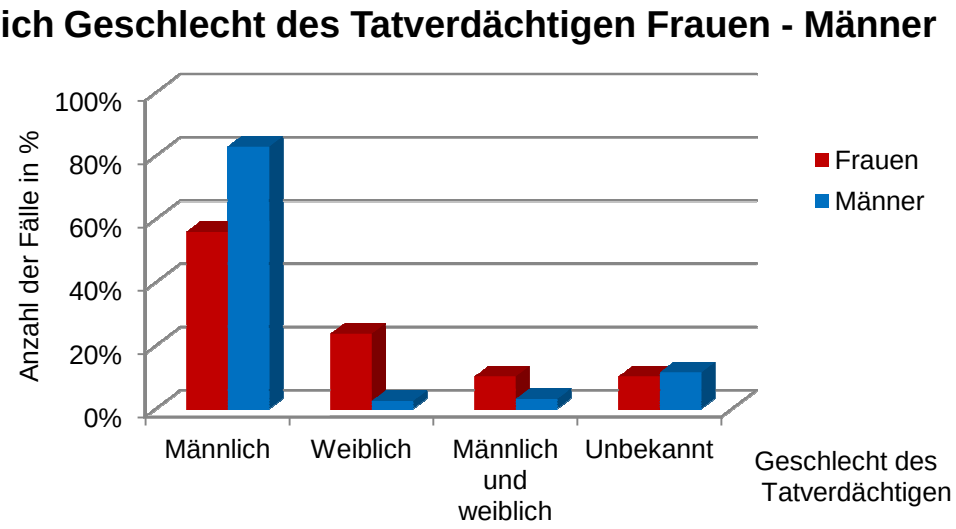

Abbildung 19: Geschlecht des Tatverdächtigen: Frauen und Männer im Vergleich

4.2.4 Anzahl der Tatverdächtigen

Die Anzahl der Tatverdächtigen wurde in 5 Kategorien geteilt. So wurde zwischen einem, zwei und drei oder mehr Tatverdächtigen unterschieden. Wenn keine genauen Angaben zur Anzahl der Tatverdächtigen gemacht werden konnten, es sich aber um mehrere gehandelt hat, wurde dieses als „mehrere Tatverdächtige ohne genaue Differenzierung“ klassifiziert. Wenn keine Angabe gemacht werden konnte, wurde die Anzahl als unbekannt angegeben.

Von den meisten Opfern wurde ein Tatverdächtiger (62,2%, 745/1198) angeben. Zwei Tatverdächtige wurden in 13,4% (160/1198) der Fälle genannt. 9,2% der Untersuchten (110/1198) nannten drei oder mehr Tatverdächtige. Mehrere Tatverdächtige ohne weitere Differenzierung gaben weibliche Opfer zu 6,3%

(75/1198) an und in 9,0% der Fälle (108/1198) war die Anzahl der Tatverdächtigen unbekannt.

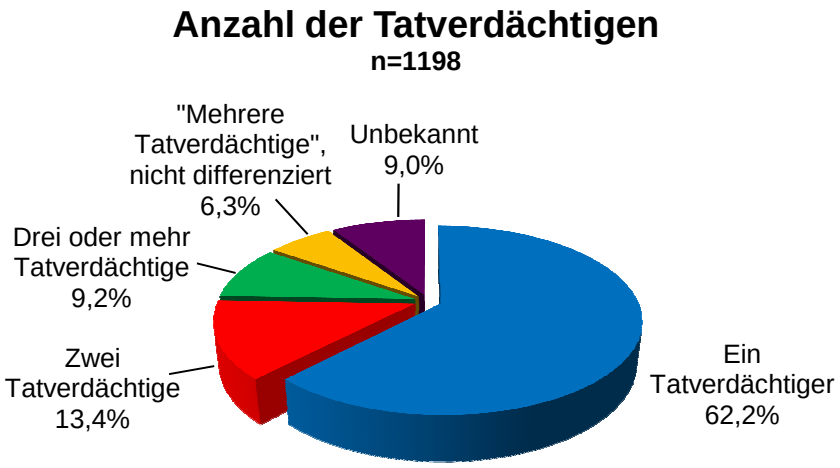

Abbildung 20: Anzahl der Tatverdächtigen

In Abbildung 21 ist zuerkennen, dass ein Tatverdächtiger am häufigsten im familiären Konflikt genannt wurde. Mehr als ein Tatverdächtiger wurde im familiären Konflikt in 20,3% der Fälle (44/217) angegeben. Dieser Wert ist damit im Vergleich zu den anderen Konfliktkategorien am geringsten: So wurde beim Nahfeldkonflikt von 28,7% der Opfer (134/467) und beim Fremdtäteraggressionskonflikt von 37,5% der Opfer (106/283) von mehr als einem Tatverdächtigen berichtet. Raubüberfälle wurde in 47,0% der Fälle (55/117) durch mehrere Beschuldigte ausgeführt. Mehr als ein Tatverdächtiger wurde somit statistisch signifikant häufiger bei Fremdtäteraggressionskonflikten ($p<0,01$) und Raubüberfällen ($p<0,001$) angegeben. Drei oder mehr Tatverdächtige fanden sich am häufigsten bei Fremdtäteraggressionskonflikten. Hier nahmen sie einen Anteil von 15,2% (43/283) ein, gefolgt von den Raubüberfällen mit 14,5% (17/117).

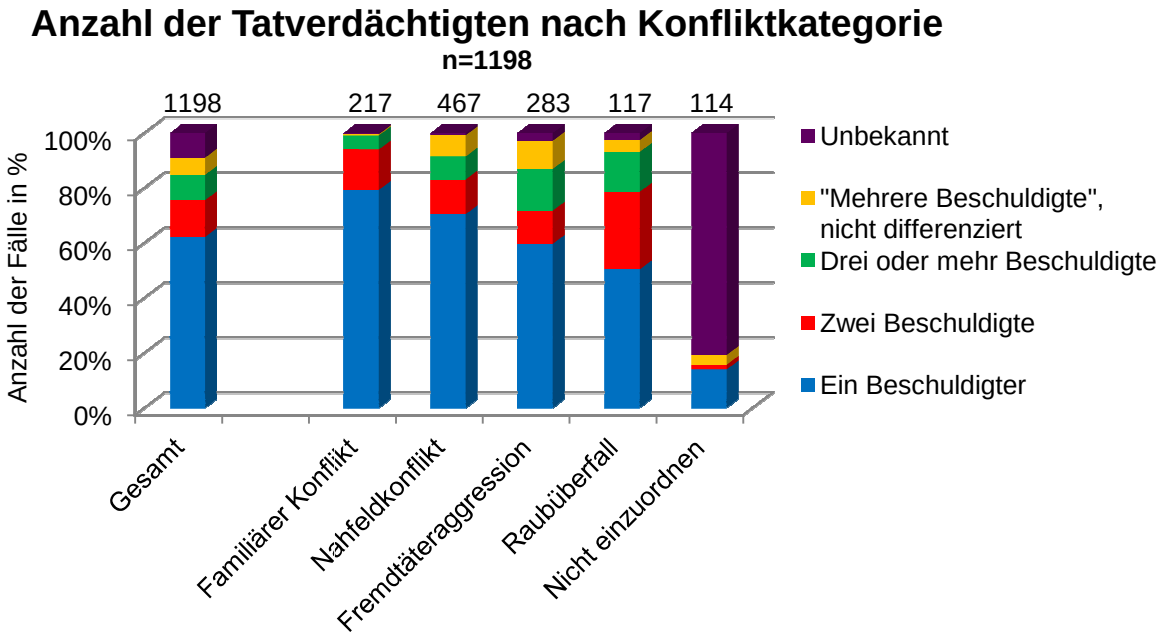

Abbildung 21: Anzahl der Tatverdächtigen in Bezug zur Konfliktkategorie

4.2.5 Ort des Geschehens

Der Ort des Geschehens wurde in 4 große Kategorien aufgeteilt. Hier nahm die Öffentlichkeit mit 47,6% (570/1198) den größten Anteil ein. Zur **Öffentlichkeit** werden Bereiche gezählt, die jedem Menschen zugänglich sind. Diese Kategorie umfasst somit in erster Linie die Straße/Park, ebenso öffentliche Transportmittel, wie z.B. Busse und Bahnen und den öffentlichen kommerziellen Bereich, wozu Kaufhäuser, Restaurants und Diskotheken zählen. Weiterhin werden hierzu Schule bzw. Schulweg und Arbeitsweg gezählt. Auch öffentliche Wohnunterkünfte, wie z.B. Asylantenwohnheime gehören in diese Kategorie und schließlich Orte wie Bahnhöfe, Krankenhäuser und Sparkassen, die zu der sonstigen Öffentlichkeit gezählt werden.

Die **häusliche Umgebung**, die in 38,1% der Fälle (457/1198) angegeben wurde, beinhaltet die persönliche Umgebung des Opfers bzw. des Beschuldigten, die gemeinsame Wohnung von Opfer und Beschuldigtem und den Gebäudekomplex, der als von Opfer und Beschuldigtem gemeinsam genutzter Raum in einem Wohnhaus klassifiziert wird. Hierunter fallen z.B. das Treppenhaus und der Waschkeller.

Unter **Sonstiges** fallen alle Kategorien, die weder der Öffentlichkeit noch der häuslichen Umgebung zugeordnet werden können. Hierzu zählen die Räumlichkeiten von Polizei/Justiz und Gefängnisse, die häusliche Umgebung einer dritten Person, die Kategorie in einem Fahrzeug, wobei nicht öffentliche Transportmittel gemeint sind, sonstige Orte, zu denen z.B. die Elternschule oder das Gemeindehaus

gehören, ebenso unbekannte Orte. Genannt wurde die Kategorie Sonstiges in 11,1% der Fälle (133/1198).

In 3,2% der Fälle (38/1198) konnte der Ort keiner der drei oben genannten Kategorien eindeutig zugeordnet werden, da es aufgrund mehrerer Tatorte zu einer Überschneidung zwischen den Tatortkategorien gekommen wäre. Diese Orte wurden somit als Mehrfachnennung klassifiziert.

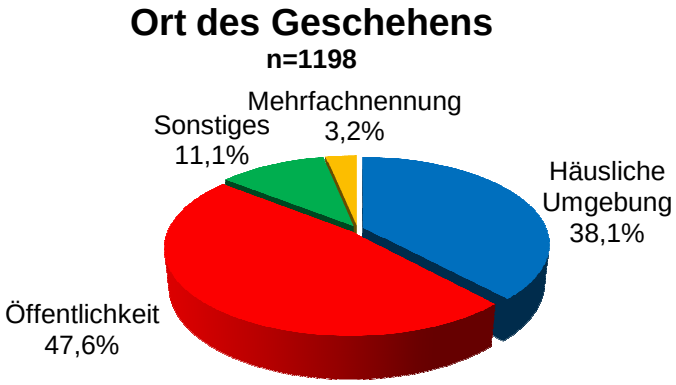

Abbildung 22: Ort des Geschehens

In Abbildung 23 sind die 17 Variablen zum Ort des Geschehens einzeln aufgeführt. Diese Daten beziehen sich auf Mehrfachnennungen, da ein Ort sich bisweilen durch zwei Variablen darstellen lässt. Zum Beispiel gehört der Arbeitsweg häufig auch in die Kategorie Straße/Park und die Variable Polizei/Justiz ist in vielen Fällen auch der Arbeitsplatz des Opfers. Auch wurden in einigen Fällen zwei verschiedene Tatorte angegeben, wenn es sich nicht um eine einmalige Auseinandersetzung handelte.

Zu sehen ist, dass die Tatortkategorie Straße/Park mit 31,4% (376/1198) überwog. An zweiter Stelle wurde die häusliche Umgebung des Opfers mit 17,5% (210/1198) genannt, gefolgt von der gemeinsamen Wohnung von Opfer und Beschuldigtem mit 13,2% (158/1198). Die kommerzielle Öffentlichkeit wurde in 10,0% der Fälle (120/1198) vom Opfer angegeben.

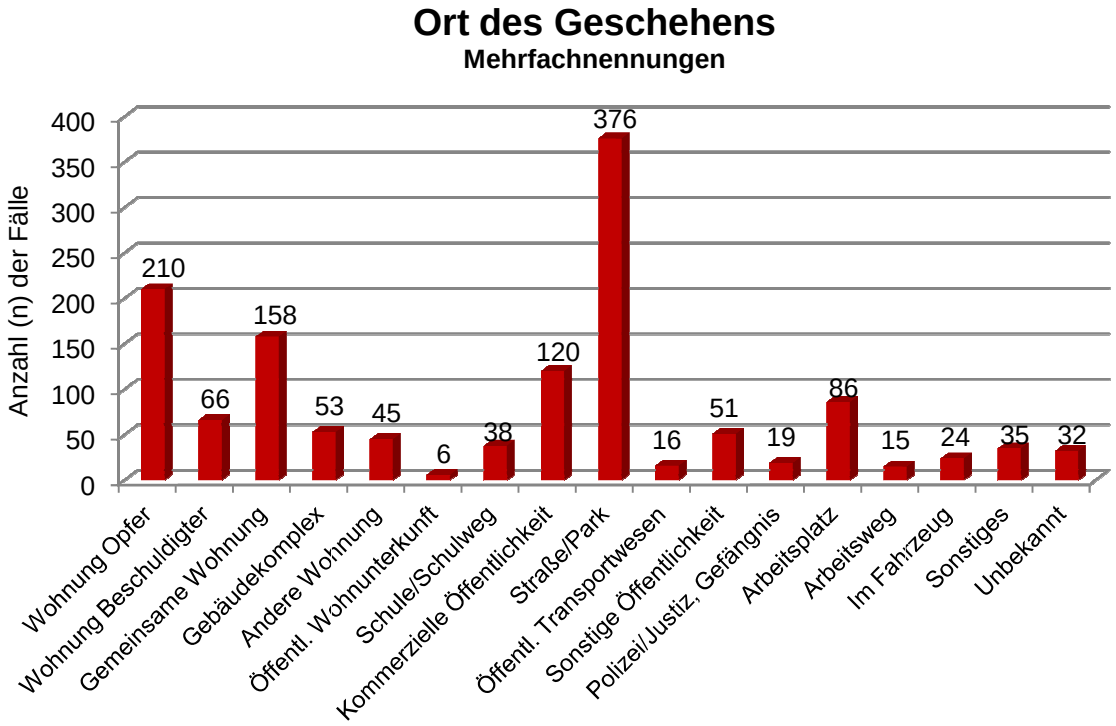

Abbildung 23: Ort des Geschehens (Mehrfachnennungen)

Der Tatort lag bei familiären Konflikten mit über 80% im häuslichen Bereich. Im Nahfeldkonflikt war zwischen der häuslichen Umgebung und der Öffentlichkeit kein bedeutsamer Unterschied festzustellen. Beide Kategorien wurden zu etwa 40% angegeben. Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle fanden im Gegensatz zu den anderen Konfliktarten hochsignifikant häufiger in der Öffentlichkeit statt (beide mit $p<0,001$), Fremdtäteraggressionskonflikte zu 80% und Raubüberfälle zu 71,8%. Knapp 20% der Raubüberfälle wurden in der häuslichen Umgebung durchgeführt.

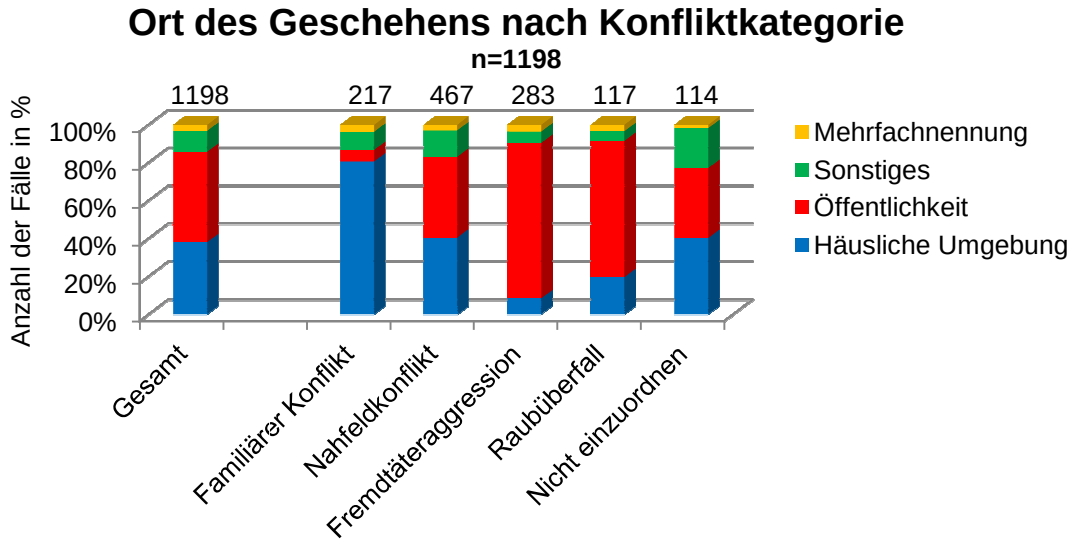

Abbildung 24: Ort des Geschehens in Bezug zur Konfliktkategorie

4.2.6 Weitere Konfliktsituationen

4.2.6.1 Raub/Materielles Motiv im Nahfeldkonflikt und familiären Konflikt

In den Kategorien Nahfeldkonflikt und familiärer Konflikt wurde in insgesamt 47 von 684 Fällen ein materielles Motiv als Hintergrund der Gewalttat angegeben. Hierunter fielen Fälle, in denen der Tatverdächtige vom Opfer Geld oder Gegenstände forderte. Dieses entsprach 6,9% aller Konflikte mit vorbestehendem Kontakt zwischen Opfer und Täter und 3,9% (47/1198) aller Gewalttaten.

Die Beziehung zwischen Täter und Opfer wurde in 24 von 47 Fällen (51,1%) als Bekanntschaft beschrieben. In gut einem Viertel der Fälle (25,5%, 12/47) nannte das Opfer eine flüchtige Bekanntschaft. Arbeitskollegen wurden in 5 Fällen und Nachbarn in 4 Fällen genannt. Eine familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter gab es in 2 Fällen. Hier waren einmal die Mutter und einmal der Bruder tatverdächtig.

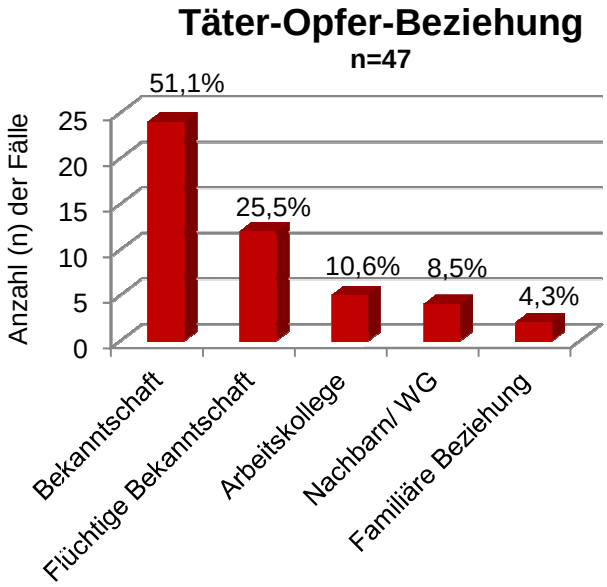

Abbildung 25: Täter-Opfer-Beziehung bei materiellen Konflikten im Nahfeldbereich

Der Ort des Geschehens wurde in die Kategorien häusliche Umgebung, Öffentlichkeit, Sonstiges und Mehrfachnennung gegliedert.

Die Häusliche Umgebung wurde von 21 der Geschädigten angegeben (44,7%). In 17 Fällen (36,2%) nannten die Opfer die Öffentlichkeit als Tatort und in 8 Fällen (17,0%) wurde die Kategorie Sonstiges angegeben. Ein Fall konnte aufgrund einer Mehrfachnennung keiner Kategorie eindeutig zugeordnet werden.

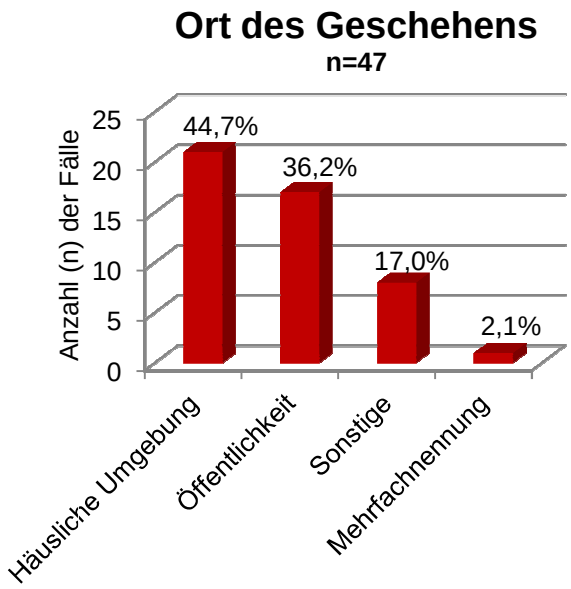

Abbildung 26: Ort des Geschehens bei materiellen Konflikten im Nahfeldbereich

4.2.6.2 Fremdtäteraggressionskonflikt

Im Fremdtäteraggressionskonflikt konnte in 77% der Fälle (218/283) keine Beziehung zwischen Opfer und Täter ermittelt werden. In 15,5% der Fälle (44/283) wurde ein Konflikt im Zusammenhang mit der Beruflichen Ordnungsaufgabe angegeben, diese konnte sowohl Täter als auch Opfer in dem Konflikt sein. In 18 Fällen (6,4%) nannten die Geschädigten einen Konflikt im Straßenverkehr und in 3 Fällen konnte eine andere Beziehung, z.B. unter Sportlern, klassifiziert werden.

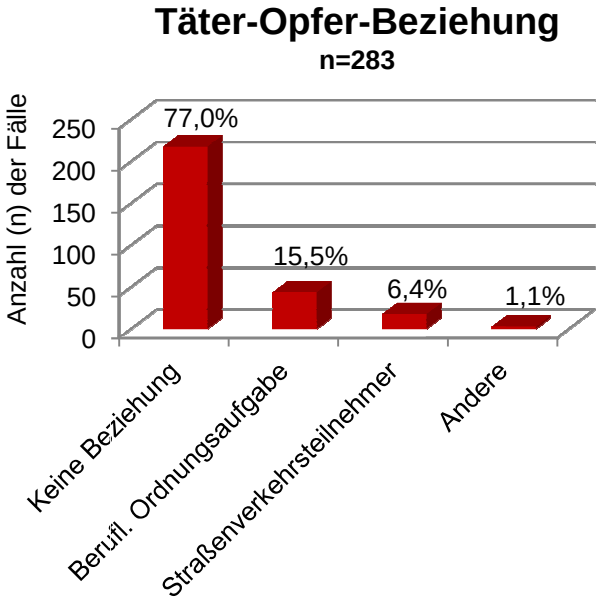

Abbildung 27: Täter-Opfer-Beziehung im Fremdtäteraggressionskonflikt

4.2.6.3 Gewalt im Zusammenhang mit öffentlichen Tanzveranstaltungen und möglichem Alkoholkonsum

Es wurde eine neue Tatortkategorie eingeführt, die Lokalitäten im Zusammenhang mit Tanzveranstaltungen und möglichem Alkoholkonsum beschreibt. Hierunter wurden hauptsächlich Diskotheken, Bars und Kneipen gefasst. Diese wurde in 6,1% der Fälle (73/1198) genannt.

Der Altersschwerpunkt lag mit 69,9% (51/73) zwischen 19 und 29 Jahren. In der Konfliktkategorie überwog der Fremdtäteraggressionskonflikt mit 68,5% (50/73), während ein Nahfeldkonflikt von 26,0% der Geschädigten (19/73) berichtet wurde. Die Anzahl der Tatverdächtigen wurde in 67,1% der Fälle (49/73) mit einem Tatverdächtigen angegeben. Am zweithäufigsten wurden drei oder mehr Tatverdächtige genannt (15,1%, 11/73). Einen Alkoholkonsum während der Gewalttat gaben 71,2% der Geschädigten (52/73) an.

Stumpfe Gewalteinwirkungen wurden in 84,9% der Fälle (62/73) dokumentiert, scharfe Gewalteinwirkungen in 11,0% der Fälle (8/73). 79,5% der Verletzungen (58/73) wurden als nicht lebensgefährlich klassifiziert und 13,7% (10/73) als potentiell lebensgefährlich. Lebensgefährliche Verletzungen traten in keinem Fall auf.

4.2.6.4 Gewalt am Arbeitsplatz

Frauen wurden in 7,2% der Fälle (86/1198) Opfer einer Gewalttat am Arbeitsplatz. 17 der 86 Untersuchten (19,8%) gaben an, im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses von Vorgesetzen, Mitarbeitern oder Kollegen verletzt worden zu sein. Somit wurden Frauen in 69 Fällen (80,2%) Opfer von Gewalt durch Privatpersonen, Kunden oder Besuchern. In 31 Fälle gehörte das Opfer der Kategorie der Beruflichen Ordnungsaufgabe an.

Der Ort des Arbeitsplatzes wurde am häufigsten im öffentlichen kommerziellen Bereich (26/86) genannt, gefolgt von der Kategorie Straße/Park (18/86) und sonstigen Orten (17/86).

4.2.6.5 Gewalt im Zusammenhang mit der beruflichen Ordnungsaufgabe

In insgesamt 92 Fällen (7,7%) wurde ein Konflikt im Zusammenhang mit der Beruflichen Ordnungsaufgabe unabhängig von der Täter-Opfer-Konstellation genannt. Hierzu zählen neben der Polizei auch Mitarbeiter des öffentlichen Transportwesens und Sicherheitspersonal.

Den größten Anteil nahmen Konflikte im Zusammenhang mit der Polizei ein (83/92). Dieses entspricht 6,9% aller Gewalttaten der Studie. In 34 Fällen wurde die Polizei

als Opfer und in 49 Fällen als Tatverdächtiger angegeben. Der Tatort wurde in 54,3% der Fälle mit der Öffentlichkeit angegeben, während die Räumlichkeiten von Polizei/Justiz und Gefängnisse in 18 Fällen (19,6%) genannt wurden. Der Schweregrad der Verletzungen wurde zu 13,0% als „Keine Zeichen der Gewalteinwirkung“ klassifiziert, wobei diese Opfer bis auf eine Ausnahme die Polizei als Täter angegeben haben. Nicht lebensgefährliche Verletzungen wurden zu 87,0% angegeben.

4.3 Angaben zur Art der Gewalt

4.3.1 Gewaltform

Bei der Gewaltform wird zwischen körperlicher und instrumenteller Gewalt unterschieden. Zur **instrumentellen Gewalt** gehört jede Form der Gewalt, in der ein Tatwerkzeug benutzt wird. Hierzu zählt auch die Fesselung mit Hilfe von Handschellen. Hundebisse werden ebenfalls als instrumentelle Gewalt klassifiziert.
Zur **körperlichen Gewalt** werden demnach jegliche Gewaltformen ohne Benutzung eines Tatwerkzeuges gezählt, z.B. Schläge, Tritte, Schubsen, Kratzen und Beißen.
In 65,9% der Fälle (789/1198) wurde körperliche Gewalt geschildert, während instrumentelle Gewalt von 10,0% der Betroffenen (120/1198) angegeben wurde. Die gleichzeitige Anwendung körperlicher und instrumenteller Gewalt (**Kombination**) berichteten 16,3% der Untersuchten.
In 1,4% der Fälle (17/1198) war keine konkrete Gewalt bekannt. Diese Frauen wurden untersucht, um zwischen Fremdverschulden und einem Unfall zu differenzieren. Die Gewaltform wurde zu 6,4% (77/1198) als unbekannt klassifiziert. In diese Kategorie fallen Frauen, die anamnestisch keine Aussagen zur Art der Gewalt machen konnten und somit nicht sicher einer Gewaltform zugeordnet werden konnten.

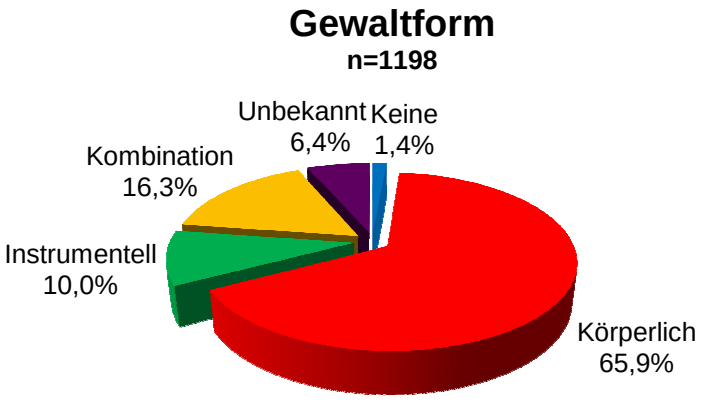

Abbildung 28: Gewaltform

Körperliche Gewalt wurde je nach Konfliktkategorie in 67% bis 74% der Fälle angegeben. Eine Ausnahme bildete die Konfliktkategorie „nicht einzuordnen“, da bei der größten Anzahl dieser Betroffenenen die Gewaltform als unbekannt klassifiziert wurde. Alleinige instrumentelle Gewalt wurde etwas häufiger bei Fremdtäteraggressionskonflikten und Raubüberfällen berichtet als bei familiären Konflikten und Nahfeldkonflikten.

Eine Kombination aus körperlicher und instrumenteller Gewalt fand sich mit 24,4% am häufigsten in familiären Konflikten. Dieser Wert ist hochsignifikant erhöht ($p<0,001$). Beim Raubüberfall lag eine Kombination der Gewaltformen in 20,5% der Fälle vor. Damit zeigten diese beiden Konfliktkategorien auch insgesamt die höchste Anzahl an Gewaltdelikten im Zusammenhang mit einer Tatwaffe.

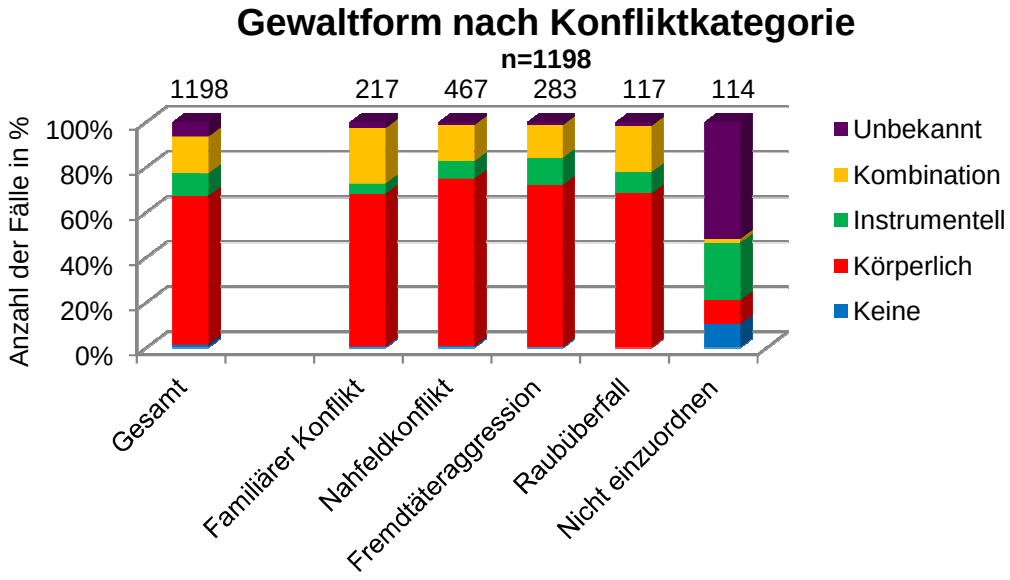

Abbildung 29: Gewaltform in Bezug zur Konfliktkategorie

4.3.2 Tatwerkzeug

Von den 315 Fällen, in denen instrumentelle Gewalt oder eine Kombination aus körperlicher und instrumenteller Gewalt angegeben wurde, konnte in 289 Fällen das Tatwerkzeug einer von 9 Kategorien zugeordnet werden. Dieses ist in Abbildung 30 dargestellt.

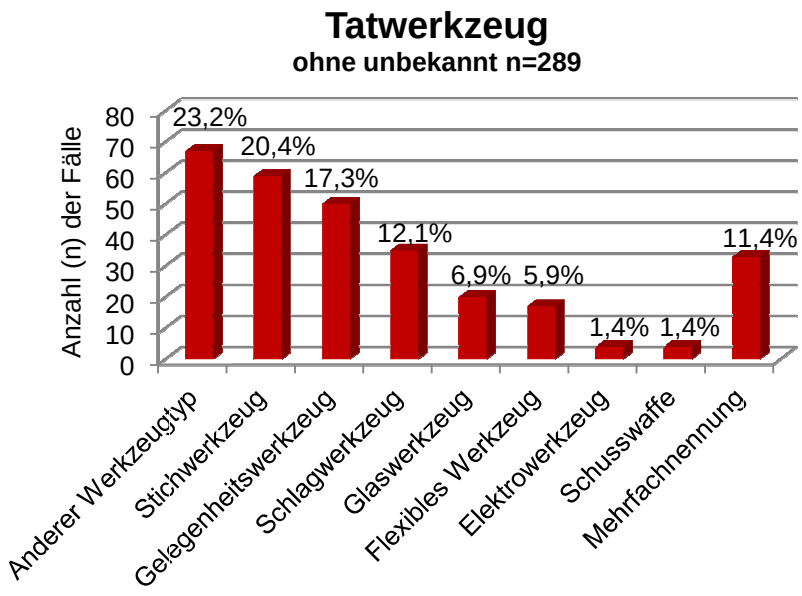

Abbildung 30: Tatwerkzeuge (ohne unbekannt)

Am häufigsten wurde von den Betroffenen ein „andere Werkzeugtyp“ benannt (23,2%, 67/289). Zu dieser Kategorie zählen alle Tatwerkzeuge, die in keine der anderen Kategorien fallen, z.B. Handschellen, Pfefferspray, PKW, Hund. In 20,4% der Fälle (59/1198) wurde von einem Stichwerkzeug (Messer und weitere spitze Gegenstände) berichtet. Als Gelegenheitswerkzeuge werden Gegenstände definiert, die im Alltag eine Funktion haben und nur während der Gewalttat als Tatwerkzeug fungieren. Als Beispiele seien Handy, Schuhe oder Nudelholz genannt. Sie wurden von 17,3% der Untersuchten (50/289) angeführt. Schlagwerkzeuge (z.B. Stöcke, Eisenstangen und Baseballschläger) wurden in 12,1% der Fälle (35/289) genannt. Glaswerkzeuge beinhalten hauptsächlich Flaschen. 6,9% der Betroffenen (20/1198) gaben diese an. Ein „flexibles Werkzeug“ wie Gürtel oder Kabel wurde von 5,9% (17/1198) der Opfer genannt. Über Elektrowerkzeuge (Elektroschocker) und Schusswaffen berichteten jeweils 4 Betroffene (jeweils 1,4%). In 11,4% der Fälle (33/289) wurde die Kategorie Mehrfachnennung gewählt, da mehrere Tatwerkzeuge benutzt wurden, die sich nicht einer Kategorie zuordnen lassen.

In einer weiteren Auswertung wurden die Tatwaffen in Bezug zur Konfliktkategorie betrachtet. Die prozentualen Angaben dieser Ergebnisse beziehen sich auf alle Fälle, in denen instrumentelle Gewalt singulär oder in Kombination ausgeübt wurde. Es wurden in dieser Auswertung auch die Fälle berücksichtigt, in denen das Tatwerkzeug als unbekannt klassifiziert wurde.

In familiären Konflikten wurden zu 27,3% (18/66) Gelegenheitswerkzeuge angewendet, gefolgt von Schlagwerkzeugen mit 21,2% (14/66). Im Nahfeldkonflikt gab es kein Überwiegen eines Tatinstrumentes. So wurden Stichwerkzeuge, andere Werkzeuge, Gelegenheitswerkzeuge und Schlagwerkzeuge in absteigender Reihenfolge zwischen 20% und 15% (24-18/117) genannt. Im Fremdtäteraggressionskonflikt wurde in 23,1% der Fälle (18/78) ein anderer Werkzeugtyp berichtet, gefolgt vom Stichwerkzeug (15,4%, 12/78) und Glaswerkzeug (14,1%, 11/78). Bei Raubüberfällen dominierte das Stichwerkzeug mit 37,8% (14/37).

4.3.3 Fixierung/Fesselung

In 24 der Fälle wurde eine Fixierung bzw. Fesselung vom Opfer angegeben. Dieses entspricht 2,0% aller Gewalttaten. Es wurden auch Fälle der Fesselung durch die Polizei berücksichtigt.

Fixierung/Fesselung wird zur instrumentellen Gewalt gezählt. Somit wurde das Opfer bei Anwendung instrumenteller Gewalt in 7,6% der Fälle (24/315) gefesselt oder fixiert.

4.3.4 Gewalt gegen den Hals

Unter „Gewalt gegen den Hals“ wird Würgen, Drosseln, Bedecken der Atemwege, Knebeln, Brustkorbkompression und Schwitzkasten zusammengefasst.

Von den betroffenen Frauen wurde in 10,9% der Fälle (130/1198) Gewalt gegen den Hals angegeben. In 88,6% der Fälle (1061/1198) wurde von keiner Gewalt gegen den Hals berichtet und in 0,6% (7/1198) der Fälle war unbekannt, ob es eine Einwirkung gegen den Hals gegeben hatte.

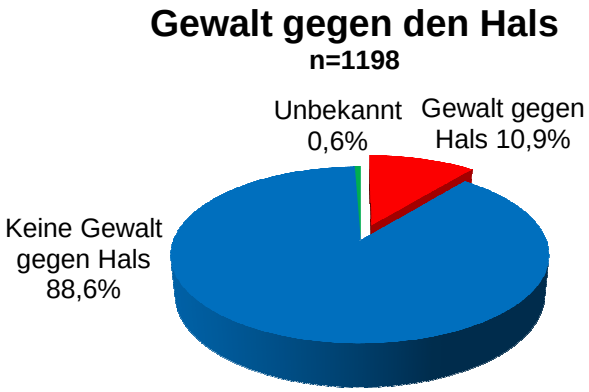

Abbildung 31: Gewalt gegen den Hals

In einer weiteren Auftrennung der Einwirkungen gegen den Hals ist zuerkennen, dass Frauen in 73,1% der Fälle (95/130) gewürgt wurden („Würgen isoliert“). „Andere Methoden ohne Würgen, Drosseln“ (Bedecken der Atemwege, Knebeln, Brustkorbkompression und Schwitzkasten) wurden in 11,5% (15/1198) der Fälle angegeben, gefolgt von der Kategorie „Drosseln ggf. kombiniert“.

Tabelle 3: Gewalt gegen den Hals (ohne unbekannt)

	Häufigkeit	Prozent
Würgen isoliert	95	73,1%
Andere Methoden ohne Würgen, Drosseln	15	11,5%
Drosseln ggf. kombiniert	14	10,8%
Würgen kombiniert ohne Drosseln	6	4,6%
Gesamt	130	100%

18,4% der Opfer eines familiären Konfliktes gaben Gewalt gegen den Hals an. Bei Nahfeldkonflikten und Raubüberfällen berichteten jeweils 12% über einen Angriff gegen den Hals. Bei den Fremdtäteraggressionskonflikten fanden sich mit 5,3% die geringsten Angaben.

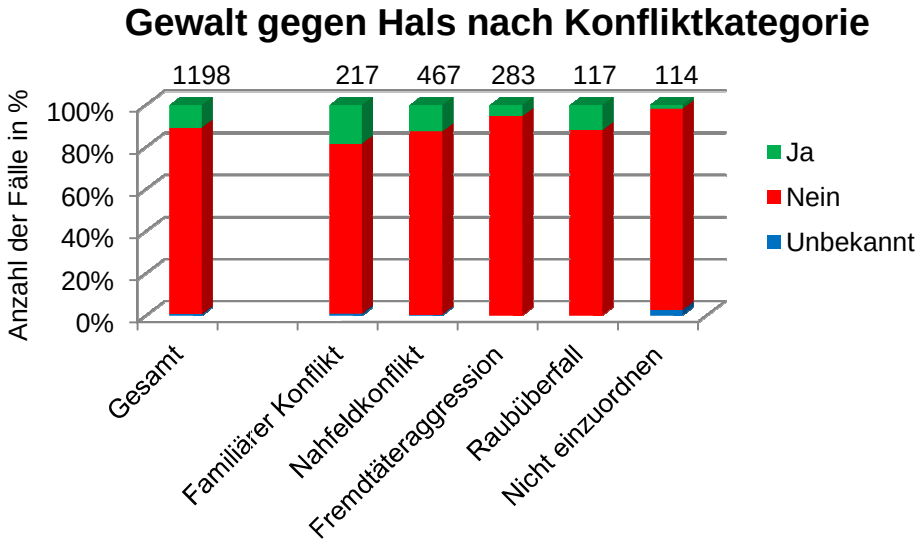

Abbildung 32: Gewalt gegen den Hals in Bezug zur Konfliktkategorie

Objektive Befunde der Strangulation in Form von Würgemalen, Drosselmarken oder Petechien fanden sich bei 77 der 130 Untersuchten (59,2%).

4.4 Konsumverhalten der geschädigten Person

Bei dem überwiegendem Anteil der untersuchten Opfer wurde kein Konsumverhalten angegeben. Die Einschätzung des Konsumverhaltens beruht auf den Angaben des

Opfers bzw. der subjektiven Einschätzung des untersuchenden Arztes. Nur in sehr wenigen Fällen wurden Blutalkoholbestimmungen oder weitere toxikologische Untersuchungen durchgeführt. Demnach konnten folgende Angaben nicht objektiv überprüft werden.

Es gaben 19,2% der Untersuchten (230/1198) an, während der Tat alkoholisiert gewesen zu sein. 2,8% der Betroffenen (33/1198) nannten die Einnahme von Medikamenten und 1,4% (17/1198) gaben einen Betäubungsmittelkonsum (BtM) an.

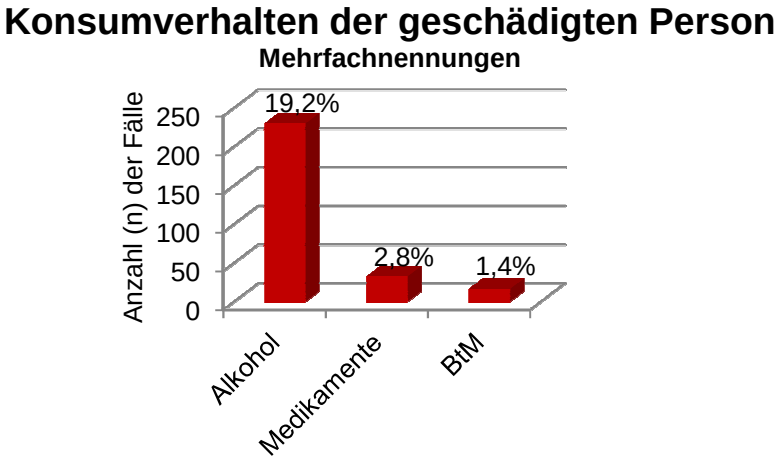

Abbildung 33: Konsumverhalten der geschädigten Person (Mehrfachnennungen)

Die höchste Anzahl der Opfer mit Alkoholkonsum fand sich mit 34,2% in der Konfliktkategorie „nicht einzuordnen“, gefolgt von den Fremdtäteraggressions-konflikten mit 26,9%. Bei familiären Konflikten wurde von 3,7% der Geschädigten ein Alkoholkonsum während der Tat angegeben.

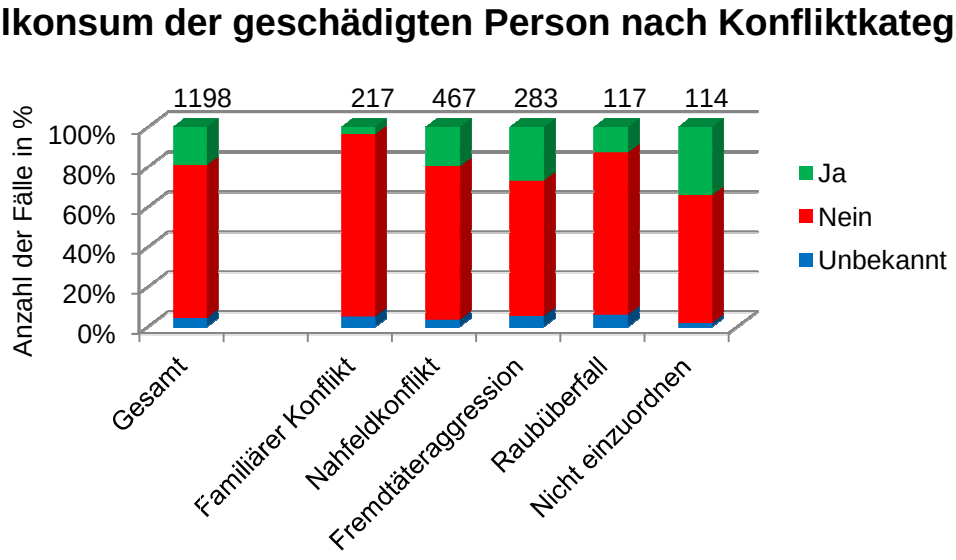

Abbildung 34: Alkoholkonsum der geschädigten Person in Bezug zur Konfliktkategorie

4.5 Konsumverhalten der beschuldigten Person

Bei den folgenden Ergebnissen ist zu beachten, dass die Angaben über das Konsumverhalten der beschuldigten Person zumeist nur durch das Opfer gegeben werden konnten und damit sehr subjektiv waren. Weiterhin fehlten zu vielen Tatverdächtigen genauere Angaben, so dass mit einem großen Dunkelfeld bezüglich des Konsumverhaltens zu rechnen ist.

Es wurde in 162 der 1198 Fälle (13,5%) angegeben, dass der Täter alkoholisiert gewesen sei. Angaben über einen Medikamentenkonsum des Tatverdächtigen machten 0,5% der Geschädigten (6/1198) und über einen Betäubungsmittelkonsum wurde in 2,8% der Fälle (33/1198) berichtet.

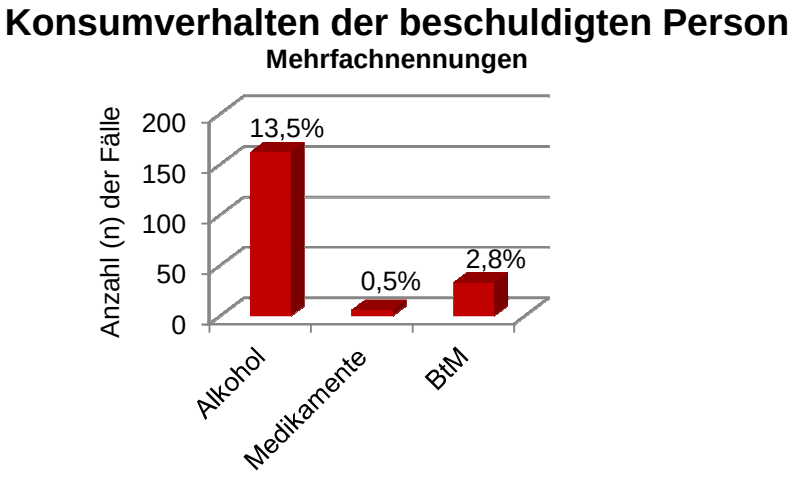

Abbildung 35: Konsumverhalten der beschuldigten Person (Mehrfachnennungen)

4.6 Objektivierbarkeit der Verletzungen

4.6.1 Art der Gewalteinwirkung

Es wurde zwischen 9 verschiedenen Kategorien der Art der Gewalteinwirkung unterschieden (siehe auch 2.4.1 Art der Gewalteinwirkung).

Den größten Anteil nahm die stumpfe ungeformte Gewalt mit 79,9% (957/1198) ein. Im Vergleich zu den männlichen Opfern konnte kein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden (82,3%, 1848/2245). 4,7% der Geschädigten (56/1198) wiesen stumpfe geformte Gewalteinwirkungen auf.

Halbscharfe Gewalt wurde bei 4,8% der Untersuchten (58/1198) diagnostiziert, Stichverletzungen bei 1,9% der Betroffenen (23/1198) und Schnittverletzungen bei 5,8% (69/1198). Bei den männlichen Opfern wurden Stichverletzungen mehr als

viermal so häufig (8,4%, 188/2245) und Schnittverletzungen zweimal so häufig (10,2%, 230/2245) klassifiziert.

Frakturen müssen in den meisten Fällen radiologisch gesichert werden, so dass von den untersuchenden Ärzten nur dann eine Fraktur angegeben werden konnte, wenn es einen Röntgenbefund des Opfers gab. Es wurden in die Studie nur Frakturen aufgenommen, bei denen sicher von einer Fraktur auszugehen war. Reine Verdachtsfälle wurden nicht berücksichtigt. 7,3% der Opfer (88/1198) wiesen eine Fraktur auf. Bei den männlichen Opfern wurden Frakturen mehr als doppelt so häufig diagnostiziert (18,5%, 415/2245).

Schussverletzungen wurden in 2 Fällen (0,2%) kategorisiert, wobei es sich bei der einen Betroffenen um eine Verletzung durch einen Projektilquerschläger handelte und bei der zweiten Untersuchten um eine Verletzung durch einen Vogelschreck (pyrotechnische Munition).

Thermische Einwirkungen entstehen oftmals durch Elektroschockgeräte oder glühende Zigaretten. Diese Verletzungen fanden sich bei 1,3% der Opfer (14/1198).

Verletzungen durch chemische Einwirkungen fanden sich bei 4 Frauen (0,3%). Die Ursachen waren in 2 Fällen Pfefferspray, in einem Fall Chloroform und in einem Fall unbekannt.

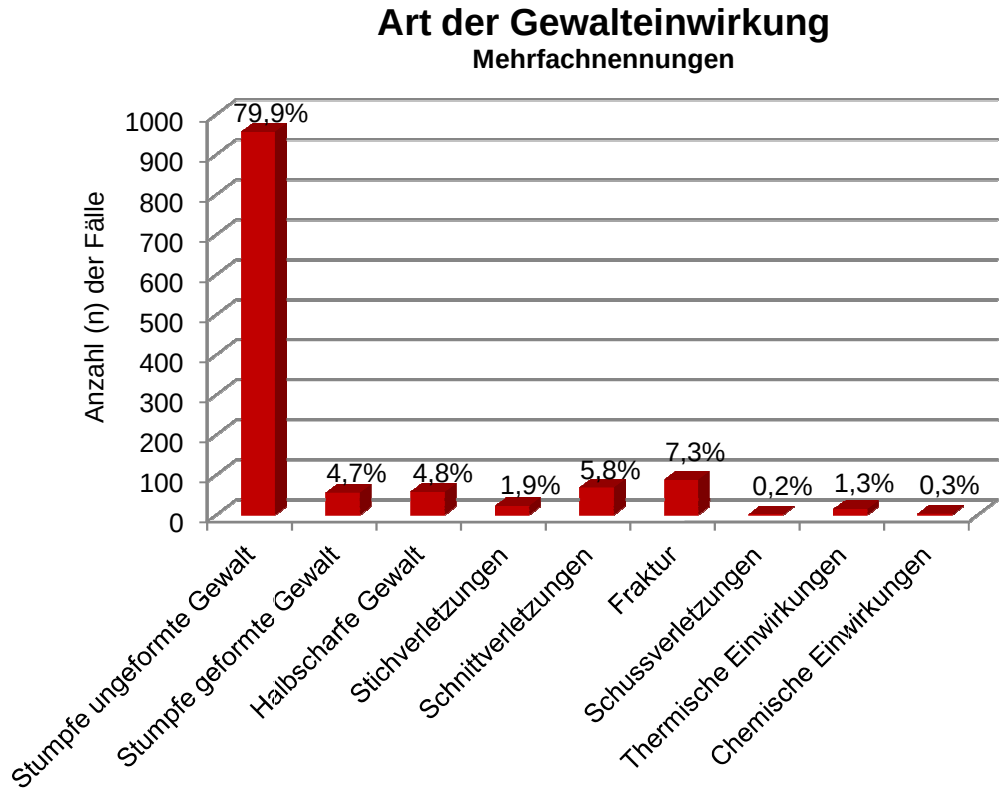

Abbildung 36: Art der Gewalteinwirkung (Mehrfachnennungen)

Stumpfe ungeformte und geformte Gewalteinwirkungen waren mit 81,4% für den weitaus größten Anteil der Verletzungen verantwortlich. Zwischen den einzelnen Konfliktkategorien sind keine großen Unterschiede zuerkennen.

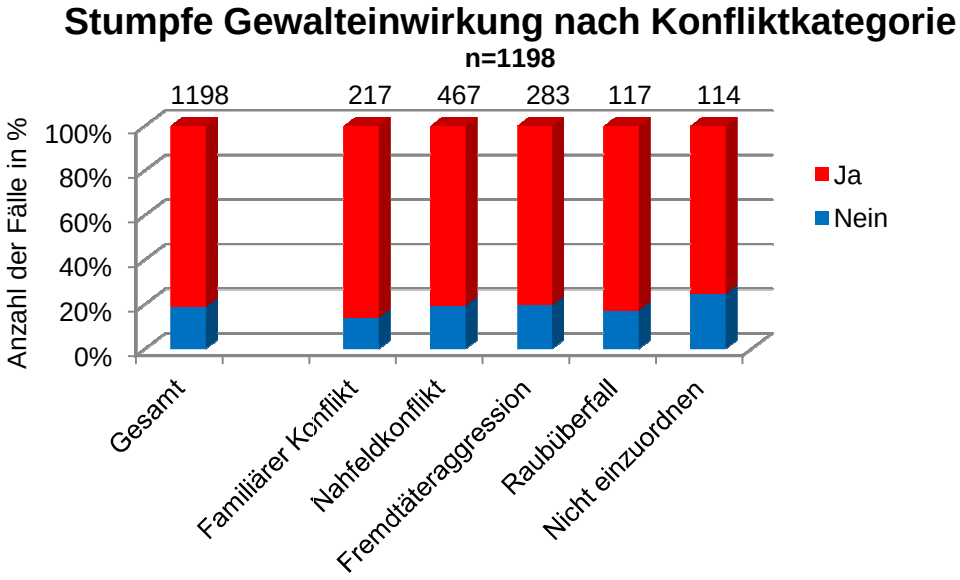

Abbildung 37: Stumpfe ungeformte und geformte Gewalteinwirkungen zusammengefasst in Bezug zur Konfliktkategorie

Scharfe Gewalteinwirkungen (Schnitt- und Stichverletzungen) wurden in 6,9% der Fälle (83/1198) dokumentiert. Sie wurden signifikant am häufigsten ($p<0,01$) bei Raubüberfällen genannt (13,7%, 16/117), gefolgt von Fremdtäteraggressions-konflikten mit 9,2% (26/283). Bei familiären Konflikten wurde in 3,2% der Fälle (7/210) eine scharfe Gewalteinwirkung klassifiziert.

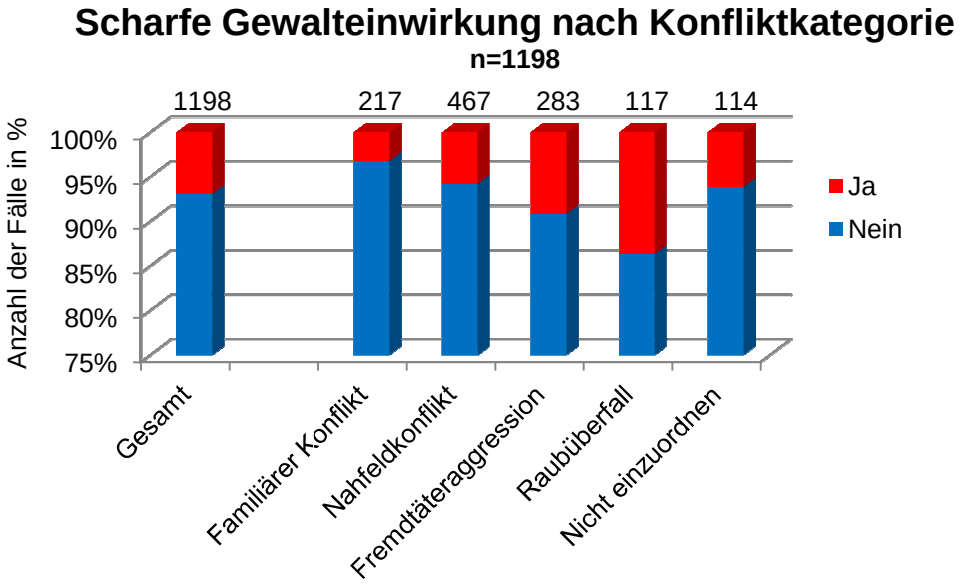

Abbildung 38: Scharfe Gewalteinwirkung in Bezug zur Konfliktkategorie

4.6.2 Besondere Verletzungen

Zusätzlich zur Art der Gewalt können besondere Verletzungen angegeben werden. So zählen z.B. Griffspuren, Trittspuren und Fesselungsspuren zur stumpfen Gewalteinwirkung, können aber zusätzlich unter den besonderen Verletzungen aufgeführt werden (siehe 2.4.1 Art der Gewalteinwirkung).

Kratzspuren fanden sich zu 14,3% (171/1198) bei den weiblichen Opfern. Bei den männlichen Opfern wurde diese in 8,0% der Fälle (180/2245) diagnostiziert.

In 6,3% der Fälle (75/1198) konnte die stumpfe Gewalteinwirkung als Griffspur klassifiziert werden. Griffspuren fanden sich bei den männlichen Geschädigten zu 1,5% (33/2245).

Narben wurden in 4,2% der Fälle (50/1198) von den Ärzten dokumentiert. Diese sind häufig ein Zeichen für mehrzeitige Gewalt.

In 3,1% der Fälle (37/1198) fanden sich Bissverletzungen. 11 dieser Frauen waren Opfer eines Hundebisses. Somit waren nur 2,2% der Bissverletzungen (26/1198) menschlichen Ursprungs.

Abwehrverletzungen wurden bei 3,1% der Frauen (37/1198) diagnostiziert. Ritzverletzungen sind sehr oberflächliche Schnittverletzungen, die sich häufig bei selbstverletzendem Verhalten finden. In diesem Untersuchungskollektiv fanden sie sich in 2,5% der Fälle (30/1198).

Trittverletzungen wurden bei 1,5% der Untersuchten (18/1198) kategorisiert und in 1,4% der Fälle (17/1198) fanden sich Widerlagerverletzungen bei den untersuchten Frauen. Fesselungsspuren wurden nur bei 0,4% der Geschädigten (5/1198) diagnostiziert. Sie entstehen häufig an den Handgelenken aufgrund einer Fesselung des Opfers durch z.B. Handschellen oder Klebeband.

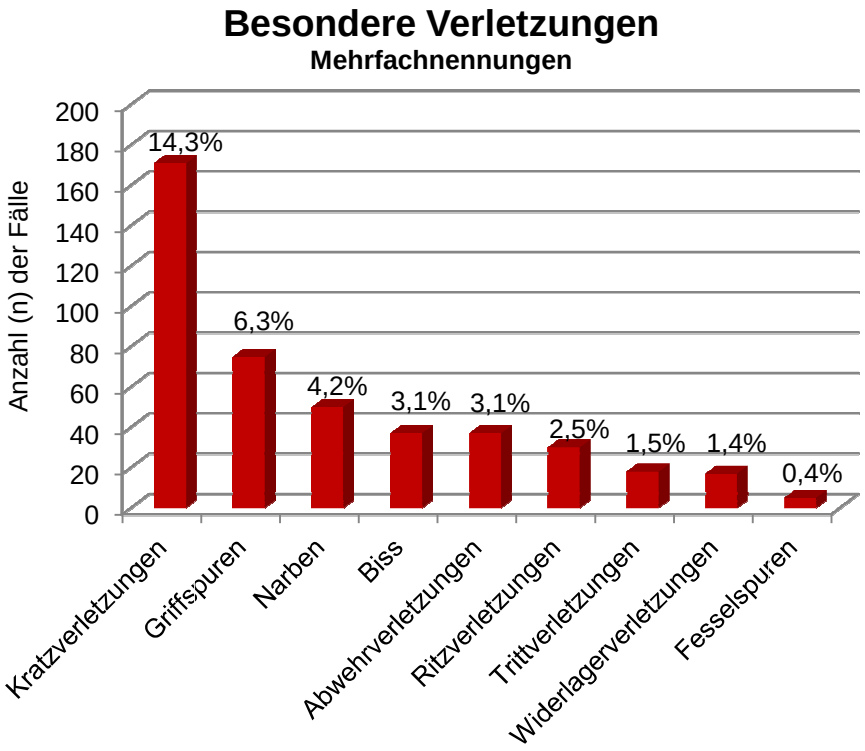

Abbildung 39: Besondere Verletzungen (Mehrfachnennungen)

4.6.3 Betroffene Körperregionen

Die einzelnen Verletzungen werden in dem rechtsmedizinischen Gutachten bestimmten Körperregionen zugeordnet. Es werden 12 verschiedene Körperregionen unterschieden. 3 Körperregionen waren besonders häufig betroffen: Die oberen Extremitäten in 57,5% der Fälle (689/1198), der Gesichtsschädel in 49,0% (587/1198) und die unteren Extremitäten in 37,1% der Fälle (445/1198).

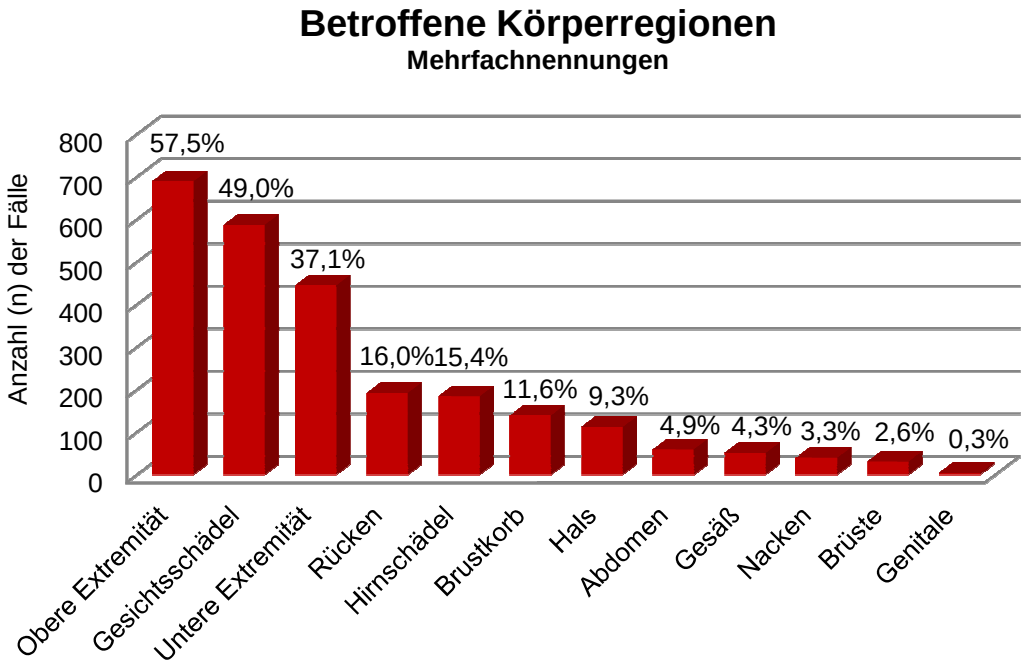

Abbildung 40: Betroffenen Körperregionen (Mehrfachnennungen)

Im Vergleich der betroffenen Körperregionen ist zuerkennen, dass es einige Unterschiede im Verletzungsmuster zwischen männlichen und weiblichen Opfern gab.

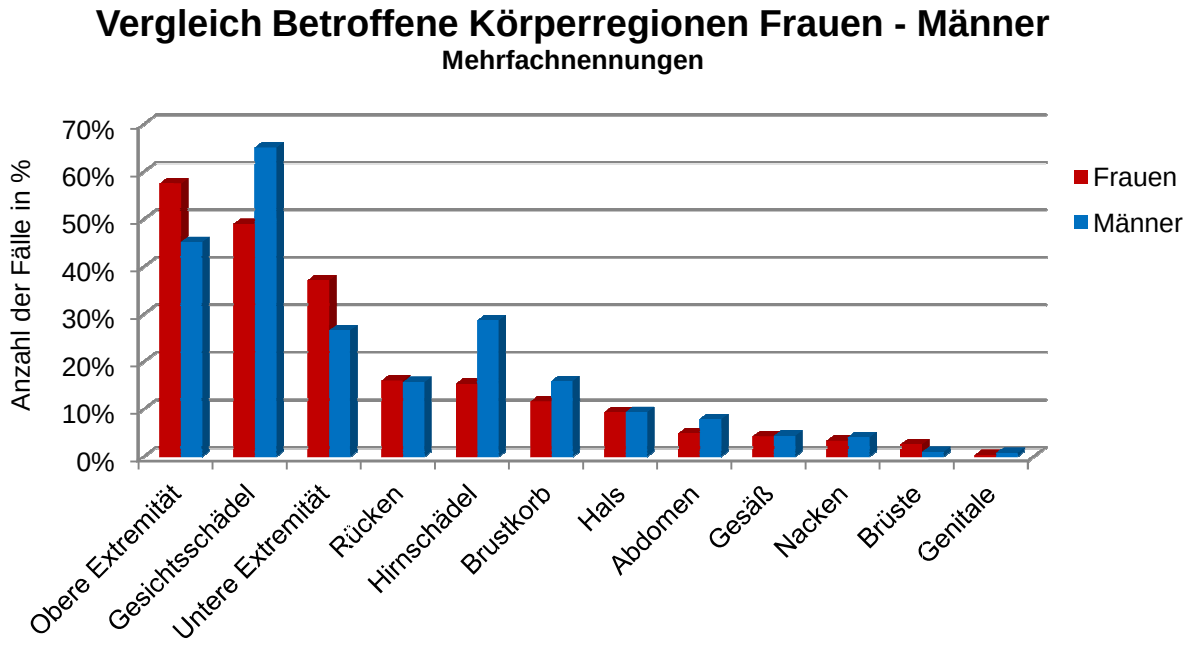

Abbildung 41: Betroffene Körperregionen (Mehrfachnennungen): Frauen und Männer im Vergleich

So hatten männliche Opfer ein erhöhtes Risiko, Verletzungen am Gesichtsschädel (65,1%) und Hirnschädel (28,7%) zu erleiden. Die oberen Extremitäten (45,2%) und die unteren Extremitäten (26,6%) dagegen waren geringer betroffen als bei den weiblichen Opfern. Dieser Vergleich ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Betroffene Körperregionen: Frauen und Männer im Vergleich

	Frauen	Männer
Obere Extremität	57,5%	45,2%
Untere Extremität	37,1%	26,6%
Gesichtsschädel	49,0%	65,1%
Hirnschädel	15,4%	26,6%

4.6.3.1 Verletzungen an Hirn- und Gesichtsschädel

Verletzungen an Hirn- und Gesichtsschädel (Kopfbereich) wurden bei 54,6% der Opfer dokumentiert. Im Gegensatz zu familiären Konflikten und Nahfeldkonflikten war der Kopfbereich bei Fremdtäteraggressionskonflikten und Raubüberfällen signifikant gehäuft betroffen war (im Vergleich mit Fremdtäteraggressionskonflikt $p<0,001$, Raubüberfall $p<0,05$). Es fand sich ein Unterschied von 12 Prozent.

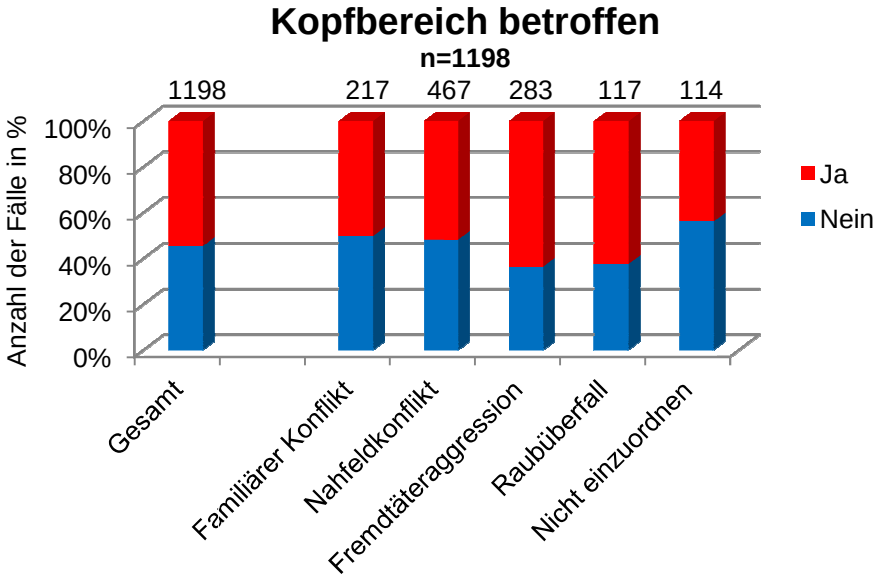

Abbildung 42: Verletzungen im Kopfbereich (Hirn- und Gesichtsschädel) in Bezug zur Konfliktkategorie

4.6.3.2 Verletzungen der oberen Extremitäten

Die oberen Extremitäten zeigten sich mit 57,5% als die am häufigsten verletzte Körperregion. Die oberen Extremitäten wurden hochsignifikant häufiger in familiären

Konflikten verletzt (p<0,001). Hier wurden in 69,1% der Fälle Verletzungen angegeben. Der Fremdtäteraggressionskonflikt wies mit 43,8% die geringste Anzahl an Verletzungen der oberen Extremitäten auf.

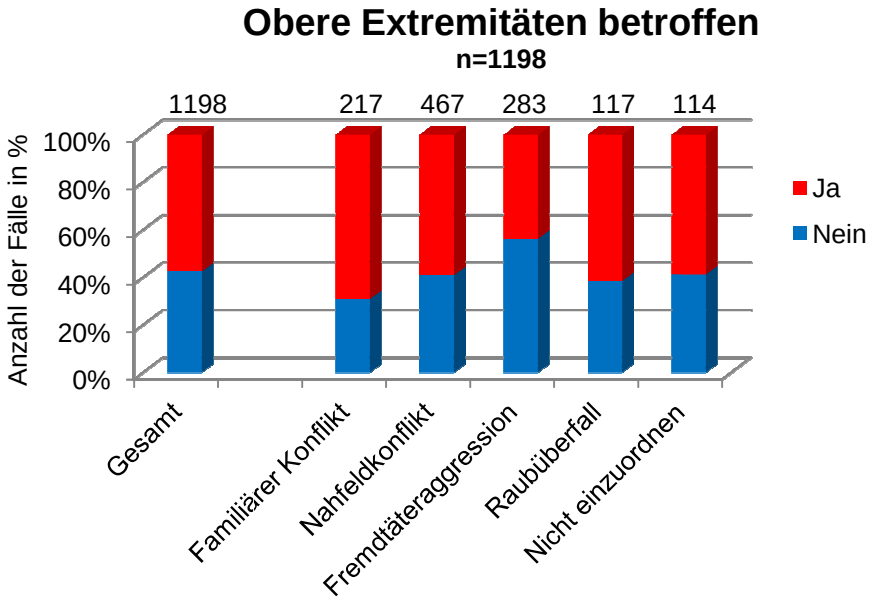

Abbildung 43: Verletzungen der oberen Extremitäten in Bezug zur Konfliktkategorie

4.6.3.3 Verletzungen der unteren Extremitäten

Verletzungen der unteren Extremitäten zeigten bezüglich der Häufigkeit zwischen den einzelnen Konfliktkategorien keine großen Unterschiede. So wurden bei 37% bis 46% der Untersuchten je nach Konfliktursache Verletzungen der unteren Extremitäten angegeben.

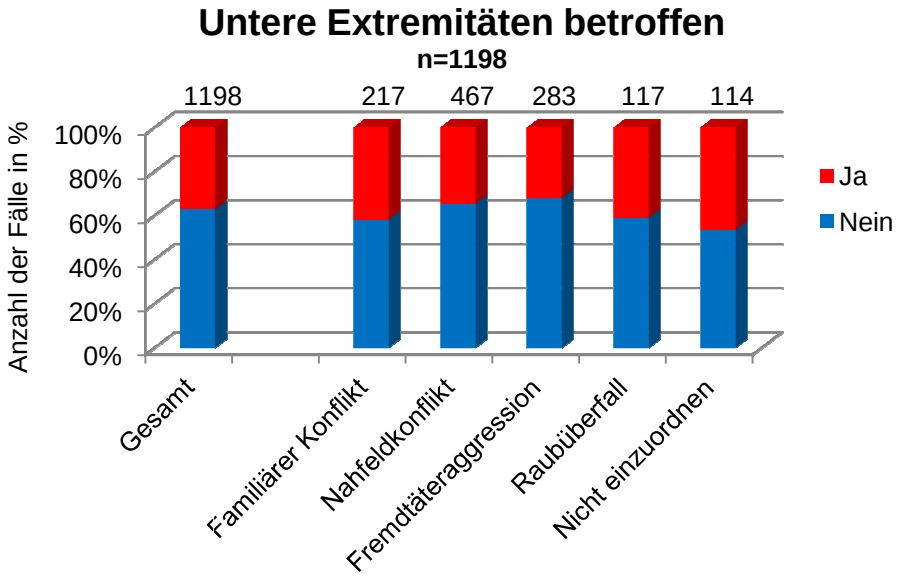

Abbildung 44: Verletzungen der unteren Extremitäten in Bezug zur Konfliktkategorie

4.6.4 Anzahl der betroffenen Körperregionen

Häufig kam es bei den Gewalttaten zu Mehrfachverletzungen. Teilt man die Opfer anhand der Anzahl der betroffenen Körperregionen in Kategorien ein, ist zuerkennen, dass bei 30,6% der Untersuchten (366/1198) nur eine Körperregion verletzt wurde, bei 25,9% (310/1198) zwei Körperregionen und bei 18,8% (225/1198) drei Körperregionen. Bei 15,8% der untersuchten Opfer (189/1198) wurden vier und mehr Körperregionen durch die Gewalttat verletzt. Die höchste Anzahl der betroffenen Körperregionen betrug acht von möglichen zwölf. Dieses wurde in 6 Fällen dokumentiert.

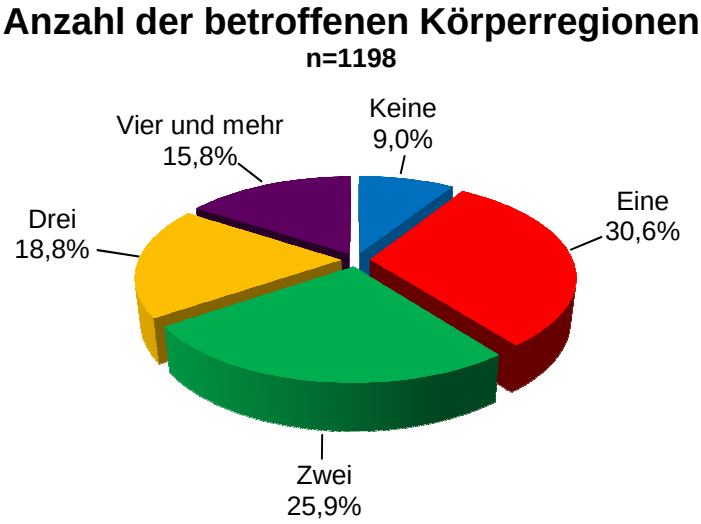

Abbildung 45: Anzahl der betroffenen Körperregionen

Betrachtet man die Anzahl der betroffenen Körperregionen in Bezug zur Konfliktkategorie, ist zuerkennen, dass im Fremdtäteraggressionskonflikt der höchste Anteil der Untersuchten mit keiner oder nur einer betroffenen Körperregion vorlag (47,7%). Die Kategorien Raubüberfall und familiärer Konflikt wiesen mit jeweils um die 70% den größten Anteil der Verletzungen mit zwei und mehr betroffenen Körperregionen auf. Die nichtklassifizierbaren Konflikte zeigten die höchsten Anzahlen der Opfer mit drei und mehr betroffenen Körperregionen (47,4%), gefolgt von den familiären Konflikten mit 41,5%.

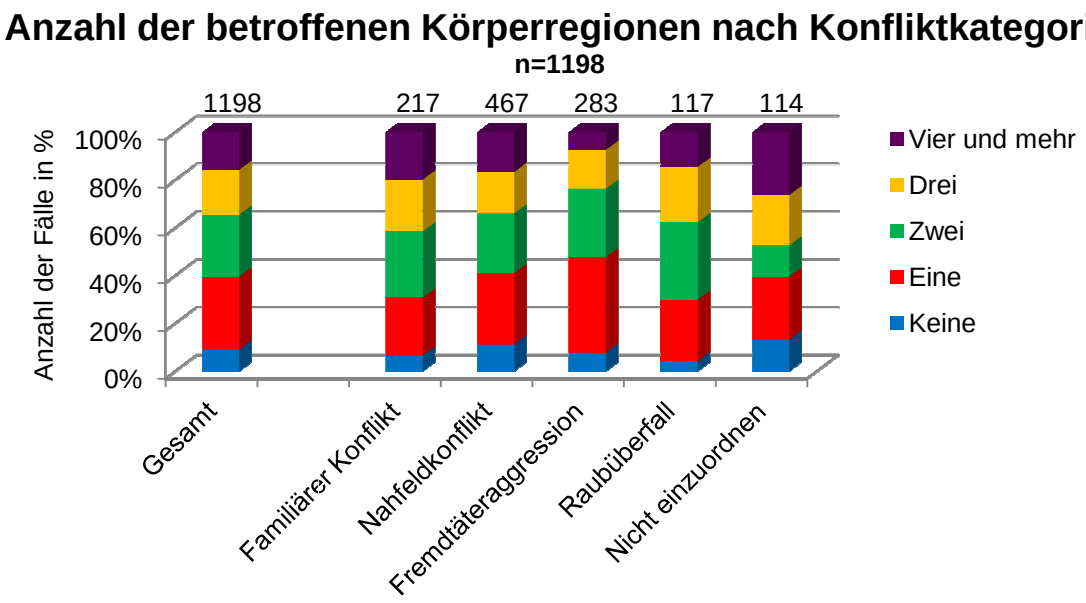

Abbildung 46: Anzahl der betroffenen Körperregionen in Bezug zur Konfliktkategorie

4.6.5 Schweregrad der Verletzungen

Der Schweregrad der Verletzungen wird während der Untersuchung vom Arzt eingeschätzt. Hier wird zwischen 4 Kategorien unterschieden.

Keine Zeichen der Gewalteinwirkung: Diese Kategorie wird dokumentiert, wenn die untersuchte Person keine sichtbaren Verletzungen vorweisen kann.

Nicht lebensgefährliche Verletzungen beinhalten Gewalteinwirkungen, die zu Verletzungen der betroffenen Person führen, die aber zu keiner Zeit eine potentielle Lebensgefahr darstellen.

Potentiell lebensgefährliche Verletzungen liegen bei scharfer Gewalteinwirkung (Schnitt-, Stichverletzungen) sowie Schussverletzungen gegen lebensnotwendige Körperregionen (z.B. Brustraum, Bauch) vor, bei Hirnschädelbrüchen und multiplen Gesichtsschädelbrüchen sowie bei ausgedehnter thermischer Gewalteinwirkung. Desweiteren werden Angriffe gegen den Hals, die zu Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Bewusstlosigkeit und Stauungsblutungen im Gesicht führen, als potentiell lebensgefährlich bezeichnet.

Lebensgefährliche Verletzungen: Die Verletzungen werden als lebensgefährlich kategorisiert, wenn die unter „potentiell lebensgefährliche Verletzungen“ genannten Verletzungen zu einer akuten Lebensgefahr der betroffenen Person führen.

Den weitaus größten Anteil nahmen die nicht lebensgefährlichen Verletzungen mit 83,1% (995/1198) ein. Potentiell lebensgefährliche Verletzungen wurden in 6,8%

(81/1198) und lebensgefährliche Verletzungen in 2,4% der Fälle (29/1198) vom Untersucher klassifiziert. Keine Zeichen der Gewalteinwirkung im Sinne von sichtbaren Verletzungen fanden sich bei 7,8% (93/1198) der untersuchten Frauen.

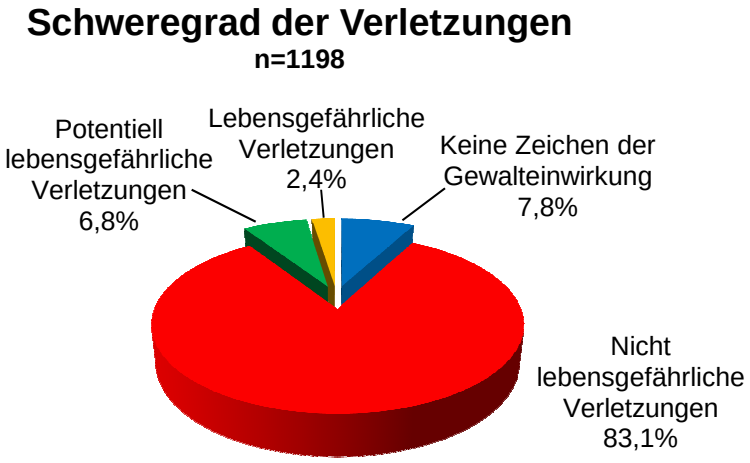

Abbildung 47: Schweregrad der Verletzungen

Bei den männlichen Opfern von Gewalt wurden schwerwiegendere Verletzungen diagnostiziert als bei den weiblichen Opfern. So wurden sowohl die potentiell lebensgefährlichen wie auch die lebensgefährlichen Verletzungen mehr als doppelt so häufig angegeben, während nicht lebensgefährliche Verletzungen 10% weniger und „keine Zeichen der Gewalteinwirkung“ 5% weniger bei den männlichen Opfern auftraten.

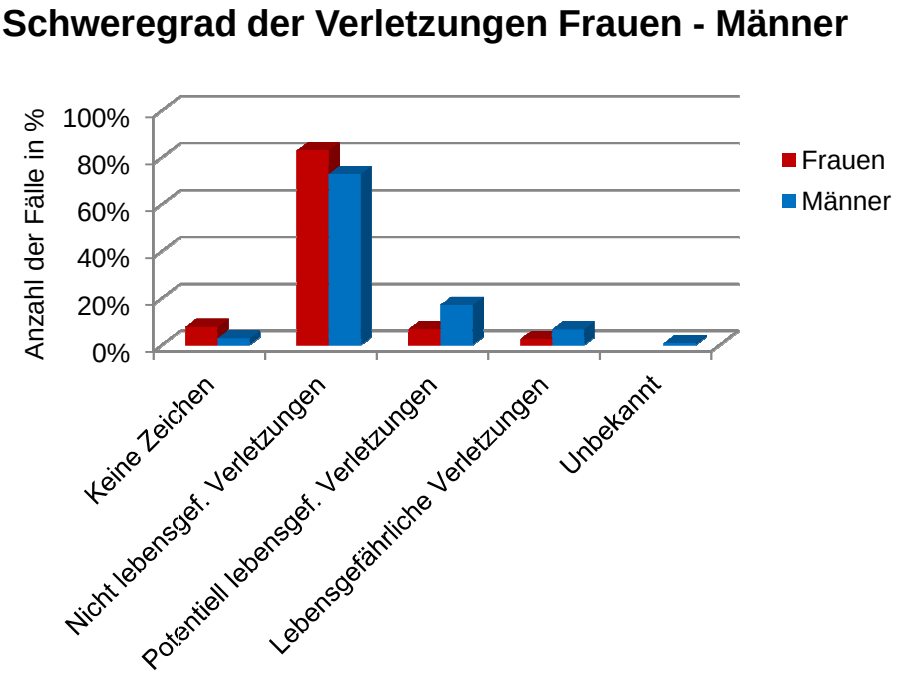

Abbildung 48: Schweregrad der Verletzungen: Frauen und Männer im Vergleich

Bei Betrachtung der Schweregrade der Verletzungen in Bezug zur Alterskategorie ist zuerkennen, dass die Schwere der Verletzungen mit dem Alter der Opfer zunahm. So wiesen von den 14- bis 18-jährigen Frauen nur 3,7% (10/273) potentiell lebensgefährliche oder lebensgefährliche Verletzungen auf. Dieser Wert stieg bei den 19- bis 30-Jährigen auf 8,5% (30/352) und bei den 31- bis 59-Jährigen auf 11,0% (49/444). Frauen über 60 Jahren wiesen zu 16,3% (21/129) potentiell lebensgefährliche oder lebensgefährliche Verletzungen auf.

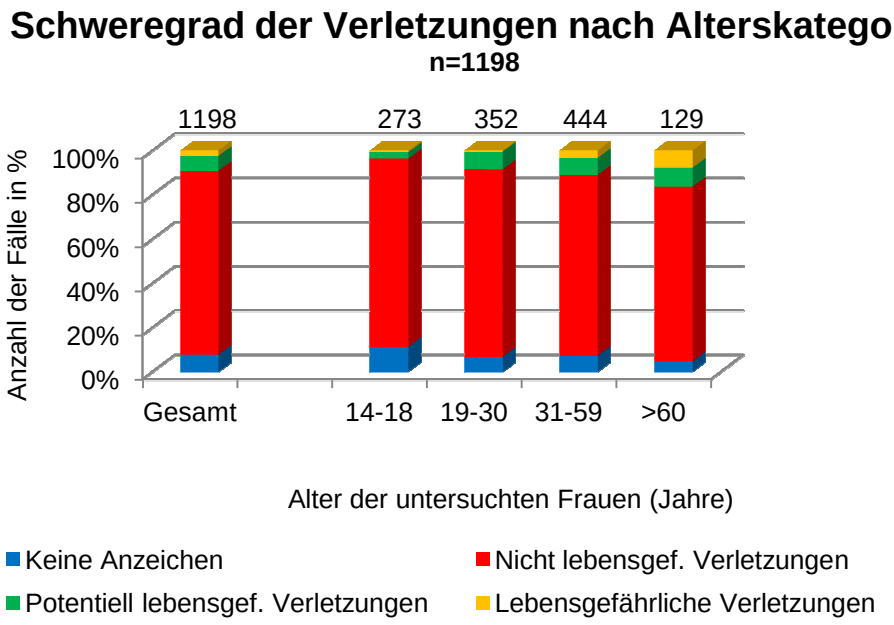

Abbildung 49: Schweregrad der Verletzungen in Bezug zur Alterskategorie

In der Kategorie „nicht einzuordnen“ wurden lebensgefährliche Verletzungen und potentiell lebensgefährliche Verletzungen mit jeweils 13,2% am häufigsten diagnostiziert. Bei den Raubüberfällen waren die zweitschwersten Verletzungen zu verzeichnen. Lebensgefährliche Verletzungen wurden in 3,4% der Fälle und potentiell lebensgefährliche Verletzungen in 7,7% der Fälle festgestellt. Allerdings sind diese Werte nicht signifikant erhöht.

Fremdtäteraggressionskonflikte zeigten den größten Anteil an nicht lebensgefährlichen Verletzungen mit 89,4%. Zwischen dem familiären Konflikt und dem Nahfeldkonflikt waren keine bedeutsamen Unterschiede zuerkennen, auch nicht im Bezug auf die Gesamtheit der Fälle.

Die nicht lebensgefährlichen Verletzungen nahmen in allen Kategorien mit Ausnahme der nichtklassifizierbaren Konflikte jeweils einen Anteil zwischen 83% und 89% ein.

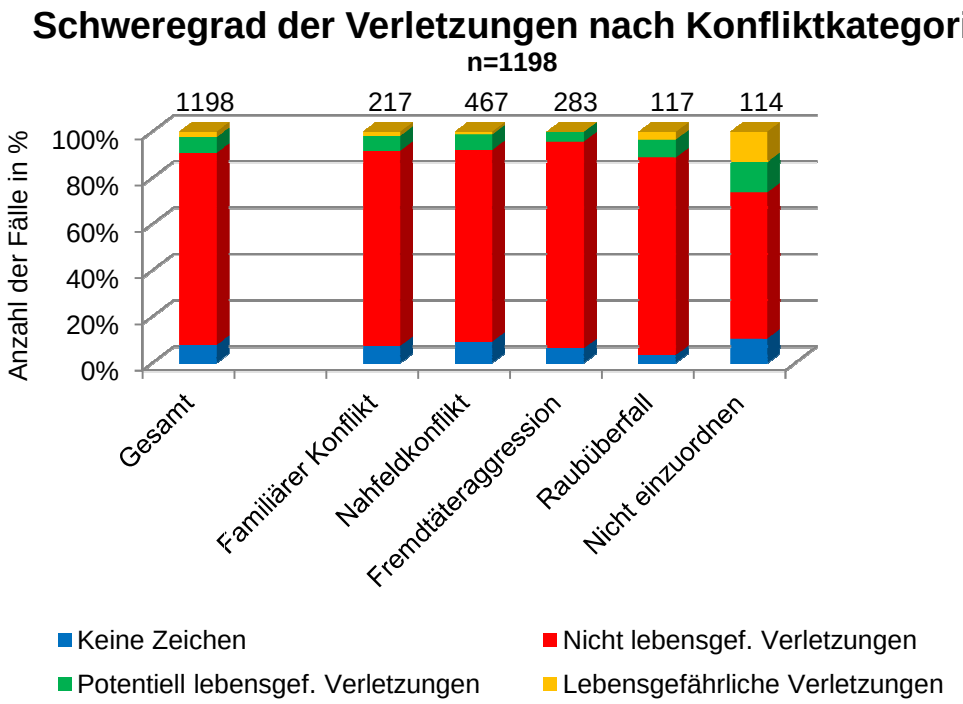

Abbildung 50: Schweregrad der Verletzungen in Bezug zur Konfliktkategorie

Es wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um Prädiktoren für besonders schwere Verletzungen (potenziell lebensgefährliche und lebensgefährliche Verletzungen) herauszufiltern. Das Ziel war hierbei die Identifikation von unabhängigen Risikofaktoren. Als mögliche Aspekte wurden die unabhängigen Variablen (Risikofaktoren) Alter in Jahren, familiärer Konflikt bzw. Nahfeldkonflikt ja/nein, instrumentelle Gewalt ja/nein sowie Alkoholkonsum des Opfers ja/nein untersucht. Ein höheres Alter des Opfers und instrumentelle Gewaltanwendung erwiesen sich als unabhängige Risikofaktoren für besonders schwere Verletzungen.

4.7 Anzeichen für Selbstbeibringung von Verletzungen

Bei den weiblichen Opfern fanden sich in 5,2% der Fälle (62/1198) Anzeichen für eine Selbstbeibringung der Verletzungen. Diese zeichnen sich häufig durch parallel angeordnete oberflächliche Ritz-/Schnittverletzungen aus, die empfindliche Körperregionen aussparen. In 5,3% der Fälle (64/1198) konnten Anzeichen früherer Selbstbeibringung von Verletzungen in Form von Narben erkannt werden. Diese Narben haben ein den frischen Verletzungen entsprechendes Erscheinungsbild in Form und Anordnung.

Bei den männlichen Opfern wurden Hinweise auf aktuelles selbstverletzendes Verhalten in 2,4% der Fälle (54/2245) diagnostiziert. Anzeichen früherer Selbstbeibringung fanden sich in 1,0% der Fälle (23/2245).

Tabelle 5: Anzeichen für Selbstbeibringung (aktuell und früher): Frauen und Männer im Vergleich

	Frauen		Männer	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Anzeichen aktueller Selbstbeibringung	62	5,2%	54	2,4%
Anzeichen früherer Selbstbeibringung	64	5,3%	23	1,0%
Gesamt	1198		2377	

Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zum Alter

Teilt man die Opfer mit Anzeichen für aktuelle selbstbeigebrachte Verletzungen in Alterskategorien ein, so waren 24 der Untersuchten (38,7%) 14 bis 18 Jahre alt, 16 der Geschädigten (25,8%) waren zwischen 19 und 30 Jahre alt und 21 Frauen (33,9%) lagen in der Alterskategorie 31 bis 59 Jahre. Eine Frau konnte mit 63 Jahren in die Alterskategorie über 60 Jahre eingeordnet werden.

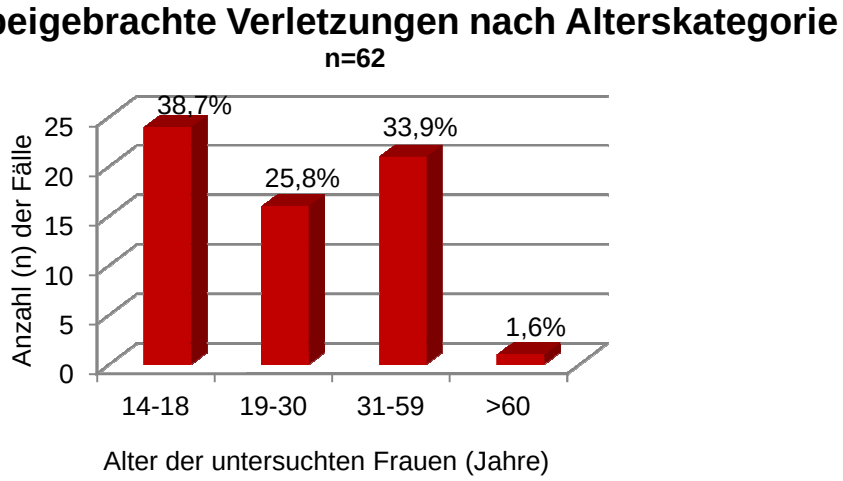

Abbildung 51: Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Alterskategorie

Selbstbeigebrachte Verletzungen nach Konfliktkategorie

Von den meisten dieser Opfer wurde ein Fremdtäteraggressionskonflikt (27,4%, 17/62) oder ein Raubüberfall (17,7%, 11/62) angegeben. Dagegen nannten 33,9% der Untersuchten (21/62) einen familiären Konflikt (9,7%, 6/62) oder einen Nahfeldkonflikt (24,2%, 15/62) als Ursache der Gewalteinwirkung. 13 Fälle (21,0%) konnten nicht weiter kategorisiert werden.

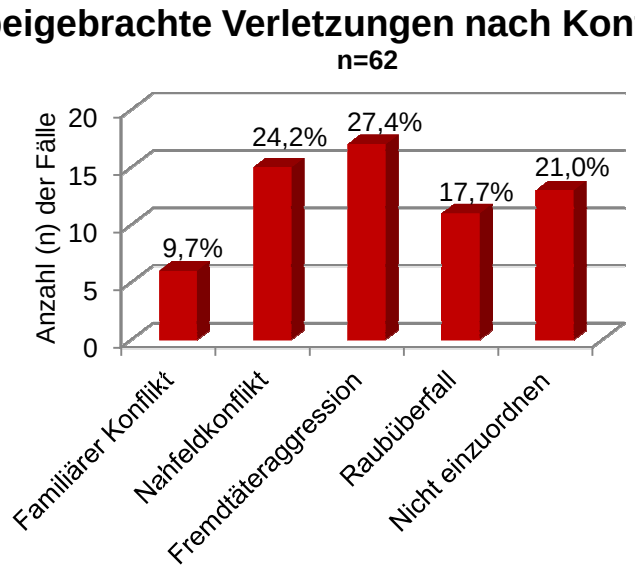

Abbildung 52: Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Konfliktkategorie

Selbstbeigebrachte Verletzungen nach Täter-Opfer-Beziehung

Die Ergebnisse aus Abbildung 52 spiegeln sich in der Täter-Opfer-Beziehung wieder. So wurde in 43,5% der Fälle (27/62) ein Fremdtäter als Tatverdächtiger angegeben. Die Beziehung zwischen Täter und Opfer bei vorbestehendem Kontakt teilte sich auf in familiäre Beziehung (9,7%, 6/62), Bekanntschaft (12,9%, 8/62) und flüchtige Bekanntschaft (11,3%, 7/62). Als unbekannt wurde die Beziehung in 14 Fällen (22,6%) gewertet.

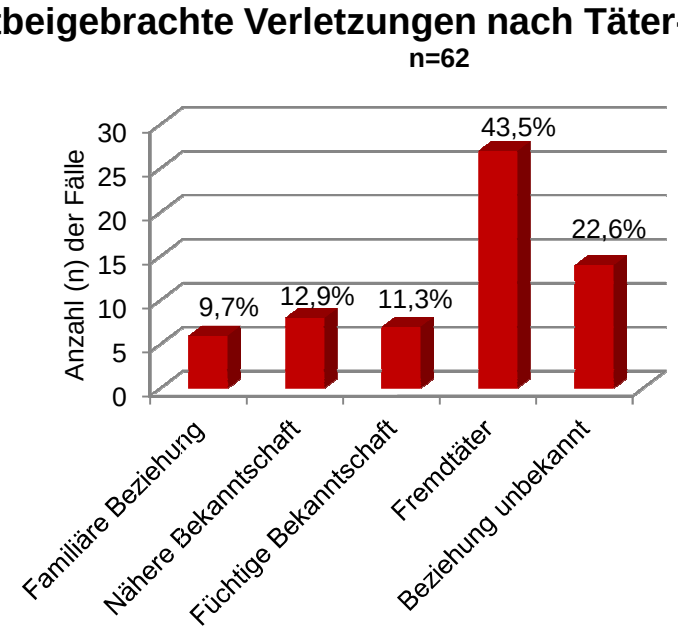

Abbildung 53: Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Täter-Opfer-Beziehung

Selbstbeigebrachte Verletzungen nach Art der Gewalt

Die Art der Gewalt der selbstbeigebrachten Verletzungen ist zum größten Teil instrumenteller Art. So wurde in 26 Fällen (41,9%) nur instrumentelle Gewalt und in 28 Fällen (45,2%) eine Kombination aus körperlicher und instrumenteller Gewalt diagnostiziert. Somit haben sich 54 der 62 Untersuchten (87,1%) mit einem Gegenstand verletzt. Dieser wurde in 29 von 54 Fällen (53,7%) als ein Stichwerkzeug klassifiziert.

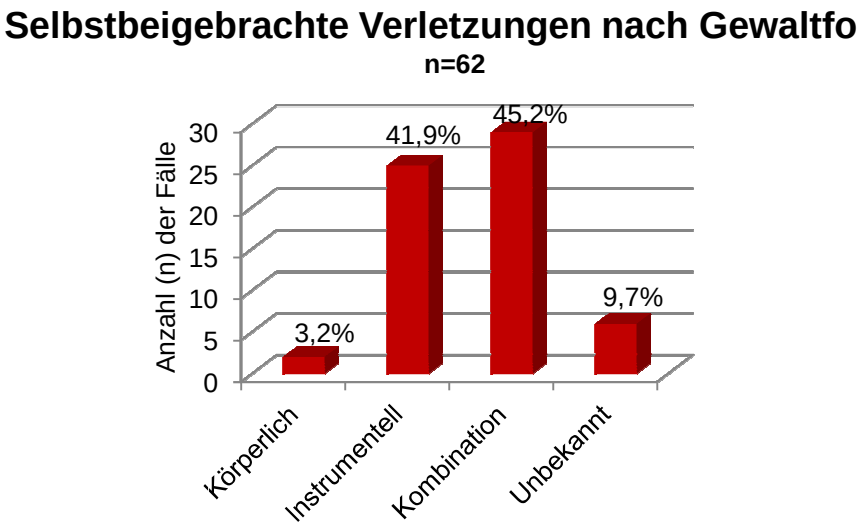

Abbildung 54: Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Gewaltform

Selbstbeigebrachte Verletzungen und Anzeichen früherer Selbstbeibringung

Die Hälfte der Frauen (31/62) mit selbstzugefügte Verletzungen zeigte auch Anzeichen früherer Verletzungen durch Selbstbeibringung in Form von Narben.

4.8 Frauen als Täter von Gewalt

In dem Untersuchungszeitraum von 7 Jahren (01.01.2003 – 31.12.2009) wurden in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf 19 Frauen als Tatverdächtige einer Gewalttat untersucht.

Altersverteilung

Die untersuchten Frauen wurden in 10-Jahres-Kategorien eingeteilt. Der Hauptanteil der Frauen war zwischen 31 und 50 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 39,1 Jahre und der Median 39 Jahre.

Tabelle 6: Altersverteilung (10-Jahres-Kategorien)

Alter	Häufigkeit
<20	2
21-30	2
31-40	6
41-50	6
51-60	2
>60	1
Gesamt	19

Anamnese/Sachverhalt

Fast die Hälfte der Konflikte waren Partnerschafts- bzw. Ex-Partnerschaftskonflikte (8/19), wobei in 5 Fällen der aktuelle Partner und in 3 Fällen der Ex-Partner als Opfer genannt wurde. 4 der 5 Frauen, die beschuldigt wurden, ihren Partner angegriffen zu haben, waren im Vorwege der Tat selbst Opfer von Gewalt durch den Partner. In den Ex-Partnerschaftskonflikten wurde der Konfliktgrund im Zusammenhang mit der Trennung angegeben, die vom Mann ausging. Dieser wurde nun zum Opfer.
In 5 Fällen wurde ein familiärer Konflikt genannt. Hier wurden eine Mutter, eine Tochter, zwei Söhne und ein Bruder als Opfer angegeben. Ein Nahfeldkonflikt wurde in 5 Fällen geschildert und in einem Fall war der Hintergrund der Tat unbekannt. Opfer und Täter waren sich in keinem Fall fremd.
Das Geschlecht des Opfers ist in 16 von 19 Fällen männlich. Damit wurde nur in 3 Fällen gegen eine weibliche Person agiert.

Tabelle 7: Anlass der Tat

Anlass der Tat	Häufigkeit
Partnerschaftskonflikt	5
Ex-Partnerschaftskonflikt	3
Familiärer Konflikt	5
Nahfeldkonflikt	5
Unbekannt	1
Gesamt	19

Tatort

Als Ort des Geschehens wurde am häufigsten die gemeinsame Wohnung von Opfer und Täter genannt (10/19). In jeweils 4 Fällen wurde die Wohnung des Opfers bzw. der Tatverdächtigen angegeben. In einem Fall war der Hinterhof eines Wohnhauses der Tatort. Hier lagen keine weiteren Angaben vor.

Art der Gewalt

Die instrumentelle Gewaltanwendung überwog mit fast 90% (17/19), wobei in 2 Fällen zusätzlich körperliche Gewalt geschildert wurde. Alleinige körperliche Gewalt wurde in 2 Fällen genannt. Darüber hinaus wurde in 2 Fällen von Strangulation berichtet.

Tatwaffe

Die instrumentelle Gewalt wurde in 15 Fällen durch ein Messer ausgeführt; in einem Fall wurde zusätzlich ein Stock verwendet. In einem Fall wurde ein Dekorationsbeil gebraucht und ein Opfer wurde mit Hilfe einer Plastiktüte erstickt.

Konsumverhalten

Bei Betrachtung des Konsumverhaltens ist zu beachten, dass dieses auf den subjektiven Angaben der Tatverdächtigen beruht und in der Regel nicht durch eine toxikologische Untersuchung überprüft wurde. In 9 Fällen wurde ein Konsumverhalten angegeben, wobei 7 Frauen Alkoholkonsum nannten. Alkoholkonsum des Opfers wurde in 9 Fällen berichtet.

Verletzungen

Am häufigsten konnten stumpfe ungeformte Gewalteinwirkungen dokumentiert werden (12/19). In 9 Fällen wurden Schnittverletzungen kategorisiert, wobei immer die oberen Extremitäten betroffen waren und hier, bis auf eine Ausnahme, Verletzungen an den Handflächen im Bereich der Finger zu finden waren. Es bestand die Schwierigkeit die Verletzungen als Angriffs- oder Abwehrverletzungen zuzuordnen. Dieses ließ sich mit Hilfe rechtsmedizinischen Gutachten nicht immer sicher beurteilen, so dass auf eine weitere Differenzierung verzichtet wurde. Weiterhin wurden in 6 Fällen Kratzverletzungen, die vorwiegend im Bereich der Unterarme und der Handgelenke zu finden waren, und in 4 Fällen Griffspuren festgestellt.

5 Diskussion

5.1 Methodenkritik

Die Basisdokumentationsbogen werden nach der Untersuchung des Opfers von dem untersuchenden Arzt ausgefüllt. Durch die Einführung eines Basisdokumentationsbogens wurde eine Vergleichbarkeit der Fälle in bestimmten Variablen ermöglicht. Dennoch konnte bei der Durchsicht der Basisdokumentationsbogen eine gewisse Diskrepanz beim Ausfüllen der Bogen festgestellt werden, da jeder Arzt die Variablen subjektiv interpretierte und somit ein gewisser Handlungsspielraum vorhanden war. Hierdurch entstandene Fehlerquellen wurden während der Durchsicht der rechtsmedizinischen Gutachten, wenn möglich, korrigiert. Dennoch war es nicht möglich in allen Fällen eine exakte Übereinstimmung zu erzielen. Dieses wäre nur möglich, wenn ein Arzt alle Opfer untersuchen und somit alle Gutachten und Basisdokumentationsbogen einheitlich ausfüllen würde. Wichtig ist, dass allen Ärzten eine einheitliche Interpretation der Variablen des Basisdokumentationsbogens zugrunde liegt, um eine möglichst genaue Vergleichbarkeit zu erlangen.

Eine weitere Fehlerquelle ist, dass der Basisdokumentationsbogen im Laufe der Jahre verändert und erweitert wurde. Mit Hilfe der rechtsmedizinischen Gutachten wurde versucht, alle Datensätze auf den Stand des aktuellen Basisdokumentationsbogens anzupassen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Angaben zur Vorgeschichte vom untersuchten Opfer und/oder Tatzeugen wiedergegeben wurden und so die Sichtweise des Tatverdächtigen nicht bekannt ist. Alle Angaben beziehen sich somit auf die Aussagen des Opfers bzw. Zeugen. Die Aufgabe des Rechtsmediziners ist nicht, diese auf Korrektheit zu überprüfen, sondern die Aussagen werden so in das rechtsmedizinische Gutachten aufgenommen, wie vom Opfer dargestellt. Dieses hat zur Folge, dass die Hintergründe der Gewalttat einseitig aus Sicht des Opfers betrachtet wurden und es in einem möglichen Strafprozess zu anderen Erkenntnissen kommen kann. Nur in der abschließenden Beurteilung im rechtsmedizinischen Gutachten nimmt der untersuchende Arzt eine Einschätzung über die Plausibilität des vorgetragenen Tathergangs und den Verletzungen vor, z.B. wenn er eine Selbstbeibringung für wahrscheinlich hält.

Aufgrund neuer Gesetze, wie dem Gewaltschutzgesetz von 2002, sowie öffentlicher Initiativen ist das Thema „Häusliche Gewalt“ in den letzten Jahren stark in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Somit legt die deutsche wie auch internationale Literatur den Schwerpunkt auf das Thema „Häusliche Gewalt“, sowie deren Prävention und Bekämpfung. Andere Konfliktarten stehen im Hintergrund und werden vielfach nicht beachtet. Aus diesem Grund gestaltete es sich teilweise als schwierig, die dargestellten Ergebnisse in der Literatur zu überprüfen.

In verschiedenen Arbeiten zum Thema Gewalt wurden teilweise unterschiedliche Definitionen der hier verwendeten Variablen wie z.B. Gewaltformen, Alterseingrenzungen sowie Konfliktarten gebraucht. Dieses erschwert die Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Daten.

5.2 Epidemiologische Analyse des Patientenkollektivs

In der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle wurden in dem entsprechenden Untersuchungszeitraum deutlich mehr Frauen als Männer untersucht. In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) dagegen wurden mehr männliche als weibliche Opfer von Gewalt registriert, mit Ausnahme der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Die Polizeiliche Kriminalstatistik hat nur eine begrenzte Aussagefähigkeit in Bezug auf die Kriminalitätsentwicklung in Deutschland, da nicht jede Straftat polizeilich bekannt wird. Das Dunkelfeld wird somit nicht erfasst (Bundeskriminalamt 2010b).

Die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle bietet ein niedrigschwelliges Hilfsangebot für Betroffene an, an das sich Opfer von Gewalt auch wenden können, wenn sie keine Strafanzeige bei der Polizei aufgegeben haben. Folglich können hier viele Straftaten erfasst werden, die aber nicht immer eine Anzeige zur Folge haben und damit auch nicht in der Polizeilichen Kriminalstatistik abgebildet werden.

Dieses ist besonders im Bereich der häuslichen Gewalt entscheidend, da die betroffenen Frauen oftmals lange zögern, bis sie offiziell gegen den Partner vorgehen und die Polizei einschalten. Dagegen sind diese Frauen eher bereit sich an Ärzte oder Frauenhilfseinrichtungen zu wenden (Müller et al. 2004). Männer dagegen empfinden bestimmte Gewaltformen als normal und nicht als Gewalt, so dass diese nicht erwähnt werden. Andererseits wird z.B. sexualisierte Gewalt als ein Tabuthema empfunden, über das Männer nur schwer sprechen (Jungnitz et al. 2004). Somit suchen gewaltbetroffene Männer im geringeren Maße die Rechtsmedizinische

Untersuchungsstelle auf, während sie aber im Allgemeinen häufiger Opfer von Gewalttaten werden als Frauen. Dagegen scheinen Frauen sich weniger an die Polizei und eher an niedrigschwellige Hilfsangebote zu wenden.

Aus dem weiblichen Patientenkollektiv der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle wurden aufgrund von (Ex-)Partnerschaftskonflikten und sexualisierter Gewalt 70% der Untersuchten ausgeschlossen. Hieraus ergibt sich, dass diese Arten von Gewalt die größten Gefahren in Bezug auf Gewalt gegen Frauen darstellen. Dieses Ergebnis findet sich vielfach in der Literatur wieder: Nach Müller et al. (2004) werden Frauen am häufigsten Opfer von (Ex-)Partnerschaftsgewalt im häuslichen Bereich. Es wird mehr als die Hälfte der körperlichen Gewalt gegen Frauen durch Partner, Ex-Partner oder Geliebte ausgeführt (Müller et al. 2004). Seifert et al. (2007) konnten zeigen, dass das größte Risiko für Frauen, Opfer von Gewalt zu werden, in (Ex-) Partnerschaftskonflikten und sexualisierten Konflikten liegt (Seifert et al. 2007). Diese Tendenz findet sich auch in einer in Schweden durchgeführten Befragung von Frauen zu Gewalterfahrungen durch männliche Täter wieder. Hier berichteten 46% der Frauen von Gewalterlebnissen ab dem 15. Lebensjahr. Unter Gewalterlebnissen wurden körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt und Drohungen zusammengefasst. Bei der näheren Betrachtung der Täter-Opfer-Beziehung, ist zuerkennen, dass diese zum größten Teil mit einer (Ex-)Partnerschaftsbeziehung beantwortet wurde (Lundgren et al. 2002). Bezogen auf körperliche Gewalterfahrungen gaben in den Vereinigten Staaten 72,1% der Frauen über 18 Jahren einen Intimpartner als Tatverdächtigen an (Tjaden und Thoennes 2000).

Es wurden in die vorliegende Studie 30% der Frauen des ursprünglichen Untersuchungskollektivs eingeschlossen. Diese haben in dem für die rechtsmedizinische Untersuchung ausschlaggebendem Anlass weder Gewalt in einer (Ex-)Partnerschaftsbeziehung noch sexualisierte Gewalt erlitten. Die vorliegenden Ergebnisse werden die Relevanz weiterer Ursachen von Gewalt gegen Frauen und deren Folgen für die Betroffenen aufzeigen, so dass diese zukünftig an Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit gewinnen sollten.

Lundgren et al. (2002) zeigten, dass 30% der befragten Frauen über Gewalterfahrungen ab dem 15. Lebensjahr durch einen männlichen Täter berichteten, zu dem keine intime Beziehung bestand oder bestanden hatte. Allerdings wurden hier sexuelle Gewalterfahrungen nicht ausgeschlossen. Diese

wurden mit 25% am häufigsten genannt, während körperliche Gewalt nur 9% ausmachte (Lundgren et al. 2002).

Im Vergleich der Opferzahlen von Frauen und Männern unter Ausschluss von (Ex-) Partnerschaftskonflikten und sexualisierter Gewalt fällt auf, dass nun Männer den größten Anteil einnahmen (siehe Abbildung 5), da diese beiden Konfliktkategorien bei männlichen Opfern von Gewalt nur einen geringen Anteil ausmachten (5,6%). Es konnte gezeigt werden, dass Männer häufiger Opfer von Gewalt in der Öffentlichkeit und Freizeit als im häuslichen Bereich werden (Jungnitz et al. 2004).

5.3 Altersverteilung

Frauen sind häufiger im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter von Gewalt betroffen als im höheren Alter. Dieses lässt sich auf Basis der Abbildung 6 bestätigen: Die untersuchten Frauen wiesen ihren Altersschwerpunkt zwischen 14 und 30 Jahren auf, während Frauen älter als 60 Jahre weniger von Gewalt betroffen waren.

Dieses Ergebnis bestätigen auch Lundgren et al. (2002) in einer schwedischen Befragung von Frauen zum Thema Gewalt. Hier war die Altersgruppe 18 bis 24 Jahre dreimal so häufig durch körperliche Gewalt betroffen wie die 55- bis 64-Jährigen (Lundgren et al. 2002). Nach Walby und Allen (2004) ist das Risiko einer Person, Opfer von interpersoneller Gewalt zu werden, umso höher, je jünger sie ist. Besonders Personen unter 25 Jahren sind gefährdet, unabhängig vom Geschlecht. Die wenigsten Misshandlungen gab die Gruppe zwischen 55 und 59 Jahren an. Insgesamt wird über ein steileres Altersgefälle bei Frauen als bei Männern berichtet. In der Studie werden unter interpersoneller Gewalt häusliche Gewalt, sexuelle Nötigung/Übergriffe und Stalking verstanden. Die Verbindung zwischen Alter und interpersoneller Gewalt kann durch die höhere Vulnerabilität junger Frauen und die höhere Neigung junger Männer Gewalt anzuwenden, erklärt werden. Hinzu kommt, dass Menschen mit Gleichaltrigen Verbindungen eingehen (Walby und Allen 2004). Es zeigt sich auch, dass Opfer und Tatverdächtiger überwiegend derselben Altersgruppe angehören und sich somit Gewalthandlungen zum größten Teil gegen Gleichaltrige richten (Heinz 2002). Insgesamt üben mehr jüngere als ältere Menschen Gewalt aus (Farrington 1992).

Auch die Polizeiliche Kriminalstatistik belegt, dass Frauen jenseits des 60. Lebensjahrs weniger gefährdet sind, Opfer eines Gewaltdelikts zu werden als Jugendliche und Heranwachsende (Bundeskriminalamt 2010b).

In einer Befragung von Gloor und Meier (2004) zu Gewalt durch nahestehende Personen (Partner, Ex-Partner, Verwandte) gaben Frauen zwischen 18 und 25 Jahren etwas seltener als der Durchschnitt an, keine Gewalt erlebt zu haben, während Frauen zwischen 46 und 63 Jahren etwas häufiger Gewalt im stärkeren Ausmaß erlitten haben (Gloor und Meier 2004). Dieses Ergebnis findet sich in der vorliegenden Studie nicht wieder. Eine Erklärung liegt in den unterschiedlichen Studienbedingungen. Bei Gloor und Meier (2004) wurden Gewalterfahrungen durch Partner und Ex-Partner in die Studie einbezogen. Dieses führt zu einer Veränderung der Altersstruktur.

Betrachtet man die Altersverteilung der 5-Jahres-Kategorien (Abbildung 6), ist ein nahezu linearer Rückgang der Opferwerdung mit dem Alter zuerkennen. Eine Ausnahme bildeten die Jahrgänge 35 bis 44, die einen leichten Anstieg verzeichneten. In der Studie Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen von Görgen et al. (2010) ist ebenfalls ein nahezu linearer Rückgang der Opferwerdung mit dem Alter zuerkennen: So liegt das Risiko Opfer einer Gewalttat zu werden jeweils unter dem der nächstjüngeren 5-Jahres-Kategorie (Görgen et al. 2010). Da nur Frauen ab 40 Jahren untersucht wurden, konnten nicht alle Jahrgänge verglichen werden.

Im Bezug auf Gewalt gegen Ältere ist zu beachten, dass besonders ältere Menschen ein erhöhtes Risiko tragen Opfer einer Gewalttat zu werden. Sie werden gebrechlich, hören oder sehen schlecht und die geistigen Fähigkeiten nehmen ab. Hinzu kommt, dass viele sozial isoliert leben. Somit stellen sie „leichte Beute“ für einen potenziellen Täter dar. Häufig zeigen ältere Menschen die Gewalttat nicht an oder können der Polizei keine verlässlichen Informationen über den Täter geben. Dieses trägt dazu bei, dass sie das bevorzugte Ziel bestimmter Tätergruppen sind, besonders von Taschendieben (Fattah 2002).

Nach Görgen et al. (2010) scheint es einige Risikofaktoren zu geben, die das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, erhöhen. Hierzu zählen das Leben in großstädtisch geprägten Räumen, kritische Lebensereignisse (beispielsweise finanzielle Notlagen), unzureichende informelle soziale Unterstützung und ein hoher Anteil von Aktivitäten außerhalb des privaten Wohnbereichs (Görgen et al. 2010).

Die Anzahl der älteren Menschen, die Opfer von Gewalt werden, liegt unterhalb derer jüngerer Menschen, da die Älteren ihren Lebensstil ändern, Vorsichtmaßnahmen ergreifen und gefährliche Situationen und Orte meiden (Fattah 2002). Dieses konnte auch in Befragungen bestätigt werden. So konnte erfasst werden, dass ältere Menschen sich vorsichtiger verhalten als Jüngere, um sich so vor Kriminalität zu schützen. Zu den Vermeidungsstrategien gehören, bei Dunkelheit im Haus zu bleiben, gefährlich empfundene Orte zu meiden, Fremden auszuweichen, abends keine öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen und nur wenig Bargeld mitzuführen. Dieses Vermeidungsverhalten kann auch vor dem Hintergrund sich verändernder Verhaltensmuster und Lebensstile infolge des Alters gesehen werden und nicht aufgrund der Furcht vor Kriminalität (Görgen et al. 2010).
Ältere Menschen sollten über Gefährdungen informiert werden, damit sie in ihrem Verhalten einen Kompromiss aus Sicherheit und Lebensqualität finden können. Im Bereich der häuslichen Gewalt gegen ältere Menschen sind Öffentlichkeitarbeit und Schulungen nötig, um auf dieses Problemfeld aufmerksam zu machen, insbesondere bei Berufsgruppen im Gesundheitssystem. Außerdem sollten Beratungs- und Hilfeangebote niedrigschwellig ausgerichtet werden, um Hemmnisse und Schwierigkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe zu vermindern (Görgen et al. 2010).
Im Vergleich mit Daten aus 1992 und 2005 ist ein Rückgang der Kriminalitätsgefährdung zuerkennen. Die Menschen im mittleren und höheren Alter leben insgesamt sicherer als noch vor 13 Jahren (Görgen et al. 2010).

Im Vergleich der groben Alterskategorien zwischen weiblichen und männlichen Opfern ist zuerkennen, dass Frauen häufiger in den Altersgruppen 14 bis 18 Jahre und über 60 Jahre betroffen waren, während Männer höhere Zahlen zwischen 19 und 59 Jahren aufwiesen. Da die Studie von Görgen et al. (2010) nur Altersgruppen ab 40 Jahren berücksichtigt, können nur begrenzt Vergleiche gezogen werden. Es bestätigen sich aber die Tendenzen der vorliegenden Studie. So sind laut Görgen et. al. (2010) bei den 40- bis 59-Jährigen mehr Männer und bei den über 60-Jährigen mehr Frauen von Gewalt betroffen (Görgen et al. 2010). In der vorliegenden Studie konnte bestätigt werden, dass Frauen über 60 Jahre ein hochsignifikant erhöhtes Risiko für Gewalt gegenüber Männern haben.
In Abbildung 10 ist zuerkennen, dass Frauen im Alter von 14 bis 18 Jahren vorwiegend Gewalt im familiären Bereich und sozialen Nahraum erlebt haben. Nach

Garbarino und Bradshaw (2002) sind Jugendliche über 15 Jahre eher von Gewalttaten durch Fremde und Gleichaltrige betroffen als durch die Eltern (Garbarino und Bradshaw 2002). Addiert man die Nahraumkonflikte mit den Fremdtäteraggressionskonflikten und den Raubüberfällen, so nahmen diese einen höheren Anteil ein als die familiären Konflikte. Somit kann die Hypothese von Garbarino und Bradshaw bestätigt werden. In der vorliegenden Studie lagen keine Angaben über das Alter der Tatverdächtigen vor, so dass keine Aussagen zu Gewalttaten durch Gleichaltrige gemacht werden können.

In den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik ist zuerkennen, dass 2009 männliche Jugendliche fast doppelt so häufig Opfer einer Körperverletzung [1] wurden wie weibliche Jugendliche (Bundeskriminalamt 2010b). Jugendliche, die Gewalt anwenden, sind häufig Mitglieder in Jugendgruppen, sogenannten „Cliquen“. Den größten Anteil der Täter machen männliche Jugendliche aus (Bruhns und Wittmann 2006).

In Abbildung 9 ist zuerkennen, dass bezogen auf den familiären Konflikt Frauen zwischen 14 und 18 Jahren den höchsten Anteil einnahmen. Dieses Ergebnis bestätigt sich in der Studie von Seifert et al. (2007). Es zeigt sich auch, dass Frauen im mittleren Lebensalter (31-59 Jahre) mehr Gewalterfahrungen aufwiesen als Frauen über 60 Jahre. In der Studie von Görgen et al. (2010) konnte ermittelt werden, dass Frauen zwischen 40 und 59 Jahren im häuslichen Bereich häufiger Opfer von physischer oder psychischer Gewalt werden als Frauen über 60 Jahre: In Bezug auf die physische Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitgliedern lag die 12-Monats-Prävalenz der 40- bis 59-Jährigen 2,5-mal so hoch wie bei den über 60-Jährigen. Es konnte festgestellt werden, dass verbale und psychische Aggressionen weitaus häufiger von den befragten Frauen genannt werden als körperliche Gewalt. Gegenüber Männern ist das Risiko von Gewalt im häuslichen Bereich für Frauen erhöht (Görgen et al. 2010).

Görgen et al. (2010) stellten folgende Risikofaktoren für die schwerwiegende Viktimisierung (körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt oder finanzielle Ausbeutung) durch Familien- und Hausmitglieder auf: Verbal aggressives Verhalten und gravierende Konflikte mit Familien- und Haushaltsmitgliedern, unzureichende informelle soziale Unterstützung und ein hoher Anteil an Aktivitäten außerhalb des privaten Wohnbereiches (Görgen et al. 2010).

[1] Aus der Polizeilichen Kriminalstatistik Tabelle 91 Opfer: Körperverletzung §§ 223-227, 229, 231 StG

In den vorliegenden Ergebnissen konnte festgestellt, dass in der Konfliktkategorie Raubüberfall Frauen zwischen 31 und 59 Jahren den größten Anteil ausmachten. Dieses Ergebnis stimmt mit den Daten von Seifert et al. (2007) überein. In einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung in der Altersgruppe der 40- bis 85-jährigen Frauen konnte festgestellt werden, dass dem Bereich Eigentums-, Gewalt- und Sexualdelikt die über 60-Jährigen weitaus weniger betroffen waren, als die 40- bis 59-Jährigen (12-Monats-Prävalenzen 6,9% vs. 12,1%). Auch in der 5-Jahres-Prävalenz findet sich diese Tendenz wieder. Hier lag der Anteil der betroffenen Frauen über 60 Jahre bei 16,6%, während bei den 40- bis 59-jährigen Frauen 31,8% mindestens eine Opfererfahrung in den letzten fünf Jahren gemacht haben. Die einzige Ausnahme stellt der Handtaschenraub dar. Hier wiesen Frauen über 60 Jahre ein höheres Risiko auf als Frauen zwischen 40 und 59 Jahren (12-Monats-Prävalenzen 1,1% vs. 0,6%) (Görgen et al. 2010).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine 69-jährige Frau wurde auf dem Rückweg vom Einkaufen überfallen. Sie wurde von hinten auf den Kopf geschlagen, so dass sie gestürzt ist. Dabei wurde ihr die Handtasche weggerissen. Durch den Überfall hat sie Schürfwunden und eine Fraktur am Handgelenk erlitten.

Das Landeskriminalamt Hamburg hat eine Untersuchung der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum durchgeführt. Gefährliche und schwere Körperverletzungsdelikte stellen in der Polizeilichen Kriminalstatistik 70% der Gewaltdelikte dar, wobei zu diesen gravierende Gewaltdelikte (gefährliche und schwere Körperverletzungsdelikte bzw. Raubdelikte, sexuelle Nötigungen, Vergewaltigungen und Tötungsdelikte) zählen. Der öffentliche Raum beinhaltet Örtlichkeiten, zu denen eine breite Öffentlichkeit Zugang hat. Hierzu zählen Straßen, Wege oder Plätze, einschließlich öffentlicher Verkehrsmittel. Zu beachten ist beim Umgang mit den Ergebnissen des Landeskriminalamtes Hamburg, dass die Opfer in nur 17% der Fälle Frauen waren und damit die Ergebnisse eher auf männliche Opfer zu beziehen sind, sowie dass es sich immer um schwere oder gefährliche Körperverletzung gehandelt haben muss (Müller et al. 2009).
In der vorliegenden Studie wiesen Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle den höchsten Anteil öffentlicher Tatorte auf und eignen sich somit teilweise zum Vergleich mit den Ergebnissen von Müller et al. (2009). In dieser Studie waren in

Fremdtäteraggressionskonflikten gut 55% der Opfer unter 31 Jahren alt. Die Altersverteilung der Studie von Müller et al. (2009) zeigt, dass die Opfer in knapp 50% der Fälle zwischen 18 und 29 Jahren alt und in zwei Drittel der Fälle Opfer und Tatverdächtiger gleichalt waren (+/- 2 Jahre) (Müller et al. 2009). Es lässt sich somit bestätigen, dass Frauen, die Opfer von Fremdtäteraggressionskonflikten werden, hauptsächlich im jungen Erwachsenenalter liegen.

In Abbildung 10 fällt auf, dass die nichtklassifizierbaren Konflikte mit steigendem Alter des Opfers zunehmen. Bei einer Erklärung dieses Sachverhaltes ist zu beachten, dass diese Konflikte häufig aufgrund mangelnder Informationen, z.B. aufgrund der schweren Verletzungen des Opfers, keiner Konfliktkategorie zugeordnet werden konnten oder es nicht geklärt werden konnte, ob die Verletzungen durch eine Gewalttat oder durch einen Unfall entstanden waren. Auch wurden alle Opfer, deren Verletzungen durch einen Unfall verursacht wurden, dieser Kategorie zugeordnet. Eine Erklärung für die Zunahme der Opferzahlen mit dem Alter ist, dass viele der Frauen über 60 Jahre aufgrund der Differenzierung Sturzgeschehen bzw. Gewalttat untersucht wurden. Vielfach wiesen diese Frauen eine Demenzerkrankung auf, so dass das Opfer keine Informationen zur Herkunft der Verletzung machen konnte. Wenn die Verletzungen nicht sicher einem Fremdgeschehen zugeordnet werden konnten, wurde der Fall als „nicht einzuordnen“ kategorisiert.

5.4 Hintergrund/Anlass der Tat und Täter-Opfer-Beziehung

Da die Konfliktkategorien mit der Täter-Opfer-Beziehung korrelieren, werden die in Kapitel 4.2.1 und 4.2.2 dargestellten Ergebnisse im Zusammenhang diskutiert.

Bei der Untersuchung der Opfer hinsichtlich der Beziehung zum Tatverdächtigen konnte festgestellt werden, dass über die Hälfte der Tatverdächtigen den Opfern wenigstens bekannt waren; hierbei standen 18% in einer familiären Beziehung, und gut 20% stellten eine nähere Bekanntschaft dar. Fremdtäter wurden von gut 37% der Opfer genannt. Der familiäre Konflikt und der Nahfeldkonflikt wurden somit in knapp 60% der Fälle klassifiziert (siehe Abbildung 11 und Abbildung 13). Aus den vorliegenden Daten kann abgeleitet werden, dass Frauen ein erhöhtes Risiko von Gewalt im familiären Bereich und Nahfeldbereich haben, während sie weniger von Fremdtäteraggressionskonflikten und Raubüberfällen betroffen sind.

Diese Tendenzen finden sich in der Studie von Lundgren et al. (2002) wieder: Es wurden Frauen ab 15 Jahren nach ihrer letzten Gewalterfahrung außerhalb von

intimen Beziehungen befragt. In den meisten Fällen gaben die Frauen eine Bekanntschaft zum Tatverdächtigen an (Arbeitskollege, Mitschüler, Freund, Bekannter, Nachbar), während ein Fremdtäter nur in knapp einem Drittel der Fälle genannt wurde (Lundgren et al. 2002). Auch in der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wird ein Fremdtäter nur von 19,5% der befragten Frauen genannt. Weiterhin sind Familienmitglieder (30,1%), jemand aus Arbeit oder Schule (15,8%), Freunde, Bekannte, Nachbarn (11,8%), flüchtige Bekannte (10,8%) und Betreuungspersonen, professionelle Helfer, sowie sonstige Personen (3,4%) tatverdächtig (Müller et al. 2004). Auch bei Tjaden und Thoennes (2000) ist der Tatverdächtige in den meisten Fällen bekannt oder familiär: Bleiben die Intimpartner als Tatverdächtige unberücksichtigt, wurden Bekanntschaften und Fremdtäter von jeweils gut einem Drittel der befragten Frauen genannt, eine familiäre Beziehung zum Tatverdächtigen wurde etwas seltener angegeben (Tjaden und Thoennes 2000).

In der vorliegenden Studie wird sowohl beim Fremdtäteraggressionskonflikt wie auch beim Raubüberfall von einem fremden Täter ohne vorherigen Kontakt zum Opfer ausgegangen. Wie in Abbildung 24 zuerkennen ist, fanden diese beiden Konfliktarten überwiegend in der Öffentlichkeit statt: Fremdtäteraggressionskonflikte zu 82,0% und Raubüberfälle zu 71,8%. Somit kann festgestellt werden, dass in der Öffentlichkeit vermehrt Fremdtäter als Tatverdächtige genannt werden. In der Untersuchung des Landeskriminalamtes Hamburg zur „Phänomenologie der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum“ war der Tatverdächtige zu über 50% unbekannt und in gut 25% der Fälle flüchtig bekannt. Eine nähere Bekanntschaft oder Verwandtschaft wurde nur in knapp 20% der Fälle genannt. Körperverletzungsdelikte in der Öffentlichkeit sprechen in der Regel nicht für eine Beziehungstat. Diese Ergebnisse spiegeln wieder, dass es sich bei Körperverletzungen im öffentlichen Bereich um zufällige Begegnungen handelt (Müller et al. 2009).

Im Vergleich der Daten von weiblichen und männlichen Opfern waren Männer häufiger durch Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle betroffen, dagegen weniger durch familiäre Konflikte und Nahfeldkonflikte (siehe Abbildung 12). Entsprechende Ergebnisse fanden sich auch im Vergleich der Täter-Opfer-Beziehung wieder (siehe Abbildung 14): Männer gaben deutlich seltener familiäre Beziehungen und nähere Bekanntschaften zum Tatverdächtigen an als weibliche

Opfer. Stattdessen wurden von den männlichen Untersuchten häufiger Fremdtäter der Tat beschuldigt.

Diese Ergebnisse finden sich auch in der Literatur wieder. So haben Frauen gegenüber Männern ein vielfach erhöhtes Risiko in einer Partnerschaft und in der Familie Opfer von Gewalt zu werden. Bei materiellen und anderen Konflikten, z.B. in Diskotheken oder im Straßenverkehr, sind deutlich mehr Männer als Frauen betroffen (Seifert et al. 2007).

Raubüberfälle und Fremdtäteraggressionskonflikte finden zum größten Anteil in der Öffentlichkeit statt. In der Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ wird bestätigt, dass Männer ein erhöhtes Risiko haben, in der Öffentlichkeit Opfer von Gewalt zu werden. Hier gaben zwei Drittel der von körperlicher Gewalt betroffenen Männer an, in der Öffentlichkeit oder in der Freizeit Opfer von Gewalt geworden zu sein (Jungnitz et al. 2004). Auch in der Untersuchung des Landeskriminalamtes machten bei der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum den größten Anteil männliche Opfer aus. So wurden in nur 17% der Fälle weibliche Opfer genannt (Müller et al. 2009). In der Bundeskriminalstatistik von 2009 zeigte sich, dass Frauen bei leichten bzw. schweren Körperverletzungen und Raubdelikten einen geringeren Anteil als Opfer einnahmen als Männer (Bundeskriminalamt 2010b). Auch in der Studie von Tjaden und Thoennes (2000) findet sich dieses Ergebnis wieder: So machten bei den männlichen Opfern weit über 50% der Tatverdächtigen körperlicher Gewaltanwendungen Fremdtäter aus, während diese von den weiblichen Opfern nur zu einem vergleichsweise geringen Prozentsatz genannt wurden. Weiterhin bestätigten sich die Ergebnisse aus Abbildung 14: So nannten die männlichen Opfer am zweithäufigsten eine Bekanntschaft und an dritter Stelle eine familiäre Beziehung zum Tatverdächtigen. Zu berücksichtigen ist, dass (Ex-)Partnerschaftskonflikte in die Beziehungsdifferenzierung aufgenommen wurden (Tjaden und Thoennes 2000). Diese konnten in der vorliegenden Studie nicht verglichen werden.

In den Daten der Bundeskriminalstatistik von 2009 zur Körperverletzungen[2] ist zuerkennen, dass bei einer Verwandtschaft (einschließlich Partner/nichtehelicher Lebensgemeinschaften) zwischen Opfer und Täter 2,6-mal so viele weibliche wie männliche Opfer zu finden waren. In den anderen Beziehungskategorien überwogen die männlichen Opfer. Bei einer Bekanntschaft wurden 1,5-mal, bei einer flüchtigen

[2] Aus der Polizeilichen Kriminalstatistik Tabelle 92 Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung: Körperverletzung §§ 223-227, 229, 231 StG

Vorbeziehung 2,6-mal und bei keiner Vorbeziehung fast 4-mal so viele männliche wie weibliche Opfer dokumentiert (Bundeskriminalamt 2010b).
Somit kann anhand der oben genannten Ergebnisse aufgezeigt werden, dass Frauen ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen im familiären Bereich und sozialen Nahraum zeigen, während Männer eine erhöhte Gefahr für Gewalt im Zusammenhang mit Fremdtätern aufweisen.

5.4.1 Gewalt in der Familie

Die Familie steht einerseits für einen Ort von Liebe, Fürsorge, Zärtlichkeit und Geborgenheit, andererseits findet sich kaum ein anderer sozialer Raum, in dem so viel Unterdrückung, Hass und Gewalt ausgeübt wird (Rauchfleisch 1992).
Die Entstehung von familiären Konflikten lässt sich nicht durch ein Einfaktorenmodell erklären, sondern geht auf multiple Faktoren zurück. So liegt das Alter des Täters häufig zwischen 18 und 30 Jahren und das Geschlecht ist überwiegend männlich. Familiäre Gewalt findet sich häufiger bei Familien, deren Einkommen unter der Armutsgrenze liegt (Gelles 2002).
Die Ursachen für die Entstehung von Konflikten in Familien sind nach Eckert et al. (1990) und Rauchfleisch (1992) folgendermaßen zusammengefasst:

- Das Zusammenleben verschiedener Geschlechter und Generationen kann zu Spannungen und damit Konfliktpotential führen.
- Die Familie ist ein stark emotionalisiertes Gebilde, in dem Gefühle wie Liebe, Vertrauen und Dankbarkeit dicht neben Hass, Misstrauen und Eifersucht liegen.
- Körperkontakte sind selbstverständlich zwischen Ehepartnern sowie Eltern und Kind.
- Es findet sich eine besondere Enge der familiären Beziehung und eine Institutionalisierung der Ehe, so dass diese Strukturen in Konfliktsituationen nicht einfach verlassen werden können.
- Durch das Recht auf Privatheit gelangen die Konflikte nicht so leicht an die Öffentlichkeit und es besteht von Außenstehenden häufig eine Scheu sich einzumischen.

Familiäre Konflikte wurden von 18,1% der Untersuchten angegeben. In Abbildung 16 wurde die Beziehung zwischen Opfer und Täter in familiären Konflikten weiter differenziert. Es konnte gezeigt werden, dass in familiären Konflikten in der Mehrzahl der Fälle ein oder beide Elternteil(e) der Tat beschuldigt wurden. Es ist zu beachten,

dass nur Mädchen ab einem Alter von 14 Jahren in die Studie einbezogen wurden, so dass mit dieser Studie keine Erkenntnisse zum Thema Kindesmisshandlung getroffen werden können. Die Ergebnisse der elterlichen Gewalt beziehen sich somit hauptsächlich auf Gewalt gegen Jugendliche und junge Erwachsene.

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen führte 1998 eine Befragung von Schülern der 9. bzw. 10. Jahrgangsstufen durch. Die Jugendlichen gaben zu 42% an, innerhalb der letzen zwölf Monate von ihren Eltern eine Form der körperlichen Gewalt erfahren zu haben. Diese Rate ist zwar niedriger als die Rate der körperlichen Züchtigung im Kindesalter (bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr), aber doch beträchtlich. Die sozioökonomische Lage der Familie ist ein Risikofaktor für Gewalt in der Familie. So waren die Raten körperlicher Gewalt in Familien erhöht, die von Arbeitslosigkeit betroffen waren oder Sozialhilfe bezogen. Elterliche Gewalt findet sich zwar in allen sozialen Schichten wieder, jedoch häufiger bei sozial benachteiligten Familien, so dass hier von einem Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und sozioökonomischem Status gesprochen werden kann. Jugendliche, die Opfer elterlicher Gewalt werden, haben gegenüber Jugendlichen, die keine Gewalt erfahren haben, ein erhöhtes Risiko selbst Gewalt anzuwenden (Pfeiffer et al. 1999).

In der 2005 erneut durchgeführten Befragung ist ein Rückgang der interfamiliären Gewaltanwendungen zuerkennen. So gaben 30,6% der Jugendlichen Gewaltanwendungen in den letzen zwölf Monaten an. Dieser Rückgang kann auf die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zurückgeführt werden. So wurde zum 1. Januar 2000 das elterliche Züchtigungsrecht vom Deutschen Bundestag ersatzlos gestrichen und 2002 ist das Gewaltschutzgesetz in Kraft getreten, so dass Polizei und Gerichte wirksamer gegen innerfamiliäre Gewalt vorgehen können (Pfeiffer und Baier 2006).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine 15-jährige Betroffene berichtete wiederholt von ihren Eltern misshandelt worden zu sein, weil sie zu spät nach Hause gekommen war. Sie wurde auf den Boden gezerrt, mit der Faust und einem Ledergürtel geschlagen, gewürgt und am Boden liegend getreten. Die Mutter und die vier jüngeren Geschwister wurden ebenfalls vom Vater geschlagen. Bei dem Opfer fanden sich Folgen von stumpfer Gewalteinwirkung.

Weiterhin wurden Gewalttaten im familiären Konflikt von Kindern gegen die Eltern ausgeführt (21,2%). Bei der Definition von „Kind“ ist der Beziehungsgrad und nicht das Alter entscheidend. Gewalt von Kindern gegen die Eltern findet nur wenig Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, da die Eltern häufig aus Scham keine Hilfe suchen. Sie befürchten, selbst für die Situation verantwortlich gemacht zu werden (Gelles 2002).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine alleinerziehende Mutter berichtete wiederholt von ihrem 17-jährigen Sohn angegriffen worden zu sein. Der Sohn sei schon immer schwierig und aggressiv gewesen. Die Tat ereignete sich, weil das Internet nicht funktionierte. Der Sohn habe ihr gedroht: „In einer Stunde geht das wieder, sonst bringe ich dich um!“ Daraufhin hat er sie mit der Faust sowie einem Holzbügel geschlagen und ist mit einem Messer auf sie losgegangen. Nach der Tat konnte die Mutter eine Wegweisung ihres Sohnes erzielen. Zur Zukunft des Sohnes sagte die Mutter: „Den will ich nicht wieder haben. Wo kommen wir denn da hin!“ Es fanden sich Hautunterblutungen, sowie Hautabschürfungen an den oberen Extremitäten.

Dieses ist außerdem ein Beispiel für das in Abbildung 43 dargestellte Ergebnis, dass bei familiären Konflikten häufig die oberen Extremitäten betroffen sind. Dieses führen Seifert et al. (2007) auf eine erhöhte Verteidigungsbereitschaft des Opfers zurück.
Eine weitere Beziehungskategorie beinhaltet Gewalt unter Geschwistern. Dieses wurde in der vorliegenden Studie von 12% der Opfer angegeben. Familiäre Konflikte finden sich häufig unter Geschwistern wieder. Diese werden von Eltern, Ärzten und Sozialarbeitern selten als problematisch erwähnt, obwohl sie häufig über das sogenannte Normalmaß hinaus gehen (Gelles 2002).

5.4.2 Raub/Materielles Motiv im Nahfeldkonflikt/familiären Konflikt

Ein bedeutsames Motiv im Nahfeldkonflikt und familiären Konflikt ist die materielle Bereicherung. In den Medien ist immer wieder von Fälle zuhören, in denen der Tatverdächtige sich im Vorfeld der Tat das Vertrauen des Opfers erschlichen hat, um es später auszurauben. In den vorliegenden Ergebnissen fanden in 47 Fällen Gewalttaten im Nahfeldbereich oder familiären Bereich aufgrund eines materiellen Konflikts statt. Die meisten Übergriffe fanden im häuslichen Bereich statt. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde auf weitere Auswertungen verzichtet.

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

Eine 70-jährige Frau wurde von einem bekannten Mann, der ihr seit zwei Jahren im Garten aushilft, in ihrem Haus überfallen. An dem entsprechenden Abend haben das Opfer und der Tatverdächtige gemeinsam im Hause des Opfers Alkohol getrunken. Der Tatverdächtige genießt das Vertrauen des Opfers, so dass er sich in ihrem Haus frei bewegen darf. An diesem Abend verlangte der Tatverdächtige die PIN-Nummer für die EC-Karte des Opfers: „Ich bin Satan, ich bring dich um, wenn du mir nicht deine PIN-Nummer gibst." Er kniete auf dem Brustkorb des Opfers, würgte es und steckte seine Faust und Papier in den Mund des Opfers, so dass die Kiefervollprothese des Opfers nach hinten in den Gaumen geschoben wurde. Es kam zur Bewusstlosigkeit des Opfers. Nach der Tat konnten Folgen massiver stumpfer äußerer Gewalteinwirkungen auf Mund, Hals, Brustbein, linkes Handgelenk und rechten Arm festgestellt werden. Die Verletzungen wurden als lebensgefährlich kategorisiert.

5.4.3 Gewalt in der Schule

Gewalt in der Schule ist ein lange bekanntes Thema. So können strukturelle Ungleichheiten und soziale Auslese zu Konflikten in der Schule führen. Es stehen vor allem die männlichen gewalttätigen Schüler im Fokus der Öffentlichkeit, doch es gibt auch gewaltbereite Schülerinnen (Jenter 2010).

Es werden unterschiedliche Formen der Gewalt im Zusammenhang mit der Schule unterscheiden:

- Körperliche bzw. instrumentelle Gewalt gegen Personen und Sachen
- Psychische Gewalt durch Ausgrenzung, Beleidigung, Erpressung
- Mobbing umfasst physische und psychische Anteile und ist durch dauerhafte Attacken gegen ein unterlegenes Opfer gekennzeichnet (Klewin und Tillmann 2006).

Risikofaktoren für Gewalt in der Schule sind neben gewalttätigen Eltern und aggressiven Cliquen auch in der Schule selbst zu finden. Hierzu zählen das Verhalten der Lehrer oder die Leistungsanforderungen in der Schule (Klewin et al. 2002).

In Abbildung 15 ist zuerkennen, dass bei bevorstehendem Kontakt zwischen Opfer und Täter in 3,5% der Fälle ein Mitschüler der Tat beschuldigt wurde. Bezogen auf die anderen Ergebnisse erscheint dieser Wert gering, doch ist im Bereich Gewalt

unter Schülern mit einem hohen Dunkelfeld zu rechnen, da sich viele Schüler nach Gewalttaten durch Mitschüler nicht an Hilfseinrichtungen wenden und damit lange nicht jedes Gewaltopfer rechtsmedizinisch untersucht wird.
Ein weiterer Grund für die hohe Dunkelziffer ist, dass Lehrer die Gewaltprobleme häufig bagatellisieren. Dieses ist auch auf den fließenden Übergang zwischen brutalen Misshandlungen und harmlosen Raufereien zurückzuführen. Häufig agiert eine größere Gruppe gegenüber einer einzelnen schwächeren Person. Dabei sind die Gründe nicht immer materieller Art, sondern häufig geht es um die Ausübung von Gewalt und damit das Erleben von Macht (Rauchfleisch 1992).
Aufgrund der geringen Fallzahlen im vorliegen Untersuchungskollektiv wurden keine weiteren Auswertungen zur Gewalt in der Schule vorgenommen. Es wäre interessant die oben genannten Aussagen an einem größeren Untersuchungskollektiv zu überprüfen.

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Ein 14-jähriges Mädchen berichtete eine verbale Auseinandersetzung mit einer Mitschülerin gehabt zu haben. Später sei sie von mehreren Mädchen angegriffen worden. Man habe sie geschubst, getreten, geschlagen, an den Haaren gezogen und angespuckt. Es konnten oberflächliche Hautabschürfungen und Blutunterlaufungen festgestellt werden.

Konflikte und Auseinandersetzungen unter Kindern und Jugendlichen sind natürlich und notwendig für die Entwicklung, doch muss mit diesen richtig umgegangen werden. Um Präventionsmaßnahmen an Schulen durchzuführen, muss im Einzelfall entschieden werden, welche Maßnahmen durchzuführen sind. Diese hängen von der Art der Gewalt aber auch von den Bedürfnissen der Schüler ab. So könnte es sinnvoll sein, klare Regeln einzuführen oder streitschlichtende Programme anzuwenden. Allerdings werden meist erst Maßnahmen ergriffen, wenn sich schon Vorfälle ereignet haben. So ist das Kernproblem der Prävention eine Katastrophe abzuwenden, die noch nicht entstanden ist. Dabei ist es wichtig, dass alle Beteiligten, besonders aber Schule und Eltern, auf das Problem aufmerksam machen und nicht wegsehen. Dieses könnte sonst für die Kinder und Jugendlichen ein falsches Zeichen sein, da diese erst lernen müssen, „dass sie ein Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit haben“ (Jenter 2010).

5.4.4 Fremdtäteraggressionskonflikt

Fremdtäteraggressionskonflikte wurden von 23,6% der Opfer angegeben. Häufig konnte von Seiten des Opfers kein eindeutiger Grund für die Entstehung des Konflikts genannt werden. Somit scheinen viele Konflikte grundlos zu entstehen. Dieses ist in der Hinsicht zu relativieren, dass die Sicht des Tatverdächtigen nicht bekannt war und somit das Geschehen nur einseitig berichtet wurde.
In den meisten Fremdtäteraggressionskonflikten konnte keine Vorbeziehung zwischen Opfer und Täter festgestellt werden (siehe 4.2.6.2)

Fallbeispiele aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

> Die untersuchte Frau wurde am Bahnhof von mehreren unbekannten jungen Männern, die unter Alkoholeinfluss standen, angegriffen. Diese haben sie „angepöbelt“ und mit einer Flasche beworfen. Ein Mann hat ihr mit der Faust ins Gesicht geschlagen, so dass sie eine Quetschwunde am Nasenrücken sowie eine Nasenbeinfraktur erlitten hat.

Häufig reichen geringfügige Gründe aus, die zu einem tätlichen Angriff gegen das Opfer führen.

Fallbeispiele aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

> Eine Frau berichtete, dass in einer Bibliothek ihr Handy klingelte. Aus diesem Grund wurde sie von einem Mann „angepöbelt“. Weil sie ihn nicht weiter beachtete, schlug er ihr mit der Faust auf die Hand.

Zu den Fremdtäteraggressionskonflikten wurden auch Konflikte im Straßenverkehr gezählt. Ein solcher wurde von 18 der 283 Opfer genannt. Im Straßenverkehr sind Autofahrer, wie auch Fahrradfahrer und Fußgänger in die Situation einbezogen und häufig sowohl Opfer wie auch Täter (Rauchfleisch 1992).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

> Die betroffene Frau fuhr mit ihrem Fahrrad den Fahrradweg in die falsche Richtung. Daraufhin wurde sie von einer älteren Frau angeschrien und ins Gesicht geschlagen.

5.4.5 Gewalt im Zusammenhang mit der Polizei

Die zugrundeliegenden Ergebnisse zeigten in 49 Fällen die Polizei als tatverdächtige Person. Bei Betrachtung des Schweregrads der Verletzungen ist zuerkennen, dass überdurchschnittlich häufig keine Zeichen der Gewalteinwirkung dokumentiert wurden. Somit erscheint es, dass die polizeilichen Gewaltanwendungen von geringer Intensität sind. Es ist zu beachten, dass diese Fälle einseitig von den Opfern geschildert wurden und somit die genauen Hintergründe zum Anlass der Tat nicht nachvollzogen werden konnten. Zusätzlich wurden 34 Polizisten als Opfer einer Gewalttat untersucht.

Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden keine weiteren Auswertungen vorgenommen. Um detaillierte Aussagen über Gewalt durch bzw. gegen die Polizei machen zu können, müsste eine größere Stichprobe untersucht werden.

Die Polizeiarbeit beinhaltet den Einsatz von Gewalt, so dass die Beziehung zwischen Polizei und Gewaltarbeit als fundamental unbestritten gilt (Brodeur 2002). Jeder Kontakt zwischen Bürgern und Polizeibeamten kann zu Gewalthandlungen führen. Diese reichen von leichten Körperverletzungen bis hin zur Tötung, wenn auch die meisten Kontakte gewaltfrei sind. Die Polizei ist die einzige Institution, die gesetzlich berechtigt ist, Gewalt gegen Bürger anzuwenden. Es muss zwischen legitimer Gewaltanwendung, die unter rechtlichen Rahmenbedingungen ausgeübt wird, und illegitimer Gewaltanwendung, die diese Bedingungen überschreitet, unterschieden werden (Feltes 2006).

Insgesamt wendet die Polizei selten Gewalt an und dann weitaus häufiger Mittel aus dem unteren Spektrum der Polizeigewalt: Hier findet man in hohen Anzahlen körperliche Gewalt, Fesselung mit Handschellen und das Ziehen der Waffe (Pate et al. 1993 zitiert nach Brodeur 2002). Polizeigewalt wird besonders bei Festnahmen angewendet, wenn die betreffende Person Widerstand leistet (Brodeur 2002). Personen, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen oder geistig behindert sind, haben aufgrund ihres häufig widerspenstigen Verhaltens ein erhöhtes Risiko, bei einer Festnahme Gewalt zu erleiden (Brodeur 2002, Adams 1999).

Angriffe gegen Polizeibeamte finden vorwiegend in der Dunkelheit, im öffentlichen Raum und in eher bürgerlichen Wohngegenden statt, meistens überraschend. Am häufigsten sind Beamte der Funkstreife betroffen. Die Täter sind fast ausschließlich

männlich, eher älter, handeln allein und sind zur Hälfte polizeilich bekannt. Zum Tatzeitpunkt sind sie meistens alkoholisiert (Ohlemacher et al. 2003).

In einer Schweizer Studie konnte festgestellt werden, dass Gewalt durch die Polizei wie auch gegen die Polizei überwiegend in der Öffentlichkeit (auf Straßen, Wegen und Plätzen) stattfand (Manzoni 2003). Auch im vorliegenden Untersuchungskollektiv war der Tatort in über der Hälfte der Delikte in der Öffentlichkeit. Weiterhin konnte Manzoni (2003) feststellten, dass die involvierten Polizisten unabhängig von der Täter- oder Opferrolle am häufigsten zwischen 25 und 29 Jahre alt waren. Die Personen, die Gewalt gegen Polizeibeamte anwendeten, waren in zwei Drittel der Fälle zwischen 20 und 34 Jahre alt und zu 85% männlich. Polizistinnen übten deutlich weniger Gewalt aus. Gewalt- und Opferhäufigkeit nahmen mit Dienstalter und Dienstgrad ab (Manzoni 2003).

Geoffrey und Dunham (2004) versuchen, polizeiliche Gewaltanwendung zu erklären. Sie haben die Authority Maintenance Theory aufgestellt. Die Autorität des Polizeibeamten im Verhältnis zu der des Tatverdächtigen stellt den wichtigsten Faktor im Kontakt zwischen den beiden Gruppen dar. Es ist nicht akzeptabel, wenn die Anweisung eines Polizeibeamten nicht durchgesetzt wird. Die Ziele der polizeilichen Arbeit sind die Kontrolle und Herstellung von Ordnung innerhalb der Situation und Respekt aufseiten der Bürger. Wenn ein Tatverdächtiger versucht die Autorität eines Polizisten zu untergraben, erhöht sich das Risiko für Gewaltanwendungen, denn der Polizeibeamte wird versuchen seine Autorität zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Hoher Widerstand des Tatverdächtigen veranlasst den Polizisten im stärkeren Maße Gewalt anzuwenden. Häufig ist Gewalt nicht von Anfang an vorhanden, sondern es kommt zu einem „Aufschaukelungsprozess“ der Gewalt (Geoffrey und Dunham 2004). Die Herausforderung für das Agieren von Polizisten besteht in der genauen Dosierung der Gewaltanwendung, so dass ein Widerstand nicht mehr möglich ist bzw. unterdrückt wird. Im Alltag müssen Polizisten oft innerhalb von Bruchteilen von Sekunden über die Anwendung von Gewalt entscheiden (Feltes 2006).

5.5 Geschlecht des Tatverdächtigen

Gewalt gegen Frauen wie auch gegen Männer wird vorwiegend durch männliche Täter ausgeführt (Tjaden und Thoennes 2000). Das Geschlecht des Tatverdächtigen war in dieser Studie in 55,9% der Fälle männlich. Müller et al. (2004) gaben einen

männlichen Tatverdächtigen in 71% der Fälle (Müller et al. 2004) und Tjaden und Thoennes (2000) in 91,9% der Fälle an (Tjaden und Thoennes 2000), allerdings wurden in diese Studien (Ex-)Partnerschaftskonflikte und sexualisierte Konflikte eingeschlossen. In diesen beiden Konfliktkategorien wird in über 90% der Fälle ein männlicher Tatverdächtiger angegeben (Seifert et al. 2006). Weibliche Tatverdächtige wurden in 23,7% der Fälle genannt und männliche und weibliche Tatverdächtige in 10,2% der Fälle. Aufgrund der unterschiedlichen Studienbedingungen sind diese Werte nur bedingt vergleichbar. Müller et al. (2004) gaben einen höheren Prozentsatz für gemischtgeschlechtliche Tatverdächtige (19%) als für weibliche Tatverdächtige (10%) an.

Der hohe Anteil an weiblichen und männlichen Tatverdächtigen im familiären Konflikt lässt sich durch das gemeinsame Handeln von Eltern wie auch anderen Familienmitgliedern erklären.

Bei Raubüberfällen wurde häufiger als in anderen Konfliktkategorien ein männlicher Tatverdächtiger (über 80%) angegeben. Ein Überwiegen der männlichen Tatverdächtigen bei Raubdelikten findet sich in der polizeilichen Kriminalstatistik wieder. Hier wurde 2009 ein Wert von 91% angegeben (Bundeskriminalamt 2010b). Damit lässt sich bestätigen, dass Raubdelikte ein Phänomen männlicher Täter sind.

Bei leichten bzw. schweren Körperverletzungsdelikten ist laut Bundeskriminalstatistik 2009 der Anteil an männlichen Tatverdächtigen mit 83% bzw. 85% geringer. Allerdings beziehen sich diese Angaben auf männliche und weibliche Opfer und sind somit nur bedingt vergleichbar (Bundeskriminalamt 2010b).

In der Studie des Landeskriminalamtes Hamburg überwogen im öffentlichen Raum männliche Täter, während weibliche Täter nur 8,8% und gemischtgeschlechtliche Gruppen nur 4,7% der Fälle ausmachten. Diese Ergebnisse beziehen sich auf männliche und weibliche Opfer (Müller et al. 2009), so dass ein Vergleich schwierig ist. Müller et. al. (2009) konnten feststellen, dass weibliche Tatverdächtige überwiegend Frauen verletzen (Müller et al. 2009). Dieses erklärt die höheren Angaben für weibliche Tatverdächtige in der vorliegenden Studie. Im Nahfeldkonflikt waren die Anzahlen der weiblichen Tatverdächtigen signifikant gegenüber den anderen Konfliktarten erhöht.

Körperliche Gewalt wird hauptsächlich von Männern ausgeführt, jedoch ist der Anteil an weiblichen Tatverdächtigen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter in den letzten 20 Jahren deutlich gestiegen. Die Form und Intensität der Gewalthandlungen

passen sich denen der Männer an, so dass eigene Gewaltpräventionsstrategien sowie Resozialisierungskonzepte für Mädchen und Frauen entwickelt werden müssen (Günter 2011).

5.6 Anzahl der Tatverdächtigen

Gewalttaten gegen Frauen wurden am häufigsten von einer Einzelperson ausgeführt. Es finden sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Konfliktkategorien. So wurden Raubüberfälle im Vergleich zu den anderen Konfliktarten signifikant häufiger durch mehr als einen Täter ausgeführt. Es wurden in 47% der Fälle mehrere Täter angegeben. In der Studie von Seifert et al. (2007) wurde dieser Wert sogar mit 60% angegeben. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass bei Raubdelikten häufig mehr als eine Person nötig ist, um das Opfer einzuschüchtern und gleichzeitig die Herausgabe von Geld oder Wertgegenständen zu erzwingen.

Der nächsthöhere Prozentsatz mit zwei oder mehr Tatverdächtigen fand sich bei den Fremdtäteraggressionskonflikten wieder. Hier wurden 37% der Gewalttaten durch mehrere Täter ausgeführt. Dieser Wert ist gegenüber den anderen Konfliktkategorien signifikant erhöht. Eine Erklärung könnte sein, dass sich in einen Streit zwischen zwei fremden Personen häufig weitere Personen einmischen und so eine handgreifliche Auseinandersetzung zwischen mehreren Personen entstehen kann. Nach Müller et al. (2009) lagen bei Körperverletzungen im öffentlichen Raum in 51,6% der Fälle Gruppentaten vor. Konflikte in der Öffentlichkeit entstehen häufig auf der Grundlage von zufälligen Begegnungen und spontanen Eskalationen zu Wochend- und Nachtzeiten (Müller et al. 2009). In diesem Zusammenhang scheint auch der Alkoholkonsum eine entscheidende Rolle zu spielen (siehe 5.9).

Im Nahfeldkonflikt bzw. familiären Konflikt wurden Gruppentaten nur zu 28% bzw. 20% genannt. Da Opfer und Täter sich in diesen Konfliktkategorien kennen, ist eine andere Ausgangssituation vorhanden. Die Gewalttaten entstehen häufig nicht spontan, sondern schon längere Zeit andauernde Auseinandersetzungen enden in einem tätlichen Angriff. Da Opfer und Täter sich besser hinsichtlich Kraft und Gewaltverhalten einschätzen können, kommt es eher zu einem Angriff einer Einzelperson als in einer fremden Beziehung, wo Opfer und Täter sich nicht kennen.

Die oben genannten Ergebnisse zeigen, dass bei Raubüberfällen und Fremdtäteraggressionskonflikten häufiger mehrere Täter agieren, während in

familiären Konflikten und Nahfeldkonflikten überwiegend ein einzelner Täter Gewalt gegen sein Opfer ausführt.

5.7 Ort des Geschehens

Der Ort des Geschehens wurde am häufigsten mit der Öffentlichkeit angegeben (47,6%), gefolgt von der häuslichen Umgebung mit 38,1%. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Müller et al. (2004) nannten hier nur 26% der Frauen öffentliche Orte, während 71% die eigene Wohnung als Ort des Geschehens angaben. Dieser Unterschied hängt mit den unterschiedlichen Studienbedingungen zusammen. So findet Gewalt im Zusammenhang mit (Ex-)Partnerschaftskonflikten häufig in der häuslichen Umgebung statt (Müller et al. 2004). Da in der vorliegenden Studie die (Ex-)Partnerschaftskonflikte ausgeschlossen wurden, waren dementsprechend die Angaben zur häuslichen Umgebung weitaus niedriger und die Angaben zu den öffentlichen Orten höher.

In der Befragung von Lundgren et. al. (2002) zum Tatort der letzten körperlichen Gewalterfahrung gaben 25% der Frauen das eigene Zuhause und 40% eine häusliche Umgebung an. In der vorliegenden Studie nahm das Haus des Opfers mit 17,5% einen etwas geringeren Wert und die häusliche Umgebung mit 38% einen fast identischen Wert ein. Zu beachten sind teilweise unterschiedliche Tatort-Definitionen. Lundgren et. al. (2002) gaben als Ort des Geschehens weiterhin die Schule/Arbeit (11%), Restaurant/Tanzlokal (13%) und öffentliche Plätze draußen (Straße, Marktplatz) (12%) an. Diese Tatort-Kategorien fallen in der vorliegenden Studie in die Kategorie Öffentlichkeit. Es zeigt sich auch bei Lundgren et al. (2002) die Tendenz, dass Gewalttaten vermehrt in der Öffentlichkeit stattfinden, wenn (Ex-) Partnerschaftskonflikte ausgeschlossen werden.

Die Untersuchung des Landeskriminalamtes Hamburg zur „Phänomenologie der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum“ zeigte, dass es sich bei Gewalt im öffentlichen Bereich häufig um zufällige Begegnungen handelt und der Anlass der Tat in zwei Drittel der Fälle einer spontanen Eskalation zuzuordnen war. Die Taten fanden häufiger in den Nachtstunden und am Wochenende statt. Insgesamt scheint es, dass die Körperverletzung in der Öffentlichkeit ein durchaus bewusstes Risiko in der Freizeitgestaltung von Heranwachsenden und Jungerwachsenen ist und weniger durch planerischen Vorsatz geprägt ist (Müller et al. 2009).

Die Öffentlichkeit als Tatort von Gewalt gewinnt entscheidend an Bedeutung, wenn (Ex-)Partnerschaftskonflikte und sexualisierte Konflikte ausgeschlossen werden. Somit darf Gewalt gegen Frauen nicht auf „häusliche Gewalt“ beschränkt werden, sondern in den Präventionsmaßnahmen muss auch die Gewalt gegen Frauen in der Öffentlichkeit beachtet werden. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Tatorte ist zuerkennen, dass im Bereich der Öffentlichkeit die Kategorie Straße/Park am häufigsten genannt wurde. Dieses findet sich bei Müller et al. (2009) wieder. Weitere öffentliche Orte, die das Risiko einer Gewalttat gegen Frauen bergen, sind die kommerziellen Orte und auch der Arbeitsplatz.

Bei differenzierter Betrachtung des Tatorts hinsichtlich der Konfliktkategorien ist zuerkennen, dass familiäre Konflikte zum größten Teil in der häuslichen Umgebung stattfanden. Dieses wird häufig bedingt durch das Zusammenleben von Opfer und Täter. Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle ereigneten sich hochsignifikant häufiger in der Öffentlichkeit, da Täter und Opfer sich zuvor fremd waren. Nahfeldkonflikte fanden zu etwa gleichen Anteilen in der häuslichen Umgebung und in der Öffentlichkeit statt, so dass sich bei Gewalttaten zwischen bekannten Personen keine Tatortpräferenz zeigt. Dieses hängt auch mit dem inhomogenen Beziehungsverhältnis zwischen Opfer und Täter in der Konfliktkategorie Nahfeldkonflikt zusammen.

5.7.1 Gewalt im Zusammenhang mit öffentlichen Tanzveranstaltungen und möglichem Alkoholkonsum

Öffentliche Orte, die im Zusammenhang mit Tanzveranstaltungen und möglichem Alkoholkonsum stehen (z.B. Diskotheken, Bars und Kneipen), wurden von 6,1% der Opfer genannt. Es zeigte sich, dass es vorwiegend zu Gewaltanwendungen gegen jüngere Frauen kommt: Der Altersschwerpunkt lag mit 69,9% zwischen 19 und 29 Jahren. Ein Fremdtäteraggressionskonflikt wurde in 68,5% der Fälle und damit fast dreimal so häufig wie im Gesamtkollektiv genannt. Ein Nahfeldkonflikt wurde dagegen nur von 26,0% der Tatverdächtigen berichtet. Die Anzahl der Tatverdächtigen wurde deutlich häufiger als im Durchschnitt mit drei oder mehr Tatverdächtigen angegeben (15,1% im Gegensatz zu 9,2% im Gesamtkollektiv). Die stumpfe Gewalteinwirkung war mit 84,9% nur sehr gering gegenüber der allgemeinen Auswertung erhöht, während scharfe Gewalteinwirkungen mit 11,0% fast doppelt so häufig dokumentiert wurden. Die Intensität der Gewalteinwirkung wurde deutlich häufiger als eine potentiell lebensgefährliche Verletzung beschrieben (13,7%).

Es können somit die Hypothesen aufgestellt werden, dass bei Gewalttaten in Diskotheken, Bars und Kneipen Opfer und Täter sich häufig fremd sind und die Täter in Gruppen agieren. Es finden sich häufiger scharfe Gewalteinwirkungen mit daraus resultierenden potentiell lebensgefährlichen Verletzungen. Ein Risikofaktor in diesem Bereich scheint der Alkoholkonsum zu sein, der in über 70% von den geschädigten Personen angegeben wurde. Damit war dieser Wert im Gegensatz zum Gesamtkollektiv (19,2%) deutlich erhöht. Da für diese Auswertung nur ein kleines Kollektiv an betroffenen Personen vorlag, sollten die Angaben an größeren Fallzahlen untersucht werden, um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen.

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

> Eine 23-jährige Frau berichtete, dass sie in einer Diskothek, nachdem sie angestoßen wurde, gefragt hat, was denn los sei. Daraufhin haben mehrere Personen sie an den Haaren zu Boden gezogen. An den weiteren Ablauf kann sie sich nicht erinnern. Opfer und auch Täter haben Alkohol konsumiert. Bei dem Opfer konnten Folgen von stumpfer, halbscharfer und auch scharfer Gewalteinwirkungen gegen den Gesichtsschädel festgestellt werden. Eine Stichverletzung, vermutlich mit einem zerbrochenen, gläsernen Gegenstand, führte zum Verlust eines Auges. Die Verletzungen wurden als potentiell lebensgefährlich bezeichnet.

5.7.2 Gewalt am Arbeitsplatz

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) definiert „Gewalt am Arbeitsplatz“ wie folgt:

> „Jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt, verwundet wird.“

Es wird zwischen externer Gewalt, die durch Kunden oder Besucher verursacht wird, und interner Gewalt, die durch Kollegen, Vorgesetzte und Mitarbeiter ausgeübt wird, unterschieden. 7,2% der betroffenen Frauen gaben Gewalt am Arbeitsplatz an. 80,2% dieser Frauen berichteten über externe Gewalt und 19,2% über interne Gewalt.

Es wird zwischen 3 Typen der Art der Beziehung zwischen Täter und Arbeitsplatz unterschieden:

- Typ I: Der Täter hat keine legitime Beziehung zum Arbeitsplatz. Er kommt, um einen Raubüberfall oder eine andere Straftat zu begehen.
- Typ II: Der Täter ist der Empfänger oder das Objekt der am Arbeitsplatz oder vom Opfer angebotenen Dienstleistung. Er kann z.B. ein aktueller oder ehemaliger Klient, Kunde, Patient oder Passagier sein.
- Typ III: Der Täter hat eine Beziehung zum Arbeitsplatz. Häufig ist er ein aktueller oder ehemaliger Angestellter, Aufsichtsperson oder Manager. Der Täter kann aber auch ein (Ex-)Partner, Lebensgefährte, Verwandter oder Freund eines Mitarbeiters sein (California 1995).

Auch die Merkmale des Opfers, also in vielen Fällen des Angestellten, können das Risiko einer Gewalttat beeinflussen. Hierzu zählen z.B. die äußere Erscheinung, die Gesundheit (insbesondere der durch die Arbeit ausgelöste Stress) und die Erfahrung des Mitarbeiters. Weiterhin sind Persönlichkeit, Temperament, Einstellungen und Erwartungen des Arbeitnehmers entscheidend (di Martino 2002).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Die betroffene Frau wurde von ihrem früheren Arbeitgeber angegriffen als sie ihr ausstehendes Gehalt anmahnen wollte. Der Täter hat versucht das Opfer aus seinem Büro zu drängen, sie an den Oberarmen gepackt und gegen eine Tür gestoßen. Dieses führte bei der betroffenen Person zu den Zeichen äußerer stumpfer Gewalteinwirkungen, Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit mit dem Verdacht einer Gehirnerschütterung.

Gewalt am Arbeitsplatz war ein bisher verschwiegenes Thema, da Arbeitgeber Angst vor einem schlechten Ruf ihrer Firma hatten und betroffene Arbeitnehmer aus Scham schwiegen. Durch die ver.di Frauen aus dem Landbezirk Berlin-Brandenburg wird dieses Thema nun an die Öffentlichkeit gebracht. Sie organisieren Vorträge und Tagungen, um auf die Problematik aufmerksam zu machen und Hilfe- und Schutzmöglichkeiten zu entwickeln. Beispiele für Gewalt am Arbeitsplatz finden sich im Verkehrsbereich, wo Busfahrerinnen von aggressiven Fahrgästen und gewalttätigen Passagieren angegriffen werden, im Einzelhandel gegenüber Verkäuferinnen, die von Überfällen und rabiaten Kunden bedroht sind und in der

Arbeitsverwaltung, wo gewalttätige Bürger gegenüber Sachbearbeiterinnen auftreten (Gerstle 2010).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine Taxifahrerin wurde nachts von zwei Fahrgästen ausgeraubt. Sie wurde von hinten fixiert und ins Gesicht geschlagen. Es wurde ihr gedroht: „Wenn du das Geld nicht herausgibst, bringen wir dich um." Aus Angst, dass ihr Handy entdeckt würde, hat sie das Geld herausgegeben. Das Opfer erlitt Folgen stumpfer äußerer Gewalteinwirkungen im Gesicht, einen Nasenbeinbruch und Quetschverletzungen an der Hand.

Gerstle (2010) gibt an, dass Frauen gegenüber Männern häufiger durch Gewalt am Arbeitsplatz betroffen sind, da sie häufiger in Dienstleistungsberufen tätig sind (Gerstle 2010). Den größten Anteil der Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz nimmt psychische Gewalt, wie Bedrohungen, Belästigungen und Beleidigungen, ein (Jagusch 2010c). Diese Frauen wurden in der vorliegenden Studie nicht erfasst.
EU-weit ist jeder zehnte Bürger von körperlicher oder psychischer Gewalt am Arbeitsplatz betroffen. Dieses spiegelt sich in den Statistiken der Unfallversicherungen wieder. 2005 gaben 4% der Arbeitnehmer an körperliche Gewalt durch die Öffentlichkeit erfahren zu haben. Besonders betroffen sind Sozial-, Ausländer- und Justizbehörden, Handel, öffentliche Verkehrsbetriebe, Pflegekräfte, Bank- und Sparkassenangestellte (Jagusch 2010c).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine Mitarbeiterin des Jugendamtes, die in der Vormundschaftsregelung tätig ist, wurde von einer Mutter angegriffen, der sie kurz zuvor das Besuchsrecht für ihr Kind entzogen hatte. Die Mitarbeiterin hatte das Gespräch mit der Mutter beendet, woraufhin diese ein Messer aus der Handtasche holte und mehrfach auf ihr Opfer einstach. Das Opfer erlitt multiple Schnitt- und Stichverletzungen an den Oberarmen und an einem Oberschenkel und drei Stichverletzungen am Brustkorb, die zu einem Pneumothorax führten. Die Verletzungen waren potentiell lebensgefährlich.

Da Gewalt am Arbeitsplatz zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt, sind Präventionsmaßnahmen, eine Risikobewertung einzelner Arbeitsbereiche,

Schulungen sowie Vorgehensweisen nach einer Gewalttat notwendig (Jagusch 2010c). Das Konzept „Zum Schutz von MitarbeiterInnen vor und zur Nachsorge nach Übergriffen“ wurde im September 2009 im Bezirksrathaus Berlin Friedrichshain-Kreuzberg eingeführt. Dieses hat zur positiven Folge, dass nun öffentlich über Gewalt am Arbeitsplatz gesprochen wird und auch psychische Formen der Gewalt wie Anschreien, Drohungen und Aggressionen als Gewalt wahrgenommen werden. Es wurde eine zentrale Ansprechpartnerin benannt, an die sich Betroffene wenden können. Außerdem wurde eine Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze durchgeführt, um Gefahrenquellen zu verringern. So werden z.B. Schreibtische umgestellt, um Fluchtwege zu schaffen, und die Alleinarbeit wird vermieden (Jagusch 2010b).

5.8 Angaben zur Art der Gewalt

5.8.1 Gewaltform

Körperliche Gewalt wurde von den untersuchten Opfern insgesamt mit über 65% weitaus am häufigsten angegeben. Dieses Ergebnis findet sich in den einzelnen Konfliktkategorien wieder, mit Ausnahme der nichtklassifizierbaren Konflikte. In der Studie von Seifert et. al (2006) wird dieses Ergebnis bestätigt.

Die kombinierte Gewalteinwirkung war hochsignifikant am häufigsten in familiären Konflikten zu finden, gefolgt von Raubüberfällen. Bei einem Raubüberfall will der Täter innerhalb kurzer Zeit ein maximales Bedrohungspotenzial aufbauen, um seinen Forderungen Nachdruck zu verleihen (Seifert et al. 2007). Aus diesem Grund wird neben körperlicher auch instrumentelle Gewalt angewendet. Bei den Raubüberfällen war das am häufigsten verwendete Tatwerkzeug ein Stichwerkzeug (siehe auch 4.3.2). Es lässt sich daraus schließen, dass Täter von Raubüberfällen bewusst ein gefährliches Tatwerkzeug wählen, um ihr Opfer zu bedrohen und ihm aber gegebenenfalls auch schwere Verletzungen zu zufügen.

Konflikte im familiären Bereich ereignen sich zumeist in der häuslichen Umgebung, so dass für den Täter die Möglichkeit besteht, bei einer Auseinandersetzung ein Tatwerkzeug aus der direkten Umgebung zu gebrauchen. Dieses bestätigt sich bei der Analyse der eingesetzten Tatwerkzeuge. Bei familiären Konflikten wurden am häufigsten Gelegenheitswerkzeuge als Tatwerkzeuge angegeben. Ein Streit im familiären Umfeld beginnt häufig mit körperlicher Gewalt und kann dann in instrumentelle Gewalt gegen das Opfer eskalieren.

Alleinige instrumentelle Gewalt wurde etwas häufiger bei Fremdtäteraggressions-konflikten und Raubüberfällen genannt. So scheint es, dass fremde Täter häufiger nur mit einem Tatwerkzeug gegen das Opfer agieren.

5.8.2 Gewalt gegen den Hals

Angriffe gegen den Hals zählen zu besonders gefährlichen und lebensbedrohlichen Situationen für das Opfer, wobei nicht alle Angriffe gegen den Hals von Ärzten aufgrund von objektivierbaren Befunden als potentiell lebensgefährlich eingestuft werden (Seifert et al. 2006).

Eine potenzielle Lebensgefahr durch Strangulation ist für das Opfer gegeben, wenn mindestens eines der folgenden 3 Kriterien erfüllt ist und nicht durch andere Ursachen erklärt werden kann.

- Venöses Stauungssyndrom mit Petechien im Gesicht, an den Lidbindehäuten und Schleimhäuten
- Bewusstlosigkeit
- Schwere Verletzungen der oberen Hals- und Rachenweichteile bzw. Luftwege, die eine sekundäre Obstruktion bzw. zerebrale Minderdurchblutung bedingen können (Parzeller et al. 2008).

Plattner et al. (2005) haben 3 Schweregrade der Strangulation aufgestellt:

- Leichte Formen: Hautabschürfungen, Hautrötungen, Hautunterblutungen
- Mittelschwere Formen: Schädigungen der Halsweichteile/Kehlkopf mit Halsschmerzen, Schluckstörungen, Heiserkeit und Hautunterblutungen
- Schwere Formen (lebensgefährlich): Stauungsblutungen in Gesicht, Lidbindehäuten, Schleimhäuten mit oder ohne Bewusstlosigkeit (Plattner et al. 2005).

<u>Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:</u>

Eine in ihrem Laden überfallene Frau berichtete nach dem Vorfall Folgendes: „Mir wurde weiß vor Augen, ich dachte, mein Leben sei zu Ende, ich sah alles weiß, wie eine zerplatze Blase, Beine und Arme waren wie Pudding, es schien, wie wenn sie weg von mir wären, mein Kopf fiel zur Seite. Wach wurde ich durch Bellen meines Hundes und Klopfen an der Tür. Ich rang nach Luft, beim Versuch aufzustehen, sah ich Sterne, ich spürte einen Kloß im Hals, es gelang mir, es rauszuspucken, es war wie Blut und Spucke. Ich hatte einen Zungenbiss. Ich

taumelte, wusste zunächst nicht, dass ich überfallen wurde. Als man mich darauf aufmerksam machte, dass in der Kasse kein Geld sei, wurde mir bewusst, dass ich überfallen wurde.“ Das Opfer wurde in den Schwitzkasten genommen, der Mund wurde zugehalten und sie wurde mehrfach gewürgt.
Nach dem Vorfall konnten Würgemale am Hals sowie Petechien in den Augenbindehäuten, den Lidhäuten, im Gesicht und an den Unterlippenschleimhäuten festgestellt werden. Die Untersuchte berichtete über Bewusstlosigkeit während des Vorfalls und einen unwillkürlichen Urin- und Kotabgang, außerdem stellten sich Schluckbeschwerden und Heiserkeit ein. An weiteren Verletzungen hat sie einen Rippenbruch und zahlreiche Hämatome an den Extremitäten davongetragen. Die Verletzungen wurden als lebensgefährlich kategorisiert.

Bei diesem Opfer treffen alle 3 Kriterien für eine potentielle Lebensgefahr nach Parzeller et. al. (2008) zu und nach der Klassifikation von Plattner et. al. (2005) kann eine schwere Form der Strangulation kategorisiert werden.

Gewalt gegen den Hals wurde mit 18,4% am häufigsten im familiären Konflikt angegeben, gefolgt von Nahfeldkonflikten und Raubüberfällen mit 12%. In Fremdtäteraggressionskonflikten dagegen fanden sich nur in 5,3% der Fälle Angaben bezüglich Strangulation.
Bei Partnerschaftskonflikten mit oder ohne sexualisierte Komponente liegen diese Werte um die 22%. Erklärt werden kann dieses einerseits durch ein schnelles Gefügigmachen des Opfers bei sexuellen Übergriffen und durch einen affektgesteuerten Atavismus („jemanden vor Wut an den Hals gehen“) bei Partnerschaftsgewalt (Seifert et al. 2007).
In den vorliegenden Ergebnissen scheint sich zu bestätigen, dass der Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter einen entscheidenden Einfluss auf das Strangulationsverhalten hat. Bei verwandten und bekannten Tätern kommt es eher zu einem Angriff gegen den Hals als bei Fremdtätern.

5.9 Konsumverhalten der geschädigten Person

Aufgrund der häufig subjektiven Angaben zum Konsumverhalten des Opfers lassen sich in den vorliegenden Ergebnissen nur Tendenzen feststellen. 19,2% der

untersuchten Opfer gaben einen Alkoholkonsum während der Gewalttat an. Medikamenten- bzw. Betäubungsmittel-Konsum wurde nur von einem sehr geringen Anteil der Betroffenen angegeben, so dass diese Ergebnisse nicht weiter interpretiert werden.

In einer Untersuchung von Tjaden und Thoennes (2000) konnte festgestellt werden, dass Alkohol- und/oder Drogenkonsum des Opfers das Risiko erhöht aufgrund einer Gewalttat körperliche Verletzungen als Folge davonzutragen. Allerdings konnte sich dieses Ergebnis bei einer logistischen Regression nicht als Risikofaktor für Verletzungen bei körperlichen Gewalttaten bestätigen (Tjaden und Thoennes 2000). In den Daten des Landeskriminalamtes Hamburg konnte festgestellt werden, dass Täter und Opfer häufig vergleichbar alkoholisiert bzw. nicht alkoholisiert sind. Alkohol dürfte eine entscheidende Rolle bei der gegenseitigen Provokation von Täter und Opfer spielen, die in eine körperliche Auseinandersetzung führt (Müller et al. 2009).

In Fremdtäteraggressionskonflikten wurde vom Opfer häufiger als im Durchschnitt ein Alkoholkonsum bejaht (26,9%). Somit scheint Alkohol ein Risikofaktor für Gewalt im Fremdtäterbereich zu sein. Fremdtäteraggressionskonflikte entstehen häufig durch geringfügige Gründe (siehe 5.4.4). Der Alkoholeinfluss kann wie oben beschrieben einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung eines Konfliktgeschehens nehmen. Seifert et. al. (2007) konnten in ihrer Studie herausfinden, dass auch das persönliche Risikomanagement des Opfers im Vorfeld einer Tat durch Fremdtäter eine wichtige Rolle spielt: „Welche Wege gehe ich, wie aufmerksam bin ich, wie werde ich hinsichtlich meiner Orientierung und Wehrhaftigkeit bei der Tat vom Überfalltäter eingeschätzt etc.“ (Seifert et al. 2007).

In der vorliegenden Studie wurde ein Alkoholkonsum des Opfers am häufigsten in der Konfliktkategorie „nicht einzuordnen“ angegeben. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen aufgrund ihres Alkoholkonsums keine weiteren Angaben zum Tatvorgang und dem Tatverdächtigen machen konnten, so dass die Fälle keiner der definierten Konfliktkategorien zugeordnet werden konnten.

5.10 Konsumverhalten der beschuldigten Person

Daten über das Konsumverhalten der beschuldigten Person beruhen in der Regel nur auf den Angaben der geschädigten Person und wurden nicht überprüft. Somit ist es nicht möglich, weitergehende Aussagen über den Einfluss des Konsumverhaltens

des Täters auf das Konfliktverhalten und die Art bzw. den Schweregrad der Verletzungen in dieser Studie zu machen.
In der Literatur findet sich wieder, dass Alkohol- und/oder Drogenkonsum des Täters die Verletzungswahrscheinlichkeit des Opfers stark erhöhen. Dieses deutet daraufhin, dass unter Alkoholeinfluss Eigenschaften der Person, die in normalen Situationen verhindern, dass jemand gewalttätig wird, durch den Alkohol gehemmt werden, so dass es zu Gewaltaktionen kommen kann (Tjaden und Thoennes 2000).

5.11 Objektivierbarkeit der Verletzungen

Die Opfer der vorliegenden Studie haben in der Regel sichtbare Verletzungen durch Gewalt erfahren, denn nur diese können in der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle dokumentiert werden. Nur bei 7,8% der untersuchten Opfer fanden sich keine sichtbaren Verletzungen. Bei allen anderen Opfern konnte mindestens eine Art der Gewalteinwirkung dokumentiert werden.
Frauen tragen nach körperlicher Gewalteinwirkung in 39% der Fälle Verletzungen davon, Männer dagegen nur in 24,8%. Dabei werden zum größten Teil leichte Verletzungen wie Kratzer, Hämatome und Striemen angegeben. (Tjaden und Thoennes 2000).
In einer neuseeländischen Studie zu gewaltbedingten Verletzungen von Frauen in der Notaufnahme wurden gewaltbedingte und unfallbedingte Verletzungen verglichen. Es konnte festgestellt werden, dass Prellungen und verletzungsbedingte Symptome, wie Schmerzen in den Gliedmaßen, dreimal häufiger bei Frauen mit Gewalterfahrungen dokumentiert wurden. Ungefähr doppelt so häufig fanden sich bei diesen Patienten innere Verletzungen, Frakturen des Kopfes, der Wirbelsäule oder des Rumpfes und offene Wunden. Frakturen der Extremitäten, Verstauchungen, Muskelzerrungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates fanden sich dagegen häufiger bei Patienten mit unfallbedingten Verletzungen (Fanslow et al. 1998).

5.11.1 Art der Gewalteinwirkung

Stumpfe Gewalt ist die häufigste Gewaltart, wobei zwischen den einzelnen Konfliktkategorien keine großen Unterschiede zu finden sind (Seifert et al. 2007). Dieses Ergebnis bestätigte sich im vorliegenden Untersuchungskollektiv: So wurden in jeder Konfliktkategorie stumpfe Gewalteinwirkungen mit einem Anteil von um die 80% angegeben.

Scharfe Gewalteinwirkungen fanden sich signifikant häufiger bei Raubüberfällen (13,7%) und ebenfalls vermehrt bei Fremdtäteraggressionskonflikten (9,2%), dagegen seltener bei familiären Konflikten (3,2%). Eine Erklärung hierfür wäre, dass gerade bei Raubüberfällen dem Opfer häufig ein Messer vorgehalten wird, um ein Bedrohungspotenzial aufzubauen und das Opfer einzuschüchtern (Seifert et al. 2007). Es kann dann zur Eskalation und damit zur Verletzung des Opfers kommen. In Fremdtäteraggressionskonflikten wurden für scharfe Gewalteinwirkungen neben Stichwerkzeugen auch Glaswerkzeuge eingesetzt (siehe 4.3.2). Diese sind gerade im öffentlich kommerziellen Bereich und im Zusammenhang mit Alkoholkonsum (z.B. die hierbei vorhandenen Gläser und Flaschen) schnell greifbar und erhöhen somit das Risiko für scharfe Gewalteinwirkungen.

5.11.2 Besondere Verletzungen

Neben der Art der Gewalteinwirkung können besondere Verletzungen des Opfers registriert werden. Hierzu zählen zum Beispiel Bissverletzungen. Diese sollen im Folgenden genauer beschrieben werden.

Bissverletzungen

Bissverletzungen fallen in die Kategorie stumpfe bis halbscharfe Gewalteinwirkung. Sie können zu Abschürfungen, Rötungen und Quetschungen führen. Hundebisse sind meist leicht von menschlichen Bissen zu unterscheiden, da aufgrund der anderen Gebissform und des anderen Gebisscharakters des Hundes häufig Riss- bzw. Quetschwunden und stichartige Verletzungen entstehen (Mattig und Semmler 2003). Bei Bissverletzungen sind manchmal teilweise rundliche Formen mit einzelnen Zahnabdrücken zuerkennen. Bei Gebissunregelmäßigkeiten ist so eine Identifizierung des Täters möglich. Zusätzlich zur fotographischen Dokumentation ist die Spurensicherung durch Abstriche wichtig, um eine DNA-Untersuchung durchzuführen (Penning 2006).

Menschliche Bissverletzungen haben ein hohes Infektionsrisiko (Zimmerli 2008). Dementsprechend ist es wichtig, den Patienten über das Infektionsrisiko aufzuklären und entsprechend zu behandeln (z.B. Tetanusimpfung, Hepatitis-B-Impfung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, Gabe von Antibiotika). Ebenfalls ist eine Blutprobenentnahme für serologische Untersuchungen erforderlich (Krohn et al. 2010).

Die vorliegenden Ergebnisse (siehe 4.6.2) zeigen, dass in 2,2% der Fälle menschliche Bissverletzungen diagnostiziert wurden. In der Literatur finden sich Bissverletzungen häufig im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt, Kindesmisshandlung und Gewalt gegen den Hals (Krohn et al. 2010). Aufgrund der Auswahlkriterien für die Frauen dieser Studie können die beiden erstgenannten Punkte nicht überprüft werden. Ein Zusammenhang mit Gewalt gegen den Hals konnte nicht festgestellt werden.

Krohn et al. (2010) beschreiben in ihrer Studie 3 Motivationen, die einen Menschen veranlassen einen anderen zu beißen. Für das vorliegende Untersuchungskollektiv können zwei dieser Motivationen zur Erklärung verwendet werden.

Aggressionsbeißen. In 59% der Fälle kommt es zum Beißen im Zusammenhang mit einem Angriff bzw. Aggression (Krohn et al. 2010). Nach Scheithauer kann man hier von einer Art „Wutbeißen“ sprechen. Er erklärt: „Erwachsene Menschen haben normalerweise eine Beißhemmung, die nur starker Zorn oder extreme Verzweiflung durchbricht“ (Scheithauer zitiert nach Schmitt 2003). Es wurde ein Zusammenhang zu Eifersuchtsgefühlen festgestellt. Da in 14% der Fälle das Beißen unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss geschah, könnte dieses als aggressionsverstärkend angesehen werden (Krohn et al. 2010).

Beißen als Abwehrreaktion. In 17% der Fälle handelte es sich um eine Abwehrreaktion des Opfers oder des Täters. Der Beißvorgang wird dabei entweder als Gegenwehr oder als Möglichkeit sich einer Situation zu entziehen, eingesetzt. Bei dieser Abwehrreaktion ist der Beißende in seiner Bewegungsfreiheit so eingeschränkt, dass das Beißen ihm die letzte Möglichkeit bietet sich zu wehren. Es wird als ein Akt der Verzweiflung beschreiben, wobei der Mund als zusätzliches Werkzeug benutzt wird (Krohn et al. 2010).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine alte Dame, die in ihrer Wohnung überfallen wurde, hat ihren Täter als Abwehrreaktion in die Hand gebissen, als dieser ihr den Mund zugehalten hat.

5.11.3 Betroffene Körperregionen

Im Vergleich der betroffenen Körperregionen bei gewaltbedingten und unfallbedingten Verletzungen kann festgestellt werden, dass Frauen, die ihre Verletzungen durch Gewalteinwirkung von fremder Hand erlitten haben, 13-mal

häufiger Verletzungen im Kopfbereich aufwiesen als Frauen mit unfallbedingten Verletzungen. Bei diesen Frauen zeigten sich häufiger Verletzungen im Bereich des unteren Rückens sowie an den unteren und oberen Extremitäten. Allerdings kann es schwierig sein, anhand des Verletzungsmusters auf die Art/Ursachen der Gewalteinwirkungen zu schließen, so dass das medizinische Personal in der Notaufnahme bei allen verletzten Frauen mit Spuren von Gewalt gezielt nachfragen sollte (Fanslow et al. 1998).

Diese Schlussfolgerung wurde auch in einer britischen Studie gezogen. So lassen Verletzungen des Kopfes, des Nackens, des Brustkorbes und des Rückens eher auf gewaltbedingte Verletzungen schließen, während Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten Hinweise für unfallbedingte Verletzungen sind (Allen et al. 2007).

Bei den untersuchten Frauen der vorliegenden Studie waren am häufigsten die oberen Extremitäten, der Kopfbereich (Hirn- und Gesichtsschädel) und die unteren Extremitäten betroffen. Die männlichen Opfer von Gewalt wiesen mehr Verletzungen am Gesichts- und Hirnschädel und weniger Verletzungen an den Extremitäten auf (siehe Tabelle 4).

In einer Schweizer Studie konnte festgestellt werden, dass gewaltbedingte Verletzungen in einer Notaufnahme am häufigsten im Kopfbereich und an den Extremitäten zu finden sind (Exadaktylos et al. 2007).

5.11.3.1 Verletzungen an Hirn- und Gesichtsschädel

Gewalt gegen den Kopfbereich (Hirn- und Gesichtsschädel) fand sich signifikant häufiger bei Fremdtäteraggressionskonflikten und Raubüberfällen als bei Nahfeldkonflikten und familiären Konflikten. Dieses lässt sich dadurch begründen, dass die Täter ihr Opfer schnell wehrlos machen wollen und somit zielorientiert auf diese vulnerable Körperregion zielen (Seifert et al. 2007).

Fallbeispiel aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle:

> Eine 88-jährige Frau berichtete beim Aufschließen der Wohnungstür von einem unbekannten jungen Mann überfallen worden zu sein. Dabei hat sie erhebliche Gewalt gegen den Kopfbereich erfahren: Der Tatverdächtige hat ihr massiv mit den Fäusten, einem Telefonhörer und einem Kerzenständer auf den Kopf geschlagen, ihr an den Haaren gezogen und den Kopf auf den Boden geschlagen. Zusätzlich hat er sie gewürgt und versucht mit einem Schlauch ihren

Mund mit Wasser zu füllen. Die Frau hat sich kräftig gewehrt, so dass der Mann von ihr abgelassen hat. Es wurden bei der Untersuchung Rissquetschwunden und Hämatome im Kopfbereich und an den oberen Extremitäten festgestellt, sowie Abwehrverletzungen an den Händen.

Die massive Gewalteinwirkung, die bevorzugt gegen den Kopfbereich des Opfers gerichtet war, bestätigt die oben genannte Aussage von Seifert et. al. (2007).

5.11.3.2 Verletzungen der oberen Extremitäten

Verletzungen der oberen Extremitäten beinhalten jede Art der Gewalteinwirkung einschließlich aktiver und passiver Abwehrverletzungen, Griff- und Fixierverletzungen.

Verletzungen der oberen Extremitäten fanden sich in der vorliegenden Studie hochsignifikant am häufigsten bei familiären Konflikten (69,1%) und nur zu 43,8% bei Fremdtäteraggressionskonflikten. Seifert et al. (2007) führen eine erhöhte Rate an Verletzungen der oberen Extremitäten bei Partnerschaftskonflikten auf Abwehrverletzungen und Fixierverletzungen zurück. Ursächlich hierfür können die mehrzeitigen Gewalterfahrungen ohne Überraschungsangriff und die erhöhte Verteidigungsbereitschaft des Opfers sein. Hierbei stellt sich die Frage, ob Frauen aufgrund des Wiederholungsrisikos für Gewalt in (Ex-)Partnerschaftsbeziehungen seltener zu defensivem Verhalten greifen als gegenüber Fremdtätern oder ob es dem (Ex-)Partner nicht in der gleichen Weise gelingt das Opfer einzuschüchtern wie ein Fremdtäter. Dennoch ist eine Defensiv-Reaktion gegenüber einem Fremdtäter bei gefühlter Lebensgefährdung eine schwer zu bewältigende Herausforderung (Seifert et al. 2007). Aufgrund dieser Ergebnisse kann die Hypothese aufgestellt werden, dass in familiären Konflikten ebenfalls eine erhöhte Verteidigungsbereitschaft des Opfers besteht, möglicherweise auch aufgrund der mehrzeitigen Gewalterfahrungen und der selteneren Situation eines Überraschungsangriffs.

Bei Raubüberfällen finden sich weniger Verletzungen durch stumpfe Gewalt der oberen Extremitäten aufgrund des Überraschungsangriffs und den geringen Abwehrchancen des Opfers (Seifert et al. 2007). Eine geringere Verletzungsprävalenz der oberen Extremitäten bei Raubüberfällen bestätigt sich in den vorliegenden Daten nicht. Es wurden in 61,5% der Fälle Verletzungen der oberen Extremitäten angegeben. Dieser Wert liegt damit höher als die durchschnittliche Verletzungsrate der oberen Extremitäten. Im Gegensatz zu den

Daten von Seifert et. al. (2007) wurden in dieser Studie alle Gewalteinwirkungen berücksichtigt, so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist.

Fremdtäteraggressionskonflikte wiesen eine deutlich niedrigere Verletzungsprävalenz der oberen Extremitäten im Gegensatz zu Raubüberfällen auf, obwohl in beiden Konfliktkategorien der Täter fremd war. Es scheint somit Unterschiede im Verhalten der Opfer zu geben: Opfer von Raubüberfällen scheinen eine höhere Verteidigungsbereitschaft als Opfer von Fremdtäteraggressions-konflikten zu zeigen. Eine Erklärungsmöglichkeit wäre, dass Opfer von Raubüberfällen die geforderten Gegenstände verteidigen wollen.

Seifert et al. (2007) beschrieben einen Zusammenhang zwischen Verletzungen der oberen Extremitäten und einem Angriff gegen den Hals bei Partnerschaftskonflikten. Der familiäre Konflikt weist in der vorliegenden Studie die höchste Prävalenz für Verletzungen der oberen Extremitäten wie auch einem Angriff gegen den Hals auf. Gewalt gegen den Hals wird entweder aufgrund der gesteigerten Abwehrreaktion des Opfers eingesetzt oder der Angriff gegen den Hals des Opfers bedingt eine verstärkte Abwehrreaktion (Seifert et al. 2007).

5.11.4 Anzahl der betroffenen Körperregionen und Schweregrad der Verletzungen

Es liegt die Vermutung nahe, dass die Anzahl der betroffenen Körperregionen mit dem Schweregrad der Verletzungen korreliert. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse dieser beiden Kategorien im Zusammenhang interpretiert. Da zur Erklärung häufig weitere Ergebnisse wie die Art der Gewalt und die betroffenen Körperregionen notwendig sind, werden diese Kategorien teilweise mit in die Diskussion einbezogen.

Es fällt auf, dass ein vergleichsweise geringer Anteil an lebensgefährlichen Verletzungen diagnostiziert wurde. Dieses lässt vermuten, dass die betroffenen Frauen im geringeren Maße verletzt wurden. Jedoch werden nicht alle lebensgefährlich verletzten Patienten von einem Rechtsmediziner untersucht, da die zuständigen Ärzte davon ausgehen, dass es die Aufgabe der Polizei ist, sich um die Ermittlungen zu kümmern. Die Polizei hält die in der Klinik angefertigten Berichte unter Umständen für ausreichend oder nimmt an, dass eine operativ versorgte Verletzung nicht mehr aussagekräftig rechtsmedizinisch beurteilt werden kann (Seifert et al. 2007).

In dieser Studie fanden sich mit Ausnahme der nichtklassifizierbaren Konflikte drei und mehr betroffene Körperregionen am häufigsten in familiären Konflikten (41,5%). Somit zeigen Konflikte im familiären Bereich ein erhöhtes Risiko für Mehrfachverletzungen. Allerdings besteht keine Korrelation mit dem Schweregrad der Verletzungen: Bezogen auf die potentiell lebensgefährlichen und lebensgefährlichen Verletzungen wurden im familiären Konflikt nur die drittschwersten Verletzungen verzeichnet (siehe Abbildung 50). Bei Betrachtung der betroffenen Körperregionen ist zuerkennen, dass im familiären Konflikt die oberen und unteren Extremitäten im Gegensatz zum Kopfbereich häufiger betroffen waren als in anderen Konfliktarten. Dieses lässt den scheinbaren Widerspruch zwischen Mehrfachverletzungen und geringerem Schweregrad erklären. So wiesen Opfer familiärer Konflikte zwar Mehrfachverletzungen auf, jedoch weniger an empfindlichen Körperregionen wie dem Kopfbereich. Zusätzlich war auch die scharfe Gewalteinwirkung bei familiären Konflikten geringer als in anderen Konfliktkategorien. Seifert et al. (2007) beschreiben die schwersten Verletzungen bei Partnerschaftskonflikten (Seifert et al. 2007). Dieses Ergebnis lässt sich nicht auf die familiären Konflikte übertragen. Hier scheinen zwischen den Konfliktkategorien Unterschiede im Gewaltverhalten zu bestehen.

Die Opfer von Raubüberfällen wiesen ebenfalls eine hohe Anzahl von Mehrfachverletzungen auf. Dieser Wert korreliert mit dem Schweregrad der Verletzungen: Die betroffenen Frauen zeigten mit Ausnahme der nichtklassifizierbaren Konflikte die schwersten Verletzungen. Es wurden in über 11% der Fälle lebensgefährliche oder potentiell lebensgefährliche Verletzungen kategorisiert. Der Schweregrad der Verletzungen ist durch die vermehrte scharfe Gewalteinwirkung und die Verletzungen im Kopfbereich zu erklären. Somit scheint es bei Raubüberfällen zu einem schweren Angriff auf das Opfer zu kommen.

Fremdtäteraggressionskonflikte zeigten die geringste Anzahl an Mehrfachverletzungen und schwerwiegenden Verletzungen. Hier scheint es zu einem eher leichten Angriff gegen das Opfer zu kommen, obwohl die Opfer in ähnlicher Anzahl wie bei den Raubüberfällen Verletzungen im Kopfbereich aufwiesen und auch die scharfe Gewalteinwirkung verhältnismäßig häufig genannt wurde.

Die nichtklassifizierbaren Konflikte wiesen die schwersten Verletzungen auf. Dieses hängt damit zusammen, dass häufig schwerverletzte Patienten auf der Intensivstation untersucht wurden, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine

Angaben über die Gewalttat machen konnten und somit keiner Konfliktkategorie zugeordnet werden konnten.

Die Anzahl an besonders schweren Verletzungen (potentiell lebensgefährliche und lebensgefährliche Verletzungen) stieg mit dem Alter der Opfer an. Im Hinblick auf die einzelnen Konfliktkategorien waren Frauen über 60 Jahre häufiger durch nichtklassifizierbare Konflikte und Raubüberfälle betroffen (siehe Abbildung 10). Diese beiden Kategorien wiesen eine hohe Anzahl an besonders schweren Verletzungen auf (siehe Abbildung 50). Somit erklären sich die vermehrten schweren Verletzungen in den höheren Alterskategorien.

Die männlichen Opfer von Gewalt wiesen häufiger potentiell lebensgefährliche und lebensgefährliche Verletzungen auf als die weiblichen Opfer. Dieses lässt sich zum Beispiel durch die betroffenen Körperregionen erklären: So zeigten Männer häufiger Verletzungen am Gesichts- und Hirnschädel und weniger Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten als Frauen.

5.12 Anzeichen für Selbstbeibringung von Verletzungen

In dem vorliegenden Untersuchungskollektiv konnte bei 5,2% der Frauen eine Selbstverletzung diagnostiziert werden. Die Publikation „Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Opfern von Gewalt“ konnte zeigen, dass mehr als 50% der Frauen ein sexuelles Motiv und knapp 20% der Frauen einen Beziehungskonflikt als Anlass der Tat angeben (Seifert et al. 2009). Da diese Konfliktkategorien in der vorliegenden Studie ausgeschlossen wurden, können Vergleiche mit vorhandener Literatur nur eingeschränkt vorgenommen werden. Das vorliegende Untersuchungskollektiv stellt somit nur um die 30% aller Frauen mit Selbstverletzungen dar.

Anzeichen für selbstbeigebrachte Verletzungen fanden sich in diesem Untersuchungskollektiv doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern. In der Literatur findet sich wieder, dass Frauen deutlich häufiger von Selbstbeschädigung betroffen sind. Seifert et. al. (2009) beschreiben, dass der Anteil der weiblichen Opfer deutlich höher ist als der Anteil männlicher Betroffener. Kernbach-Wighton (2004) gibt ein Verhältnis Frauen zu Männern von 4:1 an und auch bei Heide und Kleiber (2006) sind hauptsächlich Mädchen und junge Frauen betroffen. Günter (2011) beschreibt unterschiedliche Verhaltensweisen von Frauen und Männer in Bezug auf die Entstehung von Gewalt. So richten Mädchen und Frauen gewalttätiges Verhalten,

dass z.B. durch Demütigung und Kränkung, Rachewünsche, Selbstwertprobleme, Wut, Macht und Verlangen nach Anerkennung entstanden ist, häufiger gegen den eigenen Körper als gegen andere Personen. Sie reinszenieren die erlebte Gewalttat an sich selbst. Wenn dieses Verhalten unter dem Aspekt einer traumatisch entstandenen Gewaltidentifikation betrachtet wird, ist es leichter zu begrenzen und zu behandeln (Günter 2011).

Der Altersschwerpunkt lag im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Diese nahmen im vorliegen Untersuchungskollektiv über 50% ein. Dieses findet sich in der Literatur wieder. Nach Seifert et. al. (2009) ist die Altersgruppe zwischen 13 und 22 Jahren am stärksten repräsentiert. Am Institut für Rechtsmedizin an der Universität Göttingen machen die 15- bis 25-Jährigen die größte Altersgruppe aus (Kernbach-Wighton 2004). Die jugendlichen Opfer geben als Grund des selbstverletzenden Verhaltens häufig Familienprobleme, Partnerkonflikte und Schulschwierigkeiten an (Püschel 1994).

Die angegebene Konfliktkategorie der Frauen mit selbstverletzendem Verhalten war am häufigsten ein Fremdtäteraggressionskonflikt, gefolgt vom Nahfeldkonflikt und Raubüberfall. Auch in der Täter-Opfer-Beziehung wies der Fremdtäter mit 43,5% die höchste Prozentzahl auf. In Bezug auf den Tathergang geben die Opfer häufig eine körperliche Überlegenheit der „Täter“, Wehrlosigkeit, Stillhalten vor Angst und Schreck, Festhalten durch den Täter oder einen Dritten und eventuell Bewusstlosigkeit an. Zu einer Anzeige bei der Polizei kommt es häufig erst durch Intention durch das soziale Umfeld des Opfers (Püschel et al. 1994).

Die Form der Gewalt wurde in 87% der Fälle als instrumentelle Gewalt oder Kombination angegeben. Das häufigste Tatwerkzeug war ein Stichwerkzeug. Dieses findet sich in der Literatur wieder: Bei Opfern von selbstverletzendem Verhalten findet man häufig Schnitt- und Ritzverletzungen mit den typischen Charakteristika vor (Heide und Kleiber 2006). Ebenso wird ein scharfes Tatwerkzeug angegeben (Kernbach-Wighton 2004). Favazza und Conterio (1989) führten auf, dass 72% der Frauen mit selbstbeigebrachten Verletzungen „Schneiden der Haut“ als Ursache der Verletzungen angaben, vorwiegend an den Armen (74%) (Favazza und Conterio 1989). Diese Aussage findet sich auch bei Briere und Gil (1998) wieder: Hier wurde das Schneiden an Armen und Beinen von 71% der Opfer angegeben, gefolgt vom Sich-Beißen (Mundinneres), Kratzen (57-59%) und Sich-Schlagen (44%) (Briere und Gil 1998).

Fallbeispiele aus der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

Ein 16-jähriges Mädchen berichtete, auf dem Schulweg von zwei entgegenkommenden Männern angerempelt worden zu seien. Einer der Männer hatte etwas weißes Schmales in der Hand. Sie hat daraufhin einen Schmerz im Bauch verspürt und bemerkt, dass sie blutete. Bei der Untersuchung konnte eine 3,5 cm lange ganz oberflächliche, überwiegend glattrandige, dabei mehrfach unterbrochen wirkende Hautdurchtrennung am Bauch festgestellt werden. Diese ließ aufgrund der Art, der Lokalisation und der Oberflächlichkeit auf Selbstbeibringung schließen.

Außenstehende Personen empfinden selbstverletzendes Verhalten als unverständlich und unbegreiflich, so dass diese gegenüber betroffenen Personen häufig Mitleid, Befremden, Gefühle von Ohnmacht, Diskriminierungen, Wut und offene Ablehnung zeigen (Petermann und Winkel 2005).

Im klinischen Alltag sind verschiedene Fachdisziplinen in die Diagnostik und Therapie von selbstbeigebrachten Verletzungen einbezogen: Dermatologie, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Pädiatrie und Psychiatrie. Eine entscheidende Position nimmt die Rechtsmedizin ein, die eine Entscheidung zwischen Selbstbeibringung und Fremdbeibringung treffen muss. Wichtig für die Diagnosestellung ist, dass der behandelnde Arzt an die Möglichkeit der Selbstbeibringung denkt. Andernfalls kann sich das selbstverletzende Verhalten fortsetzen und es können der betroffenen Person keine Hilfestellungen gegeben werden. Es ist allerdings nicht sinnvoll, die Betroffenen möglichst schnell zu überführen und zu einem Geständnis zu veranlassen, um dann eine Therapie zu vermitteln. Dieses könnte zu einem Kontaktabbruch führen. Es ist deshalb wichtig eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient aufzubauen. Andererseits ist es sinnvoll, im Falle einer polizeilichen Anzeige des Opfers, die Polizei über den Verdacht der Selbstbeibringung zu unterrichten, um weitere Ermittlungen gegen den „vermeintlichen Täter“ einzustellen (Püschel et al. 1994).

In der Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf können die betroffenen Frauen über vorhandene psychosoziale Hilfeangebote aufgeklärt und gegebenenfalls vermittelt werden (Seifert et al. 2009).

5.13 Frauen als Täter von Gewalt

Da das Untersuchungskollektiv der weiblichen Täterinnen mit nur 19 Fällen sehr klein ist, können keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden. Die nachfolgend dargestellten Thesen müssen an einem größeren Kollektiv überprüft werden.

Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Tätern

Frauen werden als Tatverdächtige einer Gewaltstraftat deutlich seltener registriert als Männer (Heiliger et al. 2005). Bei schweren bzw. leichten Körperverletzungen machen weibliche Tatverdächtige laut den Daten des Bundeskriminalamtes nur einen Anteil von 15% bzw. 17% aus (Bundeskriminalamt 2010b). In Bezug auf Gewaltkriminalität[3] ist eine Angleichung zwischen den Geschlechtern festzustellen: So kamen 1988 noch 9 männliche auf eine weibliche Tatverdächtige, während es im Jahr 2008 nur noch 7 waren (Bundeskriminalamt 2010a).

Es gibt viele Ansätze zur Erklärung der Unterschiede im Kriminalitätsverhalten von Frauen und Männern (Hermann 2009), doch „die Frage nach Unterschieden zwischen der Kriminalität von Männern und Frauen ist […] bislang noch weitgehend ungeklärt“ (Schmölzer 2003). Dagmar Oberlies kritisiert, dass Erklärungsmodelle zum unterschiedlichen Gewaltverhalten von Frauen und Männern nicht Frauenkriminalität erklären, sondern männliche Kriminalität als Normalität darstellen und damit die (Nicht-)Kriminalität der Frauen als erklärungsbedürftiges Phänomen aufzeigen. Die Frage, warum Männer nicht so selten kriminelle Handlungen zeigen wie Frauen, wird von der Kriminologie nicht gestellt und beantwortet (Oberlies 1995).

Doch körperliche Gewalt von Frauen nimmt zu. Besonders deutlich wird dieses in Bezug auf Gewalt von jugendlichen Mädchen (Mädchengangs), die in den letzten Jahren angestiegen ist. Laut Xenia Bade wird dabei das männliche Verhalten imitiert. Allerdings sind die Gründe für die Gewaltanwendung unterschiedlich. So handeln Jungs eher aus materiellen Gründen, während die Gründe für Gewalt von Mädchen vielmehr Beziehungsaggressionen sind. So versuchen sie sich gegen Beleidigungen durch körperliche Gewalt zu wehren (Kutsche 2009).

Dieter Hermann veröffentlichte an der Universität Heidelberg eine Untersuchung, die das unterschiedliche Gewaltverhalten von Frauen und Männern erklären soll. Nach diesen Ergebnissen orientieren Frauen sich viel stärker als Männer an idealistischen

[3] Gewaltkriminalität beinhaltet Mord/Totschlag, sexuelle Nötigung/Vergewaltigung, gefährliche/ schwere Körperverletzung und Raubdelikte. Die Angaben sind aus der Zeitreihe der PKS-Tabelle 40 errechnet.

Wertvorstellungen wie Toleranz und sozialem Engagement. Herman fand heraus, dass Personen, die idealistische Werte für wichtig erachten, eine höhere Bereitschaft aufweisen Rechtsnormen zu akzeptieren, die Gewalt verbieten, und somit seltener gewalttätig werden. Aus diesem Grund neigen Frauen deutlich weniger zu Gewaltkriminalität als Männer, denen Wertvorstellungen wie schneller Erfolg und hoher Lebensstandard wichtig sind (Hermann 2011).
Nach Xenia Bade gehen Mädchen mit Angriffen anders um als Jungs. So richten sie ihre Aggressionen eher gegen sich selbst. Die Folge sind Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten (Kutsche 2009). Auch Hermann fand heraus, dass Frauen vermeiden wollen anderen zu schaden und deshalb häufiger Gewalt gegen sich selbst anwenden (Hermann 2011).

Altersverteilung

Die untersuchten Frauen zeigten einen Altersschwerpunkt zwischen 31 und 50 Jahren. Somit zeigt sich, dass vorwiegend Frauen im mittleren Lebensalter Gewalt anwenden.

Täter-Opfer-Beziehung

In den vorliegenden Daten war das Opfer in keinem Fall eine fremde Person. In 13 von 19 Fällen bestand eine (ex-)partnerschaftliche oder familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter. Bei Trube-Becker weisen 78% der Opfer (73/94) eine verwandtschaftliche Beziehung (Ehemann, Kind, andere Verwandte) zur Täterin auf und in nur 22% der Fälle (21/94) war das Opfer fremd (Trube-Becker 1974).
Aufgrund der oben genannten Ergebnisse lässt sich die Hypothese aufstellen, dass Frauen vorwiegend in ihrem sozialen Umfeld Gewalt anwenden und nicht gegen fremde Täter agieren. Daraus lässt sich schließen, dass es sich nicht um spontane Eskalationen handelt, sondern um längerfristige Konflikte zwischen Opfer und Täter.

Partnerschaftskonflikte

In der vorliegenden Studie wurde in fast der Hälfte der Fälle eine Partnerschaft oder Ex-Partnerschaft zwischen Opfer und Täter angegeben. Nach Barbara Kavemann wenden Frauen häufiger körperliche Gewalt im Streit mit dem Partner an, als in anderen Konflikten (Kutsche 2009).
Männer und Frauen, die ein Gewaltdelikt mit Tötungsabsicht gegen ihren Ehepartner ausführen, handeln aus unterschiedlichen Motiven: Frauen haben häufig

unerträgliche Gewalt erfahren müssen und wollen sich so aus dieser Situation befreien. Männlichen Tätern dient als Tatmotiv hingegen die (Wieder-)Erlangung von Kontrolle und Macht. So handeln Männer häufig aus dem Affekt, während Frauen eine Tat länger planen. Dieses hat Folgen bei der Verurteilung. So wird eine Affekthandlung weniger hart bestraft als eine geplante Tat (Oberlies 1995).

Polz (1998) stellte in ihrer Untersuchung über Gewalttaten von Frauen in Partnerschaften fest, dass in 77% der Fälle körperliche Gewalt eine tragende Rolle in der Beziehung spielte, wobei die Aggressionen hauptsächlich vom Mann ausgingen (Polz 1998). Frauen, die schließlich Gewalt gegen ihren Partner anwenden, haben lange in der Misshandlungsbeziehung ausgeharrt und die Zumutungen ertragen, um den sozialen Anforderungen zu entsprechen. „Am Ende ist es der berühmte Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt“ (Oberlies 1995). Dieses zeigt auch die von Claudia Heyne aufgestellte Erklärung zur Täter-Opfer-Dynamik. So werden die Rollen von Täter und Opfer ausgetauscht: Das Opfer erfährt durch den Machtmissbrauch des Täters Unterdrückung und Gewalt. Daraus entwickelt sich Hass gegen den Täter, der wiederrum in dem Wunsch nach Befreiung und Macht mündet. Dieses führt zum Missbrauch der Macht. So wird aus dem ehemaligen Opfer ein Täter und der Täter wird zum Opfer seines früheren Opfers (Heyne 1995).

Mit der Tötung des Ehemanns reagiert das Opfer in der extremsten Form auf eine lange bestehende „repressive und unbefriedigende Ehesituation“ (Brökling 1980). Die Motive bei der Tötung des Ehemanns sind häufig die missglückte Ehe, die Alkoholabhängigkeit des Mannes oder eine Beziehung zu einem Freund/Geliebten (Trube-Becker 1974).

Nach Barbara Kavemann nimmt in der Trennungsphase die Bereitschaft von Frauen zu, Gewalt gegen den Partner anzuwenden (Kutsche 2009). In der vorliegenden Studie wurde in 3 Fällen eine Ex-Partnerschaft zum Opfer angegeben. In diesen Fällen wurde ein Zusammenhang zwischen der Trennung vom Partner und der Gewalttat beschrieben.

Fallbeispiel aus dem Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle

Eine Frau wurde als Tatverdächtige in dem Tötungsdelikt gegen ihren Ehemann untersucht. Es wurde angegeben, dass das Opfer nach einem Streit mit der Tatverdächtigen in der gemeinsamen Wohnung auf dem Gehweg vor dem Wohnhaus zusammengebrochen sei. Das Opfer verstarb trotz Reanimationsmaßnahmen durch den Notarzt. Bei der Obduktion wurden drei

Stichverletzungen dokumentiert: Zwei im Bereich des Brustkorbes und eine am Oberarm. Weiterhin wurde am Unterarm eine Schnittverletzung festgestellt, die als Abwehrverletzung kategorisiert wurden.
Bei der Untersuchung der Tatverdächtigen wurde eine Verletzung in der Augenbrauen-/Jochbogenregion festgestellt, vermutlich durch einen Faustschlag. Weiterhin wurden eine Griffspur am Oberarm, sturzbedingte Schürfungen am Ellenbogen, Schürfungen am Daumen durch eine tangentiale (oberflächliche) Verletzung mit einem Messer, sowie eine Stich bzw. Stich-Schnittverletzung am Oberschenkel diagnostiziert.

In diesem Beispiel ist zuerkennen, dass die Tatverdächtige in dem Streit mit ihrem Ehemann selbst Verletzungen erlitten hat. Dieses stützt die These, dass Frauen häufig im Vorwege der Tat selbst Opfer von Gewalt werden (Oberlies 1995). Weiterhin finden sich Verletzungen, die sich die Tatverdächtige während der Tathandlung selbst zugezogen hat (Angriffsverletzungen). Das Tatinstrument war ein Messer.

Art der Gewalt und Tatwerkzeug

Im vorliegenden Untersuchungskollektiv wurde in 17 von 19 Fällen ein Tatwerkzeug von den Frauen gegen ihr Opfer eingesetzt. Somit überwog die instrumentelle Gewalt gegenüber der körperlichen Gewalt, die in 4 von 19 Fällen angegeben wurde.
Bei Trube-Becker (1974) wurden als die 3 häufigsten Tötungsarten Erschlagen, Vergiften und Erdrosseln/Erwürgen genannt (Trube-Becker 1974). Dieses findet sich im vorliegenden Untersuchungskollektiv nicht wieder.
Nach Barbara Kavemann greifen Frauen bei Gewalttaten gegen einen kräftigeren Mann häufig zu Hilfsmitteln, um den körperlichen Kräfteunterschied auszugleichen (Kutsche 2009). In den vorliegenden Daten benutzten die Frauen in 15 von 19 Fällen ein Messer als Tatinstrument. In der Arbeit von Polz (1998) zu partnerbezogenen Gewalttaten von Frauen wurde ebenfalls am häufigsten ein Messer als Tatinstrument genannt (Polz 1998). Die Frauen, die ein Tötungsdelikt an ihrem Partner verüben, greifen häufig zum Naheliegenden: Küchenmesser, Kartoffelschälmesser, Fleischermesser (Oberlies 1995). Dieses berichtet auch Barbara Kavemann: „Frauen nehmen alles, was herumsteht. Von der Blumenvase über den Regenschirm bis zur Bratpfanne“ (Kutsche 2009).

5.14 Fazit

Die dargestellten Ergebnisse geben einen Überblick über die Gewaltbetroffenheit von Frauen. Häusliche Gewalt und sexualisierte Gewalt stellen die beiden häufigsten Ursachen von Gewalt im Leben einer Frau dar. Doch die vorliegende Studie konnte zeigen, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Frauen durch andere Gewaltarten betroffen ist. Es stellt sich nun die Frage, was für Schlussfolgerungen aus diesen Ergebnissen gezogen werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen am häufigsten durch Konflikte im Nahfeldbereich betroffen sind. So sind es sind nicht die fremden Täter, die die größte Gefahr für Frauen darstellen, sondern bekannte Personen, wie Nachbarn und Freunde. Dieses bedeutet einerseits, dass es den betroffenen Frauen schwerer fällt, rechtliche Schritte gegen den Täter einzuleiten, als wenn es sich um eine fremde Person handelt, andererseits kann es zu Problemen bei der Verarbeitung der Gewalttat kommen, da die betroffenen Frauen den Täter in ihrem sozialen Umfeld häufiger wiedertreffen. Dieses erfordert besondere Maßnahmen für die Betreuung der Frauen und die Prävention von erneuten Gewalttaten. Im Bereich der häuslichen Gewalt sind durch das Gewaltschutzgesetz 2002 verschiedene Maßnahmen eingeleitet worden, um den betroffenen Frauen Schutz vor dem Täter zu bieten. Auch im weiteren sozialen Umfeld müssen Hilfs- und Schutzmahnahmen für Frauen eingerichtet werden.

Auch wenn Gewalterfahrungen durch Fremdtäter nicht an erster Stelle stehen, sind diese nicht zu vernachlässigen. So bieten gerade die Maßnahmen gegen Gewalt am Arbeitsplatz ein gutes Beispiel für Vorgehensweisen, um Gewalt zu verhindern. Die Aufklärungsarbeit für ältere Frauen, um sich vor Gewalt zu schützen, stellt eine wichtige Präventionsmaßnahme dar.

Die oben genannten Beispiele zeigen, dass Gewalt und deren Folgen in der Gesellschaft gegenwärtig sind. Einerseits wirkt sich Gewalt negativ auf das Zusammenleben der Menschen in der Gesellschaft aus. Dieses fängt im häuslichen Bereich an, wo eine Familie, in der Gewalt vorkommt, keinen sicheren Zufluchtsort mehr bietet und erstreckt sich bis in die Öffentlichkeit, wo die Menschen sich im Dunkeln nicht mehr auf die Straße trauen, da sie Angst vor Raubüberfällen haben. Andererseits sind dieses die finanziellen Kosten, die durch die Gewalt verursacht werden. Diese reichen von den medizinischen Versorgungskosten für das Opfer über die Gerichtskosten bis hin zu den Kosten für die Therapie des Täters.

Für die Zukunft ist es wichtig, dass möglichst viele Gewaltopfer als solche erkannt werden und ein breites Wissen über Hilfsmöglichkeiten vorhanden ist. Dieses kann einerseits durch Sensibilisierung, Schulung und Aufklärung von Ärzten, Polizei und Opferhilfseinrichtungen geschehen, andererseits sollten auch die Öffentlichkeit und das soziale Umfeld von Opfern sensibilisiert werden. Mit der Einführung einer Rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle ist in der Metropolregion Hamburg ein wichtiger Schritt getan worden. Entsprechende rechtsmedizinische Einrichtungen an anderer Stelle, zum Beispiel auch außerhalb der größeren Städte und Universitäten, sind anzuregen und zu entwickeln.

Die rechtsmedizinische Dokumentation besitzt für die gewaltbetroffenen Frauen einen hohen Stellenwert, da es einerseits entlastend für das Opfer ist, wenn es weiß, dass Beweismaterial gesichert wurde, andererseits kann die Dokumentation der Verletzungen in einem Strafprozess gegen den Täter zur Objektivierung des Tathergangs verwendet werden. Dieses erhöht die Möglichkeit, den Täter zu verurteilen und damit Gerechtigkeit für das Opfer zu schaffen.

Bei allen Ergebnissen zur Prävalenz von Gewalt, den Folgen und den verschiedenen Versorgungs- und Hilfsmöglichkeiten darf nicht vergessen werden, dass es in erster Linie immer wieder darum gehen muss, Gewalt gar nicht erst entstehen zu lassen. Warum die Menschen gegeneinander Gewalt anwenden ist nach wie vor schwer zu verstehen und zu erklären. Die Entstehung von Gewalt zu verhindern, ist nur möglich, wenn man die Ursachen kennt. Mit dieser Arbeit konnte ein Schritt in diese Richtung gemacht werden. So geben die Ergebnisse einen Überblick über die häufigsten Konfliktgründe und deren Folgen für die Opfer. In nachfolgenden Arbeiten müssen die Ursachen weiter differenziert werden. Ziel muss es sein, die Ursachen der Gewaltentstehung auch bei den Tätern zu suchen. Es ist die Aufgabe der Gesellschaft, der Politik und der Medien, zu verhindern, dass Menschen gewalttätig werden, denn nur so kann die Entstehung von Opfern und deren Folgen verhindert werden. Man sollte dieses Ziel nicht aus den Augen verlieren, denn auch schon kleine Erfolge können großes Leid verhindern.

6 Zusammenfassung

Die Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bietet Opfern von körperlicher Gewalt die Möglichkeit einer körperlichen Untersuchung und die Dokumentation der Verletzungen in einem gerichtsverwertbaren Gutachten an. In dem Zeitraum vom 01. Januar 2003 bis zum 31. Dezember 2009 wurden 4022 Frauen ab 14 Jahren aufgrund eines Gewaltdelikts rechtsmedizinisch untersucht, 70% dieser Frauen aufgrund eines (Ex-) Partnerschaftskonflikts oder sexualisierter Gewalt. Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass außerhalb dieser Konfliktarten weitere Gewalterfahrungen von Frauen zu berücksichtigen sind, die zu schwerwiegenden körperlichen, sozialen und psychischen Folgen führen können.

Es konnte gezeigt werden, dass besonders jüngere Frauen (unter 30 Jahren) von Gewalt betroffen waren. Die Situationen, in denen Frauen Gewalt erlitten, lagen überwiegend im familiären Bereich bzw. sozialen Nahfeldbereich der Frauen, während diese weniger von Fremdtäteraggressionskonflikten und Raubüberfällen betroffen waren. Männer dagegen wiesen eine erhöhte Anzahl an Gewaltkonflikten im Zusammenhang mit Fremdtätern auf.

Die Öffentlichkeit als Ort der Gewalthandlung wurde am häufigsten genannt. Besonders Fremdtäteraggressionskonflikte und Raubüberfälle fanden in der Öffentlichkeit statt. Diese beiden Konfliktarten wurden gehäuft durch mehrere Täter ausgeführt. In Nahfeldkonflikten und familiären Konflikten dagegen agierte häufig nur ein Täter gegen das Opfer. Das Geschlecht des Tatverdächtigen war in über der Hälfte der Fälle männlich. Raubüberfälle wiesen dabei die höchste Anzahl an männlichen Tatverdächtigen auf, während weibliche Tatverdächtige vermehrt in Nahfeldkonflikten zu finden waren. Ein Alkoholkonsum des Opfers wurde gehäuft im Fremdtäteraggressionskonflikt genannt und scheint somit hier ein Risikofaktor für Gewaltanwendungen zu sein.

Die häufigste Form der Gewalt war in allen Konfliktkategorien die körperliche Gewaltanwendung. Es ist hervorzuheben, dass die Kombination aus körperlicher und instrumenteller Gewalt vermehrt im familiären Konflikt angewendet wurde. In Bezug auf die Art der Gewalteinwirkung wurde in allen Konfliktarten die stumpfe Gewalteinwirkung am häufigsten diagnostiziert. Scharfe Gewalteinwirkungen fanden

sich besonders bei Opfern von Raubüberfällen. Gewalt gegen den Hals wurde gehäuft im familiären Konflikt kategorisiert.

In Bezug auf das Verletzungsmuster der untersuchten Opfer konnte ein Unterschied zu den männlichen Opfern von Gewalt festgestellt werden: So wurden bei den Frauen häufiger Verletzungen der Extremitäten als des Kopfbereichs festgestellt, während bei den männlichen Opfern vermehrt Verletzungen im Kopfbereich diagnostiziert wurden. Bei den weiblichen Opfern waren die oberen Extremitäten gehäuft bei familiären Konflikten betroffen, während Gewalt gegen den Kopfbereich vermehrt bei Raubüberfällen und Fremdtäteraggressionskonflikten verzeichnet wurde. Es fanden sich bei den Raubüberfällen die schwersten Verletzungen. Der Schweregrad der Verletzungen nahm mit dem Alter des Opfers zu.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich der Blickwinkel der Öffentlichkeit und Medien erweitern sollte, um auch diesen Frauen die nötige Beachtung und erforderliche Hilfeleistung zu gewähren. Darüberhinaus sollten die Präventionsmaßnahmen gegen Gewalt weiter in diesen Konfliktarten ausgebaut werden.

Durch die geringe Anzahl an untersuchten weiblichen Tatverdächtigen können keine statistisch relevanten Ergebnisse abgeleitet werden. Es zeigte sich aber die Tendenz, dass Frauen zum größten Teil Gewalt in ihrem sozialen Nahraum bzw. im familiären Bereich anwenden. Eine entscheidende Stellung nahm hier die Gewaltanwendung gegen einen (Ex-)Partner ein. Auffällig war die erhöhte Anzahl an instrumenteller Gewaltanwendung, wobei besonders das Messer als Tatwaffe genannt wurde.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt	8
Abbildung 2	Gesundheitliche Folgen von Gewalt	16
Abbildung 3	Patienten ab 14 Jahren nach Geschlecht	28
Abbildung 4	Frauen ab 14 Jahren nach Studienteilnahme: Eingeschlossene Fälle gegenübergestellt den ausgeschlossenen Fällen ((Ex-) Partnerschaftskonflikte/ sexualisierte Gewalt)	29
Abbildung 5	Patienten ab 14 Jahren nach Geschlecht (ausgenommen (Ex-) Partnerschaftskonflikte/sexualisierte Gewalt)	29
Abbildung 6	Altersverteilung (5-Jahres-Kategorien) der untersuchten Frauen ab 14 Jahren	30
Abbildung 7	Alterskategorien der untersuchten Frauen ab 14 Jahren	30
Abbildung 8	Alterskategorien: Frauen und Männer im Vergleich	31
Abbildung 9	Alterskategorie in Bezug zur Konfliktkategorie	32
Abbildung 10	Konfliktkategorie in Bezug zur Alterskategorie	33
Abbildung 11	Konfliktkategorie	33
Abbildung 12	Konfliktkategorie: Frauen und Männer im Vergleich	34
Abbildung 13	Täter-Opfer-Beziehung	35
Abbildung 14	Täter-Opfer-Beziehung: Frauen und Männer im Vergleich	35
Abbildung 15	Täter-Opfer-Beziehung bei vorbestehendem Kontakt	36
Abbildung 16	Differenzierung der Tatverdächtigen in familiären Konflikten	37
Abbildung 17	Geschlecht des Tatverdächtigen	38
Abbildung 18	Geschlecht des Tatverdächtigen in Bezug zur Konfliktkategorie	38
Abbildung 19	Geschlecht des Tatverdächtigen: Frauen und Männer im Vergleich	39
Abbildung 20	Anzahl der Tatverdächtigen	40
Abbildung 21	Anzahl der Tatverdächtigen in Bezug zur Konfliktkategorie	41
Abbildung 22	Ort des Geschehens	42
Abbildung 23	Ort des Geschehens (Mehrfachnennungen)	43
Abbildung 24	Ort des Geschehens in Bezug zur Konfliktkategorie	43
Abbildung 25	Täter-Opfer-Beziehung bei materiellen Konflikten im Nahfeldbereich	44
Abbildung 26	Ort des Geschehens bei materiellen Konflikten im Nahfeldbereich	45
Abbildung 27	Täter-Opfer-Beziehung im Fremdtäteraggressionskonflikt	45

Abbildung 28	Gewaltform	47
Abbildung 29	Gewaltform in Bezug zur Konfliktkategorie	48
Abbildung 30	Tatwerkzeuge (ohne unbekannt)	49
Abbildung 31	Gewalt gegen den Hals	50
Abbildung 32	Gewalt gegen den Hals in Bezug zur Konfliktkategorie	51
Abbildung 33	Konsumverhalten der geschädigten Person (Mehrfachnennungen)	52
Abbildung 34	Alkoholkonsum der geschädigten Person in Bezug zur Konfliktkategorie	52
Abbildung 35	Konsumverhalten der beschuldigten Person (Mehrfachnennungen)	53
Abbildung 36	Art der Gewalteinwirkung (Mehrfachnennungen)	54
Abbildung 37	Stumpfe ungeformte und geformte Gewalteinwirkungen zusammengefasst in Bezug zur Konfliktkategorie	55
Abbildung 38	Scharfe Gewalteinwirkung in Bezug zur Konfliktkategorie	55
Abbildung 39	Besondere Verletzungen (Mehrfachnennungen)	57
Abbildung 40	Betroffenen Körperregionen (Mehrfachnennungen)	58
Abbildung 41	Betroffene Körperregionen (Mehrfachnennungen): Frauen und Männer im Vergleich	58
Abbildung 42	Verletzungen im Kopfbereich (Hirn- und Gesichtsschädel) in Bezug zur Konfliktkategorie	59
Abbildung 43	Verletzungen der oberen Extremitäten in Bezug zur Konfliktkategorie	60
Abbildung 44	Verletzungen der unteren Extremitäten in Bezug zur Konfliktkategorie	60
Abbildung 45	Anzahl der betroffenen Körperregionen	61
Abbildung 46	Anzahl der betroffenen Körperregionen in Bezug zur Konfliktkategorie	62
Abbildung 47	Schweregrad der Verletzungen	63
Abbildung 48	Schweregrad der Verletzungen: Frauen und Männer im Vergleich	63
Abbildung 49	Schweregrad der Verletzungen in Bezug zur Alterskategorie	64
Abbildung 50	Schweregrad der Verletzungen in Bezug zur Konfliktkategorie	65
Abbildung 51	Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Alterskategorie	66
Abbildung 52	Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Konfliktkategorie	67
Abbildung 53	Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Täter-Opfer-Beziehung	67
Abbildung 54	Selbstbeigebrachte Verletzungen in Bezug zur Gewaltform	68

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Differenzierung zwischen Fremd- und Selbstbeibringung	13
Tabelle 2	Erhobene Parameter/Erfasste Items bei der Datenerhebung	23
Tabelle 3	Gewalt gegen den Hals (ohne unbekannt)	51
Tabelle 4	Betroffene Körperregionen: Frauen und Männer im Vergleich	59
Tabelle 5	Anzeichen für Selbstbeibringung (aktuell und früher): Frauen und Männer im Vergleich	66
Tabelle 6	Altersverteilung (10-Jahres-Kategorien)	69
Tabelle 7	Anlass der Tat	69

9 Literaturverzeichnis

- Adams K (1999) What we know about police use of force. In: Use of force by police. Overview of National and Local Data. Adams K, Alpert GP, Dunham RG, Garner JH, Greenfeld LA, Henriquez MA, Langan PA, Maxwell CD, Smith SK (Hrg.), National Institute of Justice, Research Report, Jointly published with the Bureau of Justice Statistics, Washington, 1-14.

- Allen T, Noval SA, Bench LL (2007) Patterns of injuries: Accident or abuse. Violence against women 13(8): 802-816.

- Banaschak S, Madea B (2003a) Kindesmisshandlung. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 257-267.

- Banaschak S, Madea B (2003b) Selbstbeschädigung. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 268-272.

- Blättner B, Frerick B, Müller I (2008) Ärzte sollten ganz genau hinsehen. Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt 105(1-2): 23-27.

- Briere J, Gil E (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. American Journal of Orthopsychiatry 68: 609-620.

- Brodeur JP (2002) Gewalt und Polizei. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 259-283.

- Brökling E (1980) Frauenkriminalität: Darstellung und Kritik kriminologischer und devianzsoziologischer Theorien Versuch einer Neubestimmung. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

- Bruhns K, Wittmann S (2006) Umstände und Hintergründe der Einstellungen von Mädchen zur Gewalt. In: Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. W. Heitmeyer, M. Schröttle (Hrg.) Band 563, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 294-317.

- Bundeskriminalamt (Hrg.) (2010a) PKS-Zeitreihen für den Zeitraum von 1987 bis 2010. Tabelle 40: Deutsche Tatverdächtige (männlich und weiblich). [Online im Internet] URL: http://www.bka.de/DE/Publikationen/Polizeiliche Kriminalstatistik/Pks Zeitreihen/pksZeitreihen__node.html?__nnn=true [Stand: 04.12.2012, 11:35].

- Bundeskriminalamt (Hrg.) (2010b) Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland Berichtsjahr 2009. Bundeskriminalamt Wiesbaden.

- California. Department of Industrial Relations (CAL/OSHA) (1995) Guidelines for workplace security. San Francisco: Division of Occupational Safety and Health, State of California. [Online im Internet] URL: http://www.dir.ca.gov/ dosh/dosh _publications/worksecurity.html [Stand: 11.01.2012, 17:10].

- deLahunta EA (1995) Hidden trauma: The mostly missed diagnosis of domestic violence. Am J Emerg Med 13(1): 74-76.

- di Martino V (2002) Gewalt im Arbeitsleben. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1106-1129.

- Duden (1997) Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. 2. Aufl., Dudenverlag, Mannheim Leipzig Wien Zürich.

- Eckert R, Kaase M, Neidhardt F, Willems H (1990) Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt aus soziologischer Sicht. In: Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Schwind HD, Baumann J (Hrg.) Band II, Duncker & Humblot, Berlin, 293-414.

- Europäische Kommission (2011) Vorschlag für RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über Mindeststandards für die Rechte und den Schutz von Opfern von Straftaten sowie für die Opferhilfe. [Online im Internet.] URL: http://ec.europa.eu/justice/policies/criminal/victims/ docs/com_2011_275_de.pdf. [Stand: 12.01.2012, 10:30].

- Exadaktylos AK, Häuselmann S, Zimmermann H (2007) Are times getting tougher? A six-year survey of urban violence-related injuries in a Swiss university hospital. SWISS MED WKLY. 137: 525-530.

- Fanslow JL, Norton RN, Spinola CG (1998) Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. Ann Emerg Med. 32: 341-348.

- Farrington DP (1992) Criminal career research in the United Kingdom. British Journal of Criminology 32(4) 521-536.

- Fattah EA (2002) Gewalt gegen ‚gesellschaftlich Überflüssige'. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 958-980.

- Favazza AR, Conterio K (1989) Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatrica Scandinavica 79: 283-289.

- Feltes T (2006) Legitime und illegitime Gewaltanwendung durch die Polizei. In: Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. W. Heitmeyer, M. Schröttle (Hrg.) Band 563, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 539-556.

- Franke B, Seifert D, Anders S, Schröder J, Heinemann A (2004) Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt" aus kriminologischer Sicht. Rechtsmedizin 14: 193-198.

- Garbarino J, Bradshaw CP (2002) Gewalt gegen Kinder. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 899-920.

- Gelles RJ (2002) Gewalt in der Familie. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1043-1077.

- Geoffrey P A, Dunham R G (2004) Understanding police use of force. Officers, suspects, and reciprocity, Cambridge University Press, Cambridge.

- Gerstle H (2010) Solidarität zeigen Öffentlichkeit schaffen. Warum Gewalt gegen Frauen ein Gewerkschaftsthema ist. Frau geht vor. Info-Brief N°3 10-11.

- Gloor D, Meier H (2004) Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie (Zentrale Ergebnisse und Folgerungen). Zürich [Online im Internet.] URL: http://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/PDF_web/5.1.themen/5.1.3.1.maternite_ergebnisse_pat_befragung.pdf [Stand: 18.08.2011, 11:45].

- Godenzi A (1994) Gewalt im sozialen Nahraum, 2. Aufl., Helbing & Lichtenhahn, Basel Frankfurt am Main.

- Görgen T, Herbst S, Kotlenga S, Nägele B, Rabold S (2010) Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

- Graß H, Rothschild MA (2004) Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin 14: 188-192.

- Günter Michael (2011) Gewalt entsteht im Kopf, Klett-Cotta, Stuttgart.

- Hagemann-White C, Bohne S (2003) Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Düsseldorf, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westphalen.

- Heide S, Kleiber M (2006) Selbstbeschädigung – eine rechtsmedizinische Betrachtung. Deutsches Ärzteblatt 40: 2627-2633.

- Heiliger A, Goldberg B, Schröttle M, Hermann D (2005) Gewalthandlungen und Gewaltbetroffenheit von Frauen und Männern. In: Gender-Datenreport 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen

und Jugend. W. Cornelißen (Hrg.) 2. Fassung, München [Online im Internet.] URL: http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/10-gewalthandlungen-und-gewaltbetroffenheit-von-frauen-und-maennern.html [Stand: 14.09.2011, 12:40].

- Heinz W (2002) Jugendkriminalität in Deutschland. Kriminalstatistische und kriminologische Befunde. Konstanz [Online im Internet.] URL: http://kops.ub.uni-konstanz.de/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-8976 [Stand: 14.09.2011, 15:05].

- Heise L, Pitanguy J, Germanin A (1994) Violence against women. The hidden health burden. World Bank Discussion Papers 225, Washington.

- Heitmeyer W, Hagan J (2002) Gewalt. Zu den Schwierigkeiten einer systematischen internationalen Bestandsaufnahme. In: Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 15-25.

- Heitmeyer W, Schröttle M (2006) Gewalt Beschreibungen, Analysen, Prävention. Band 563, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

- Hellbernd K, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

- Hermann D (2009) Delinquenz und Geschlecht. In: Handbuch der Forensischen Psychiatrie Band 4 Kriminologie und Forensische Psychiatrie. Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrg.) Steinkopff Verlag, Heidelberg, 175-186.

- Hermann D (2011) Frauen sind idealistischer und daher weniger gewaltbereit als Männer. Pressemitteilung der Universität Heidelberg [Online im Internet.] URL: http://www.uni-heidelberg.de/presse/news2011/pm20110303 _gewalt.html [Stand: 25.10.2011, 10:16].

- Heyne C (1993) Täterinnen. Offene und versteckte Aggression von Frauen. Kreuz Verlag AG, Zürich.

- Imbusch P (2002) Der Gewaltbegriff. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 26-57.

- Jagusch B (2010a) Gewalt gegen Frauen. Frau geht vor. Info-Brief N°3 3.

- Jagusch B (2010b) Mehr Schutz vor Übergriffen. Frau geht vor. Info-Brief N°3 12.

- Jagusch B (2010c) Tatort Arbeitsplatz. Frau geht vor. Info-Brief N°3 13.

- Jenter A (2010) Gewalt und Geschlecht in der Schule. Präventionsmaßnahmen unter dem Geschlechteraspekt. Frau geht vor. Info-Brief N°3 16-17.

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

- Kernbach-Wighton G (2004) Selbst zugefügte Verletzungen. Rechtsmedizin 14: 277-295.

- Klewin G, Tillmann K-J, Weingart G (2002) Gewalt in der Schule. In: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Heitmeyer W, Hagan J (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1078-1105.

- Klewin G, Tillmann K-J (2006) Gewaltformen in der Schule – ein vielschichtiges Problem. In: Gewalt. Beschreibungen, Analysen, Prävention. W. Heitmeyer, M. Schröttle (Hrg.) Band 563, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 191-208.

- Klopfstein U, Streit S, Schön C (2008) Körperliche und sexuelle Gewalt an Erwachsenen: Vom forensischen Denken und ärztlichem Handeln. Ther Umsch. 65: 371–379.

- König HG, Freislederer A, Baedeker C, Pedal J (1987) Unterscheidungskriterien für Selbst- oder Fremdbeibringung von Verletzungen angeblich oder tatsächlich Überfallener. Arch Krim 180: 13-27.

- Krohn J, Seifert D, Kurth H, Püschel K, Schröder A S (2010) Gewaltdelikte mit menschlichen Bissverletzungen. Rechtsmedizin 20: 19-24.

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. (2002) World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

- Kutsche J (2009) Emanzipation mit dem Regenschirm. Gewalt von Frauen. [Online im Internet.] URL: http://www.zeit.de/online/2009/11/frauentag-gewalt-von-frauen [Stand: 10.01.2012, 11:30].

- Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M (2002) Captured queen. Men's violence against women in "equal" Sweden – a prevalence study. Fritzes Offentliga Publikationer, Stockholm.

- Madea B, Schmidt P (2003) Thermische Energie. Hitze: lokale Hitzeschäden, Verbrennungen und Verbrühungen. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 170-181.

- Manzoni P (2003) Gewalt zwischen Polizei und Bevölkerung, Einflüsse von Arbeitsbelastungen, Arbeitszufriedenheit und Burnout auf polizeiliche Gewaltausübung und Opfererfahrungen. Verlag Rüegger, Zürich Chur.

- Mattig W, Semmler J (2003) Stumpfe Gewalt Haut- und Weichteile. In: Handbuch Gerichtliche Medizin, Brinkmann B, Madea B (Hrg.) Bd 1., Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, 358-368.

- Menne C (2010) Wehret den Anfängen! Gewalt beginnt mit Worten. Frau geht vor. Info-Brief N°3 3.

- Müller R, Groeneveld T, Preuß A (2009) Phänomenologie der gefährlichen und schweren Körperverletzung im öffentlichen Raum. Landeskriminalamt Hamburg.

- Müller U, Schröttle M, Glammeier S, Oppenheimer C (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, Eigendruck.

- Oberlies D (1995) Tötungsdelikte zwischen Männern und Frauen. Eine Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede aus dem Blickwinkel gerichtlicher Rekonstruktionen. Centaurus, Pfaffenweiler.

- Oehmichen M, Madea B (2003) Scharfe Gewalt. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 124-132.

- Ohlemacher T, Rüger A, Schacht G, Feldkötter U (2003) Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte 1985-2000. Eine kriminologische Analyse. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung Band 24, Nomos, Baden-Baden.

- Parzeller M, Ramsthaler F, Zedler B, Raschka C, Bratzke H (2008) Griff zum Hals und Würgen des Opfers Juristische, rechts- und sportmedizinische Bewertung. Rechsmedizin 18: 195-201.

- Pate AM, Fridell LA, Hamiston EE (1993) Police use of force: Official reports, citizen complaints and legal consequences. Police Foundation, Washington.

- Penning R (2006) Rechtsmedizin systematisch. 2. Aufl., Uni-Med Verlag AG, Bremen London Boston.

- Petermann F, Winkel S (2005) Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen, Interventionsmöglichkeiten. Hogrefe, Göttingen Bern Wien Toronto Seattle Oxford Prag.

- Pfeiffer C, Baier D (2006) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Aktuelle Befunde aus der KFN-Schülerbefragung 2005. Hamburger Ärzteblatt 4: 194-196.

- Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D (1999) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Forschungsberichte Nr. 80, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hannover.

- Plattner T, Bollinger S, Zollinger U (2005) Forensic assessment of survived strangulation. Forensic Sci Int 153 (2-3): 202-207.

- Pollak S (2003a) Körperverletzungen. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 279-287.

- Pollak S (2003b) Schussverletzungen. In: Praxis Rechtsmedizin. Madea B (Hrg.) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 132-146.

- Pollak S (2004) Verletzungen durch eigene oder fremde Hand. In: Brinkmann B, Madea B (Hrg.) Handbuch Gerichtliche Medizin, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, 250 – 257.

- Pollak S, Reiter C, Stellwag-Carion C (1987) Vortäuschung von Überfällen durch eigenhändig zugefügte Schnitt- und Stichwunden. Arch Krim 179: 82-93.

- Polz S (1998) Gewalttaten von Frauen – eine Analyse von dreißig partnerschaftsbezogenen Gewaltdelikten. Wissenschaftliche Schriftenreihe Medizin Band 8. Köster, Berlin.

- Püschel K (1994) Trauma im Kindesalter – Mißhandlung/Unfall Differentialdiagnose der Selbstbeschädigung. Hautnah Päd 6: 53-55.

- Püschel K, Kleiber M, Erfurt C (1994) Morphologie und Rekonstruktion des Trauma. Vortäuschung einer Straftat durch selbstbeigebrachte Verletzungen. Hautnah Päd 6: 170-177.

- Püschel K, Schröer J (2007) Die Bedeutung rechtsmedizinischer Untersuchungsanalysen bei der Erstellung von Fallanalysen. In: Täterprofile bei Gewaltverbrechen Mythos, Theorie, Praxis und forensische Anwendung des Profilings. C. Musolff, J. Hoffmann (Hrg.) 2. Aufl, Springer, Heidelberg, Berlin, 177-205.

- Rauchfleisch U (1992) Allgegenwart von Gewalt. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

- Schmitt C (2003) Beißen oder gebissen werden – Vorsicht, scharfe Zähne: Fast jede vierte Bisswunde verursacht ein Mensch. Zeit Online 36:57. [Online im Internet.] URL: http://www.zeit.de/2003/36/Bei_a7er_36 [Stand: 24.08. 2011, 09:40].

- Schmölzer G (2003) Geschlecht und Kriminalität: Zur kriminologischen Diskussion der Frauenkriminalität. Der Bürger im Staat 53: 58-64.

- Schubert J (2008) Wundlehre. In Chirurgische Grundlagen. N. Schwenzer, M. Ehrenfeld (Hrg.) 4. Aufl., Thieme, Stuttgart New York, 164-192.

- Sehrbrock I (2010) Gewalt gegen Frauen: Gesellschaftliches Problem mit weitreichenden Folgen. Frau geht vor 2010. Info-Brief N°3 2.

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

- Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröer J, Püschel K (2006) Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Rechtsmedizin 16: 205-212.

- Seifert D, Heinemann A, Koch C, Franke B (2007) Modellprojekt zur Implementierung eines Rechtsmedizinischen Kompetenzzentrums für die Untersuchung von Opfern von Gewalt. Ergebnis des ersten Projektjahres 01.02.2003-31.01.2004, Nomos, Baden-Baden.

- Seifert D, Püschel K, Anders S (2009) Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Opfern von Gewalt. Rechtsmedizin 19: 325-330.

- Strassmann F (1910) Merkmale der behufs Vortäuschung fremden Angriffs bewirkten Selbstverletzungen. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 39: 3-16.

- Tjaden P, Thoennes N (2000) Full report of prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from the national violence against women survey. National Institute of Justice, Washington.

- Trube-Becker E (1974) Frauen als Mörder. Wilhelm Goldman Verlag, München.

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

- Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos, Baden-Baden.

- Wieners K, Hellbernd H (2000) Gewalt macht krank – Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: European women‘s health network (eds) Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheit. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover, 32-45.

- Wimmer M, Wulf C, Dieckmann B (1996) Das zivilisierte Tier. Zur historischen Anthropologie der Gewalt. Fischer Taschenbuch GmbH, Frankfurt am Main.

- Wirth I, Strauch H (2006) Rechtsmedizin Grundwissen für die Ermittlungspraxis. 2. Aufl., Kriminalstatistik Verlag, Heidelberg.

- Wyss E (2004) Gewaltbegriffe, Faktenblatt 4, Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Bern [Online im Internet.] URL: http://www.mann-als-opfer.com/downloads/factsheet4buerofuergleichstellung.pdf [Stand: 09.08.2011, 10:15].

- Zimmerli W (2008) Infektionen nach Bissverletzungen. In: Internistische Notfälle Sicher durch die Akutsituation und die nachfolgenden 48 Stunden. Schoenenberger RA, Haefili WE, Schifferli J (Hrg.) 8. Aufl., Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 282-284.

10 Danksagung

Bedanken möchte ich mich zunächst bei Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, für die Überlassung des interessanten Themas, den Freiraum in der Gestaltung und die schnelle Korrektur der Arbeit.

Einen besonderen Dank möchte ich Frau PD Dr. med. Dragana Seifert für die liebevolle Betreuung während der Dissertation aussprechen. Die schnelle Beantwortung von E-Mails, die vielen Termine und die kritische Durchsicht der Arbeit haben mir sehr geholfen und mich bei der Weiterarbeitung unterstützt. PD Dr. med. Dragana Seifert hatte immer ein offenes Ohr für Probleme und ihre motivierenden Worte haben mir sehr bei der Erstellung der Arbeit geholfen.

Ich möchte mich bei Dr. med. Axel Heinemann für die Beratung bei statistischen Problemen und die statistische Auswertung der Daten bedanken.

Bei Kristin Spremberg und Lydia Weiland möchte ich mich für die gegenseitige Unterstützung und Motivation während der gemeinsamen Zeit im Institut für Rechtsmedizin und auch während des Schreibens der Arbeit bedanken.

Ein großes Dankeschön geht an meine Schwester Ellen, die mir durch ihre Korrekturen der Arbeit sehr geholfen hat und die ich bei Problemen immer anrufen konnte.

Bei meinem Freund Marius möchte ich mich für die liebe Unterstützung während der Arbeit und den aufbauenden Worten bei einigen Stimmungstiefs und Motivationseinbrüchen bedanken.

Schließlich möchte ich mich bei meinen Eltern und Großeltern bedanken, die während meines Studiums immer hinter mir stehen und meine Entscheidungen unterstützen.

11 Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Wischmann
Vorname	Marie
Anschrift	Steinburger Straße 7 25361 Süderau
Geburtsdatum	07.07.1988
Geburtsort	Itzehoe

SCHULE

08/1995 – 07/1999	Grundschule, Krempe
08/1999 – 06/2008	Detlefsengymnasium, Glückstadt
06/2008	Allgemeine Hochschulreife

STUDIUM

10/2008 – 11/2014	Studium der Humanmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
09/2010	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
11/2014	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

FAMULATUR

23.07. – 22.08.2012	Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Itzehoe
27.08. – 26.09.2012	Neurologie, Albertinen-Krankenhaus Hamburg
02.01. – 01.02.2013	Urologie, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg
18.02. – 19.03.2013	Notaufnahme, Seychelles Hospital, Republic of Seychelles

PRAKTISCHES JAHR

19.08. – 08.12.2013	Innere Medizin, Westküstenklinikum Heide
09.12. – 02.02.2014	Chirurgie, Regio Klinikum Pinneberg
03.02. – 30.03.2014	Chirurgie, Spital Dornach, Schweiz
31.03. – 20.07.2014	Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Itzehoe

PUBLIKATION

2013	M. Wischmann, A. Heinemann, K. Püschel, D. Seifert (2013) Frauen als Opfer von Gewalt. Rechtsmedizin 23:466-471

12 Eidesstattliche Versicherung

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

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

.....

Marie Wischmann