

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Gewaltdelinquenz und Opfererfahrungen im Leben älterer Menschen

Dissertation

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

vorgelegt von:

Eric Dietz
geboren in Tübingen

Hamburg 2017

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 23.01.2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

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

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse

Inhalt

1. Einleitung.....	1
1.1 Einführung.....	1
1.2 Definition des Gewaltbegriffes in der klinischen Rechtsmedizin.....	2
1.3 Gewalt im höheren Lebensalter als Forschungsthema und Bestandteil der öffentlichen Diskussionen.....	3
1.4 Probleme der Gewalterfassung (Problemidentifikation und Problemerkennung)	6
2. Zielsetzung und Fragestellungen	16
3. Material und Methodik.....	20
3.1 Material	20
3.2 Methodik.....	23
3.3 Erfasste Parameter der Basisdokumentationsbögen	25
4. Ergebnisse.....	29
4.1 Anmerkung.....	29
4.2 Jährliche Fallzahlen der untersuchten Personen	29
4.3 Opfermerkmale.....	30
4.3.1 Alter, Geschlecht, Nationalität.....	30
4.3.2 Sprachkompetenz (Sprechen und Verstehen).....	33
4.4 Sachverhaltserhebung (Eigenanamnese, Fremdanamnese)	34
4.5 Untersuchungsorte	35
4.6 Auftrags- und Auftraggeber-Struktur.....	38
4.7 Hintergründe und Anlässe der Untersuchungen	39
4.8 Tätermerkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität.....	41
4.9 Täteranzahl: Einzeltäter und Gruppenkriminalität	46
4.10 Täter-Opfer-Beziehung.....	47
4.11 Formen und Arten der Gewalterfahrungen	51
4.11.1 Instrumentelle Gewalt	53
4.11.2 Sexualisierte und sexuell motivierte Gewalthandlungen (Tatbestände und Tatbestandsmerkmale)	56
4.11.3 Strangulation/mechanische Asphyxie.....	59
4.11.3.1 Formen der Strangulation und Arten der mechanischen Asphyxie.....	59
4.11.3.2 Symptome	60
4.11.3.3 Benutzte Gegenstände/Art und Weise der Behinderung der Atmung.....	61
4.12 Orte der Gewalthandlungen.....	62
4.13 Substanzmittelkonsum und psychische Gesundheit der Opfer	64
4.14 Substanzmittelkonsum der beschuldigten Personen.....	65
4.15 Alkohol- und Substanzmittelkonsum im Kontext verschiedener Deliktarten	66

4.16 Wegweisung: Anwendbarkeit des Gewaltschutzgesetzes	70
4.17 Anzeigeverhalten/Anzeigeerstattungen	71
4.17.1 Anzeigebereitschaft in Abhängigkeit der Täter-Opfer-Beziehung	72
4.17.2 Anzeigeverhalten der Opfer in Abhängigkeit zur Nationalität der Täter	74
4.18 Polizeilicher Status: Wechselbeziehung zwischen Opfer- und Täterstatus	76
4.19 Untersuchungsbefunde	77
4.19.1 Befundmuster und Verletzungslokalisationen nach Art der Gewalteinwirkung	77
4.19.2 Stumpfe Gewalt	78
4.19.2.1 Stumpfe ungeformte Gewalt	78
4.19.2.2 Stumpfe geformte Gewalt	79
4.19.3 Halbscharfe Gewalt.....	81
4.19.4 Scharfe Gewalt	82
4.19.4.1 Stichverletzungen	82
4.19.4.2 Schnittverletzungen	83
4.19.4.3 Scharfe Gewalt (Stich-/Schnittverletzungen) im Kontext der motivationalen Tathintergründe und in Bezug auf das Tätergeschlecht.....	84
4.19.4.4 Bewertung der Verletzungsschwere (Scoring) bei Stich- und Schnittverletzungen im Halsbereich	85
4.19.5 Schusswaffengewalt	86
4.19.6 Thermische/thermoelektrische Gewalt	87
4.19.7 Chemische Gewalt.....	88
4.19.8 Gewaltkombinationen.....	89
4.19.9 Spezifische Verletzungen/Verletzungsmuster	92
4.19.9.1 Hautnarben.....	92
4.19.9.2 Frakturen	93
4.19.9.3 Bissverletzungen/-spuren	94
4.19.9.4 Fesselungsverletzungen/-spuren.....	95
4.19.9.5 Widerlagerverletzungen.....	96
4.19.9.6 Griffspuren und Abwehrverletzungen.....	97
4.19.9.7 Ritzverletzungen.....	98
4.19.9.8 Kratzverletzungen/-spuren.....	99
4.19.9.9 Trittverletzungen/-spuren.....	100
4.19.9.10 Weitere Verletzungsarten/-formen und deren Lokalisationen.....	101
4.19.9.11 Strangulationsbefunde.....	104
4.19.10 Entstehungszeitpunkte der Verletzungen.....	107
4.19.10.1 Mehrzeitige Verletzungen bei eingeräumtem Substanzmittelkonsum u./o. bestehender Suchtproblematik.....	108

4.19.11 Verletzungsmuster im Kontext der Anamnese.....	110
4.19.12 Zeitspanne zwischen Tathergang und Untersuchung.....	115
4.19.13 Zeitliche Nachweisbarkeit klinischer Symptome	116
4.19.14 Risiko-/Schweregradbeurteilung der Verletzungen.....	117
4.19.15 Konsum von Substanzmitteln und geistig-psychische Verfassung der Geschädigten nach Einschätzung des untersuchenden Arztes.....	120
5. Diskussion	123
5.1 Stand der wissenschaftlichen Diskussionen zum Auftreten und zur Häufigkeit von Gewalt im Alter	123
5.1.1 Gewalt im bundesweiten Raum.....	126
5.1.2 Gewalt im häuslichen Umfeld.....	129
5.1.3 Gewalt im pflegerischen Bereich	131
5.1.4 Dunkelfeldschätzung.....	137
5.2 Gewalt im sozialen Nahraum – geschlechts- und generationsspezifische Unterschiede	141
5.2.1 Täter-Opfer-Beziehungen	141
5.3 Anzeigerstattungen und Anzeigeverhalten	144
5.3.1 Anzeigerstattung und Gründe für das Unterlassen einer Anzeige	144
5.3.2 Anzeigebereitschaft der Opfer in Abhängigkeit der Nationalität/Ethnizität der Täter	150
5.4 Quantifizierung soziodemografischer Gewaltunterschiede	153
5.4.1 Gewalterfahrungen im Geschlechter- und Generationenvergleich	153
5.4.2 Gewaltbetroffenheit in Abhängigkeit der Nationalität/Ethnizität.....	158
5.5 Phänomenologische, handlungsmotivierende und morphologische Aspekte der Gewalt.....	162
5.5.1 Hintergründe und Motive der Gewalt-Opfer-Werdungen	162
5.5.2 Orte der Gewalterfahrungen.....	164
5.6 Den Taten zugrunde liegende Kriminalitäts- und Gewaltformen	168
5.7 Substanzmittelkonsum	178
5.7.1 Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem individuellem Risiko, Gewalttäter oder Gewaltopfer zu werden	178
5.8 Einfluss von Alkohol und Drogen auf das Reviktimisierungsrisiko	182
5.9 Zeitintervall zwischen Tathergang und rechtsmedizinischer Untersuchung	184
5.10 Untersuchungsorte und Auftraggeberstruktur	187
5.11 Beurteilung von Untersuchungsbefunden.....	190
5.12 Arten der Gewalteinwirkungen, Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen	194
5.12.1 Strangulation und mechanische Asphyxie.....	197

5.12.2 Scharfe Gewalt	204
5.12.2.1 Stich- und Schnittverletzungen	204
5.12.2.2 Ritzverletzungen.....	210
5.12.3 Halbscharfe Gewalt.....	211
5.12.3.1 Bissverletzungen/-spuren	214
5.12.3.2 Kratzverletzungen/-spuren.....	217
5.12.4 Stumpfe ungeformte und geformte Gewalt.....	221
5.12.4.1 Einschränkungen der Beurteilbarkeit	221
5.12.4.2 Bei der Beurteilung zu berücksichtigende Faktoren.....	224
5.12.4.3 Stumpfe geformte/konturierte Gewalt	234
5.12.4.4 Trittverletzungen/-spuren.....	238
5.12.4.5 Griffverletzungen/-spuren	240
5.12.5 Widerlagerverletzungen	242
5.12.6 Dekubitalulzera (Durchliegende Geschwüre).....	245
5.12.7 Abwehrverletzungen	247
5.12.8 Fesselungsverletzungen/Fesselmarken	251
5.13 Besondere Gewaltformen.....	254
5.13.1 Schusswaffengewalt und Schussverletzungen.....	254
5.13.2 Thermische und thermoelektrische Gewalt	257
5.13.3 Chemische Gewalt.....	261
5.13.4 Hautnarben aus gerichtlich-medizinischer Sicht.....	263
5.13.5 Selbstbeigebrachte Verletzungen/selbstverletzendes Verhalten	268
5.14 Sexualisierte und sexuell motivierte Gewalthandlungen	275
5.15 Probleme, Besonderheiten und differenzialdiagnostische Überlegungen.....	287
5.15.1 Gesundheitliche Störungen und Veränderungen im Alter.....	287
5.15.2 Verletzungen unterschiedlichen Alters und Genese	288
5.15.3 Beurteilbarkeit und Nachweisbarkeit klinischer Symptome.....	290
5.16 Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt	293
5.17 Intervention und Prävention als Aufgabenbereich der Rechtsmedizin	296
5.18 Gewalt-Evaluation als Assessment-Instrument.....	303
6. Zusammenfassung und Fazit.....	309
7. Summary and Conclusion	312
8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	315
9. Abkürzungsverzeichnis	325
10. Literaturverzeichnis.....	326
11. Danksagung.....	343

12. Lebenslauf	344
12. Eidesstattliche Erklärung.....	345

1. Einleitung

1.1 Einführung

Aus gesellschafts-, sozialwissenschafts- und wissenschaftspolitischen Gründen gewinnt das Thema „Demografischer Wandel“ – speziell im Hinblick auf die Alterung – zunehmend an Relevanz und wird von der Öffentlichkeit, insbesondere der Politik, verstärkt zur Kenntnis genommen. Mit diesem Entwicklungsprozess sind unweigerlich verschiedene Auswirkungen und Herausforderungen verbunden. Wird nun versucht, vor diesem Hintergrund, die Frage zu beantworten, welche Probleme sich hierbei im Einzelnen ergeben, so steht es außer Frage, dass das Phänomen der Gewaltbetroffenheit älterer Menschen sowohl aktuell als auch zukünftig eines der zentralen Themen darstellen wird.

Dies in Anbetracht dessen, dass die Gewaltbetroffenheit der Menschen als direkte oder indirekte Reaktion auf äußere Faktoren zu verstehen ist. Es kann somit der Schluss gezogen werden, dass im Zusammenhang mit der älter werdenden Gesellschaft das Zusammenwirken von veränderten soziodemografischen, wirtschaftlichen und leistungsstrukturellen Verhältnissen, unter dem Einfluss der Morbiditätsentwicklung, eine Situation konstatiert, die zu einem Anstieg von Gewalt führt (Hörl und Schimany 2004).

Der Begriff der Gewalt steht hierbei aber nicht nur für schwere körperliche Gewalterfahrungen, sondern umfasst die Gewalt in all ihren möglichen Formen und unter allen möglichen Aspekten, woraus sich ein weitgefächertes Spektrum möglicher Sichtweisen auf diese Thematik ergibt. Betrachtet man hierzu die Literatur, so ist festzustellen, dass sich die gegenwärtige Forschung auf diesem Gebiet primär den Fragen nach den Ursachen, Bedingungen und Erscheinungsformen annimmt sowie mögliche Präventions- und Interventionsmaßnahmen erörtert und aufzeigt. Insbesondere im Hinblick auf die beiden letztgenannten Forschungszweige stellt sich dabei noch eine weitere zentrale Frage: die des Erkennens von Gewalt, wel-

che bis heute nicht bzw. nur in ungenügendem Umfang Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten war.

Nicht zuletzt hieraus ergeben sich auch die Notwendigkeit und die Bedeutung dieser Arbeit. Erkennt die Gesellschaft die körperlichen Gewaltformen und deren Folgen? Ist eine Basis geschaffen, die es erlaubt, zielgerichtet präventiv und interventiv zu agieren?

1.2 Definition des Gewaltbegriffes in der klinischen Rechtsmedizin

Dem Fachgebiet der Rechtsmedizin entsprechend, stehen jene Gewaltformen im Mittelpunkt des Interesses, die in strafrechtlicher, zivilrechtlicher und/oder öffentlich-rechtlicher Hinsicht verfolgbar sind oder zumindest abklärungsbedürftig erscheinen und damit auch kriminologische sowie forensisch-medizinische Relevanz besitzen. Im Einzelnen handelt es sich hier um Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit und die persönliche Freiheit, gemeingefährliche Straftaten und Straftaten im Amt sowie um Rechtfertigungsgründe der Notwehr und des Notstandes, wie zum Teil auch um die Deliktbereiche Diebstahl und Unterschlagung, Raub und Erpressung. Zivilrechtlich relevante Tatbestände, die zum Tragen kommen bzw. hinsichtlich des Begriffes der Körperverletzung Auslegung erfahren können, stellen in diesem Zusammenhang beispielsweise die immateriellen Schäden und die Schadensersatzpflichten dar. Die öffentlich-rechtliche Komponente im Bereich der Körperverletzungsdelikte findet sich u. a. in den Grundrechten, von denen hier insbesondere zwei Artikel zu erwähnen sind: Art. 1 [Schutz der Menschenwürde, Menschenrechte, Grundrechtsbindung] und Art. 2 [Freie Entfaltung der Persönlichkeit, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Freiheit der Person].

Eine weitere Erläuterung sei hier zur Begrifflichkeit der Kriminalität angeführt, wie sie auch in den nachfolgenden Kapiteln Verwendung findet. Der in diesem Zusammenhang verwendete Kriminalitätsbegriff fasst Delikte zusammen, denen eine gerichtlich strafbare und verfolgbare Handlung zugrunde gelegt werden kann, und die sich damit auch in den polizeilichen Kriminalitätsstatistiken repräsentiert fin-

den. Der rechtliche Kriminalitätsbegriff beschreibt demnach diejenigen Verbrechen, die nach dem Gesetz unter Strafe stehen.

1.3 Gewalt im höheren Lebensalter als Forschungsthema und Bestandteil der öffentlichen Diskussionen

Ungeachtet der Tatsache, dass Gewalt gegen ältere Menschen, wie auch im Umgang unter älteren Menschen, als ein nicht zu vernachlässigendes gesellschaftliches Phänomen und soziales Problem in Erscheinung tritt, und dies nicht erst in jüngster Zeit, blieb dieses Problem bis vor wenigen Jahren von der Gesellschaft weitestgehend unbeachtet und unreflektiert. Ebenfalls wurde es von der sozialwissenschaftlichen Forschung – als Untersuchungsgegenstand – erst spät wahrgenommen.

Eine Ausnahme hiervon bilden Veröffentlichungen aus dem englischen Sprachraum von Baker (1975) und Burston (1975, 1977), die bereits Mitte der 70er-Jahre auf die Situation und die Problematik von Viktimisierungen im Alter aufmerksam machten, jedoch bis in die 80er-Jahre hinein weitgehend unbeachtet blieben. Sie fanden erst, neben den in den 80er-Jahren erschienenen Arbeiten von Eastman (1984, 1989), allmählich wissenschaftliches Interesse und vermittelten in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für diese Problematik (Decalmer und Glendenning 1997, Görgen et al. 2002).

Wesentlich mehr Aufmerksamkeit und ein zunehmendes wissenschaftliches sowie „politisches“ Interesse – zumindest hierzulande – erfuhr das Forschungsthema „Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen“ erst durch die wissenschaftlichen Erhebungen und Darstellungen des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (KFN), welches sich der Frage nach der „Gewalt im Alter“ annahm (bspw. im Rahmen von Auftragsstudien des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; BMFSFJ) und hierzu erste Ergebnisse im Jahr 1995 veröffentlichte (Hirsch 2003).

Dies führte dazu, dass der Begriff Gewalt im Kontext alter und pflegebedürftiger Menschen in den letzten Jahren mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückte. Veröffentlichungen, Vorträge und Presseberichte zu diesem Thema folgten, jedoch in geringerem Maße, als dies angesichts des Stellenwertes dieses Themas in der öffentlichen Diskussion zu erwarten gewesen wäre.

Ein eindrückliches Beispiel für dieses gesellschaftliche Phänomen des scheinbaren/unausgesprochenen „Desinteresses“ der deutschen Bevölkerung an dieser Thematik findet sich u. a. in den Besucherzahlen der Veranstaltungsreihen des Arbeitskreises Häusliche Gewalt der Ärztekammer Hamburg zu den beiden Themen „Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen alte Menschen“. Während die erste Veranstaltung im Jahr 2011 dem immer größer werdenden Besucherandrang nicht mehr gewachsen war, zählte die Vortragsveranstaltung „Gewalt gegen alte Menschen“ im Jahr 2012 nur wenig Interessierte (Wilsdorf 2012).

Damit stellt sich unweigerlich die Frage nach den Ursachen, die der mangelnden gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema zugrunde liegen. Die Ursachen hierfür sind zahlreich und vielschichtig. Beispielhaft anzuführen und begründend für die gesellschaftliche Distanz gegenüber dieser Thematik dürfte sein, dass die Auseinandersetzung und die damit verbundene individuelle wie öffentliche Meinungsbildung in höherem Maße durch die subjektive Wahrnehmung von gesellschaftlichen Problemen, als durch wissenschaftliche Fakten und vereinzelt durch die in der „Print-Presse“ berichteten Fälle, bestimmt wird. Das Problem hierbei ist, dass Wahrnehmungen sowie die sich davon ableitenden Einschätzungen, fehlbar sein können. Der Prozess der Meinungsfindung erfährt durch situative, ausschnitthafte und einseitige Informationen vonseiten der Medien eine negative Beeinflussung, die der komplexen Problemsituation der Betroffenen nicht gerecht wird. So handelt es sich, wie oftmals durch die Medien suggeriert wird, nicht um Einzelfälle bzw. bedauerliche Vorkommnisse, sondern um ein allgemeines – nicht nur auf bestimmte Personengruppen beschränktes – Problem von hoher gesellschaftlicher und versorgungspolitischer Relevanz.

Verantwortlich hierfür dürfte sein – allgemeinen Überlegungen entsprechend –, dass sich Gewalt im höheren Lebensalter meist der Öffentlichkeit entzieht, da sie

sich in erster Linie im Verborgenen, hinter verschlossenen Türen, in den privaten Haushalten und Pflegeeinrichtungen ereignet. Die Betroffenen können sich gar nicht oder nur unzulänglich zur Wehr setzen.

Ein weiterer Grund für die mäßige gesellschaftliche Präsenz des Themas „Gewalt im Leben von älteren Menschen“ könnte sein, dass Vorfälle (Ereignisse) auf eine bestimmte Art und Weise als nicht existent bzw. nicht real wahrgenommen werden wollen. Menschen tendieren oder neigen dazu, die Augen vor Unangenehmen zu verschließen. Die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und sozialen Problemen impliziert unweigerlich auch die kritische Reflexion des eigenen Handelns, des persönlichen Lebensbereiches und die ganzheitliche Infragestellung der umgebenden menschlichen Gesellschaft.

Die Bevölkerung ist durch die Medien ständig mit Berichten von Kindes- oder Frauenmissbrauch konfrontiert, sodass von einer gewissen Übersättigung im Umgang mit „unmoralischen Verhalten“ gesprochen werden kann. Des Weiteren könnte die Angst vor dem Altern und die damit einhergehende Infragestellung des eigenen „Lebensabends“ unangenehme Fragen aufwerfen, mit denen man nicht konfrontiert werden will, was durch die Verdrängung oder das Totschweigen des Gedankens umgangen werden kann.

Eine weitere mögliche Erklärung für das offenbar mangelnde Interesse der Bevölkerung an diesem Thema liefert die, laut den kriminologischen bzw. polizeilichen Statistiken, geringere Viktimisierungsrate älterer Personen im Vergleich zu den jüngeren (Bundesministerium des Innern 2011, Bundeskriminalamt 2012). Es bleibt hier oftmals unberücksichtigt, dass diese Statistiken lediglich das Hellfeld (den Strafverfolgungsbehörden bekannt gewordene Straftaten), nicht aber die tatsächliche Kriminalität widerspiegeln, da ein Großteil der Delikte nicht bekannt wird (also im Dunkelfeld verbleiben, wenngleich die ältere Generation insgesamt bzw. zumindest für gewisse Delikte als „anzeigefreudiger“ gilt). Gerade dieses im Kontrast zur realen Wirklichkeit stehende und suggerierte Bild einer relativ geringen Gefahr der Opfer-Werdung von älteren Menschen birgt das Risiko einer verzerrten Wahrnehmung, sodass Vorfälle von „Gewalt im Alter“ eben nur situationsbedingt wahrgenommen und als bedauerliche Einzelfälle verharmlost werden.

Es ist anzunehmen, dass auch die zum Teil noch mangelnde wissenschaftliche Untermauerung dieses Problemfeldes dazu beiträgt, dass die Bedeutung dieser Thematik – zumindest von der breiten Öffentlichkeit – bislang verkannt und nicht rezipiert wurde.

Neben den gerade erläuterten Gründen, anhand welcher sich das mangelnde öffentliche Interesse erklären lässt, müssen folglich auch solche herangezogen werden, aufgrund derer sich die bisher nur begrenzten bis fehlenden wissenschaftlichen Auseinandersetzungen in der Fachliteratur mit dieser Thematik erklären lassen.

1.4 Probleme der Gewalterfassung (Problemidentifikation und Problemerarbeitung)

Verantwortlich für die noch zum Teil lückenhaften wissenschaftlichen Literaturdaten, Aufarbeitungen und Erkenntnisgewinne auf dem Gebiet der Opferforschung im höheren Lebensalter sind mehrere von Gründe oder auch Bedingungen. Eine Ursache liegt beispielsweise darin, dass unterschiedliche Erhebungsmethoden, die sich mit demselben Untersuchungsgegenstand beschäftigten, zu verschiedenen Ergebnissen führen können und sich folglich die Frage nach der tatsächlichen Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufdrängt. Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass die verfügbaren Daten und die eingeschränkten Erhebungsmöglichkeiten die potenziellen Themen und Fragestellungen prädeternieren.

Eines der zentralsten Probleme ergibt sich daraus, dass bislang keine einheitliche Begrifflichkeit und infolgedessen auch keine allgemein akzeptierte Terminologie zu der im vergangenen Jahrzehnt zunehmend diskutierten Thematik der Opfer-Werdung älterer Menschen gefunden wurde. Sicherlich ist dies mitunter auch darauf zurückzuführen, dass der Begriff „Gewalt“ als solcher synonym für verschiedenste Formen von Gewalterleben und in unterschiedlichen Handlungskontexten verwendet wird und eine differente Auslegung erfährt. Es wird unter dem Begriff der „Gewalt gegen ältere Menschen“ ein breites Spektrum von Handlungen

zusammengefasst, welches zusätzlich zur körperlichen, sexuellen und psychischen Gewalt auch Formen der ökonomischen, sozialen und emotionalen Gewalt umfasst. Zudem finden sich auch die Sachverhalte bzw. die inkriminierten Tathandlungen, die unter den einzelnen Gewaltarten/Tatbeständen subsumiert werden, nicht einheitlich gefasst.

Infolgedessen variiert das in den einzelnen Untersuchungen erfasste und analysierte Ausmaß körperlicher Gewaltformen und reicht von leichtem Anrempeln, Zwicken und Schubsen über Faustschläge, Fußtritte und gröberes Gerangel mit Sturzfolge bis hin zur massiven Gewalt unter Verwendung und Aufbietung von Waffen (siehe hierzu auch die weiterführende Diskussion im Kapitel „Den Taten zugrunde liegende Kriminalitäts- und Gewaltformen“). Eine derartige uneinheitliche Erfassung und Abgrenzung ist insofern problematisch, als dass nicht nur das Ausmaß, sondern auch die Form der erlittenen Gewalt die normative Frage nach der strafrechtlichen Relevanz bestimmt. Damit verbunden ist die rechtliche Einordnung, die die Rahmenbedingungen für ein mögliches Eingreifen vorgibt.

Eine weitere Problematik ergibt sich daraus, dass die unterschiedlichen Untersuchungen eine inhaltliche Vertiefung hinsichtlich bestimmter Opfergruppen (beispielsweise die der chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen) und des schädigenden Umfeldes (Nahraum-, häusliche, familiäre, institutionelle Gewalt) konsolidieren. Die teildisziplinäre Gebundenheit des Analyserahmens steht damit der Forderung nach inter- und transdisziplinären Forschungsansätzen entgegen. Das Grundproblem liegt hierbei nicht in der Themenselektion, sondern vielmehr darin, dass sich das Interesse schwerpunktmäßig auf bestimmte Forschungsbereiche konzentriert. Es treten so bestimmte Themen und Problemstellungen in den Vordergrund der Aufmerksamkeit, was zu einer lückenhaften und einseitigen Darstellung des Problemfeldes der Gewalt im Leben älterer Menschen führt und den öffentlichen Diskurs beeinflusst.

Recherchiert man im Internet beispielsweise bestimmte Begriffe oder Begriffskombinationen zur Problematik der Gewalt gegen ältere Menschen und folgt den gegenwärtigen Berichterstattungen in den verschiedenen Medien sowie der gegenwärtigen Literatur, so entsteht der Eindruck, dass Gewalt im höheren Alter ins-

besondere kranke und pflegebedürftige Menschen zu betreffen scheint. Daher verwundert es auch nicht, dass die Altenpflege als Problembereich im Mittelpunkt der „Erwachsenenforensik“ steht.

Kennzeichnend ist, dass Personen, die dieser „Fallgruppe“ zurechenbar sind, alle- samt Merkmale wie Immobilität, Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit (einhergehend mit den Verlusten an persönlicher Handlungsautonomie und der selbstständigen Lebensführung), körperliche, geistige oder seelische Behinderungen, chronische Erkrankungen und das Vorhandensein mehrerer gleichzeitig bestehender Erkrankungen (Komorbidität oder Multimorbidität) aufweisen. Das Besondere dieser Opfergruppe ist, dass sie separat betrachtet werden muss, da die körperliche und geistige Begrenztheit der eigenen Wirkungsmöglichkeit, und die sich daraus ergebende Angewiesenheit auf Hilfe, Umstände konstatiert, die erst die Voraussetzungen dafür schaffen, dass gewisse Handlungen als strafbar einzustufen und damit rechtlich verfolgbar sind. Beispielhaft anzuführen wären hier Straftatbestände wie „Vernachlässigung“, „Misshandlung Schutzbefohlener“ und „Begehen durch Unterlassen/Unterlassungsdelikte“.

Dieser Personengruppe gegenüber stehen die Höheraltrigen, die aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, die nicht durch Krankheit oder altersbedingt schwer eingeschränkt sind. Sie verfügen über Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen und Belastungen des alltäglichen Lebens, was die Grundbedingung der Erhaltung ihrer Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ist. Diese eigenständige Leistungsfähigkeit stellt sie den „Geringeraltrigen“ – zumindest in gewissen Bereichen – gleich. Es folgt daraus, dass sie nicht in besonderem Maße gefährdet sind, Opfer von Gewalt aufgrund körperlicher, psychischer und kognitiver Dispositionen, beispielsweise unter Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit, zu werden. Ob sich hier Gewalthandlungen/-delikte ereignen, die mit jenen in der jungen und mittelalten Generation vergleichbar sind, ob die Untersuchung, Verletzungsdokumentation und Befundung älterer Gewaltopfer (der geriatrische Patient als spezielle Patientengruppe) generell besondere Kenntnisse und Berücksichtigungen erfordert, ist bislang noch nicht oder nur unzureichend untersucht.

Der analytische Ausgangspunkt muss folglich dadurch gebildet werden, dass zwei unterschiedliche Gruppen von hoch- und höheraltrigen Opfern zu differenzieren sind. Jene, die aufgrund relevanter und gewichtiger Unterschiede ungleich der jüngeren Generation zu behandeln ist, und jene, bei der keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht zu identifizieren sind, dass es gerechtfertigt wäre, diese mit der ersten Gruppe gleichzusetzen, und die insgesamt auch die weit- aus größere Gruppe unserer Gesellschaft repräsentiert. Fraglich ist, ob diese zweite Gruppe der Älteren stereotypisch mit der mittleren und jüngeren Generation gleichzusetzen ist. Dies vor dem Hintergrund, dass gleichwohl Alter und Altern nicht zwangsläufig mit Erkrankung und Behinderung vergesellschaftet sind, das Älterwerden jedoch zwangsläufig mit gewissen körperlichen Einbußen und dahingehend mit Gefährdungen verbunden ist, die eine einheitliche/undifferenzierte Betrachtung unzulänglich erscheinen lassen.

Forensisch zunehmende Bedeutung erlangt dieser Aspekt insbesondere vor dem Hintergrund der bereits einfürend angesprochenen demografischen Entwicklung bzw. des demografischen Wandels, geprägt von einer immer älter werdenden Bevölkerung bei durchschnittlich besserem Gesundheitszustand, aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung. Damit zusammenhängend ergeben sich gegenwärtig, wie auch insbesondere zukünftig, neben den forensischen auch gesellschaftspolitische Probleme und Herausforderungen, die sich nicht strikt voneinander trennen lassen und die einander zum Teil gegenseitig bedingen, wenngleich sie auch unterschiedliche Herangehensweisen erfordern. Fehlendes qualifiziertes Personal im Sozialsektor könnte beispielsweise dazu führen, dass pflegerische und betreuerische Dienstleistungen nur noch unzureichend oder, aufgrund der Arbeitsverdichtung, unter Zeitdruck fehlerhaft erbracht werden und damit verbunden zu einer Erhöhung zivil- bzw. strafrechtlich relevanter Fälle von Fahrlässigkeitsvorwürfen führen.

Es handelt sich hierbei nicht nur um eine hypothetische Annahme, sondern gleichzeitig auch um ein schon länger bekanntes und bestehendes Problem. Dies zeigte sich jüngst in aller Klarheit durch die vom Sozialverband VdK Deutschland eingereichten Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht zur Erreichung und Sicherung eines verbesserten Pflege- und Betreuungsstandards (Prantl 2014). Hinzu kommt,

dass aufgrund der Veränderung der Altersstruktur, verursacht durch die steigende Lebenserwartung, die (inner-)gesellschaftlichen und innerfamiliären Generationskonflikte stärker zu nehmen. Sinkende Pensions- und andere Altersversorgungsansprüche könnten beispielsweise dazu führen, dass Angehörige vermehrt und auf längeren Zeitraum in die Pflicht genommen werden müssen. Dieses In-die-Pflicht-Nehmen erfolgt finanziell oder auch immateriell, was eine erhebliche Belastung darstellen kann und mit erhöhten Gefährdungspotenzialen des Opfer-Werdens einhergeht. Zu nennen wären hier u. a. Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit aufgrund erschwerter Alltagsanforderungen im täglichen Leben, die sich in Aggression und Gewalt äußern können.

Angesichts dessen ist es umso verwunderlicher, dass sich die forensische Traumatologie lange Zeit nur den Fachdisziplinen der Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie widmete und sich infolgedessen als eigenständige und bedeutsame Kompetenzfelder etablieren konnten. Wohingegen sich die forensische Gerontologie als ein spezielles und gesondertes Fachgebiet der Gerichts-/Rechtsmedizin bis heute nur unzulänglich entwickelt hat und noch immer am Anfang ihres Entstehens zu sein scheint; mit deren Hilfe aber alltagsgegenwärtige Viktimisierungsprozesse an älteren lebenden und toten Menschen besser verstanden werden könnten.

Ein Hauptproblem, der dafür als ursächlich in Frage kommenden Umstände, bildet dabei sicherlich die bereits angesprochene und zu Beginn des Abschnitts angeführte mangelnde wissenschaftliche Untermauerung des Gewaltphänomens im Alter. Ein Grund, dass diesem Problem so schwer beizukommen ist, hängt wesentlich damit zusammen, dass sich das im Institut für Rechtsmedizin Hamburg (IfR) untersuchte Patientenkollektiv einem Zugriff von außen weitestgehend entzieht und Gewaltopferambulanzen derzeit nicht flächendeckend gewährleistet sind. Dies führt dazu, dass die Zahl an evidenzbasierten wissenschaftlichen Studien nach wie vor eher gering ist und sich die Erkenntnisse der gegenwärtigen Forschung auf diesem Gebiet oftmals auf nebeneinandergestellte Einzelfallberichte stützen. Somit lassen sich hier Fragen rund um das Thema „Gewalt“ nicht einheitlich, im Sinne einer problemzentrierten Analyse und Interpretation, sondern nur in Bezug

auf den konkreten Einzelfall beantworten. Sie können nicht verallgemeinert und auf andere Problemstellungen übertragen werden.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass Gewalt, neben sozialen, auch ökonomischen und kulturellen Prägungen unterliegt. Studien aus dem Ausland – wie etwa aus Kanada und den USA als auch aus dem mitteleuropäischen Raum – sind nicht bzw. nur bedingt auf die Situation in Deutschland übertragbar. Somit erfahren die der wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung stehenden Daten eine weitere Begrenzung.

Eine Möglichkeit, die Fallzahlen im Helffeld zu erhöhen und damit offene Forschungsfragen bzw. den Erkenntnisgewinn voranzutreiben (zumindest in Teilbereichen wie der stationären pflegerischen Versorgung), liegt in der Schaffung von rechtlichen Rahmenbedingungen zur präventiven und interventiven Erkennung, Erfassung und Meldung von Handlungen, welche die körperliche Integrität negativ beeinflussen bzw. denen ein bewusstes oder unbewusstes schädigendes Verhalten anderen Menschen gegenüber zugrunde liegt.

Realisierbar wäre dies im Fall häuslicher, ambulanter oder stationärer Pflege beispielsweise durch regelmäßige, unangekündigte Kontrollen der Pflegeorte (zu Hause, im Heim) und der Betreuungs- und Bedarfssituation (im Sinne einer fachlich und sachlich angemessenen Gewährleistung) sowie durch die Überprüfung und Erhebung des Gesundheits- und Pflegezustandes der auf Hilfe oder Pflege angewiesenen Personen (gesundheitliche Situation als „Outcome- bzw. Ergebnis-Qualitätsindikator“).

Anzumerken ist hierbei, dass etwaige Rahmenbedingungen durch das deutsche Heimgesetz (HeimG) und die länderspezifischen Heimgesetzgebungen bereits geschaffen wurden. Es ergeben sich jedoch, im Hinblick auf die ausführenden Überwachungs- und Kontrollbehörden (Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gesundheitsbehörden des Kreises), begründete Zweifel an deren Effizienz (siehe hierzu auch die weiterführende Diskussion im Kapitel „Intervention und Prävention als Aufgabenbereich der Rechtsmedizin“).

Zweifel ergeben sich insofern, weil vorbeugende Überwachungen zur Vermeidung von Erst- und Reviktimisierungen in der Bedarfssituation Pflege eine kritische Begleitung der Entstehungsprozesse durch die Kontrollinstanzen erfordern. Diese Aufgabe erfordert nicht nur fachspezifisches, sondern auch fächerübergreifendes Wissen aus verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Disziplinen. So müssen beispielsweise Pflegeabläufe, wie deren Handhabung/Umsetzung und die damit möglicherweise einhergehenden Komplikationen, bekannt sein. Dabei gilt es zu bedenken, dass gewisse körperliche Schädigungen und Erkrankungen nicht vermeidbar oder kalkulierbar und nicht beeinflussbar sind. Wohingegen andere als fehlerverursachte Komplikation zu bewerten oder als Fehlverhalten zu verstehen sind und damit strafrechtliche Relevanz erlangen. Oberflächliche Hautläsionen, bedingt durch Druckeinwirkungen (vorzugsweise bei „Pergamenthaut“), können beispielsweise im Rahmen von Umlagerungen, Verbandswechseln oder beim Waschen und Duschen entstehen, wie auch Folge einer bewussten Gewalteinwirkung sein (grobes Festhalten, Schütteln, Ohrfeigen). Diese gilt es, differenzialdiagnostisch zu betrachten und ihrer Entstehung folgend zu interpretieren, was die klinische Rechtsmedizin, wie auch die Strafverfolgungs- und Justizbehörden, vor spezielle Herausforderungen stellt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Gewaltbegriff zum einen verschiedene Dimensionen (von der körperlichen über die seelische bis hin zur rechtlichen) und zum anderen alle denkbaren Gestaltungsmöglichkeiten bzw. Variationen von körperlichen Verletzungen umfasst, die durch eine Vielzahl von Faktoren (z. B. Osteoporose, Blutungsneigung, Gangunsicherheit) beeinflusst werden. Demzufolge ist es nicht nur sinnvoll, sondern vielmehr unbedingt erforderlich, Krankheiten und Verletzungen, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der erhöhten Vulnerabilität des älteren Menschen, gegenüber externen Einflüssen voneinander abzugrenzen.

Für das Vorgehen bedeutet dies, zunächst den abklärungsbedürftigen Befund/Zustand in seinem Ausmaß und Schweregrad vollständig zu erfassen. In der Folge gilt es dann, zu überprüfen, ob die erhobenen Befunde mit dem geschilderten oder vermuteten Tathergang plausibel zu erklären bzw. kausale wie konseku-

tive Zusammenhänge zu erkennen sind. Hierzu bedarf es der umfassenden Abwägung aller in Betracht kommenden Umstände eines Falles.

Die Interpretation von Verletzungsbefunden muss zumindest versuchen, die Fragen zu beantworten, ob den vorliegenden Verletzungen eine bewusste Pflichtverletzung, Schädigungsabsicht oder ein Unfall zugrunde liegt oder diese durch andere Begebenheiten/Umstände, wie physiologische Alterungsprozesse und medizinisch fassbare Krankheiten, erklärbar sind. Dies muss insbesondere im Hinblick darauf erfolgen, Irrtümer und Verwechslungen (zulasten der Gewaltopfer, aber auch der mutmaßlichen Täter), wie auch Interpretationsfehler (im Sinne einer Unter- oder Überbewertung von Verletzungen) zu vermeiden. Dabei wird es sicher immer wieder auch Fälle geben, denen keine klare Ursache oder ein Ereignis unzweifelhaft zuordenbar ist; was aber letztlich die Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen den Symptomen und ihren Ursachen vorantreibt und dazu beitragen kann, die unterschiedlichen Facetten von Verletzungen in Abhängigkeit von den jeweiligen Kontextbedingungen besser zu verstehen.

Maßgebliche Bedeutung kommt hier der Art und Weise der Kontaktaufnahme bzw. der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu, die den Schlüssel zum Verständnis der Entstehung der Verletzungen im somatischen wie auch im psychosozialen Kontext bildet. Schwierigkeiten können sich insbesondere dann ergeben, wenn die Betroffenen nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, sich zum Vorgefallenen zu äußern. Weiterhin wenn die Glaubwürdigkeit und Aussagekraft der Betroffenen bezüglich des schädigenden Ereignisses aufgrund einer vorliegenden neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung infrage gestellt werden muss, wie beispielsweise bei geistig Behinderten, demenziell Erkrankten, sedierten oder komatösen Patienten. Es sind hierbei auch andere Faktoren relevant, wie z. B. erhöhte Ängstlichkeit, Scham und Abhängigkeit, die falsche Aussagen bedingen und damit verbunden die Ergebnisse einer Untersuchung verzerren und zu falschen Rückschlüssen bei der Interpretation eines Sachverhaltes führen können.

Das bisher Erörterte gilt nicht nur für multimorbide und pflegebedürftige Personen, die nicht mehr fähig sind, sich den schädigenden Einflüssen zu entziehen und eine Anzeige zu erstatten, sondern für die „Gesamtheit aller Einzelnen“ mit erhöhter

Vulnerabilität gegenüber Delinquenz- und Viktimisierungsereignissen in unterschiedlichen Handlungskontexten. Bezug nehmend auf die vorherigen Teilabsätze ist dies dahingehend zu verstehen, dass sowohl personale als auch situative und sozioökonomische/-kulturelle Einflussgrößen zum Tragen kommen können, die eine Opfer-Werdung älterer Menschen begünstigen und in die Diskussion miteinbezogen werden müssen. Dies nicht zuletzt auch dadurch, dass eben gewisse Einflussgrößen ein Öffentlich-Werden bestimmter Vorfälle – insbesondere die aus dem privaten Bereich – verhindern und sich somit der Verfolgbar- und Strafbarkeit entziehen.

Damit gilt die Aufmerksamkeit sowohl den Opfern klassischer Kriminalität, hier den in den polizeilichen Kriminalstatistiken stärker vertretenen Anteilen von Gewaltdelikten, als auch den Opfern der innerfamiliären und partnerschaftlichen Gewalt sowie den von unzureichender Hilfe und Pflege Betroffenen (im Sinne von Tatbeständen der Vernachlässigung, unterlassenen Hilfeleistung und mangelnden Fürsorge gegenüber Schutzbefohlenen), die sich in den Anteilen der Einsatzanlässe und Strafanzeigen nicht oder nur in geringem Maße widerspiegeln.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Beschreibung und Analyse sowie der Ermittlung von Zusammenhängen und prädisponierenden Faktoren durch eine ganzheitliche – nicht zwischen den verschiedenen Opfertypen sowie den tatbegünstigenden Umständen differenzierende – Betrachtung dieser Thematik nicht zufriedenstellend beizukommen ist. Eine „en bloc“-Betrachtung verkennt die Vielschichtigkeit von Gewalterfahrungen/-gefährdungen im Alter. Nur eine differenzierende Reflexion der biopsychosozialen Umstände, d. h. körperliche, soziale und psychische Einflussgrößen, wie auch der einzelnen Faktoren des Sozialprozesses (die Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Miteinander beeinflussende) und der Lebensweise, die das Opfer-Werden bestimmen oder zumindest mitbestimmen können, erfasst den Viktimisierungsprozess in seiner gesamten Komplexität. Folglich sind problemorientierte und multiperspektivische Herangehensweisen gefordert, die in Zukunft als Grundlage für die Bewältigung neuer Anforderungen zur Sicherstellung und Gewährleistung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit herangezogen werden können. Dies insbesondere bezüglich des demografischen Wandels und des inter- wie multidisziplinären Zusammenwirkens.

Abschließend bleibt anzumerken, dass sich derzeit im Wesentlichen drei bis vier Forschungszweige mit verschiedenen thematischen Schwerpunkten und Erkenntnisinteressen unterscheiden lassen. Bei den Forschungszweigen handelt es sich im Einzelnen um Untersuchungen zur allgemeinen Kriminalitätsbelastung (in Abhängigkeit der Deliktart und Schwere und von Täter- und Opfermerkmalen) sowie um Polizei- und Justizstatistiken. Weiterhin um Untersuchungen von Misshandlungen und Vernachlässigungen pflegebedürftiger und behinderter Menschen (im sozialen Nahraum und/oder außerhalb der Familie im institutionellen Rahmen) und um den Fachbereich Geriatrie sowie um die Alterstraumatologie als Unterdisziplin der Orthopädie und Unfallchirurgie.

Diesen Forschungszweigen gelingt es jedoch nicht ausreichend, Erkenntnisse aus der Medizin und der Grundlagenforschung über das Ausmaß, die Formen, Ursachen und Folgen von Gewalt miteinander zu verbinden bzw. durch gezielte Diskussionen, Reflexionen und Wissensaustausch, analytische Interpretationen im Hinblick auf die Heterogenität und Komplexität von Viktimisierungsformen allgemeingültig zu formulieren.

Die vorliegende Arbeit greift diese Forschungszweige auf und versucht, bisher gewonnene Erkenntnisse mit neu gewonnenen Ergebnissen zusammenfassend zu diskutieren. Besondere Beachtung liegt auf jenen Opfern, die die Gewaltopferambulanz – in den Räumen des Institutes für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf – aufsuchten, um eine Verletzungsdokumentation, wie Maßnahmen zur Spurensicherung und die Erstellung eines gerichtsverwertbaren Gutachtens, privat oder im Auftrag von Strafverfolgungsbehörden, durchführen zu lassen.

2. Zielsetzung und Fragestellungen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zunächst einen Überblick über die Situation von Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen zu erfassen. Hierzu werden die rechtsmedizinisch erhobenen Dokumentationen von Fällen der Gewalt untersucht. Dies erfolgt unter der Zielsetzung, die Opfer und Täter, die geschilderten Hintergründe bezüglich der möglicherweise zugrunde liegenden Motive zu identifizieren. Weiterhin die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Beschwerden und Begleitumstände sowie die körperlichen Befunde zu analysieren. Es werden Charakteristika von Körperverletzungsdelikten in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren unter Hinzuziehung der Vergleichsgruppe, der 21- bis 59-Jährigen, beschrieben. Hierbei sollen insbesondere Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden und, im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten der Versorgung und Begutachtung von älteren Gewaltopfern, untersucht werden.

Die ermittelten diagnostischen Kriterien ergeben praktische Hinweise zur Erfassung, Feststellung und Bestimmung von Verletzungen, welche die Diagnosefindung bzw. den Weg zur Diagnose erleichtern sollen, um eine individuell bestmögliche Weiterversorgung des Patienten sowie eine Sensibilisierung für differenzialdiagnostische Überlegungen und Besonderheiten zu erreichen.

Die somatische Diagnostik erfolgt hierbei unter Betrachtung geeigneter Kriterien zur Feststellung, Abklärung und Differenzierung von körperlichen Befunden. Im Einzelnen gilt es, die Verletzungen in ihrer Art, Lokalisation, Anordnung, Anzahl, Form, Ausdehnung, Schwere und Ausmaß zu erfassen. Im Hinblick auf das verfolgte Ziel, die Frage nach der Entstehungsart, Entstehungszeit und konkreter (realer) oder potenzieller Gefährlichkeit sowie differenzialdiagnostisch anzustellender und abzuwägender Überlegungen abzuklären.

Allgemeiner formuliert gilt es, die Verletzungen zu charakterisieren, um Aussagen über das Entstehen solcher und eventuell darüber hinausgehend Aussagen zu möglichen anderen in Erwägung zu ziehenden Entstehungsmechanismen, die zumindest von ihrem äußeren Erscheinungsbild her gleichen und somit ein gewisses „Verwechslungspotenzial“ bieten, tätigen zu können.

In der Praxis steht hierbei die Unterscheidung zwischen akzidentellen (unfalltypischen, nicht misshandlungsverdächtigen) und nicht-akzidentellen Ursachen im Vordergrund des Interesses, da sich hieran das weitere Prozedere und der Fokus des ärztlichen Handelns orientieren.

Sollte es gelingen, nachprüf- und falsifizierbare Erkenntnisse zu erarbeiten, so könnten diese den bisherigen Erkenntnissen zu der jeweils gleichen Thematik gegenübergestellt werden. Sie können die Erreichung des intentionalen Zieles ermöglichen, differenzialdiagnostische Entscheidungshilfen für die tägliche Praxis zu generieren bzw. ein (multiaxiales) Diagnoseschema zu entwickeln, welches die Einschätzung und Risikobewertung des erhobenen Befundes – unter Berücksichtigung altersspezifischer Faktoren – erleichtert.

Hierauf basierend, und um das Phänomen „Gewalt im höheren Alter“ besser verstehen zu können, werden offene Fragestellungen herausgearbeitet, mit dem Ziel durch einen Erkenntnisgewinn die derzeit noch bestehenden Forschungslücken zu reduzieren.

- | Ist Kriminalität und Gewalt als gesellschaftliches Phänomen und soziales Problem tatsächlich eher im Jugendalter, bis zum jungen und mittleren Erwachsenenalter, anzutreffen als im höheren Lebensalter?
- | Wer sind die Auftraggeber der Gewaltopferuntersuchungen?
- | Besteht ein Zusammenhang zwischen individuellen Faktoren, wie Alter, Geschlecht, und den Anlass-Taten zugrunde liegenden Konflikten?
- | Welche Gefährdungen bestehen für ältere Menschen bzw. welche Gefährdungspotenziale liegen den unterschiedlichen Deliktbereichen zugrunde?
- | Welche Täterkreise sind den hinter den Taten stehenden Personen zuzuordnen? Handelt es sich hierbei um „minderschwere“ und „schwere“ Formen der Familien- oder Intim-/Partnergewalt?
- | Von welchen Viktimisierungsformen und -risiken sind Menschen im höheren Lebensalter in welchem Maße betroffen? Sind ältere Menschen gleichermaßen

von aktiver (im Sinne der Misshandlung bzw. zielgerichteten Gewaltanwendung) wie passiver (im Sinne von Vernachlässigung und Unterlassung) sowie institutioneller bzw. pflegepersoneller Gewalt betroffen?

- | Welche Merkmale kennzeichnen das Leben älterer Menschen, in denen sich Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch ereignen? Welche Personen sind hiervon in besonderem Maße betroffen?
- | Gibt es Risikofaktoren für eine Opfer-Werdung im Alter? Stehen Viktimisierungen im Zusammenhang mit etwaiger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit? Erhöhen gesundheitliche Einschränkungen (physisch wie psychisch) das Opfer-Werdungs-Risiko im Sinne einer leichteren Verletzbarkeit und Angreifbarkeit sowie der damit verbundenen wie zu erwartenden verminderten Gegenwehr, u. a. auch die Unfähigkeit zur Anzeige-Erstattung – ähnlich wie bei Kindern?
- | Welche sind die Orte der Gewalt? Sind beispielsweise ein gemeinsamer Haushalt, eine Wohngemeinschaft oder die Inanspruchnahme von Hilfe (im Sinne einer zeitlichen und räumlichen Nähe) ein prädisponierender Risikofaktor für Gewalt bzw. für Konfliktpotenziale?
- | Welchen besonderen Problemen/Schwierigkeiten sehen sich die untersuchenden Ärzte im Umgang mit älteren Gewaltopfern ausgesetzt? Finden sich Umstände, die eine Exploration erschweren oder behindern können? Welchen Stellenwert haben beispielsweise neurologische Symptome wie Gedächtnisstörung, Desorientiertheit mit einem Verkennen der Realität und Konfabulationen (Erfinden von Geschichten ohne Täuschungsabsicht) bei der Diagnosefindung eines unklaren Sachverhaltes (als Folgen der chronischen Alkoholabhängigkeit oder einer graduell fortschreitenden demenziellen Erkrankung)?
- | Welche Bedeutung hat die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden (i. S. einer vollständigen Kenntnis aller Befunde und der Patientengeschichte) bei der diagnostischen Begutachtung, Beurteilung und Verlaufskontrolle von chronischen Wunden (fehlende Dekubitusprophylaxe), medikamentösen Therapien („medikamentöse Fixierung“ durch Verabreichung entsprechender sedierender Substanzen) und medizinisch-pflegerischen Versorgung

gen (intravenöse Infusion/Portversorgung, parenterale Ernährung etc.) älterer Menschen?

- | Welches sind die typischen Verletzungen und Begleitverletzungen im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung, in Abgrenzung der durch pflegerische und andere unterstützende Maßnahmen und Hilfen erlittenen (zum Teil nicht zu verhindernden) Traumata?
- | Besteht ein Zusammenhang zwischen der erhöhten Vulnerabilität im Alter und dem Schweregrad der erlittenen Verletzungen?
- | Besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Verletzung (Grad, Größe, Gefährlichkeit) und der Heftigkeit/Brutalität des zugrunde liegenden Ereignisses? Beispielhaft seien Frakturen als Maßstab für die Schwere von aggressionsverursachten physischen Verletzungen genannt, da sie gewisse Rückschlüsse auf die Heftigkeit der jeweils einwirkenden Gewalt zulassen bzw. ein gewisses Maß an Gewaltexposition zwingend voraussetzen.
- | Müssen bei der Dokumentation, Begutachtung und Interpretation von Verletzungen der älteren Opfer, zusätzlich zu den bestehenden Beurteilungsaspekten („Kriterien“), weitere berücksichtigt werden oder bestehen keine Unterschiede im Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter?
- | Sinkt die Anzeigebereitschaft mit der Nähe zum Täter? Was liegt dem zugrunde? Ist es beispielsweise die Angst vor Sanktionen (z. B. Liebesentzug, Abwendung, Missachtung) oder die Bedrohung, Isolation und Kontrolle durch das soziale Nahfeld?
- | Wo zeigen sich Ansatzmöglichkeiten für ein gewalt-, misshandlungs- und vernachlässigungspräventives Handeln und Interventionsmöglichkeiten?
- | Was kann unternommen werden, um eine Reviktimisierung zu verhindern?

3. Material und Methodik

3.1 Material

Die Grundlagen zu dieser retrospektiv wissenschaftlichen Untersuchung bildeten die von den Ärzten des Institutes für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführten klinisch-forensischen Untersuchungen und Begutachtungen von Gewaltopfern. Einem geringen Anteil der geschädigten Personen kam hierbei, Bezug nehmend auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses, nach den bisherigen Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden auch ein mutmaßlicher Täterstatus zu. Die Dokumentationen erfolgten im Rahmen der Konsiliar- oder Ambulanztätigkeit und im Zuge einer rechtsmedizinischen Sachverständigentätigkeit im Auftrag von Polizei und Justiz sowie Behörden.

Die Gewaltopferambulanz als solche fungiert (seit dem Jahr 1998) als zentrale Anlaufstelle für Opfer von Gewalt und bietet, neben der sachkundigen Begutachtung und Dokumentation von Verletzungen, die Sicherstellung und Untersuchung spurenrelevanten (Beweis-)Materials sowie beratende und vermittelnde Unterstützung (medizinisch-gesundheitlich, sozial- oder zivilrechtlich und psychologisch).

Eine möglichst zeitnahe und sachkundige Dokumentation der Verletzungsfolgen ist, insbesondere für eine etwaige spätere Beweisführung vor Gericht, von höchster Bedeutung; aber auch im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den entsprechenden Behörden bei laufenden Ermittlungen, im Sinne einer gegenseitigen Hilfe und Unterstützung, wie etwa bei der Ermittlung/Beschaffung von noch nicht geklärten Hintergrundinformationen über das Opfer, den Täter und den Tathergang.

Hierzu werden die durch Befragung und körperliche Untersuchung eruierten Daten und Sachverhalte, zum Teil unter Nutzung von bereits behördlich erhobenen Fakten (auf die Personen und den Tatbestand bezogen), in einen vier Seiten umfassenden Basisdokumentationsbogen (kurz BADO-Bogen) übertragen. Dieser ent-

hält sowohl ankreuzbare Fragen- und Dokumentationsfelder als auch Abschnitte mit Freitextfeldern für handschriftliche, differenzierende und präzisierende Ergänzungen. Neben den körperlichen Verletzungsbefunden und -lokalisationen sowie den bereits erwähnten anlass- und personenbezogenen Daten der Geschädigten werden zusätzlich auch Angaben zu den Schädigern erfasst (s. hierzu das Kapitel „Erfasste Parameter der Basisdokumentationsbögen“).

Entwickelt wurde dieser multifunktionale Bogen vom Institut für Rechtsmedizin in Hamburg zur Vereinheitlichung der Anamnese, des Untersuchungsganges und der Befundermittlung; im Interesse eines vollständigen und stringenten Prüfschemas und zu Zwecken der besseren wissenschaftlichen Auswertbarkeit.

Nach Abschluss der Untersuchung werden die so erhobenen Daten durch Mitarbeiter des Institutes in eine elektronische Tagebuchdatenbank übertragen und digitalisiert gespeichert. Die Daten konnten somit als Grundlage für eine wissenschaftliche Auswertung von phänomenologischen, kriminologischen und epidemiologischen Aspekten der Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter herangezogen werden.

Die fachgerechte Dokumentation von Verletzungsbefunden beschränkt sich nicht auf die Erfassung mittels der BADO-Bögen. Diese werden, insbesondere im Hinblick auf die gerichtliche (forensische) Verwertbarkeit, durch Fotodokumentation unter Verwendung eines Beweisfotomaßstabes – idealerweise versehen mit Farbfeldern zur farbgetreuen Wiedergabe der Aufnahmen – wie zum Teil durch individuell angefertigte Skizzen ergänzt. Daraus lassen sich die genaue Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form und die Begrenzung der Einzelverletzungen sowie die Anordnung bei Mehrfachverletzungen ableiten. Es konnten, zusätzlich zu den Handakten, Fotos auf spezifische Merkmale hin untersucht werden, sodass die Analyse vorhandener Bilddokumente gleichermaßen zum Gegenstand dieser Studie wurde; dies stellt einen zusätzlichen Schwerpunkt dieser Arbeit dar.

Für Opfer von Gewalttaten wird eine Inanspruchnahme der ärztlichen Anamnese und Befunderhebung sowie die Sicherstellung von Asservaten zur Spurensicherung kostenlos und 24 Stunden (gesetzt den Fall, dass ein unmittelbarer Indikati-

onsbezug besteht) an sieben Tagen in der Woche gewährleistet, ohne dass eine solche Untersuchung erst von Polizei- und Justizbehörden oder einer anderen Organisation angeordnet werden muss; im Gegensatz zu vergleichbaren Instituten an einigen anderen Standorten Deutschlands, wodurch das Hamburger Institut mit entsprechend hohen Fallzahlen im innerdeutschen Vergleich aufwarten kann.

Folglich kann die Untersuchung ebenfalls privat in Auftrag gegeben werden, was insbesondere bei fehlendem Vertrauen zu den Strafverfolgungsbehörden oder aber in Situationen, bei denen sich die Gewaltopfer noch im Unklaren darüber sind, ob sie überhaupt einen Strafantrag stellen möchten, von großer Bedeutung ist, um später vor Gericht den Nachweis für das Tatgeschehen oder die Tatfolgen führen zu können.

Im Ergebnis kann sich diese Arbeit somit auf ein mehrere Jahre umfassendes Patientengut stützen, was eine ausreichend hohe Fallzahl generiert. Damit erreicht die Analyse der Untersuchungsdokumentationen statistische Signifikanz. Ebenfalls kann durch einen weitgefassten Zeitrahmen der Aktenauswertung davon ausgegangen werden, dass die gewonnenen Erkenntnisse eine charakteristische, richtungsweisende Tendenz erkennen lassen und nicht nur als ein Zufallsergebnis gelten können.

Der komplexen Thematik entsprechend wurde ein weit gefasster Untersuchungszeitraum von ca. sechs Jahren gewählt (Januar 2006–Oktober 2011). Dies mit dem Ziel, möglichst viele bzw. ausreichend hohe Fallzahlen als Untersuchungsbasis heranziehen zu können, die es erlauben, Muster und statistische Auffälligkeiten aufzudecken. Für die, auf die Jahre 2006–2011 bezogenen, Analysen wurde eine Altersklassifizierung verwendet, die der Einfachheit bzw. der besseren Übersichtlichkeit, Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit halber (aufgrund der großen Datenfülle) lediglich zwischen zwei Altersgruppen unterscheidet: die der 60-jährigen und älteren (als Studiengruppe) und die der 21- bis 59-jährigen Frauen und Männer (als Vergleichsgruppe). Anzumerken ist, dass aus Gründen der statistisch vergleichenden Analyse Personen bereits nach Vollendung eines halben bzw. vor Vollendung eines ganzen Lebensjahres der folgenden Altersklasse zugeordnet wurden.

Insgesamt konnten 4103 Datensätze (in anonymisierter Form) zu wissenschaftlichen Zwecken herangezogen werden. Das sind 270 Fälle in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren sowie 3833 Fälle in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen.

3.2 Methodik

Ausgewertet wurden, neben den somatischen, psychischen, sozialen und familiären Anamnesekomponenten, epidemiologische Daten, kriminologische Fakten und zugehörige fotografische Dokumentationen. Die Analyse erfolgte sowohl auf Ebene der untersucherabhängigen Variabilität als auch auf Grundlage empirischer verifizierbarer Daten.

Die mittels Untersuchungsbögen erhobenen Daten wurden EDV-technisch (Microsoft Office Excel 2010) tabellarisch aufbereitet. Die Spalteneinteilung orientierte sich am gegenwärtigen Aufbau des institutsinternen Basisdokumentationsbogens. Fehlende Informationen konnten partiell durch Arztprotokolle und Situationsberichte komplettiert werden. Ursächlich für die zum Teil defektiven Dokumentationen waren sowohl untersucherabhängige Unterschiede als auch nicht kooperierende Geschädigte (persönliche Motivlage z. B. zum Schutz von Angehörigen, Angst vor dem Täter). Hinzu kamen erschwerte Datenerhebungen, aufgrund eingeschränkter Sprachkompetenz und Wahrnehmungstäuschungen (z. B. selektive Wahrnehmung, Sinnestäuschung), Verzerrungen der Erinnerung (z. B. Vergessen, Verdrängen) und Reproduktionsverzerrungen (Aufregung, soziale Erwünschtheit).

Den Akten nicht zu entnehmende Informationen wurden in der Datenauswertung berücksichtigt und wie folgt gekennzeichnet: „keine Angabe, leer oder unbekannt“.

Die anschließende Datenauswertung erfolgte mithilfe des Pivot-Table-Tools. Dieses Unterprogramm von Microsoft Excel 2012 generiert mithilfe eines „Abfrageassistenten“, der Pivot-Table-Feldliste (durch Wählen der Spalten- und Zeilenbereiche sowie eines entsprechenden Berichtsfilters), aus den Daten einer Excel-Tabelle eine zusammengefasste Kreuztabelle, wodurch sich schnell große Datensätze/Angaben analysieren und grafisch darstellen lassen. Des Weiteren konnten hiermit große Mengen gleichartiger (einer Klasse zuordenbare) Datensätze in

Gruppen zusammengefasst werden. Je nach gewählter Parameterkombination ließen sich so, bezüglich der absoluten oder relativen Häufigkeiten von bestimmten Merkmalsausprägungen, Gruppenvergleiche (im Sinne einer Ist-Stands-Erhebung) erstellen.

Im Ergebnis fanden sich Häufigkeitsangaben zu den unterschiedlichen Gewaltformen und differenzierten Gewaltdimensionen (Art und Ausmaß der Viktimisierung bei Straftaten) sowie Zusammenhänge von sozio-demografischen Charakteristika mit der erfahrenen und berichteten Gewalt. Weitere wichtige Aspekte der durchgeführten deskriptiven Untersuchung betrafen die ursächlichen Hintergründe für die Opfer-Werdung/Tatbegehung, den Ort des schädigenden Ereignisses (die Erueirung des unmittelbaren räumlichen Bezuges zu den grundlegenden Gewaltarten) und beispielsweise für das Konsumverhalten der beteiligten Personen; die sich allesamt im Ergebnisteil dieser Arbeit anschaulich dargestellt finden, ergänzt mit Texten, die die wichtigsten Resultate verdeutlichen und Verbindungen zwischen den einzelnen Abbildungen und Tabellen herstellen.

Dem bereits erwähnten Ergebnisteil folgt die Diskussion. Diese dient der Erörterung und Interpretation der Ergebnisse mit besonderem Blick auf die sich darstellenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gewalt im mittleren und hohen Erwachsenenalter, vor dem Hintergrund der in der Einleitung genannten Ausgangshypothesen bzw. der sich aus dem theoretischen Eingangs-Teil ergebenden Fragestellungen.

Eine anonymisierte Datenerfassung und Auswertung wurde durch eine fortlaufende Zuordnung von Untersuchungsnummern, anstelle von Personalien, und durch eine persönliche Verschwiegenheitserklärung gewährleistet.

3.3 Erfasste Parameter der Basisdokumentationsbögen

U Tgb-Nr. V3 v. 24.1.2006 Hei
(c) IFRHH 2006

Untersuchung am Vorfallszeitpunkt am um
 um (ca.) ggf. Zeitraum von bis
 Untersucher: unbekannt

GESCHÄDIGTE PERSON

Geschlecht: m w Nationalität: deutsch andere(.....) unbekannt
 Sprachkompetenz fließend deutsch teilweise Übersetzung notwendig
 Geb.-datum:

UNTERSUCHUNGSORT

IfR Polizei Uniklinik (Abt.) anderes Krankenhaus (KH, Abt.)
 Sonstiges:

AUFTRAGGEBER (wer hat angerufen? Mehrfachnennungen möglich) Dienststelle/Abteilung genau:
 PK/KK LKA Uniklinik Konsil für and. Klinik Jugendamt Opfer Andere:
 An wen geht Gutachten? Polizeidienststelle Justiz Opfer Andere:

SACHVERHALT / ANAMNESE

Wer schildert den Sachverhalt? Angaben d. geschädigten Person Angaben v. Dritten/Polizei

HINTERGRUND/ANLASS (Mehrfachnennungen möglich)
 Beziehungskonflikt ((Ex)Partner/soz. Nahfeld) sexuelles Motiv Raubüberfall Konflikt i. Straßenverkehr
 Umfelduntersuchung Opfer vermutet Gewalteinwirkung Unfall anderer Konflikt unbekannt

Besonderheiten / Bemerkungen:

Beschuldigte Person (Mehrfachnennungen möglich)

Besch. bekannt?	Art der Beziehung?	Zahl der Beschuld.?	Geschlecht?	Nationalität?
<input type="checkbox"/> bekannt	<input type="checkbox"/> Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> 1 Beschuldigte(r)	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> deutsch
<input type="checkbox"/> nur flüchtig bekannt	<input type="checkbox"/> Ex-Partner	<input type="checkbox"/> mehrere Beschuld. Anzahl, wenn bekannt:	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> andere (welche?
<input type="checkbox"/> fremd	<input type="checkbox"/> familiäre Beziehung		<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> andere			
	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt		

Gemeinsame Wohnung von geschädigter und beschuldigter Person? ja nein unbekannt

ART DER BEZIEHUNG (z.B. Vater- Sohn; Pflegemutter- Tochter etc., entfällt bei Fremdtätern)

Spezifizierung der Beziehung der beschuld. und geschäd. Person:

ART DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)

Gewaltandrohung
 Körperliche Gewalt (z.B. Faustschläge, auch: Tritte mit beschuhtem Fuß)
 Instrumentelle Gewalt
 (Welche Tatwerkzeuge?:)
 Tatwerkzeug(e) unbekannt
 Fixierung bzw. Fesselung
 sexuelle Nötigung ohne unmittelbare Gewalt Vernachlässigung
 keine konkrete Gewalt bekannt unbekannt (nicht anamnestizierbar etc.)
 Andere:

Abbildung 1: Seite 1 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdelikt sowie der Tatumstände.

ORT DER GEWALT (Mehrfachnennungen möglich)

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

KONSUMVERHALTEN der geschädigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

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

KONSUMVERHALTEN der beschuldigten Person (anlassbezogen, Mehrfachnennungen möglich)

Alkohol Medikamente BtM nichts unbek.

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

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

Andere (ungewöhnliche) Handlungen: _____

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

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

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

WEGWEISUNG

(GewSchG) im Zusammenhang mit Untersuchungsanlass? ja nein unbekannt

POLIZEILICHE ANZEIGE

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

STATUS (wenn Polizei eingeschaltet)

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

Abbildung 2: Seite 2 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg, zur Erfassung der Gewaltopfer und, des zuletzt erlebten Gewaltdeliktens sowie der Tatumstände.

UNTERSUCHUNGSBEFUND

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

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

Anmerkungen: _____

STRANGULATIONSBEFUNDE (Mehrfachnennungen möglich)

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

ZEITPUNKT DER VERLETZUNGEN (Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeitig mehrzeitig nicht bestimmbar

VERLETZUNGSMUSTER

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

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

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

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

KONSUM

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

Abbildung 3: Seite 3 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdeliktens sowie der Tatumstände.

WEITERE VERSORGUNG: Beratung, Hilfe, Diagnostik, Therapie

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

ASSERVATE

Foto ja
 BAK ja
 Tox: Urin Blut

Spuren: Abstriche: oral vaginal anal andere: _____
 Nagelränder Schamhaare
 Spermien mikroskopisch nachgewiesen

Mikrobiologie:
 Hepatitis HIV and.Virologie and.Bakteriologie

Kleidung: _____

Anderes: _____

Abbildung 4: Seite 4 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdeliktes sowie der Tatumstände.

4. Ergebnisse

4.1 Anmerkung

Es bleiben möglicherweise, nicht der wirklichen Lage entsprechende, Darstellungen der Sachverhalte hinsichtlich einer Falschaussage (bewusst/unbewusst) unberücksichtigt bzw. konnten nicht erkannt und identifiziert werden, sodass die aus diesen Erhebungen abgeleiteten Fallzahlen von den tatsächlichen Häufigkeiten gering abweichen können. Bewusst beispielsweise durch eine persönliche Motivlage (z. B. Schutz von Angehörigen, Angst) und unbewusst durch Wahrnehmungstäuschungen (z. B. selektive Wahrnehmung, Sinnestäuschung), Verzerrung der Erinnerung (z. B. Vergessen, Verdrängen) und Reproduktionsverzerrung (Aufregung, soziale Erwünschtheit).

4.2 Jährliche Fallzahlen der untersuchten Personen

Dem Untersuchungsverfahren lagen insgesamt 6280 Datensätze zugrunde. Hierbei wurde eine Altersuntergrenze von 21 Jahren festgesetzt, sodass für die nachfolgenden Untersuchungen 4103 Daten für analytische Erhebungen zur Verfügung standen; davon 2479 Personen (60 %) weiblichen Geschlechts und 1624 Personen (40 %) männlichen Geschlechts. Für Referenzzwecke wurden die Untersuchungserhebungen zwei Altersgruppen zugeordnet. Als Ausgang ergaben sich 270 Datensätze (7 %) für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, sowie 3833 Datensätze (93 %) für die Referenzgruppe der 21-59-Jährigen. Die Grenzen des Auswertungszeitraumes wurden hierbei möglichst weit gefasst (2006–Oktober 2011), um nach Möglichkeit repräsentative Ergebnisse zu gewährleisten. Die jährlichen Fallzahlen der untersuchten Geschädigten ab einem Alter von 60 Jahren sind in nachfolgendem Schaubild dargestellt.

Wie den Häufigkeitsangaben der untersuchten Personen zu entnehmen ist, bewegen sich die Untersuchungszahlen der Jahre 2003–2011 auf einem, mehr oder weniger, gleichbleibendem Niveau; im Durchschnitt wurden pro Jahr 45 Personen

ab einem Alter von 60 Jahren auf Misshandlung und Gewalteinwirkung untersucht, sodass der gewählte Referenzzeitraum als signifikant gewertet werden kann.

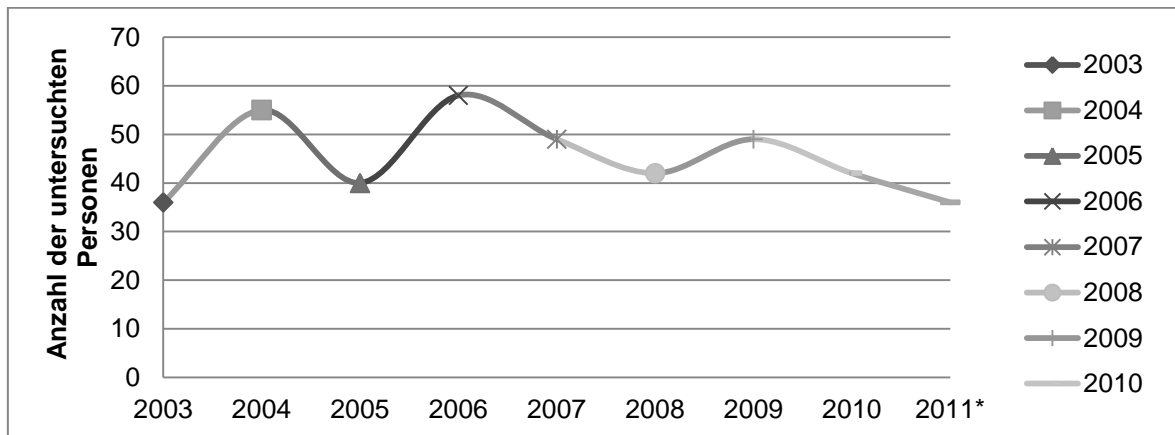


Abbildung 5: Jährliche Fallzahlen der untersuchten Geschädigten im Institut für Rechtsmedizin Hamburg ab 60. Jahren (n=407) (*Erfassung bis Oktober 2011).

Nach erster rechtsmedizinischer Einschätzung war bei 98 % (n=4010) der untersuchten Personen eine Fremdviktimisierung nicht auszuschließen, was die folgenden Ergebnisse bezüglich der Opfer-Werdungs-Forschung in ihrer Aussagekraft bestärkt.

4.3 Opfermerkmale

4.3.1 Alter, Geschlecht, Nationalität

Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass Gewaltopferuntersuchungen in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, gemessen an der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen, unterrepräsentiert sind. Im Rahmen der Gewaltopferuntersuchungen wurden Kriminalitätsdelikte und Unfallgeschehen untersucht und dokumentiert, die mit einer körperlichen Verletzung einhergingen. Der Anteil derjenigen, die innerhalb des Referenzzeitraumes von knapp sechs Jahren rechtsmedizinisch untersucht wurden, liegt bei den 21- bis 59-jährigen Männern und Frauen (F: 56,6 %, M: 36,8 %) etwa 14-mal höher wie bei den 60-Jährigen und Älteren (F: 3,8 %, M: 2,8 %). Altersgruppenübergreifend waren weibliche Geschädigte im Durchschnitt eineinhalbfach häufiger vertreten als Männer.

Von besonderer Bedeutung an dieser Stelle ist die Frage, wie sich die Alters- und Geschlechtsverteilung in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren verhält. Nachfolgende Tabelle stellt hierzu die Alters- und Geschlechtsstrukturen der älteren Untersuchungsgruppe (≥ 60 Jahre) dar.

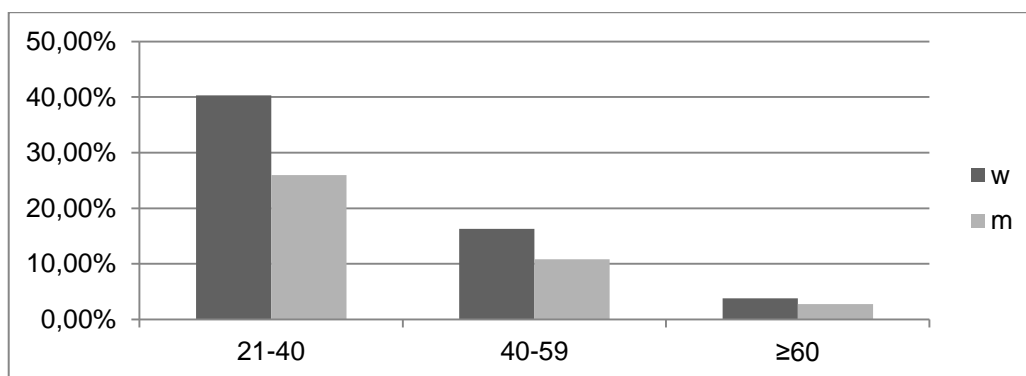


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der Gewalt- und Sexualdelikte nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der ab 60-Jährigen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Altersgruppen der ab 60-Jährigen:	Geschlechtsgruppen der ab 60-Jährigen:				Ges.:	
	m %	n	w %	n	%	n
<60	2,17%	6	2,17%	6	4,35%	12
60-65	17,03%	47	17,03%	47	34,06%	94
65-70	10,51%	29	11,59%	32	22,10%	61
70-75	4,35%	12	6,88%	19	11,23%	31
75-80	3,99%	11	6,88%	19	10,87%	30
80-85	1,45%	4	6,52%	18	7,97%	22
85-90	2,17%	6	4,35%	12	6,52%	18
90-95	0,36%	1	1,45%	4	1,81%	5
95-100	0,00%		0,72%	2	0,72%	2
>100	0,00%		0,36%	1	0,36%	1
Gesamtangaben:	42,03%	116	57,97%	160	100,00%	276

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass rund 80 % der untersuchten Personen zwischen 60 und 80 Jahre alt waren, wobei sich ein deutlicher Altersgipfel in der Gruppe der 60- bis 65-jährigen Frauen und Männer abzeichnet (34 % aller Untersuchten). Des Weiteren zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Geschädigten die Anzahl an Untersuchungen kontinuierlich abnahm. Ferner zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der stärksten prozentualen Abnahme an Untersuchungen. Während die Gruppe der 60- bis 80-Jährigen durch Frauen wie Männer etwa gleich stark vertreten ist, wird die Gruppe der über 80-Jährigen weitestgehend durch weibliche Geschädigte repräsentiert, was in nachfolgendem Diagramm veranschaulicht wurde.

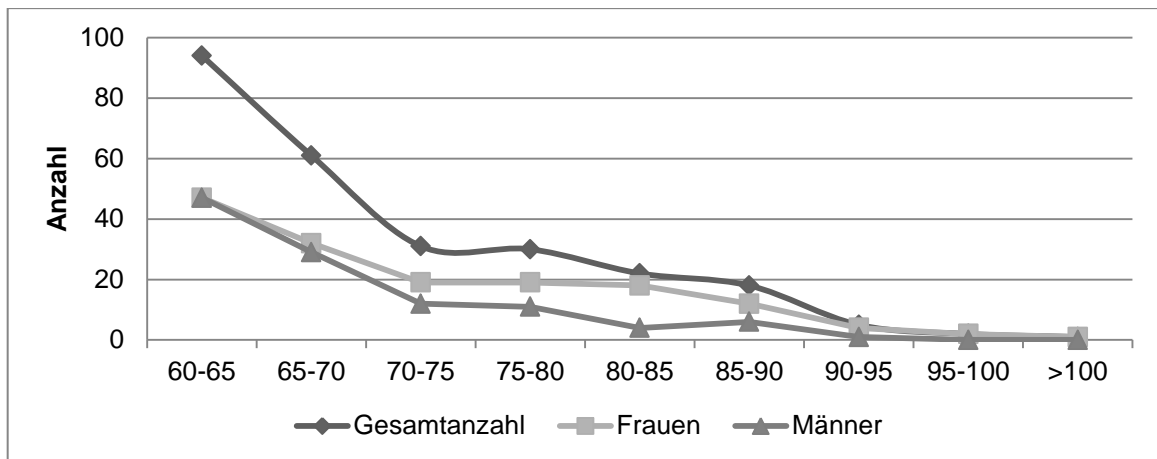


Abbildung 7: Grafische Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung der ab 60-Jährigen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tabelle 2: Regionalgruppierung nach den Herkunftsländern der Geschädigten in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersgruppen:										
	w				m				Ges.:		
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	
Herkunft (geographisch):	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deutschland	1673	72,02%	137	87,82%	1077	71,32%	94	82,46%	2981	72,65%	
Nicht-Deutsche bekannter Herkunft	Zentral-, Nord-, Süd-, Westeuropa	111	4,78%	1	0,64%	43	2,85%	2	1,75%	157	3,83%
	Südost-Europa	144	6,20%	7	4,49%	125	8,28%	4	3,51%	280	6,82%
	Ost-Europa	62	2,67%	3	1,92%	17	1,13%	0,00%	82	2,00%	
	Vorderasien	30	1,29%	0,00%	23	1,52%	3	2,63%	56	1,36%	
	Zentral-, Ost-, West-, Südasien	56	2,41%	1	0,64%	32	2,12%	2	1,75%	91	2,22%
	Nord-Afrika	10	0,43%	0,00%	14	0,93%	0,00%	24	0,58%		
	Subsahara-Afrika	39	1,68%	0,00%	14	0,93%	0,00%	53	1,29%		
	Amerika und Kanada	2	0,09%	0,00%	2	0,13%	1	0,88%	5	0,12%	
	Lateinamerika und Karibik	20	0,86%	0,00%	7	0,46%	0,00%	27	0,66%		
	Staatenlos (Roma u. Sinti)	1	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	1	0,02%			
Nicht-Deutsche unbekannter Herkunft	103	4,43%	4	2,56%	55	3,64%	3	2,63%	165	4,02%	
Unbekannte Staatszugehörigkeit	72	3,10%	3	1,92%	98	6,49%	5	4,39%	178	4,34%	
k. A.		0,00%	0,00%	0,00%	3	0,20%	0,00%	3	0,07%		
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%	

Wie den erfassten Nationalitäten der 21- bis über 60-jährigen Patientinnen und Patienten zu entnehmen ist, handelte es sich bei den Untersuchungen in über 70 % der Fälle um Deutsche und in rund 23 % der Fälle um nicht-deutsche Patienten/innen. Ferner zeigt sich, dass insgesamt der Anteil dokumentierter, nichtdeutscher Geschädigter bei den 21- bis 59-jährigen Frauen und Männern rund 12 % höher liegt als in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (23,74 % zu 11,48 %). Die am häufigsten dokumentierten Staatsangehörigkeiten ausländischer Patienten

mit Verdacht auf Gewalteinwirkung waren dabei türkisch (4,9 %), polnisch (2,1 %) und russisch (2 %); wobei polnische Geschädigte nur in der Gruppe der unter 60-Jährigen vertreten waren. Weitere Nationalitäten resp. geografische Herkunftangaben der Geschädigten, Staatenlose und Personen, bei denen die Staatsangehörigkeit ungeklärt blieb, sind der Tabelle zu entnehmen. Es ist anzumerken, dass „Deutsche ausländischer Herkunft“ bzw. mit Migrationshintergrund – sofern nicht vermerkt – nicht gesondert berücksichtigt wurden und somit der Rubrik „Deutsch“ zugeordnet sind. Insgesamt konnten weit mehr als 30 verschiedene Nationalitäten festgestellt werden, hiervon allein 14 in der Gruppe der ab 60-Jährigen.

4.3.2 Sprachkompetenz (Sprechen und Verstehen)

Tabelle 3: Sprachkompetenz der Geschädigten nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Sprachkompetenz:	Geschlechts- und Altersgruppen:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	Ges.:
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
fließend	1873	80,63%	122	79,74%	1272	84,29%	88	77,19%	3355	81,85%
Teilweise	239	10,29%	15	9,80%	138	9,15%	9	7,89%	401	9,78%
Übersetzung notwendig	163	7,02%	7	4,58%	48	3,18%	4	3,51%	222	5,42%
keine bzw. sprachunfähig	14	0,60%	7	4,58%	19	1,26%	9	7,89%	49	1,20%
(Leer)	34	1,46%	2	1,31%	32	2,12%	4	3,51%	72	1,76%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	153	100,00%	1509	100,00%	114	100,00%	4099	100,00%

Kommensurabel zur Sprachkompetenz war bei der Mehrheit der Opfer von Deutschen auszugehen. Nahezu 82 % der Opfer (3355 Personen) waren der deutschen Sprache mächtig, 9,8 % (401 Personen) wiesen eine eingeschränkte Sprachkompetenz auf. Ferner waren 5,2 % (222 Personen) der deutschen Sprache nicht mächtig. Hierunter fielen Geschädigte mit einer anderen Muttersprache als Deutsch. Dieser Umstand erforderte je nach Sprache des Patienten und Sprachkenntnis des untersuchenden Arztes die Hinzuziehung eines Sprachmittlers. In der Gruppe der Sprachunfähigen (49 Geschädigte; 1,2 %) handelte es sich u. a. um intubierte, bewusstlose, komatöse, geistig behinderte und um an Demenz erkrankte Personen. Hier erfolgte die Anamnese alleinig durch Dritte. Auffällig ist, dass der prozentuale Anteil der sprachunfähigen, in der Gruppe der ab 60-

Jährigen deutlich stärker ausgeprägt ist als in der Vergleichsgruppe der 21- bis 59-Jährigen.

4.4 Sachverhaltserhebung (Eigenanamnese, Fremdanamnese)

Entsprechend den Angaben zur Nationalität und Sprachkompetenz, zeigten sich die Erhebungen bezüglich der Schilderung des Sachverhaltes zum Tathergang. Diese erfolgten in 93 % der Fälle (3830 Untersuchungen) durch die Geschädigten. Hiervon fand die Nachzeichnung der Vorkommnisse in 3199 Fällen (78 % der Untersuchungen) alleinig durch die mutmaßlichen Geschädigten statt. In 584 Fällen (14 %) wurden die Angaben durch Aussagen von Dritten (Fremdanamnese) ergänzt. Eine Wiedergabe des Sachverhaltes einzig durch Dritte erfolgte indes bei 273 Geschädigten (7 %). Werden hierbei die Altersgruppen gesondert betrachtet, so zeigen sich Unterschiede in den Erhebungen zur Eigen- und Fremdanamnese. Während bei den 21- bis 59-jährigen Männern und Frauen überwiegend eine ergänzende Fremdanamnese (13,8 %) erhoben wurde und der ersatzweisen Fremdanamnese (5,7 %) nur eine untergeordnete Rolle zukam, zeigte sich in der Gruppe der ab 60-Jährigen ein abweichendes Bild. Die ersatzweise und ergänzende Erfragung des Sachverhaltes fand sich hierin anteilmäßig gleich stark vertreten mit 19,6 % (je 53 Fälle).

Tabelle 4: Art/Form der Sachverhaltserhebungen nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:		
Schilderung des Sachverhaltes:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dritte/ Polizei	80	3,44%	31	19,87%	140	9,27%	22	19,30%	273	6,65%		
Geschädigte	1875	80,71%	92	58,97%	1165	77,15%	67	58,77%	3199	77,97%		
Geschädigte/ Dritte	345	14,85%	32	20,51%	186	12,32%	21	18,42%	584	14,23%		
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.5 Untersuchungsorte

Die Untersuchungsorte waren sowohl Hamburger Kliniken und Kliniken aus dem Großraum Hamburg als auch das Institut für Rechtsmedizin sowie Hamburger Polizeikommissariate und Meldeorte/Wohnsitze der Geschädigten. Häufigster Untersuchungsort war sowohl in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (74 %) als auch in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (60 %) das Institut für Rechtsmedizin Hamburg. Zweithäufigster Untersuchungsort bildet bei den jüngeren Geschädigten das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in 15,7 % der Fälle, wohingegen bei den älteren Geschädigten (≥ 60 Jahre) Kliniken in Hamburg und Umgebung als Untersuchungsorte dominierten (24 %). Entsprechend zeigte sich als dritthäufigster Untersuchungsort in der Gruppe der unter 60-Jährigen die Rubrik „andere Krankenhäuser“ und in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren das Universitätsklinikum. Des Weiteren zeichnet sich bei Untersuchungen, die im Universitätsklinikum erfolgten, eine Prävalenz der weiblichen Geschädigten ab, wohingegen männliche Geschädigte überwiegend in anderen städtischen Kliniken untersucht wurden.

Wie bereits angesprochen, fungierte das UKE, exklusive den ambulanten Räumlichkeiten des Institutes für Rechtsmedizin, als zweithäufigster Untersuchungsort. Hierbei erfolgten die Untersuchungen überwiegend in der Zentralen Notaufnahme (beinhaltet alle medizinischen Fachgebiete), wobei in 264 Fällen die Fachrichtungen nicht spezifiziert wurden bzw. Angaben disziplinübergreifender Behandlungen fehlten und somit keine weitere Unterteilung möglich war. Vergleichbar problematisch gestalteten sich Vorfälle, bei denen der Zentrale Aufnahmedienst als Untersuchungsort angegeben wurde. Hingegen konnte in 358 Fällen (56,5 %) die konsiliarisch aufgesuchte bzw. hinzugezogene Fachabteilung der Aktenlage entnommen werden. Am häufigsten fand sich hierbei die Angabe „Gynäkologie“ in beinahe 35 % der Fälle. Am zweit- und dritthäufigsten, aber zugleich auch auffallend singulärer, fand sich die Abteilungsbezeichnung „Chirurgie“ bzw. „Innere Medizin“. Betrachtet man die Tabelle hinsichtlich alters- und geschlechtsspezifischer Unterschiede, so zeigt sich, dass auch in der Altersgruppe der ab 60-jährigen Frauen die Gynäkologie als universitäre Fachabteilung bei den Untersuchungen prävalierte.

Tabelle 5: Untersuchungsorte der Geschädigten nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Untersuchungsort:	Geschlechts- und Altersgruppen:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	Ges.:
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
IfR	1665	71,67%	85	54,49%	1169	77,42%	77	67,54%	2996	73,02%
Uniklinik	524	22,56%	27	17,31%	79	5,23%	4	3,51%	634	15,45%
and.KH	91	3,92%	36	23,08%	219	14,50%	28	24,56%	374	9,12%
Polizei	24	1,03%	1	0,64%	34	2,25%	1	0,88%	60	1,46%
k. A.	19	0,82%	7	4,49%	9	0,60%	4	3,51%	39	0,95%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

(* IfR= Institut für Rechtsmedizin Hamburg)

Tabelle 6: Aufschlüsselungen der angegebenen Fachrichtungen bzw. Fachabteilungen bei Untersuchungen, die im Universitätsklinikum erfolgten (nach Alter u. Geschlecht) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Frequentierte Abteilungen/ Fachbereiche des UKE:	Geschlechts- und Altersgruppen:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Zentrale Aufnahmebereiche	251	47,90%	7	25,93%	5	6,33%	1	25,00%	264	41,64%
Gynäkologie, Urologie	209	39,89%	11	40,74%		0,00%		0,00%	220	34,70%
Chirurgie	4	0,76%	3	11,11%	20	25,32%	1	25,00%	28	4,42%
Innere Medizin	26	4,96%		0,00%		0,00%		0,00%	26	4,10%
Zahn-, Mund-, Kiefer- u. Gesicht	4	0,76%		0,00%	16	20,25%		0,00%	20	3,15%
Anästhesiologie, Intensivmedizin	4	0,76%	3	11,11%	10	12,66%	1	25,00%	18	2,84%
Neurologie, Neurochirurgie	5	0,95%		0,00%	13	16,46%		0,00%	18	2,84%
HNO, Augen	7	1,34%	1	3,70%	9	11,39%		0,00%	17	2,68%
Interdisziplinäre Intensivstationen	3	0,57%		0,00%	2	2,53%		0,00%	5	0,79%
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik	3	0,57%		0,00%	1	1,27%		0,00%	4	0,63%
Herz	1	0,19%		0,00%	1	1,27%		0,00%	2	0,32%
sonstige	7	1,34%	2	7,41%	1	1,27%		0,00%	10	1,58%
(Leer)		0,00%		0,00%	1	1,27%	1	25,00%	2	0,32%
Gesamtergebnis	524	100,00%	27	100,00%	79	100,00%	4	100,00%	634	100,00%

Bei der Betrachtung der Fälle, bei denen ein anderer Untersuchungsort als das Universitätsklinikum angegeben wurde, zeigt sich, dass es sich unabhängig vom Alter und Geschlecht hauptsächlich um Kliniken des „Stadtstaates Hamburg“ handelte. Hierbei dienten besonders die Asklepios Kliniken in St. Georg, Altona und Wandsbek als Untersuchungsstellen; letztere hinzukommend ab einem Alter von 60 Jahren. Des Weiteren lässt sich auch eine überregionale, bundesländerübergreifende Zusammenarbeit und Kooperation, insbesondere mit den Hamburg um-

gebenden niedersächsischen und schleswig-holsteinischen Landkreisen erkennen (s. nachfolgendes Diagramm).

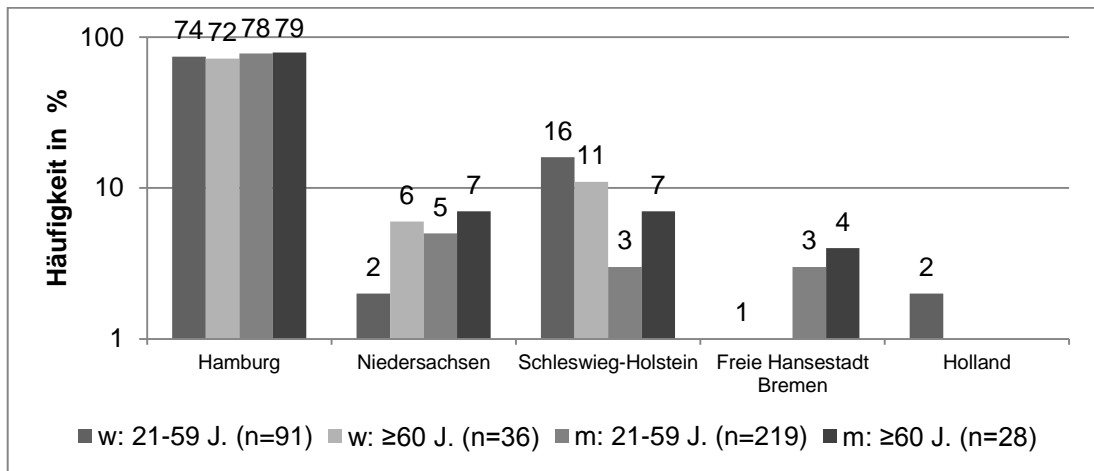


Abbildung 8: Prozentuale Häufigkeitsverteilungen regionaler bzw. überregionaler Untersuchungsorte nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

4.6 Auftrags- und Auftraggeber-Struktur

Auftraggeber, der im Institut für Rechtsmedizin eingegangenen Anforderungen, war in 2532 Fällen (61,7 %) die Hamburger Polizei. Hiervon wurden 1792 Fälle (43,7 %) von den Polizeikommissariaten (PKs), 674 Fälle (16,4 %) von der Landeskriminalpolizei (LKA) und 66 Fälle (1,6 %) von sonstigen polizeilichen Strafverfolgungsbehörden wie dem Zentralen Ermittlungskommissariat Süd (ZD 66) in Auftrag gegeben. Die Opfer selbst waren in 1236 Fällen (30 %) die Initiatoren. Interventionsstellen (z. B. Pro-Aktiv, Weißer-Ring), die Opfer vertretenden Personen wie Angehörige, Betreuer und juristische Personen, Rechtsvertreter waren mit unter 1 % bei den Auftragstellern vertreten. Konsilien für Krankenhäuser erfolgten in 167 Fällen (4 %).

Tabelle 7: Auftraggeber der rechtsmedizinischen Gewaltopferuntersuchungen nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Auftraggeber:	Geschlechts- und Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
PK/ KK	942	40,55%	81	51,92%	714	47,28%	55	48,25%	1792	43,68%		
LKA	472	20,32%	18	11,54%	171	11,32%	13	11,40%	674	16,43%		
Uniklinik	51	2,20%	5	3,21%	60	3,97%	2	1,75%	118	2,88%		
Anderes Krankenhaus	31	1,33%	2	1,28%	15	0,99%	1	0,88%	49	1,19%		
Opfer	690	29,7%	35	22,44%	480	31,79%	31	27,19%	1236	30,12%		
Hilfsorganisationen	36	1,55%	2	1,30%	1	0,07%	0	0	39	0,95%		
Stellvertretende Personen	8	0,34%	4	2,60%	3	0,20%	1	0,88%	16	0,39%		
Juristische Personen	9	0,40%	1	0,64%	7	0,50%	1	0,88%	18	0,44%		
KP/ ZDD/ sonstige Strafverfolgungsbehörden	37	1,60%	2	1,30%	22	1,50%	5	4,39%	66	1,61%		
Keine Angabe	47	2,02%	6	1,84%	37	2,50%	5	4,39%	95	2,32%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.7 Hintergründe und Anlässe der Untersuchungen

Die Tabelle 8 stellt die einzelnen Prävalenzen der berichteten, vermuteten Tatmotive bzw. Tathintergründe dar. Insgesamt gab nahezu jeder Dritte der Geschädigten einen eskalierten Beziehungskonflikt und einen anderen, nicht in den standardisierten Erhebungsbögen enthaltenen, Konflikt an. Dieses Verteilungsbild spiegelt sich auch in den Befunden der Altersgruppe der ab 60-Jährigen wider. So zeigt sich die zwischenmenschliche Beziehungsproblematik als zentrales Motiv für Gewalt und unter älteren Personen (F: 35 %, M: 16 %).

Dabei ist festzustellen, dass der Anteil der Frauen, die im Rahmen eines Beziehungskonfliktes körperlich viktimisiert wurden, sowohl in der Gruppe der ab 60-Jährigen (2-fach) als auch in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (5-fach) stärker ausgeprägt ist als bei den Männern. Den dritthäufigsten Anlass für eine rechtsmedizinische Untersuchung in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren bildete der Tatbestand „Raubüberfall“ (F: 18 %, M: 17 %). Bei den unter 60-jährigen Frauen dominierten an dieser Stelle sexuell orientierte Motive (24 %), wohingegen sexualisierte Gewalt an älteren Frauen nur in rund einem von zehn Fällen den Anlass für eine rechtsmedizinische Untersuchung gab.

Ferner zeigt sich, dass Konflikte im Straßenverkehr, Unfallereignisse, vermutete Gewalteinwirkungen und den Opfern unbekanntes Tatmotive in der Altersgruppe „60 plus“ häufiger angegeben wurden als bei den 21- bis 59-Jährigen.

In 255 Fällen erfolgte eine Spezifizierung der Angabe „anderer Konflikt“ (s. Tab. 9). Am häufigsten fanden sich unter den Angaben Nachbarschaftskonflikte, Auseinandersetzungen bzw. Übergriffe durch Polizeibeamte, Widerstandshandlungen gegen die Staatsgewalt und Konfliktereignisse im Rotlicht-/Nacht- und Kneipen-Milieu. Im Vergleich zu den beiden letztgenannten Angaben lässt sich für den erstgenannten Tathintergrund der Nachbarschaftskonflikte eine deutliche Dominanz in der Gruppe der ab 60-Jährigen feststellen.

Tabelle 8: Hintergründe und Anlässe der rechtsmedizinischen Untersuchung nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Anlass:	Geschlechts- u. Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Beziehungskonflikt	1278	55,02%	54	34,62%	170	11,26%	18	15,79%	1520	37,05%		
Sexuelles Motiv	550	23,68%	18	11,54%	12	0,79%		0,00%	580	14,14%		
Motiv unbekannt	93	4,00%	17	10,90%	154	10,20%	17	14,91%	281	6,85%		
Konflikt im Straßenverkehr	18	0,77%	2	1,28%	49	3,25%	5	4,39%	74	1,80%		
Raubüberfall	61	2,63%	28	17,95%	118	7,81%	19	16,67%	226	5,51%		
Umfeld-Untersuchung	5	0,22%		0,00%	6	0,40%		0,00%	11	0,27%		
Vermutete Gewalteinwirkung	37	1,59%	3	1,92%	14	0,93%	5	4,39%	59	1,44%		
Unfall	8	0,34%	4	2,56%	26	1,72%	7	6,14%	45	1,10%		
Anderer Konflikt	378	16,27%	30	19,23%	986	65,30%	48	42,11%	1442	35,15%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

Tabelle 9: Erläuterungen bei angegebenem anderem Konflikt nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

andere Konflikte:	Geschlechts- u. Altersgruppen:												
	w				m				Ges.:		Ges.:		
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:	n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Vernachlässigung/ Misshandlung			0,00%	1	3,33%		0,00%	1	2,08%	2	0,14%		
Brandstiftung			0,00%		0,00%	1	0,10%		0,00%	1	0,07%		
Hundebiss	1	0,26%		0,00%		0,00%	1	2,08%	2	0,14%			
Konfliktfeld Arbeitsplatz	1	0,26%		0,00%	8	0,81%		0,00%	9	0,62%			
Rache/ Eifersucht	4	1,06%		0,00%	5	0,51%		0,00%	9	0,62%			
Raub/ Erpressung/ Nötigung	3	0,79%		0,00%	8	0,81%		0,00%	11	0,76%			
Banden-/ Gruppenkriminalität			0,00%		0,00%	10	1,01%		0,00%	10	0,69%		
Mediation/ Streitschlichtung			0,00%		0,00%	5	0,51%		0,00%	5	0,35%		
religiöse, kulturelle Motive			0,00%		0,00%	1	0,10%	1	2,08%	2	0,14%		
Politisches Motiv/ „hate crimes“	1	0,26%		0,00%	5	0,51%		0,00%	6	0,42%			
Psychische Alteration	4	1,06%		0,00%	6	0,61%		0,00%	10	0,69%			
Nachbarschaftsstreitigkeiten	15	3,97%	4	13,33%	13	1,32%	4	8,33%	36	2,50%			
Widerstand gegen die Staatsgewalt	13	3,44%		0,00%	18	1,83%		0,00%	31	2,15%			
Übergriff durch Polizei	7	1,85%		0,00%	30	3,04%	2	4,17%	39	2,70%			
Konflikt im Rotlicht-/ Nacht-/ Kneipenmilieu	10	2,65%		0,00%	25	2,54%		0,00%	35	2,43%			
unklare, fragliche Tathintergründe	18	4,76%	3	10,00%	22	2,23%	4	8,33%	47	3,26%			
k. A.	301	79,63%	22	73,33%	829	84,08%	35	72,92%	1187	82,32%			
Gesamtangaben:	378	100,00%	30	100,00%	986	100,00%	48	100,00%	1442	100,00%			

4.8 Tätermerkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität

Nachfolgend soll veranschaulicht werden, welche Einzelpersonen oder Personengruppen beschuldigt oder durch die Anamnese/Schilderung des Opfers als kausal für den Tathergang/Unfall angesehen wurden. Die Anschuldigungen basierten auf Angaben der geschädigten Personen und auf Aussagen von Dritten, respektive vom Untersucher aufgrund von Folgerungen, die sich aus der Anamnese ergaben. In einigen Fällen wurden mehrere Personen beschuldigt, an dem zugrunde liegenden Straftatbestand beteiligt gewesen zu sein.

Der Übersicht in Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass es sich bei den benannten mutmaßlichen Tätern mehrheitlich (81 %; n=3323) um männliche Personen handelte. Die Zahl der einzig von Frauen begangenen Taten erscheint hingegen verhältnismäßig unterrepräsentiert: Lediglich in rund 7 % der strafbaren Handlungen (n=283) wurden weibliche Täter bzw. Tatverdächtige im Zusammenhang mit körperlichen Gewaltdelikten genannt. In 130 Untersuchungen (rund 3 %) wurde eine Gemeinschaftstat von Männern und Frauen angegeben, sodass in diesen Fällen das primär viktimisierende Tätergeschlecht nicht eindeutig als „weiblich“ oder „männlich“ identifiziert werden konnte. Insgesamt dominieren somit männliche Tatverdächtige unberücksichtigt von den unterschiedlichen Deliktausprägungen. Ferner zeigte sich, dass bei den männlichen Tätern (exklusive der Gemeinschaftstaten) die Gewalt primär gegen die dominierende Opfergruppe der älteren und jüngeren Frauen (63 %), bei den weiblichen Tätern die Gewalt überwiegend gegen das gleiche Geschlecht gerichtet war (59 %).

Bezug nehmend auf die Opfererfahrung bzw. zur Phänomenologisierung der Viktimisierungereignisse wurde ergänzend analysiert, welcher ethnischen Gruppe der oder die Täter, nach Einschätzung der Opfer, angehörten. In rund der Hälfte aller Fälle konnte den mutmaßlichen Schädigern keine ethnische Herkunft zugeordnet werden („unbekannte Nationalität“, s. Tab. 11), da die Staatszugehörigkeit entweder unbekannt war oder sich den Opfern nicht erschloss. Analog der Nationalität der Opfer (vgl. Tab. 11 und 12) wurden rund 1/3 der Gesamtstraftaten von Tätern deutscher Herkunft begangen. Hingegen wurden nahezu 19 % der Täter von den Opfern als nicht-deutsch wahrgenommen (s. Tab. 11), wobei dieser Anteil

in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, insbesondere bei den weiblichen Geschädigten, geringer ausfällt. Die Betrachtung der Konstellationen bei den Täter-Opfer-Nationalitäten (s. Tab. 12) zeigt ferner, dass sich die Gewalttaten gesamthaft, vornehmlich innerhalb „derselben“ Nationalitätsgruppen (deutsch bzw. nicht-deutsch) ereigneten, d. h. sowohl Täter als auch Opfer waren Deutsche oder Nichtdeutsche/Deutsche ausländischer Herkunft.

Bei den bekannten Straftätern ausländischer Herkunft (n=763, in toto 75 Nationalitäten konstatiert) handelte es sich in der Mehrheit um Täter aus dem südosteuropäischen Raum (41 %), wobei Personen türkischer Herkunft dominierten. Am zweit- und dritthäufigsten wurde eine afghanische (6,16 %) und russische (5,64 %) Täternationalität angegeben, gefolgt von polnischer und iranischer (je 4,85 %) Volkszugehörigkeit.

Tabelle 10: Geschlecht der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tätergeschlecht*	Opfer: Geschlechts- u. Altersgruppen											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
m	1981	85,28%	107	68,59%	1159	76,75%	76	66,67%	3323	80,99%		
w	147	6,33%	20	12,82%	104	6,89%	12	10,53%	283	6,90%		
m + w	72	3,10%	5	3,21%	50	3,31%	2	1,75%	129	3,14%		
u	106	4,56%	20	12,82%	165	10,93%	16	14,04%	307	7,48%		
m + w + u		0,00%		0,00%	1	0,07%		0,00%	1	0,02%		
m + u		0,00%		0,00%	3	0,20%		0,00%	3	0,07%		
k. A.	17	0,73%	4	2,56%	28	1,85%	8	7,02%	57	1,39%		
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

*Tätergeschlecht: m (männlich), w (weiblich), u (unbekannt), k.A. (keine Angabe)

Tabelle 11: Mutmaßliche Herkunft/Nationalität der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Täter- Nationalitäten	Geschlechts- und Altersgruppen									
	w				m				Ges.:	
	< 60J.		≥ 60 J.		< 60J.		≥ 60 J.		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
deutsch	872	37,54%	61	39,10%	283	18,74%	27	23,68%	1243	30,29%
deutsch + andere*	5	0,22%		0,00%	8	0,53%	2	1,75%	15	0,37%
deutsch + unbekannt*	5	0,22%		0,00%	8	0,53%		0,00%	13	0,32%
deutsch + andre + unbek*.	1	0,04%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,02%
andre	530	22,82%	21	13,46%	167	11,06%	9	7,89%	727	17,72%
unbekannt	873	37,58%	68	43,59%	1011	66,95%	68	59,65%	2020	49,23%
andere + unbekannt*	14	0,60%		0,00%	6	0,40%		0,00%	20	0,49%
k. A.	23	0,99%	6	3,85%	27	1,79%	8	7,02%	64	1,56%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

*gemischte Tätergruppen, mit deutscher oder ohne deutsche Beteiligung

Tabelle 12: Konstellationen der Täter-Opfer-Nationalitäten in Abhängigkeit der Geschlechts- und Altersstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Täter-Nationalitäten*	Opfer-Nationalitäten	w				m				Ges.:	
		<60		≥60		<60		≥60		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
d	deutsch	745	85,44%	59	96,72%	252	89,05%	23	85,19%	1079	86,81%
	andere	122	13,99%	2	3,28%	29	10,25%	4	14,81%	157	12,63%
	unbekannt	5	0,57%		0,00%	2	0,71%		0,00%	7	0,56%
	Gesamtergebnis	872	100,00%	61	100,00%	283	100,00%	27	100,00%	1243	100,00%
d + a	deutsch	2	40,00%			5	62,50%	2	100,00%	9	60,00%
	andere	3	60,00%			3	37,50%		0,00%	6	40,00%
	Gesamtergebnis	5	100,00%			8	100,00%	2	100,00%	15	100,00%
d + u	deutsch	5	100,00%			6	75,00%			11	84,62%
	andere		0,00%			2	25,00%			2	15,38%
	Gesamtergebnis	5	100,00%			8	100,00%			13	100,00%
d + a + u	unbekannt	1	100,00%							1	100,00%
	Gesamtergebnis	1	100,00%							1	100,00%
a	deutsch	221	41,70%	10	47,62%	72	43,11%	4	44,44%	307	42,23%
	andere	306	57,74%	11	52,38%	93	55,69%	3	33,33%	413	56,81%
	unbekannt	3	0,57%		0,00%	1	0,60%	2	22,22%	6	0,83%
	k. A.		0,00%		0,00%	1	0,60%		0,00%	1	0,14%
	Gesamtergebnis	530	100,00%	21	100,00%	167	100,00%	9	100,00%	727	100,00%
u	deutsch	670	76,75%	63	92,65%	716	70,82%	58	85,29%	1507	74,60%
	andere	141	16,15%	2	2,94%	200	19,78%	7	10,29%	350	17,33%
	unbekannt	62	7,10%	3	4,41%	93	9,20%	3	4,41%	161	7,97%
	k. A.		0,00%		0,00%	2	0,20%		0,00%	2	0,10%
	Gesamtergebnis	873	100,00%	68	100,00%	1011	100,00%	68	100,00%	2020	100,00%
a + u	deutsch	11	78,57%			5	83,33%			16	80,00%
	andere	2	14,29%			1	16,67%			3	15,00%
	unbekannt	1	7,14%				0,00%			1	5,00%
	Gesamtergebnis	14	100,00%			6	100,00%			20	100,00%
k. A.	deutsch	19	82,61%	5	83,33%	21	77,78%	7	87,50%	52	81,25%
	andere	4	17,39%	1	16,67%	4	14,81%	1	12,50%	10	15,63%
	unbekannt		0,00%		0,00%	2	7,41%		0,00%	2	3,13%
	Gesamtergebnis	23	100,00%	6	100,00%	27	100,00%	8	100,00%	64	100,00%

*Täter-Nationalitäten: d (deutsch), a (andere/nicht-deutsch), u (unbekannt), k.A. (keine Angabe); entsprechend der Opfergruppierung

Tabelle 13: Mutmaßliche Herkunftsregionen (Nationalitäten) der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Herkunft Täter (geographisch):	Opfer: Geschlechts- u. Altersgruppen											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Zentral-, Nord-, Süd-, Westeuropa (12 ¹)	53	9,64%	4	19,05%	12	6,63%	3	27,27%	72	9,44%		
Südost-Europa (14 ²)	233	42,36%	7	33,33%	72	39,78%	3	27,27%	315	41,28%		
Ost-Europa (1 ³)	22	4,00%	2	9,52%	17	9,39%	2	18,18%	43	5,64%		
Vorderasien (12 ⁴)	51	9,27%	1	4,76%	21	11,60%	1	9,09%	74	9,70%		
Zentral-, Ost-, West-,Südarien (12 ⁵)	56	10,18%	2	9,52%	13	7,18%		0,00%	71	9,31%		
Nordafrika (6 ⁶)	21	3,82%		0,00%	9	4,97%		0,00%	30	3,93%		
Subsahara-Afrika (9 ⁷)	51	9,27%		0,00%	11	6,08%		0,00%	62	8,13%		
Mittelamerika (1 ⁸)	2	0,36%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,26%		
Lateinamerika und Karibik (7 ⁹)	7	1,27%		0,00%	4	2,21%	1	9,09%	12	1,57%		
Staatenlos (Roma/ Sinti)	2	0,36%	1	4,76%		0,00%		0,00%	3	0,39%		
unklar	52	9,45%	4	19,05%	22	12,15%	1	9,09%	79	10,35%		
Gesamtangaben (andere Nationalität):	550	100,00%	21	100,00%	181	100,00%	11	100,00%	763	100,00%		

Genannte/identifizierbare Nationalitäten innerhalb der jeweiligen Herkunftsregionen in Klammern gesetzt. Prozentual meist genannte Nationalitäten in den nach einzelnen Herkunftsregionen unterteilten Tätergruppen: ¹ Polen (4,85 %), ² Türken (30,28 %), ³ Russisch (5,64 %), ⁴ Iraner (4,85 %), ⁵ Afghanen (6,16 %), ⁶ Marokko (1,31 %), ⁷ Ghana (1,83 %), ⁸ Mexiko (0,26 %), ⁹ Brasilien/Ecuador (je 0,39 %)

4.9 Täteranzahl: Einzeltäter und Gruppenkriminalität

Bei den Täterschaften handelte es sich im überwiegenden Teil (69 %; 2820 Fälle) um Alleintäterschaften. Die gemeinschaftliche Begehung einer Straftat (Mehrtäterschaften, Gruppenkriminalität) ereignete sich nach Angaben der Opfer in insgesamt 852 Fällen (20,77 %). Hiervon konnten 573 (14 %) Straftatbegehungen der Gruppenkriminalität (Gruppe von mindestens drei Personen) zugeordnet werden. Nicht gesondert aufgeführt wurden Alleintäterschaften mit Mittäterschaften ohne kausalen Tatbeitrag, die somit in die jeweiligen Rubriken der Strafbegehungen durch mehrere Beteiligte einzuordnen waren. Die genaue Täterzahl konnte aufgrund deutungsöffener Aussagen (z. B.: mehrere Täter, Täterzahl unbekannt, keine Angabe) nicht ermittelt werden. Es ist aber insgesamt von mehr als 5000 Schädigern auf 4103 Geschädigte auszugehen.

Charakteristische alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten bildeten sich wie folgt ab: Gewaltstraftaten durch Einzeltäter fanden sich in der weiblichen Opfergruppe stärker repräsentiert, während Gruppenkriminalitätsdelikte in der männlichen Opfergruppe überwogen und in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen Männer mehr als zweieinhalbfach stärker vertreten waren.

Tabelle 14: Straftatbegehung durch Einzeltäter oder mehrere Beteiligte in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Täteranzahl:	Geschlechts- und Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	1934	83,25%	113	72,44%	704	46,62%	69	60,53%	2820	68,73%		
2	95	4,09%	9	5,77%	159	10,53%	9	7,89%	272	6,63%		
mind. 2	1	0,04%		0,00%	6	0,40%		0,00%	7	0,17%		
≥3	149	6,41%	10	6,41%	403	26,69%	11	9,65%	573	13,97%		
Hund		0,00%		0,00%	1	0,07%	1	0,88%	2	0,05%		
gänzlich unbekannt	129	5,55%	20	12,82%	210	13,91%	18	15,79%	377	9,19%		
k. A.	15	0,65%	4	2,56%	27	1,79%	6	5,26%	52	1,27%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.10 Täter-Opfer-Beziehung

Nachfolgende Tabelle veranschaulicht für die beiden Altersgruppen der unter 60-Jährigen und der 60-Jährigen und Älteren das Verhältnis bzw. die Art der Beziehung zwischen den Opfern und Schädigern zum Zeitpunkt des Tatgeschehens. Hierbei ergab die Auswertung der Daten, dass in 45 % der Fälle (1841 positive Angaben) die Gewaltopfer mit dem Täter näher bekannt waren und 13 % der Geschädigten (542 Fälle) ein flüchtiges Bekanntschaftsverhältnis zum Täter unterhielten. Indes gaben rund 36 % der Opfer an, den Täter bzw. die Täterin nicht zu kennen.

Kommensurabel zum Bekanntschaftsgrad zeigten sich die Angaben zur Art der Beziehung. So konnte in nahezu 36 % der Fälle (1473 positive Angaben) eine vertraute bzw. ehemals vertraute oder verwandtschaftliche Beziehung zwischen den Opfern und Tätern festgestellt werden. Es gaben 3,5 % der Geschädigten eine familiäre Beziehung, 21 % eine Partnerbeziehung und rund 11 % einen Konflikt mit dem Ex-Partner an; wobei erstgenannte, innerfamiliäre Konflikte die Altersgruppe der ab 60-Jährigen dominierten. Unabhängig vom Gewaltort wurden Formen von Gewalttätigkeiten gegen den Partner (gewalttätiges Verhalten zwischen erwachsenen Partnern und Ex-Partnern) oder unter Familienangehörigen zu Formen der „häuslichen Gewalt“ gezählt. Daraus resultiert eine Prävalenz für häusliche Gewalt, die den Fallzahlen der vertrauten Beziehungen gleichzusetzen ist. Weitere 25 % benannten eine andere Art der Beziehung zum mutmaßlichen Täter (vgl. Tab. 15 u. 17). In 34 % waren sich die Geschädigten und der Schädiger unbekannt (entsprechend den Angaben zum Bekanntschaftsgrad).

Bei der eingehenden Untersuchung der familiären Beziehung konnte den 144 Untersuchungsprotokollen in über 90 % der Fälle ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen den Täter und Opfern entnommen werden (s. Tab. 16). Die empirische Analyse hinsichtlich alters- und generationsbedingter Unterschiede ließ in nahezu 60 % der Fälle einen generationsübergreifenden Konflikt und in etwas über 40 % der Fälle ein intergenerationales Beziehungsgeflecht erkennen. Am häufigsten konnte ein problematisches Konfliktverhalten zwischen den Eltern und deren Kindern (48 %, 69 Fälle), sowohl in der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen als auch

in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen und Älteren, festgestellt werden. Hierbei handelt es sich bei den Eltern-Kind-Konflikten zum überwiegenden Teil um ein aggressiv, überschießendes Verhalten der Kinder (inklusive Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) gegenüber ihren Eltern. Der Tabelle entnehmend handelt es sich bei den Opfern überproportional um Mütter. Viktimisierungen durch elterliche Gewalt fanden sich größtenteils in der Altersgruppe der 21- bis 59-jährigen Frauen und Männern, mit Ausnahme derjenigen Fälle, bei denen es sich um eine gemeinschaftliche Tatbegehung durch die Eltern mit den Geschwistern der Opfer handelte. Ein ganz ähnliches Verteilungsmuster ließen die Konflikte im Rahmen schwägerlicher Beziehungen erkennen. So zeigten sich Konflikte mit den Schwiegereltern und Schwägern in der Altersgruppe unter 60 Jahren deutlich weiter verbreitet als in den älteren Jahrgängen.

Des Weiteren ließen sich auch generations- und geschlechtsmäßige Unterschiede in der Kategorie der „anderen Beziehungen“ (n=1023) erkennen. Hierbei handelte es sich im weitesten Sinne primär um Fälle, die dem Privatleben (freundschaftliche, nachbarschaftliche und berufliche Beziehungen/Verbindungen) der Opfer zuzuordnen waren. Tabelle 17 stellt diesbezüglich die erhobenen Befunde dar und zeigt, dass Frauen insgesamt häufiger eine freundschaftliche Beziehung oder zumindest ein bekanntschaftliches Verhältnis zum Täter unterhielten als Männer (F: 18 %, M: 11 %) und dass das Viktimisierungsrisiko älterer Menschen durch den Freundeskreis um 50 % geringer ausgeprägt ist, als in der jeweiligen Geschlechtsvergleichsgruppe. Ähnlich zeigten sich auch die Daten zur Opferwerdung in der Kategorie der nachbarschaftlichen Konflikte, wobei sich hier ein höheres Risiko für die ältere Generation abzeichnete (≥ 60 J.: 33 %, < 60 J.: 11 %).

Eine Betrachtung der Gruppen, denen ein Geschäfts-/Arbeits-, Dienstleistungsverhältnis und eine virtuelle Bekanntschaft (Internet-, Chat-Bekanntschaft) oder eine stellvertretende Externalisierung von Beziehungsaggression (durch Ex-/Partner emotional und sozial nahestehender Personen oder des jetzigen Partners) zugrunde lag, zeigt, dass für diese konstitutionellen Umstände in der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen ein höheres Viktimisierungsrisiko besteht als in der Altersgruppe 60+.

Tabelle 15: Bekanntschaftsgrad und Beziehungsart zwischen Opfer und Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:	n	%
Bekanntschaftsgrad :	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
bekannt	1464	63,02%	73	46,79%	275	18,21%	29	25,44%	1841	44,87%		
flüchtig bekannt	277	11,92%	12	7,69%	236	15,63%	17	14,91%	542	13,21%		
fremd	511	22,00%	54	34,62%	847	56,09%	52	45,61%	1464	35,68%		
k. A.	90	3,87%	16	10,26%	163	10,79%	15	13,16%	284	6,92%		
Beziehungsart:												
Partnerbeziehung	774	33,32%	23	14,74%	57	3,77%	7	6,14%	861	20,98%		
Ex-Partner	432	18,60%	5	3,21%	31	2,05%		0,00%	468	11,41%		
Familiäre Beziehung	70	3,01%	26	16,67%	38	2,52%	10	8,77%	144	3,51%		
Andere Beziehung	483	20,79%	31	19,87%	474	31,39%	35	30,70%	1023	24,93%		
unbekannt	493	21,22%	61	39,10%	809	53,58%	46	40,35%	1409	34,34%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

Tabelle 16: Verwandtschaftsbeziehung zwischen Opfer und mutmaßlichem Täter bzw. den mutmaßlichen Tätern, bei angegebener familiärer Beziehung bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersgruppen:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:	n	%
Verwandtschaftsverhältnisse der Täter zum Opfer:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cousin/ Cousine	1	1,43%		0,00%	1	2,63%		0,00%	2	1,39%		
Neffe/ Nichte		0,00%		0,00%		0,00%	2	20,00%	2	1,39%		
Geschwister	11	15,71%	2	7,69%	7	18,42%		0,00%	20	13,89%		
Enkel		0,00%	2	7,69%		0,00%		0,00%	2	1,39%		
Kinder	19	27,14%	11	42,31%	6	15,79%	5	50,00%	41	28,47%		
Kinder+ Enkel		0,00%	1	3,85%		0,00%		0,00%	1	0,69%		
Kinder+ (Ex-)Partner	2	2,86%		0,00%		0,00%		0,00%	2	1,39%		
Stiefkinder	1	1,43%		0,00%	2	5,26%		0,00%	3	2,08%		
Stiefeltern	2	2,86%		0,00%	2	5,26%		0,00%	4	2,78%		
Eltern	7	10,00%		0,00%	3	7,89%		0,00%	10	6,94%		
Pflegevater		0,00%		0,00%	1	2,63%		0,00%	1	0,69%		
Eltern+ Geschwister	2	2,86%	4	15,38%	1	2,63%		0,00%	7	4,86%		
Schwiegereltern	3	4,29%		0,00%	2	5,26%		0,00%	5	3,47%		
Schwiegersohn/ -tochter	1	1,43%	6	23,08%		0,00%	1	10,00%	8	5,56%		
Schwager/ Schwägerin	9	12,86%		0,00%	4	10,53%		0,00%	13	9,03%		
sonstige Verwandte/ fern Verwandte	3	4,29%		0,00%	7	18,42%	1	10,00%	11	7,64%		
nicht wertbar	6	8,57%		0,00%		0,00%	1	10,00%	7	4,86%		
k. A.	3	4,29%		0,00%	2	5,26%		0,00%	5	3,47%		
Gesamtergebnis	70	100,00%	26	100,00%	38	100,00%	10	100,00%	144	100,00%		

Tabelle 17: Spezifizierung der Beziehung der beschuldigten und geschädigten Personen zueinander bei benannter „anderer Beziehung“ bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Spezifizierung der Art der Beziehung zwischen Täter und Opfer bei angegebener anderer Beziehung:	Geschlechts- und Altersgruppen:										
	w				m				Ges.:		Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
pflegerisch, unterstützendes Verhältnis		0,00%	1	3,23%	1	0,21%	4	11,43%	6	0,59%	
Geschäfts-/ Arbeitsverhältnis	27	5,59%		0,00%	37	7,81%	1	2,86%	65	6,35%	
Dienstleistungsverhältnis-Prostitution	17	3,52%		0,00%	1	0,21%		0,00%	18	1,76%	
Miet-/ Vermietungsverhältnis	4	0,83%	1	3,23%	4	0,84%	1	2,86%	10	0,98%	
Mitbewohner/ Untermieter	16	3,31%	2	6,45%	18	3,80%	1	2,86%	37	3,62%	
nachbarschaftlich	60	12,42%	14	45,16%	47	9,92%	8	22,86%	129	12,61%	
bekanntschäftliches/ freundschaftliches Verhältnis	89	18,43%	3	9,68%	52	10,97%	2	5,71%	146	14,27%	
dienstleisterisch/ fremd	15	3,11%	1	3,23%	31	6,54%	1	2,86%	48	4,69%	
flüchtig bekannt	41	8,49%	2	6,45%	17	3,59%	1	2,86%	61	5,96%	
Patient-Arzt-Beziehung	2	0,41%		0,00%	1	0,21%		0,00%	3	0,29%	
Internet-/ Chat-Bekanntschäft	12	2,48%		0,00%	1	0,21%		0,00%	13	1,27%	
dienstlich/ polizeidienstlich	10	2,07%	1	3,23%	26	5,49%	1	2,86%	38	3,71%	
(Ex-) Partner des jetzigen Partners, einer nahestehenden Person oder des Ex-Partners	30	6,21%		0,00%	37	7,81%	1	2,86%	68	6,65%	
sonstiges Verhältnis	28	5,80%		0,00%	21	4,43%		0,00%	49	4,79%	
k. A./ nicht wertbar	132	27,33%	6	19,35%	180	37,97%	14	40,00%	332	32,45%	
Gesamtergebnis	483	100,00%	31	100,00%	474	100,00%	35	100,00%	1023	100,00%	

4.11 Formen und Arten der Gewalterfahrungen

Die Untersuchung der erfragten und in Tabelle 18 dargestellten Gewaltformen zeigt, dass sowohl in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren als auch bei den 21- bis 59-Jährigen die körperliche Gewalt mit 78 % prävalierte. Die prozentuale Häufigkeitsverteilung belegt hierbei eine stärkere Opferbelastung der Frauen (F: 80 %, M: 75 %) und verdeutlicht zugleich, dass insgesamt eine geringere Gefährdung der höheren Altersgruppe vorlag. Ebenfalls die untersuchten Fälle zur sexuellen Nötigung ohne unmittelbare Gewalt lassen eine jüngere und weiblich dominierende Opferbelastung erkennen, wohingegen das Opfer-Werdungs-Risiko durch instrumentelle Gewalt bei den Männern beider Altersgruppen überwog. Fälle der Vernachlässigung beschränkten sich hingegen auf die Gruppe der 60-jährigen und älteren Frauen, wobei sich die Viktimisierung durch Fixierung oder Fesselung in der jüngeren Altersgruppe häufiger zeigte.

Die erhöhte Anzahl der anamnestisch erhobenen Gewaltarten (n=5107) im Vergleich zu den Untersuchungsfällen (n=4103) zeigt, dass es sich mehrfach nicht um eine einzige Form der Gewalt, sondern um eine Kombination aus verschiedenen Gewaltformen handelte. Die psychische Gewalterfahrung (Androhung von Gewalt) für sich bzw. als ausschließliche und eigenständige Straftat zeichnete sich bei der Datenanalyse lediglich als Ausnahmeerscheinung ab und zeigte sich nahezu ausnahmslos als eine Komponente der körperlichen Gewalt.

Untersuchungsfälle, denen eine andere als die erfragte Gewaltform zugrunde lag, sind in der Tabelle 19 dargestellt. Angegeben wurden u. a. Sachverhalte wie sexualisierte Gewalt, Brandeinwirkung, Chemikalien-Einwirkung (Chloroform), Vergiftung, Pfefferspray-Angriff, unterlassene ärztliche Hilfeleistung und Sturz infolge eines Stoßes etc. pp.

Tabelle 18: Gewaltformen/-arten in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Gewaltart:	Geschlechts- und Altersgruppen:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gewaltandrohung	145	6,24%	5	3,21%	46	3,05%	5	4,39%	201	4,90%
Körperliche Gewalt	1874	80,67%	108	69,23%	1148	76,03%	73	64,04%	3203	78,06%
Instrumentelle Gewalt	349	15,02%	32	20,51%	550	36,42%	37	32,46%	968	23,59%
Fixierung/ Fesselung	34	1,46%	2	1,28%	24	1,59%		0,00%	60	1,46%
Sex. Nötigung ohne unmittelbare Gewalt	295	12,70%	11	7,05%	4	0,26%	1	0,88%	311	7,58%
Vernachlässigung		0,00%	6	3,85%		0,00%		0,00%	6	0,15%
Keine konkrete Gewalt bekannt	68	2,93%	9	5,77%	30	1,99%	7	6,14%	114	2,78%
Unbekannte Gewaltart	75	3,23%	15	9,62%	54	3,58%	7	6,14%	151	3,68%
Andere Gewaltart	62	2,67%	8	5,13%	20	1,32%	3	2,63%	93	2,27%
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

Tabelle 19: Spezifizierung der Gewaltarten/-formen in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Spezifizierung der Gewaltarten bei angegebener anderer Gewaltart:	Alters- und Geschlechtsverteilung:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tierbiss		0,00%		0,00%	1	5,00%	1	33,33%	2	2,17%
Bedrohung mit Schusswaffe	1	1,61%		0,00%		0,00%		0,00%	1	1,09%
Gewalt gegen den Hals/ Atembehinderung	4	6,45%		0,00%	1	5,00%		0,00%	5	5,43%
Unterlassene ärztliche Hilfeleistung		0,00%	1	14,29%		0,00%		0,00%	1	1,09%
Intoxikation		0,00%		0,00%	1	5,00%		0,00%	1	1,09%
Thermische Gewalt		0,00%		0,00%	2	10,00%	1	33,33%	3	3,26%
Chemische Gewalt	3	4,84%	2	28,57%	2	10,00%		0,00%	7	7,61%
Vermutete Gewaltbeibringung/ Erinnerungsverlust	8	12,90%	1	14,29%		0,00%		0,00%	9	9,78%
Unfallgeschehen	2	3,23%		0,00%	3	15,00%		0,00%	5	5,43%
Sturzgeschehen	2	3,23%	1	14,29%	3	15,00%	1	33,33%	7	7,61%
Sexueller Übergriff	28	45,16%	1	14,29%	1	5,00%		0,00%	30	32,61%
sonstiger körperlicher Übergriff	9	14,52%		0,00%	1	5,00%		0,00%	10	10,87%
nicht wertbar	5	8,06%	1	14,29%	5	25,00%		0,00%	11	11,96%
Gesamtangaben:	62	100,00%	7	100,00%	20	100,00%	3	100,00%	92	100,00%

4.11.1 Instrumentelle Gewalt

Körperverletzungsdelikte unter Zuhilfenahme von Instrumenten bzw. Tatwerkzeugen waren in rund einem Viertel aller Fälle (n=986) Gegenstand der Untersuchung. Ferner konnte festgestellt werden, dass Männer gesamthaft häufiger Opfer von instrumenteller Gewalt wurden als Frauen (s. Tab. 18 „den Handlungen zugrunde liegende Gewaltarten“).

Bei den zur Tatbegehung verwendeten Gegenständen handelte es sich mehrheitlich um leicht verfügbare Tatobjekte wie Messer und Glasgetränkebehältnisse, wobei die Häufigkeiten der zur Tatausführung verwendeten Tatwerkzeuge zwischen den verschiedenen Alters- und Geschlechtsgruppen der Opfer zum Teil stark variierten (s. Tab. 20).

Tabelle 20: Auswahl häufig benutzter Tatwerkzeuge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opferbezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tatwerkzeuge:	Geschlechts- und Altersverteilung:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Messer	79	22,64%	6	18,75%	170	30,91%	9	24,32%	264	27,27%
Flaschen	17	4,87%		0,00%	57	10,36%	1	2,70%	75	7,75%
Feuerzeug	6	1,72%		0,00%	2	0,36%		0,00%	8	0,83%
Baseballschläger	6	1,72%	1	3,12%	9	1,64%	1	2,70%	17	1,76%
Stangen	6	1,72%	1	3,12%	9	1,64%	1	2,70%	17	1,76%
Gürtel	19	5,44%	1	3,12%	6	1,10%		0,00%	26	2,69%
Stock	16	4,58%	2	6,25%	26	4,73%	2	5,41%	46	4,75%
Todschläger u. Ähnliches	1	0,29%		0,00%	13	2,36%	2	5,41%	16	1,65%
Schusswaffen / Pistolen	8	2,29%	1	3,12%	29	5,27%	2	5,41%	34	3,51%
Stein	6	1,72%		0,00%	4	0,73%		0,00%	10	1,03%
Holzgegenstände	6	1,72%	1	3,12%	6	1,10%	1	2,70%	14	1,45%
Gesamtangaben:	349	100,00%	32	100,00%	550	100,00%	37	100,00%	968	100,00%

Von den primär 283 als weiblich und 3323 als männlich identifizierten Tätern bedienten sich rund 23 % der Männer und rund 29 % der Frauen eines Tatwerkzeuges (s. Tab. 21). Tabelle 21 stellt hierzu, in Abhängigkeit des Tätergeschlechtes, die Anteile derjenigen dar, die unter der Zuhilfenahme von Tatwerkzeugen/Gegenständen viktimisiert wurden.

Die Ergebnisse aus der Übersichtstabelle lassen erkennen, dass Frauen bei Gewalthandlungen bzw. der Gewaltausübung gegenüber dem anderen Geschlecht insgesamt häufiger Waffen einsetzten bzw. Objekte zur Hilfe nahmen als Männer, die zur Begehung von Gewaltdelikten Waffen primär gegenüber Personen des gleichen Geschlechts einsetzten.

Die geschlechterdifferenzierende Betrachtung der Täterinnen und Täter zeigt ferner, dass die Gruppe der 60-jährigen und älteren weiblichen Opfer eine Art „Sonderstellung“ dahingehend einzunehmen scheint, dass hier Formen von instrumenteller Gewalt in höherem Maße durch männliche als durch weibliche Täter verübt wurden (25,2 % gegenüber 15,0 %).

Tabelle 21: Opfer instrumenteller Gewalt (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Tätergeschlechts bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tätergeschlecht(er)		Opfer instrumenteller Gewalt:											
		w				m				Ges.:		Ges.:	
		21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Männer ohne weibliche Mittäter	FALSCH	1698	85,71%	80	74,77%	733	63,24%	51	67,11%	2562	77,10%		
	WAHR	283	14,29%	27	25,23%	426	36,76%	25	32,89%	761*	22,90%		
	Gesamtergebnis	1981	100,00%	107	100,00%	1159	100,00%	76	100,00%	3323	100,00%		
Frauen ohne männliche Mittäter	FALSCH	116	78,91%	17	85,00%	61	58,65%	8	66,67%	202	71,38%		
	WAHR	31	21,09%	3	15,00%	43	41,35%	4	33,33%	81*	28,62%		
	Gesamtergebnis	147	100,00%	20	100,00%	104	100,00%	12	100,00%	283	100,00%		
Männliche + weibliche Täter	FALSCH	52	72,22%	4	80,00%	35	68,63%	1	50,00%	92	70,77%		
	WAHR	20	27,78%	1	20,00%	16	31,37%	1	50,00%	38*	29,23%		
	Gesamtergebnis	72	100,00%	5	100,00%	51	100,00%	2	100,00%	130	100,00%		
unbekannte Täter-/Mittäterschaft	FALSCH	91	85,85%	20	100,00%	111	65,68%	11	68,75%	233	74,92%		
	WAHR	15	14,15%		0,00%	58	34,32%	5	31,25%	78*	25,08%		
	Gesamtergebnis	106	100,00%	20	100,00%	169	100,00%	16	100,00%	311	100,00%		
Keine Angabe zum Täter	FALSCH	17	100,00%	3	75,00%	21	75,00%	6	75,00%	47	82,46%		
	WAHR		0,00%	1	25,00%	7	25,00%	2	25,00%	10*	17,54%		
	Gesamtergebnis	17	100,00%	4	100,00%	28	100,00%	8	100,00%	57	100,00%		

*In der Summation 968 Fälle der instrumentellen Gewalt, entsprechend Tabelle 18

Eine ergänzende Analyse der Opfer instrumenteller Gewalt in Abhängigkeit des Tätergeschlechts, zuzüglich der fünf in den Erfassungsbögen des IfR zur Auswahl gestandenen Beziehungsarten (s. nachfolgende Tab. 22), zeigt ferner, dass sich die instrumentelle Gewalt der weiblichen Täter, bei rund einem Drittel der untersuchten Fälle und damit am häufigsten, gegen den eigenen Partner richtete. Für die männliche Tätergruppe ergibt sich indes eine entsprechende Häufigkeit von

etwa 17 %. Ebenso für die beiden anderen Beziehungsarten, die der Gewalt in engen sozialen Beziehungen zuzuordnen sind (die der aufgelösten familiären, ehelichen oder partnerschaftlichen Beziehung und die der innerfamiliären Beziehung), zeigte sich der Anteil derjenigen, die zur Begehung des Gewaltdelikt eine „Waffe“ einsetzten, in der Gruppe der weiblichen Täter auf einem deutlich höheren Niveau. Anders jene Fälle, denen keine verwandtschaftliche oder nähere Beziehung im weitesten Sinne zuzuordnen war (subsumiert als „andere“ und „unbekannte“ Beziehungen; Erläuterungen s. Abschnitt „Täter-Opfer-Beziehungen“). Hier zeigten sich die durchschnittlichen Opferzahlen bei den männlichen Tätern stärker ausgeprägt, als bei den weiblichen Tätern. Auffallend sind zudem die für ältere Frauen im Vergleich zu jüngeren höheren Prävalenzraten im Bereich der „anderen“ und „unbekannten Beziehungsarten“, unabhängig davon, ob nun eine männliche oder weibliche Täterschaft zugrunde lag.

Tabelle 22: Opfer instrumenteller Gewalt (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Tätergeschlechts und den verschiedenen, zugrundeliegenden Beziehungsarten bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Art der Beziehung		Täter-Geschlecht(er)	Bedingung	Opfer: Geschlechts- und Altersverteilung								Ges.: : Ges.:	
				w				m					
				21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	n	%
Partner	m	WAHR	112	39,58%	8	29,63%	5	1,17%	1	4,00%	126	16,56%	
Ex-Partner		WAHR	63	22,26%	1	3,70%	3	0,70%		0,00%	67	8,80%	
Familie*		WAHR	11	3,89%	5	18,52%	5	1,17%	1	4,00%	22	2,89%	
Andere Beziehung*		WAHR	45	15,90%	5	18,52%	181	42,49%	11	44,00%	242	31,80%	
unbekannt		WAHR	47	16,61%	8	29,63%	213	50,00%	11	44,00%	279	36,66%	
Gesamtergebnis			283	100,00%	27	100,00%	426	100,00%	25	100,00%	761	100,00%	
Partner	w	WAHR	1	3,23%		0,00%	23	53,49%	3	75,00%	27	33,33%	
Ex-Partner		WAHR		0,00%		0,00%	8	18,60%		0,00%	8	9,88%	
Familie*		WAHR	6	19,35%		0,00%	3	6,98%	1	25,00%	10	12,35%	
Andere Beziehung*		WAHR	16	51,61%	2	66,67%	4	9,30%	1	25,00%	23	28,40%	
unbekannt		WAHR	7	22,58%	1	33,33%	5	11,63%		0,00%	13	16,05%	
Gesamtergebnis			31	100,00%	3	100,00%	43	100,00%	4	100,00%	81	100,00%	

*Erläuterungen zu den Gruppenzusammensetzungen siehe Tab. 16 und 17.

4.11.2 Sexualisierte und sexuell motivierte Gewalthandlungen (Tatbestände und Tatbestandsmerkmale)

Von den insgesamt 4103 in die Wertung aufgenommenen Vorgänge wurde in 679 Fällen (rund 17 %) eine mögliche oder vollzogene Sexualstraftat angegeben. Die erhöhte Anzahl von Sexualdelikten, im Verhältnis zu den unter Gewaltart angegebenen 311 Fällen der sexuellen Nötigung ohne unmittelbare Gewalt, resultiert daraus, dass unter jenem Abfragepunkt nur Sachverhalte der sexuellen Nötigung erfasst wurden, denen kein körperlicher Zwang zugrunde lag bzw. die ohne Zuhilfenahme von körperlicher oder instrumenteller Gewalt erfolgten. Lediglich in der Gruppe der unter 60-jährigen Frauen erfolgte in sieben Fällen die Angabe einer sexuellen Nötigung ohne weitere Spezifizierung des Sexualdeliktes, womit sich die Fallzahl der sexualisierten Gewalt auf insgesamt 686 Fälle erhöht (s. Tab. 23). Die in Tabelle 19 unter Punkt 11 („sexueller Übergriff“) aufgeführten Fälle sind hingegen in Tabelle 18 Punkt 5 u./o. bei den unten aufgeführten Punkten mit inbegriffen, sodass die absoluten Fallzahlen unbeeinflusst bleiben.

Der Tabelle 24 ist zu entnehmen, dass mit insgesamt 374 Fällen der erzwungene Vaginalverkehr dominierte, gefolgt von Sexualpraktiken, bei denen das Gewaltopfer gezwungen wurde, die Genitalien des Schädigers mit dem Mund zu stimulieren (89 Fälle). Das dritthäufigste Sexualdelikt bildete der, gegen den eigenen Willen, vollzogene Analverkehr bzw. Analkoitus mit 81 Fällen. Ferner wurde in 71 Fällen manuelle genitale Manipulation durch den Beschuldigten angegeben. Eine vergleichende Betrachtung der Geschlechts- und Altersgruppen zeigt, dass sich die sexuelle Gewalt überproportional (in 95 % der Fälle) gegen das weibliche Geschlecht richtete und die entsprechenden Anteile in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen Frauen etwa doppelt so hoch liegen, als in der Altersgruppe 60+ (27 % zu 14 %).

Aus Gründen einer möglichen Ansteckungsgefahr durch Geschlechtskrankheiten, der Möglichkeit einer ungewollten Schwangerschaft und der Sicherung forensisch verwertbaren Beweismaterials sowie dem Ergreifen bzw. Einleiten von geeigneten Vorsichtsmaßnahmen wurden die Betroffenen auch über die Verwendung eines Präservativs während des Sexualdelikts befragt. Ebenfalls darüber, ob eine Ejaku-

lation während des erzwungenen Geschlechtsverkehrs stattgefunden hat. Tabelle 25 stellt diesbezüglich die Ergebnisse dar.

Tabelle 23: Tatbestände der sexualisierten und sexuell motivierten Gewalthandlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Sexualdelikte und sexuelle Nötigungen	Geschlechts- und Altersverteilung:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sex. Nötigungen* ohne angeführtes Sexualdelikt	7	0,30%		0,00%		0,00%		0,00%	7	0,17%
Sex. Nötigungen* bei angeführtem Sexualdelikt	288	12,40%	11	7,05%	4	0,26%	1	0,88%	304	7,41%
Sexualdelikte ohne angeführte sex. Nötigung*	348	15,00%	11	7,05%	16	1,06%		0,00%	375	9,14%
Sexualdelikte ohne und bei angeführter sex. Nötigung*	636	27,38%	22	14,10%	20	1,32%	1	0,88%	679	16,55%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

*Sexuelle Nötigungen ohne unmittelbare Gewalt

Tabelle 24: Formen/Tatbestandsmerkmale sexueller Gewalthandlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Formen der sexuellen Gewalt:	Geschlechts- und Altersverteilung:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vaginalverkehr	365	15,71%	9	5,77%		0,00%		0,00%	374	9,12%
Oralverkehr G-B	87	3,75%		0,00%	2	0,13%		0,00%	89	2,17%
Oralverkehr B-G	18	0,77%	1	0,64%	2	0,13%		0,00%	21	0,51%
Manuelle (genitale) Manipulation G-B	22	0,95%	1	0,64%	1	0,07%		0,00%	24	0,58%
Manuelle (genitale) Manipulation B-G	65	2,80%	4	2,56%	2	0,13%		0,00%	71	1,73%
Analverkehr	75	3,23%		0,00%	6	0,40%		0,00%	81	1,97%
Einführen von Gegenständen	18	0,77%		0,00%	1	0,07%		0,00%	19	0,46%
Andere sexuelle Handlungen	58	2,50%	3	1,92%		0,00%		0,00%	61	1,49%
Unbekannt welche sexuellen Handlungen	109	4,69%	5	3,21%	4	0,26%		0,00%	118	2,88%
Sexuelle Handlung wird vermutet	87	3,75%	5	3,21%	4	0,26%	1	0,88%	97	2,36%
Andere ungewöhnliche Handlungen	67	2,88%	5	3,21%	7	0,465		0,00%	79	1,93%
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%
*Kein sexueller Übergriff:	1687	72,62%	134	85,90%	1490	98,68%	113	99,12%	3424	83,45%

*alle der obig aufgeführten Angaben/Fragen wurden mit „falsch“ beantwortet

Tabelle 25: Angaben der Opfer von Sexualdelikten (nach Alter und Geschlecht) über den Gebrauch von Kondomen bzw. eine erfolgte Ejakulation im Ereigniszusammenhang bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Benutzte der Täter ein Präservativ ?	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ja	44	7,80%	1	5,88%		0,00%		0,00%	45	7,56%
nein	340	60,28%	9	52,94%	5	38,46%		0,00%	354	59,50%
unbekannt	180	31,91%	7	41,18%	8	61,54%	1	100,00%	196	32,94%
Gesamtangaben:	564	100,00%	17	100,00%	13	100,00%	1	100,00%	595	100,00%
Hinweise auf einen Samenerguss ?										
ja	128	22,54%	2	11,76%		0,00%		0,00%	130	21,70%
nein	156	27,46%	5	29,41%	4	30,77%		0,00%	165	27,55%
unbekannt	172	30,28%	5	29,41%	7	53,85%	1	100,00%	185	30,88%
unklar	112	19,72%	5	29,41%	2	15,38%		0,00%	119	19,87%
Gesamtangaben:	568	100,00%	17	100,00%	13	100,00%	1	100,00%	599	100,00%

4.11.3 Strangulation/mechanische Asphyxie

4.11.3.1 Formen der Strangulation und Arten der mechanischen Asphyxie

Insgesamt konnten 569 Ereignisse (14 %) ermittelt werden, bei denen eine Art der Atembehinderung bzw. ein Mechanismus, der die Lungenventilation verhindert oder einschränkt, angewandt wurde. Tabelle 26 stellt diesbezüglich die Art (Abschnürung, Kompression etc.) und Weise (händisch/körperlich, instrumentell) sowie die Häufigkeiten nach Alters- und Geschlechtsgruppen dar. In toto wurden sechs verschiedene Vorgehensweisen erfragt, wobei eine anlassbezogene Mehrfachnennung möglich war. Dies gilt für Fälle, bei denen die Kombination zweier oder mehrerer verschiedener Methoden im Kontext des Untersuchungsanlasses genannt wurde.

Mit Abstand am häufigsten fand sich bei der Auswertung der Daten die händische Kompression des Halses (Würgen) in 398 Fällen, gefolgt von der Atembehinderung mittels Schwitzkasten in 60 Fällen. Hierunter sind Viktimisierungen zu verstehen, bei denen der Täter die Armbeuge um den Hals des Opfers legte, dessen Kopf gegen seinen Oberkörper presste und somit eine Kompression der Halsorgane bewirkte. Dritt- und vierthäufigste anamnestisch erhobene Asphyxieform bildete die Bedeckung der Atemwege (48 positive Angaben) bzw. die Zuschnürung der Kehle mittels Strang- oder Drosselwerkzeug (33 positive Angaben), die unter dem Begriff „Drosseln“ zusammengefasst sind. Eine Behinderung der Atembewegungen, ggf. einhergehend mit einer Kompression der unteren Halsabschnitte per Brustkorbkompression, bildete in 22 Fällen den Gegenstand der Untersuchung. Die akute Einengung oder Verlegung der oberen Atemwege oder der Trachea mittels Knebel oder anderer Fremdkörper wurde in acht Fällen von Opfern berichtet. Des Weiteren lässt sich Tabelle 26 entnehmen, dass Frauen häufiger Opfer unterschiedlichster Formen der Strangulation und mechanischen Asphyxie (exklusive der Nennung „unbekannt“) wurden als Männer (F: 19 %, M: 7 %). Dies zeigt sich in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen Frauen auf einem höheren Niveau, als in der Referenzgruppe der 60-jährigen und älteren Frauen. Die diesbezüglich geäußerten Symptome und charakteristischen Beschwerden sind in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 26: Formen der Strangulation und Arten der mechanischen Asphyxie nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Formen der Strangulation/ mechanischen Asphyxie	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w					m				
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Würgen	333	14,33%	13	8,33%	48	3,18%	4	3,51%	398	9,70%
Drosseln	27	1,16%	3	1,92%	3	0,20%		0,00%	33	0,80%
Bedeckung der Atemwege	42	1,81%	3	1,92%	3	0,20%		0,00%	48	1,17%
Knebeln	6	0,26%		0,00%		0,00%	2	1,75%	8	0,19%
Brustkorbkompression	16	0,69%	1	0,64%	5	0,33%		0,00%	22	0,54%
Schwitzkasten	25	1,08%	1	0,64%	31	2,05%	3	2,63%	60	1,46%
unbekannt	38	1,64%	1	0,64%	16	1,06%	1	0,88%	56	1,36%
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%
*Keine Strangulation/ mechanische Asphyxie	1876	100,00%	136	100,00%	1417	100,00%	105	100,00%	3534	100,00%

*alle der obig aufgeführten Angaben/Fragen wurden mit „falsch“ beantwortet

4.11.3.2 Symptome

Die häufigsten dem Ereignis Strangulation/mechanische Asphyxie zugrunde liegenden Begleitsymptome waren Schluckbeschwerden und Heiserkeit in über 50 % der Fälle, wohingegen der Zustand der Bewusstlosigkeit bzw. der vorübergehenden Bewusstseinstäubung lediglich von 7 % der Opfer angegeben wurde. Weitere Charakteristika, wie optische Aura (Blitze, Sterne, unscharfes Sehen), vegetative Aura (aufsteigende Übelkeit und Kälte) sowie das Unvermögen, den Urin und Kot zurückzuhalten, fanden sich bei 28 bzw. 21 der Untersuchungsoffer.

Tabelle 27: Angegebene Symptome der Opfer (nach Alter und Geschlecht) bei berichteter Strangulation/mechanische Asphyxie bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Angegebene Symptome bei Strangulation/ mechanischer Asphyxie:	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w					m				
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bewusstlosigkeit	26	5,79%	4	19,05%	10	11,11%	1	11,11%	41	7,21%
Urin/ Kotabgang	17	3,79%		0,00%	3	3,33%	1	11,11%	21	3,69%
Aura	22	4,68%		0,00%	6	6,66%		0,00%	28	4,92%
Heiserkeit	91	20,27%	2	9,52%	15	16,66%	2	22,22%	110	19,33%
Schluckbeschwerden	141	31,40%	3	14,29%	31	34,44%		0,00%	175	30,76%
unbekannt	30	6,68%	3	14,29%	15	16,66%	1	11,11%	49	8,61%
*Gesamtangaben:	449	100,00%	21	100,00%	90	100,00%	9	100,00%	569	100,00%

* Würgen, Drosseln, Bedeckung der Atemwege, Knebeln, Brustkorbkompression, Schwitzkasten

4.11.3.3 Benutzte Gegenstände/Art und Weise der Behinderung der Atmung

Je nach Art des verwendeten Hilfsmittels bei angegebener Drosselung (Halskompression unter Zuhilfenahme eines Drosselwerkzeuges) konnten diese in Rubriken zusammengefasst werden (s. Tab. 28). Unter der Rubrik „Bekleidungsgegenstand“ wurden solche Fälle zusammengefasst, bei denen die Opfer durch das Zuziehen ihres Hemd- oder Jackenkragens und durch vom Täter mitgeführte Bekleidungstextilien (z. B. T-Shirt) viktimisiert wurden. Unter den schnurartigen Gegenständen sind Schnüre, Seile, Kabel und Ketten zu verstehen, wobei letztere aufgrund spezifischer Abdruckspuren gesondert aufgeführt wurden. Das Auszählen ergab die in Tabelle 28 dargestellten Häufigkeiten. Ebenfalls aufgeführt wurden die sich durch bestimmte Ausführungen unterscheidenden Bedeckungen der Atemwege.

Tabelle 28: Art und Weise der Drosselung/Behinderung der Atmung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Benutzte Gegenstände bei angegebener Drosselung:	Geschlechts- und Altersstruktur:							
	w				m			
	21-59		≥60		21-59		Ges.:	Ges.:
n	%	n	%	n	%	n	%	
Gürtel	3	11,11%		0,00%		0,00%	3	9,09%
Halskette	1	3,70%		0,00%		0,00%	1	3,03%
schnurartiger Gegenstand	4	14,81%		0,00%	1	33,33%	5	15,15%
Bekleidungsgegenstand	4	14,81%	1	33,33%	1	33,33%	6	18,18%
Schal/ Tuch	2	7,41%	2	66,67%		0,00%	4	12,12%
k. A.	13	48,15%		0,00%	1	33,33%	14	42,42%
Gesamtangaben:	27	100,00%	3	100,00%	3	100,00%	33	100,00%
Bedeckung der Atemwege:								
Kissen	3	7,14%		0,00%		0,00%	3	6,25%
Mittelhand + Finger	5	11,90%		0,00%		0,00%	5	10,42%
Ball	1	2,38%		0,00%		0,00%	1	2,08%
Plastiktüte		0,00%		0,00%	1	33,33%	1	2,08%
k. A.	33	78,57%	3	100,00%	2	66,67%	38	79,17%
Gesamtangaben:	42	100,00%	3	100,00%	3	100,00%	48	100,00%

4.12 Orte der Gewalthandlungen

In nachfolgender Tabelle sind die einzelnen Häufigkeiten der verschiedenen Gewaltorte dargestellt. Im Ganzen betrachtet, bildeten öffentliche Straßen und freizugängliche Park- sowie Grünanlagen mit 28 % die häufigsten Orte für Gewalthandlungen. Es zeigt sich jedoch zugleich, dass hier beträchtliche Unterschiede zwischen den Geschlechtsgruppen, nicht aber zwischen den Altersgruppen vorliegen. Während rund 18 % der Frauen unter und über 60 Jahren über eine Opfererfahrung im Bereich öffentlicher Straßen und Parks berichteten, liegen die entsprechenden Anteile in der männlichen Opfergruppe bei über 40 %. Dieses Bild der prävalierenden männlichen Opfer-Werdung zeigt sich auch für die weiteren, der Öffentlichkeit zuordenbaren Räume sowie für den Gewaltort Arbeitsplatz (vgl. Tab. 29).

Am zweihäufigsten wurde eine gemeinsame Wohnung von Opfer und Täter als Gewaltort konstatiert (20 %), gefolgt von der häuslichen Umgebung der geschädigten Person (18 %). Unter häuslicher Umgebung ist der eigene Wohnbereich (Haus, Wohnung), wie auch der Aufenthalt in einem Senioren- oder Pflegeheim zu verstehen. Es waren 90 % der Personen, die einen gemeinsamen Wohnraum mit der beschuldigten Person angaben, weiblichen Geschlechts. Demnach ergibt sich für die Männer, die durch ein Haushaltsmitglied viktimisiert wurden, eine Prävalenzrate von 1:10. Der Anteil derjenigen, die innerhalb ihrer häuslichen Umgebung Opfer eines Gewaltverbrechens wurden, liegt in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren etwa doppelt so hoch wie bei den 21- bis 59-Jährigen, wobei das Viktimisierungsrisiko innerhalb der häuslichen Umgebung bei den Frauen stärker ausgeprägt ist, als bei den Männern. Anders verhält sich dies bei Körperverletzungs- und/oder Nötigungsdelikten, bei denen die häusliche Umgebung des Beschuldigten oder einer dritten Person als Ort der Gewalt angegeben wurde. Hier fand sich eine höhere Opfer-Werdungs-Rate aufseiten der jüngeren Geschädigten und ein geringfügig stärker ausgeprägter Altersgruppenunterschied bei den Frauen, als in der Vergleichsgruppe der Männer.

Tabelle 29: Orte der Gewalthandlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:	n	%
Gewaltorte:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Häusliche Umgebung der geschädigten Person	512	22,04%	55	35,26%	154	10,20%	31	27,19%	752	18,33%		
Häusliche Umgebung des Beschuldigten	302	13,00%	15	9,62%	75	4,97%	5	4,39%	397	9,68%		
Gemeinsame Wohnung von beschol. u. geschädigt. Person	691	29,75%	35	22,44%	69	4,57%	10	8,77%	805	19,62%		
Häusliche Umgebung einer dritten Person	85	3,66%	2	1,28%	55	3,64%	2	1,75%	144	3,51%		
Öffentliche Wohnunterkunft	18	0,77%	2	1,28%	18	1,19%		0,00%	38	0,93%		
In Schule/ auf Schulweg	4	0,17%	1	0,64%	1	0,07%		0,00%	6	0,15%		
Öffentlicher kommerzieller Bereich (z. B. Kaufhaus, Restaurant etc.)	97	4,18%	3	1,92%	217	14,37%	3	2,63%	320	7,80%		
Öffentliche Straße/ Park	428	18,42%	30	19,23%	652	43,18%	46	40,35%	1156	28,17%		
Öffentliche Transportmittel	19	0,82%	2	1,28%	63	4,17%	2	1,75%	86	2,10%		
Sonstige Öffentlichkeit	35	1,51%	2	1,28%	61	4,04%	5	4,39%	103	2,51%		
Räumlichkeiten von Polizei/Justiz, Gefängnissen	7	0,30%	1	0,64%	20	1,32%		0,00%	28	0,68%		
Unbekannter Gewaltort	76	3,27%	3	1,92%	39	2,58%	4	3,51%	122	2,97%		
Arbeitsplatz der geschädigten Person	52	2,24%	3	1,92%	77	5,10%	4	3,51%	136	3,31%		
Auf dem Arbeitsweg/ Rückweg	11	0,47%		0,00%	10	0,66%		0,00%	21	0,51%		
In einem Fahrzeug	34	1,46%		0,00%	13	0,86%	4	3,51%	51	1,24%		
An mehreren Gewaltorten	2	0,09%		0,00%	3	0,20%		0,00%	5	0,12%		
Sonstige Gewaltorte	30	1,29%	6	3,85%	24	1,59%	2	1,75%	62	1,51%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.13 Substanzmittelkonsum und psychische Gesundheit der Opfer

Wie die Betrachtung der Tabelle 30 zeigt, handelte es sich bei denjenigen, die im Zuge der Anamnese eine psychische Alteration und den gewohnheitsmäßigen Konsum von Substanzmitteln bzw. eine Suchterkrankung bejahten, mehrheitlich um Frauen (8 % zu 2 % bzw. 6 % zu 5 %). Für das erste Item zeigten sich hierbei innerhalb der Geschlechtergruppen keine ins Gewicht fallenden Unterschiede, wohl aber für das Item einer bestehenden Suchterkrankung. Hier ließ sich eine Diversität innerhalb der Geschlechtergruppe „Männer“ erkennen. Prozentual gesehen sind hier die 60-Jährigen und Älteren beinahe dreimal so stark vertreten wie die 21- bis 59-jährigen Männer.

Tabelle 30: Abhängigkeitssyndrome, Substanzintoxikation und psychische Alterationen im Kontext der Delikt-szenarien und Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungs-zeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
Psychische Alterationen:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
ja	192	8,27%	13	8,33%	26	1,72%	4	3,51%	235	5,73%		
nein	1335	57,47%	98	62,82%	949	62,85%	65	57,02%	2447	59,64%		
unbekannt	761	32,76%	44	28,21%	500	33,11%	44	38,60%	1349	32,88%		
k. A.	35	1,51%	1	0,64%	35	2,32%	1	0,88%	72	1,75%		
Suchterkrankung/ Substanzmittelmissbrauch:												
ja	144	6,20%	8	5,13%	66	4,37%	14	12,28%	232	5,65%		
nein	1451	62,46%	107	68,59%	936	61,99%	65	57,02%	2559	62,37%		
unbekannt	681	29,32%	39	25,00%	468	30,99%	34	29,82%	1222	29,78%		
k. A.	47	2,02%	2	1,28%	40	2,65%	1	0,88%	90	2,19%		
Konsumierte Suchtmittel:												
Alkohol	703	30,26%	18	11,54%	652	43,18%	30	26,32%	1403	34,19%		
Medikamente	74	3,19%	3	1,92%	20	1,32%	3	2,63%	100	2,44%		
Betäubungsmittel	73	3,14%		0,00%	37	2,45%		0,00%	110	2,68%		
vermutete Verabreichung	46	1,98%		0,00%	9	0,60%		0,00%	55	1,34%		
kein Konsum	1318	56,74%	115	73,72%	631	41,79%	63	55,26%	2127	51,84%		
unbekannt	224	9,64%	19	12,18%	199	13,18%	18	15,79%	460	11,21%		
k. A.	735	31,64%	22	14,10%	671	44,44%	33	28,95%	1461	35,61%		
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

Ein anderes Bild ergab sich hingegen bei der Betrachtung der Frage, ob die Geschädigten zum Zeitpunkt der Viktimisierung unter dem Einfluss von Alkohol oder anderer Suchsubstanzen standen. Rund 37 % aller Gewaltopfer gaben an, zum

Tatzeitpunkt unter Einfluss psychotroper Substanzen gestanden zu haben. Hierbei dominierte der Konsum von Alkohol in beiden Alters- und Geschlechtergruppen (F: 29 %, M: 42 %), gefolgt vom Betäubungsmittelkonsum in etwa 3 % der Fälle. Dieser zeigte sich in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen Frauen auf einem etwas höheren Niveau, als in der Vergleichsgruppe der 21- bis 59-jährigen Männer, während in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren keine Fälle des BtM-Konsums verzeichnet werden konnten. Nahezu identisch zeigten sich die Angaben bezüglich einer vermuteten, ungewollten Substanzmittelexposition.

4.14 Substanzmittelkonsum der beschuldigten Personen

Die Anteile an Übergriffen, in denen mindestens ein Täter bzw. eine Täterin unter dem Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stand, sind der Tabelle 31 zu entnehmen. Die Fälle, bei denen die Angaben der Geschädigten zum Konsumverhalten der beschuldigten Person nicht eindeutig einem der zwei Tätergeschlechter („weiblich“ oder „männlich“) zuordenbar waren, wurden nicht gesondert berücksichtigt, wodurch eine jeweils um 130 Fälle erhöhte Prävalenzrate resultierte (vgl. Tab. 10).

Zum Zeitpunkt der Tat standen demnach von den insgesamt 3739 als männlich u. /o. weiblich identifizierten Tätern nahezu 25 % unter dem Einfluss von Alkohol, 4 % unter Betäubungsmittel- und 1 % unter Medikamenteneinfluss. Im Allgemeinen lässt sich der Tabelle ein bei zwischengeschlechtlichen Konflikten erhöhter Alkoholkonsum der Täter entnehmen. Die weibliche Opfergruppe beobachtete hierbei, ungeachtet des Tätergeschlechts, häufiger einen Alkoholeinfluss bei den Tatverdächtigen, als die männliche Opfergruppe (F: 27 %, M: 18 %). Des Weiteren lässt sich Tabelle 28 entnehmen, dass dieser Geschlechterunterschied sowohl bei den unter 60-Jährigen, wie auch in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren gegeben ist. Hingegen zeigt die ganzheitliche Betrachtung der BtM-Delikte, dass der Anteil derjenigen, die nach dem 60. Lebensjahr eine Viktimisierung durch einen offensichtlich oder vermuteten BtM-intoxikierten Täter erlitten, lediglich gering ausfällt und in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen etwa doppelt so hoch liegt.

Tabelle 31: Substanzmittelkonsum der beschuldigten Personen (nach Geschlecht) im Kontext der Deliktsszenarien und Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Tätergeschlecht:		Geschlechts- und Altersstruktur der geschädigten Personen:											
		w					m					Ges.:	
		21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:			
Konsumiertes Suchtmittel der Täter:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
männlich	Alkohol	597	29,08%	22	19,64%	216	17,81%	5	6,41%	840	24,31%		
	Medikamente	26	1,27%	3	2,68%	2	0,16%	1	1,28%	32	0,93%		
	Betäubungsmittel	90	4,38%	4	3,57%	24	1,98%		0,00%	118	3,41%		
	Kein Konsum	429	20,90%	20	17,86%	135	11,13%	11	14,10%	595	17,22%		
	unbekannt	979	47,69%	67	59,82%	852	70,24%	62	79,49%	1960	56,71%		
	k. A.	645	31,42%	25	22,32%	226	18,63%	5	6,41%	901	26,07%		
Gesamtangaben:		2053	100,00%	112	100,00%	1213	100,00%	78	100,00%	3456	100,00%		
weiblich	Alkohol	42	19,18%		0,00%	37	23,87%	1	7,14%	80	19,37%		
	Medikamente	2	0,91%		0,00%	4	2,58%	1	7,14%	7	1,69%		
	Betäubungsmittel	11	5,02%		0,00%	8	5,16%		0,00%	19	4,60%		
	Kein Konsum	39	17,81%	6	24,00%	40	25,81%	7	50,00%	92	22,28%		
	unbekannt	132	60,27%	18	72,00%	74	47,74%	5	35,71%	229	55,45%		
	k. A.	48	21,92%	1	4,00%	41	26,45%	2	14,29%	92	22,28%		
Gesamtangaben:		219	100,00%	25	100,00%	155	100,00%	14	100,00%	413	100,00%		

4.15 Alkohol- und Substanzmittelkonsum im Kontext verschiedener Deliktarten

Die Tabelle 32 gibt einen Überblick darüber, welche Gewaltarten bzw. Deliktsszenarien besonders häufig im Zusammenhang mit einer Alkoholisierung des Täters u./o. Opfers standen. Hinsichtlich der situativen Gegebenheiten war festzustellen, dass der Anteil an Übergriffen, in denen zumindest eine der beteiligten Personen (Täter oder Opfer) zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss stand, am häufigsten im Kontext mit sexuell motiviertem Verhalten (58 %), gefolgt von innerpartnerschaftlichem oder innerfamiliärem Gewaltverhalten, diagnostiziert wurde (rund 35 %). Darüber hinaus ergaben sich in jeweils nahezu 22 % der Untersuchungen, denen ein Raubüberfall bzw. eine gewaltsame Fremdbereicherung oder eine dem Opfer unbekannt Motivilage zugrunde lag, hohe Anteile der Alkoholprävalenz. Die zweithäufigsten Angaben zur Alkoholprävalenz zeigen sich jedoch in der Gruppe derjenigen, die eine vermutete Gewalteinwirkung äußerten (27 %). Entsprechend den zuvor dargestellten Ergebnissen zur Alkoholprävalenz bringt die Tabelle 33 zum Ausdruck, wie häufig Alkohol von den jeweiligen Alters- und Geschlechts-

gruppen konsumiert wurde. In Abhängigkeit der zugrunde liegenden Motive zeigt sich hierbei eine starke Variabilität dessen, ob alleinig der Tatverdächtige, das Opfer oder der Täter und das Opfer unter Alkoholeinfluss standen. Für das Item der Beziehungskonflikte zeigt sich beispielsweise, dass die Täter circa eineinhalb Mal häufiger Alkohol konsumierten, als die Opfer (458 Angaben gegenüber 270 Angaben). Die Frauen beider Altersgruppen wurden häufiger Opfer von Gewalthandlungen im Kontext mit Alkohol, als die Gruppe der 21- bis 59-jährigen und 60-jährigen und älteren Männer; wobei der jeweilige Anteil in der Altersgruppe unter 60 Jahren etwas höher ausfiel als bei den Älteren (F: 36 % zu 35 %; M: 24 % zu 22 %). Im Vergleich dazu zeigt sich für die beiden Gewaltitems der „Raubüberfälle“ und „Körperverletzungen im Zuge primär sexuell motivierten Verhaltens“ ein anderes Bild.

Bei der Analyse der Rubrik „sexuelles Motiv“ unter der Bedingung, dass mindestens eine(r) der Beteiligten zum Zeitpunkt des Geschehens unter Alkoholeinfluss stand, ist erkennbar, dass in 90 % der Fälle (303 von 336) zumindest die Opfer einräumten, Alkohol konsumiert zu haben und in nahezu 49 % der Fälle (164 positive Angaben) von einem alkoholisierten Tatverdächtigen auszugehen war, wobei sich hiervon in rund 80 % der Fälle (131 positive Angaben) beide Beteiligten zum Zeitpunkt der Übergriffshandlung in einem alkoholisiertem Zustand befanden. Insgesamt ist festzustellen, dass diesbezüglich die Opfer-Werdungs-Raten in der Altersgruppe 60+ (F: 33,3 %; M: 0,0 %) auf einem niedrigeren Niveau, als in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen liegen (F: 58,7 %; M: 58,3 %). Betrachtet man unter selbiger Bedingung die Rubrik „Raubüberfälle“ so zeigt sich auch hier, dass weniger die Täter, sondern mehrheitlich die Opfer unter der Wirkung von alkoholischen Getränken standen (annähernd 3 % zu 22 %). Hierbei liegen die Viktimisierungsraten bei den Männern der Gruppen 21 bis 59 Jahre und 60+ (31,6 % bzw. 21,1 %) über den entsprechenden Raten der Frauen (13,1 % bzw. 0,0 %). Der Anteil derjenigen, die ein unbekanntes Tatmotiv angaben, liegt bei den Männern wie Frauen in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (F: 23,7 %, M: 24,0 %) etwa doppelt so hoch, wie bei den 60-jährigen und älteren Männern (11,8 %), wohingegen der entsprechende Anteil der Frauen ab 60 Jahren bei 0 % liegt. Ferner zeigt sich für die Fälle der vermuteten Gewalteinwirkung ein signifikanter Geschlechtsunterschied. Während bei den unter- wie 60-jährigen und älteren Frauen (37,8 %

bzw. 33,3 %) in mehr als einem Drittel der Fälle der Konsum von Alkohol eingeräumt wurde, konnte hierzu bei den Männern keine entsprechende Sachlage festgestellt werden.

Weiterhin ergeben sich aus Tabelle 33 die Gewaltformen, die gehäuft mit einem Alkoholkonsum einhergingen. Die zahlenmäßig größte Bedeutung kommt hierbei dem Alkohol bei Sexualstraftaten mit unmittelbarer Gewaltanwendung bzw. mit unmittelbarem Zwang durch Bedrohung zu (Legende s. Tab. 33). Nahezu 59 % aller angegebenen bzw. der in die Bewertung aufgenommenen Sexualdelikte standen demnach in direkten Zusammenhang mit Alkoholverzehr. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, zeigt sich diesbezüglich ein großer Geschlechtsunterschied bei den über 60-Jährigen (F: 50,0 %, M:0,0 %) und imponiert bei den unter 60-Jährigen auf einem deutlich geringeren Niveau (F: 59,6 %, M: 64,3 %).

Für die anderen Gewaltarten variiert der Anteil an Übergriffen, in denen gerings- tenfalls der Täter oder das Opfer unter Alkoholeinfluss stand zwischen 39,6 % bei körperlicher Gewalt ohne Waffen, gefolgt von Formen der Strangulation mit 37,6 % bis zu 32,5 % bei Körperverletzungsdelikten unter Anwendung von Waffengewalt (Instrumenteller Gewalt). Für das Item der rein körperlichen Gewalt liegen die Schwerpunkte der Opferbelastung in der Gruppe der unter 60-Jährigen (F: 38,4 % zu 21,3 %, M: 44,4 % zu 21,9 %). Dieses Bild einer im Alter geringeren Opferbelastung wiederholt sich auch für das Item der Strangulation (F: 40 % zu 6,3 %, M: 33,3 % zu 0,0 %) und der instrumentellen Gewalt (F: 26,6 % zu 25 %, M: 37,6 % 18,9 %), wobei sich dieser Altersgruppenunterschied bei den Strangulierten auf einem deutlich höheren Niveau zeigt.

Tabelle 32: Gewaltopferwerdungen/-erfahrungen (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Alkoholkonsums der geschädigten und beschuldigten Personen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersstruktur der geschädigten Personen											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%	n	%
Alkoholkonsum	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
weder Täter noch Opfer	1330	57,25%	123	78,85%	776	51,39%	81	71,05%	2310	56,30%		
nur Täter	290	12,48%	15	9,62%	82	5,43%	3	2,63%	390	9,51%		
nur Opfer	358	15,41%	11	7,05%	492	32,58%	26	22,81%	887	21,62%		
sowohl Täter als auch Opfer	345	14,85%	7	4,49%	160	10,60%	4	3,51%	516	12,58%		
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

Tabelle 33: Deliktsarten (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Alkoholkonsums der geschädigten und beschuldigten Personen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Geschlechts- und Altersstruktur der geschädigten Personen:												
Hintergrund/ Anlass der Untersuchung:	Intoxikiert	Tätergeschlecht	w				m				Ges.:	Ges.:
			21-59		≥60		21-59		≥60			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beziehungskonflikt	Täter	m	226	17,68	14	25,93	5	2,94	1	5,56	246	16,18
		w	4	0,31	-	-	7	4,12	1	5,56	12	0,79
	Opfer	m	51	3,99	1	1,85	7	4,12	-	-	59	3,88
		w	4	0,31	-	-	6	3,53	1	5,56	11	0,72
	Täter+ Opfer	m	175	13,69	4	7,41	9	5,29	1	5,56	189	12,43
		w	3	0,23	-	-	8	4,71	-	-	11	0,72
	Gesamtangaben:		1278	100	54	100	170	100	18	100	1520	100
Sexuelles Motiv	Täter	m	33	6,00	-	-	-	-	-	-	33	5,69
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	167	30,36	3	16,67	2	16,67	-	-	172	29,66
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Täter+ Opfer	m	123	22,36	3	16,67	5	41,67	-	-	131	22,59
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamtangaben:		550	100	18	100	12	100	-	-	580	100
Motiv unbekannt	Täter	m	-	-	-	-	1	0,65	-	-	1	0,36
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	14	15,05	-	-	28	18,18	2	11,76	44	15,66
		w	2	2,15	-	-	-	-	-	-	2	0,71
	Täter+ Opfer	m	6	6,45	-	-	7	4,55	-	-	13	4,63
		w	-	-	-	-	1	0,65	-	-	1	0,36
	Gesamtangaben:		93	100	17	100	154	100	17	100	281	100
Raubüberfall	Täter	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	5	8,20	-	-	33	27,97	4	21,05	42	18,58
		w	-	-	-	-	1	0,85	-	-	1	0,44
	Täter+ Opfer	m	3	4,92	-	-	3	2,54	-	-	6	2,65
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamtangaben:		61	100	28	100	118	100	19	100	226	100
Vermutete Gewalteinwirkung	Täter	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	9	24,32	-	-	1	7,14	-	-	10	16,95
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Täter+ Opfer	m	5	13,51	1	33,33	-	-	-	-	6	10,17
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamtangaben:		37	100	3	100	14	100	5	100	59	100
Gewaltart:												
Körperliche Gewalt	Täter	m	248	13,23	13	12,04	60	5,23	2	2,74	323	10,08
		w	12	0,64	-	-	11	0,96	1	1,37	24	0,75
	Opfer	m	172	9,18	3	2,78	310	27,00	10	13,70	495	15,45
		w	17	0,91	1	0,93	9	0,78	1	1,37	28	0,87
	Täter+ Opfer	m	255	13,61	6	5,56	111	9,67	2	2,74	374	11,68
		w	16	0,85	-	-	9	0,78	-	-	25	0,78
	Gesamtangaben:		1874	100	108	100	1148	100	73	100	3203	100
Instrumentelle Gewalt	Täter	m	38	10,89	5	15,63	18	3,27	-	-	61	6,30
		w	1	0,29	-	-	3	0,55	-	-	4	0,41
	Opfer	m	18	5,16	1	3,13	125	22,73	6	16,22	150	15,50
		w	4	1,15	-	-	3	0,55	-	-	7	0,72
	Täter+ Opfer	m	29	8,31	2	6,25	52	9,45	1	2,70	84	8,68
		w	3	0,86	-	-	6	1,09	-	-	9	0,93
	Gesamtangaben:		349	100	32	100	550	100	37	100	968	100
Sexualdelikt*	Täter	m	60	8,47	-	-	-	-	-	-	60	8,11
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	199	28,11	5	27,78	4	28,57	-	-	208	28,11
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Täter+ Opfer	m	163	23,02	4	22,22	5	35,71	-	-	172	23,24
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamtangaben:		708	100	18	100	14	100	-	-	740	100
Strangulation (Würgen, Drosseln)	Täter	m	59	16,62	-	-	2	4,08	-	-	61	14,39
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Opfer	m	21	5,92	-	-	8	16,33	-	-	29	6,84
		w	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Täter+ Opfer	m	61	17,18	1	6,25	7	14,29	-	-	69	16,27
		w	3	0,85	-	-	-	-	-	-	3	0,71
	Gesamtangaben:		355	100	16	100	49	100	4	100	424	100
Gesamtangaben:			2323	100	156	100	1510	100	114	100	4103	100

(*Vaginalverkehr, Oralverkehr (G-B; B-G), Manuelle Manipulation (G-B, B-G), Analverkehr, Einführen von Gegenständen, andere sexuelle Nötigung)

4.16 Wegweisung: Anwendbarkeit des Gewaltschutzgesetzes

Wie Tabelle 34 zeigt, war zum Zeitpunkt der Untersuchung in 389 Tatbeständen (9,5 %) die Grundlage für das zum Tragen kommen des Gesetzes zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen erfüllt. Die unmittelbare Anwendbarkeit fand sich hierbei vor allem beim weiblichen Geschlecht bestätigt (F: 15,6 %, M: 1,7 %). Wie in der Tabelle erkennbar, ist dieser Geschlechtsunterschied bei den über 60-Jährigen geringer ausgeprägt, als in der Vergleichsgruppe der 21- bis 59-Jährigen (8,9 % zu 4,4 % gegenüber 14,9 % zu 1,5 %). Insgesamt zeigt sich der Anteil derjenigen, die nach dem 60. Lebensjahr von diesem Recht Gebrauch machen könnten, etwas geringer repräsentiert, als in der Gruppe der unter 60-Jährigen (7,0 % gegenüber 9,7 %).

In 362 Fällen (8,8 %) war unklar, ob die geschilderten strafbarkeitsbegründeten Tatbestandsmerkmale ausreichend erfüllt waren, um sich auf das „GewSchG“ zu berufen. Signifikante Geschlechtsunterschiede konnten diesbezüglich nicht ermittelt werden. Darüber hinaus ergab sich in der Mehrzahl der Fälle (2968; 72,3 %), basierend auf der Untersuchung, kein Anlass zu dieser Weisung. Die Gruppe der Männer fand sich hierbei, im Vergleich zu den Frauen, etwas stärker vertreten (78,8 % zu 68,1 %). In weiteren 384 Fällen (9,4 %) wurde diesbezüglich keine Aussage getroffen, wobei sich hier die Anteile der Älteren auf einem höheren Niveau bewegten (14,4 % zu 9,0 %).

Tabelle 34: Anwendungsfindungen des Gewaltopferschutzgesetzes (GewSchG) im Zusammenhang mit den gegebenen Untersuchungsanlässen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

GewSchG*:	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w					m					Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
ja	347	14,94%	14	8,97%	23	1,52%	5	4,39%	389	9,48%		
nein	1579	67,97%	110	70,51%	1198	79,34%	81	71,05%	2968	72,34%		
unbekannt	227	9,77%	12	7,69%	114	7,55%	9	7,89%	362	8,82%		
k. A.	170	7,32%	20	12,82%	175	11,59%	19	16,67%	384	9,36%		
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

*Anmerkung: Das Gewaltschutzgesetz beinhaltet sowohl „§ 1 Gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Nachstellungen“ sowie „§ 2 Überlassung einer gemeinsam genutzten Wohnung“. Unter § 1 sind sog. Schutzanordnungen, wie Näherungs- und Belästigungsverbote zu verstehen, die gerichtlich beantragt werden. Durch § 2 ist es möglich, die Zuweisung der gemeinschaftlich genutzten Wohnung zu beantragen.

4.17 Anzeigeverhalten/Anzeigenerstattungen

Mit insgesamt 3582 positiven Angaben bestand bei 87 % der Geschädigten zum Untersuchungszeitpunkt eine anlassbezogene Anzeige. Wie Tabelle 31a zeigt liegt hierbei der Anteil der Anzeigenerstatter in der Altersgruppe unter 60 Jahren etwas höher als bei den Älteren (88 % zu 84 %) und präsentiert sich zugleich männerdominiert (92 % gegenüber 84 %). Demgegenüber gaben 464 Personen (11 %) ein noch ausstehendes Anzeigeverfahren bei der Aufnahme an. Kommenturabel zu den erstatteten zeigen sich diesbezüglich die Häufigkeiten der nichterstatteten Strafanzeigen. Während 14,6 % der Frauen und 5,9 % der Männer in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen die Nichterstattung einer anlassbezogenen Anzeige einräumten, liegen die entsprechenden Anteile mit 16,0 % bzw. 10,5 % in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren etwas höher. Ferner konnte in 57 Fällen (1,4 %) das Vorliegen einer Strafanzeige nicht geklärt werden.

Tabelle 35: Anzeigenerstattung nach erlebter körperlicher Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Untersuchungsanlass und den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60			
Polizeiliche Anzeige:	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	1959	84,33%	127	81,41%	1395	92,38%	101	88,60%	3582	87,30%
nein	338	14,55%	25	16,03%	89	5,89%	12	10,53%	464	11,31%
unbekannt	23	0,99%	3	1,92%	20	1,32%		0,00%	46	1,12%
k. A.	3	0,13%	1	0,64%	6	0,40%	1	0,88%	11	0,27%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.17.1 Anzeigebereitschaft in Abhängigkeit der Täter-Opfer-Beziehung

Die nachfolgenden Abbildungen stellen die Anzeigebereitschaft in Abhängigkeit des Bekanntheitsgrades und der Beziehungsart zwischen Opfer und Täter dar. Zur besseren Übersicht wurden beide Variablen getrennt voneinander dargestellt. Insgesamt betrachtet fällt auf, dass die Bereitschaft der Betroffenen, eine Anzeige bei Körperverletzungsdelikten zu erstatten, verhältnismäßig hoch ausfällt. Ferner kann den Diagrammen entnommen werden, dass die Anzeigebereitschaft mit zunehmendem Bekanntheitsgrad bzw. „Abhängigkeitsverhältnis“ im privaten/familiären Bereich sinkt. Betrachtet man nun die beiden Altersgruppen getrennt voneinander, so werden alters-, aber insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede ersichtlich. So liegen die Anzeigebereitschaften gegenüber flüchtig bekannten Tätern sowohl in der Gruppe der unter 60-jährigen als auch der älteren Männer (zuzüglich näherer Bekannter) auf einem höheren Niveau, als im Vergleich zu Fremdtätern. Hingegen zeigt sich bei den Frauen beider Altersgruppen, dass mit steigendem Bekanntheitsgrad die Anzeigebereitschaft sinkt. Eine Ausnahme hiervon bildet die Gruppe der flüchtig bekannten Täter bei den 60-jährigen und älteren Frauen. Hier liegt die Anzeigebereitschaft auf einem etwas geringeren Niveau, als im Vergleich zu den näher bekannten Tätern.

Betrachtet man nun die erstatteten Strafanzeigen in Abhängigkeit der Beziehungsart, bezogen auf Alter und Geschlecht (ausgenommen der 60-jährigen und älteren Männer), so wird ersichtlich, dass die höchsten Prävalenzraten bei den Ex-Partnern festzustellen sind. Bei den Strafanzeigeerstattungen gegenüber Partnern und Familienangehörigen werden wiederum Unterschiede ersichtlich. So zeigt sich, dass insgesamt die Anzeigebereitschaft der Männer beider Altersgruppen gegenüber den Partnern und Familienangehörigen stärker ausgeprägt ist, als in den jeweiligen Altersgruppen der Frauen.

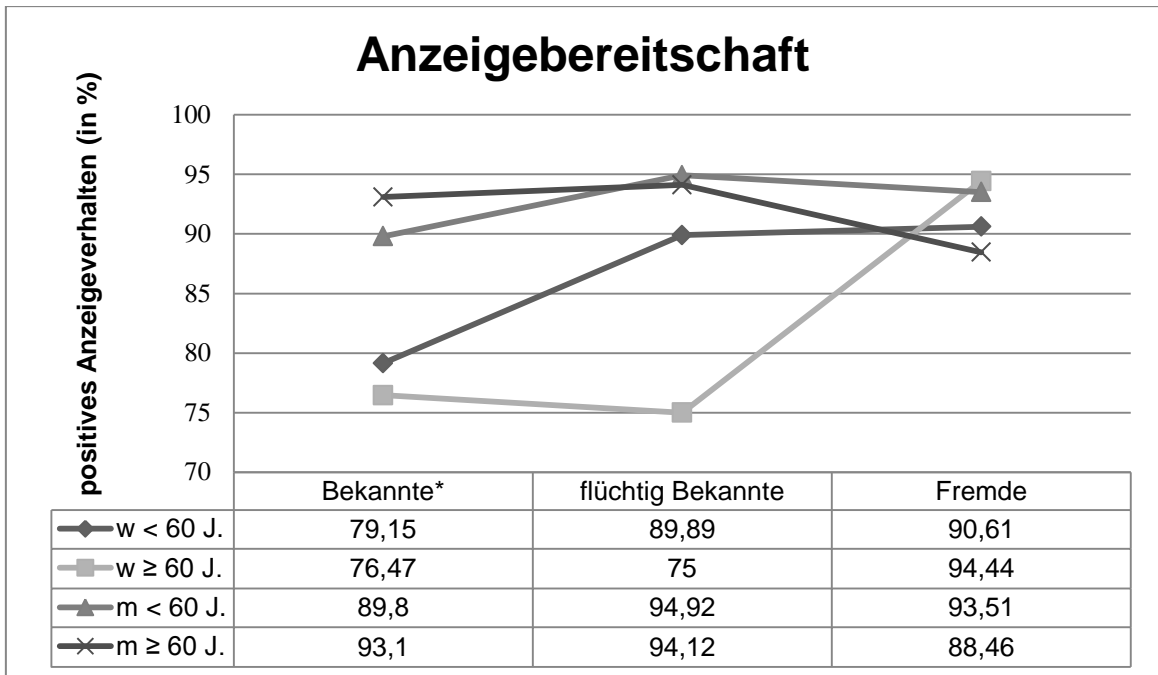


Abbildung 9: Anzeigebereitschaft der Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit des Bekanntschaftsgrades zum Täter (* exklusive Ex-Partner) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

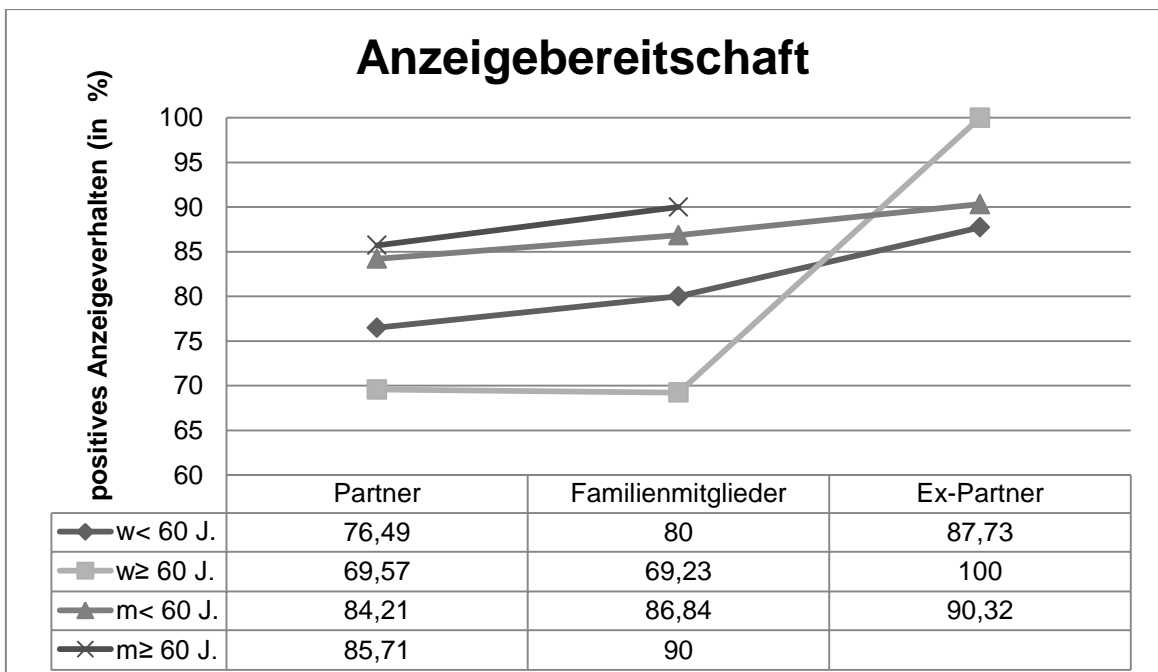


Abbildung 10: Anzeigebereitschaft der Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit der Beziehungsart zum Täter bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

4.17.2 Anzeigeverhalten der Opfer in Abhängigkeit zur Nationalität der Täter

Betrachtet man das Anzeigeverhalten der Opfer in Abhängigkeit zur Nationalität der Täter (s. Tab. 36) so zeigt sich für die drei häufigsten Fallgruppen und deren Vergleich (ausschließlich deutsche Täter, ausschließlich ausländische Täter, Täter ungeklärter bzw. unbekannter Herkunft), dass die Anzeigebereitschaft zum Zeitpunkt der Untersuchung von deutschen Opfern gegenüber nicht-deutschen Täterinnen und Tätern gesamthaft erhöht ist.

Bei den von Ausländern verübten Straftaten zeigt sich ein spiegelbildlich, umgekehrtes Bild. So liegt das Anzeigeverhalten ausländischer Opfer gegenüber deutschen Tatverdächtigen, im Verhältnis zu ausländischen Nationalitäten, auf einem höheren Niveau (mit Ausnahme der Gruppe der unter 60-jährigen Männer). Im Vergleich dazu zeigten sich die geringsten Unterschiede in den Anzeigeraten bei Opfern (unabhängig deren Herkunft) gegenüber Tätern unbekannter Nationalität.

Tabelle 36: Anzeigeverhalten der Opfernach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit zur Nationalität der Täter bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Attribut Nationalität*			Opfer: Geschlechts- und Altersgruppen								Ges.: n		Ges.: %	
			w				m							
Täter	Opfer	Polizeiliche Anzeige	<60		≥60		<60		≥60		n	%		
			n	%	n	%	n	%	n	%				
d	d	ja	595	79,87%	42	71,19%	230	91,27%	21	91,30%	888	82,30%		
		nein	147	19,73%	15	25,42%	21	8,33%	2	8,70%	185	17,15%		
		unbekannt	3	0,40%	2	3,39%	1	0,40%		0,00%	6	0,56%		
		Gesamtergebnis	745	100,00%	59	100,00%	252	100,00%	23	100,00%	1079	100,00%		
	a	ja	105	86,07%	2	100,00%	25	86,21%	4	100,00%	136	86,62%		
		nein	17	13,93%		0,00%	4	13,79%		0,00%	21	13,38%		
		Gesamtergebnis	122	100,00%	2	100,00%	29	100,00%	4	100,00%	157	100,00%		
	u	ja	1	20,00%			2	100,00%			3	42,86%		
		nein	4	80,00%				0,00%			4	57,14%		
		Gesamtergebnis	5	100,00%			2	100,00%			7	100,00%		
	d+a	d	ja	2	100,00%			5	100,00%	2	100,00%	9	100,00%	
			Gesamtergebnis	2	100,00%			5	100,00%	2	100,00%	9	100,00%	
a		ja	3	100,00%			3	100,00%			6	100,00%		
		Gesamtergebnis	3	100,00%			3	100,00%			6	100,00%		
d+u	d	ja	5	100,00%			6	100,00%			11	100,00%		
		Gesamtergebnis	5	100,00%			6	100,00%			11	100,00%		
	a	ja	1	50,00%			1	50,00%			1	50,00%		
		unbekannt	1	50,00%			1	50,00%			1	50,00%		
		Gesamtergebnis					2	100,00%			2	100,00%		
d+a+u	u	ja	1	100,00%						1	100,00%			
	Gesamtergebnis	1	100,00%							1	100,00%			
a	d	ja	196	88,69%	10	100,00%	67	93,06%	4	100,00%	277	90,23%		
		nein	23	10,41%		0,00%	4	5,56%		0,00%	27	8,79%		
		unbekannt	2	0,90%		0,00%	1	1,39%		0,00%	3	0,98%		
		Gesamtergebnis	221	100,00%	10	100,00%	72	100,00%	4	100,00%	307	100,00%		
	a	ja	251	82,03%	10	90,91%	88	94,62%	2	66,67%	351	84,99%		
		nein	52	16,99%	1	9,09%	4	4,30%	1	33,33%	58	14,04%		
		unbekannt	3	0,98%		0,00%	1	1,08%		0,00%	4	0,97%		
		Gesamtergebnis	306	100,00%	11	100,00%	93	100,00%	3	100,00%	413	100,00%		
	u	ja	3	100,00%			1	100,00%	1	50,00%	5	83,33%		
		nein		0,00%				0,00%	1	50,00%	1	16,67%		
		Gesamtergebnis	3	100,00%			1	100,00%	2	100,00%	6	100,00%		
	k.A.	ja					1	100,00%			1	100,00%		
		Gesamtergebnis						100,00%			1	100,00%		
	u	d	ja	590	88,06%	55	87,30%	662	92,46%	52	89,66%	1359	90,18%	
			nein	70	10,45%	8	12,70%	44	6,15%	6	10,34%	128	8,49%	
unbekannt			10	1,49%		0,00%	10	1,40%		0,00%	20	1,33%		
Gesamtergebnis			670	100,00%	63	100,00%	716	100,00%	58	100,00%	1507	100,00%		
a		ja	127	90,07%	1	50,00%	186	93,00%	6	85,71%	320	91,43%		
		nein	8	5,67%		0,00%	8	4,00%	1	14,29%	17	4,86%		
		unbekannt	6	4,26%	1	50,00%	6	3,00%		0,00%	13	3,71%		
		Gesamtergebnis	141	100,00%	2	100,00%	200	100,00%	7	100,00%	350	100,00%		
u		ja	53	85,48%	3	100,00%	90	96,77%	3	100,00%	149	92,55%		
		nein	7	11,29%		0,00%	2	2,15%		0,00%	9	5,59%		
		unbekannt	2	3,23%		0,00%	1	1,08%		0,00%	3	1,86%		
		Gesamtergebnis	62	100,00%	3	100,00%	93	100,00%	3	100,00%	161	100,00%		
k.A.		ja					2	100,00%			2	100,00%		
	Gesamtergebnis					2	100,00%			2	100,00%			
a+u	d	ja	8	72,73%			5	100,00%			13	81,25%		
		nein	3	27,27%				0,00%			3	18,75%		
		Gesamtergebnis	11	100,00%			5	100,00%			16	100,00%		
	a	ja	2	100,00%			1	100,00%			3	100,00%		
		Gesamtergebnis	2	100,00%			1	100,00%			3	100,00%		
	u	ja	1	100,00%							1	100,00%		
		Gesamtergebnis	1	100,00%							1	100,00%		
k.A.	d	ja	14	73,68%	3	60,00%	15	71,43%	5	71,43%	37	71,15%		
		nein	3	15,79%	1	20,00%	2	9,52%	1	14,29%	7	13,46%		
		unbekannt	2	10,53%	1	20,00%	4	19,05%	1	14,29%	8	15,38%		
		Gesamtergebnis	19	100,00%	5	100,00%	21	100,00%	7	100,00%	52	100,00%		
	a	ja	2	50,00%	1	100,00%	3	75,00%	1	100,00%	7	70,00%		
		nein	2	50,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	20,00%		
		unbekannt		0,00%		0,00%	1	25,00%		0,00%	1	10,00%		
		Gesamtergebnis	4	100,00%	1	100,00%	4	100,00%	1	100,00%	10	100,00%		
	u	ja					2	100,00%			2	100,00%		
		Gesamtergebnis					2	100,00%			2	100,00%		

*Täter- und Opfer-Nationalitäten: d (deutsch), a (andere/nicht-deutsch), u (unbekannt), k. A. (keine Angabe)

4.18 Polizeilicher Status: Wechselbeziehung zwischen Opfer- und Täterstatus

Der Tabelle 37 ist zu entnehmen, dass bei 2726 Geschädigten (66 %) keine Anzeichen für einen mutmaßlichen Täterstatus vorlagen. Indes konnte in 882 Fällen (22 %) eine mögliche, zeitgleiche Täterschaft des Opfers nicht ausgeschlossen werden, wohingegen in 141 Fällen (3 %) diesbezüglich keine Angaben gemacht wurden. Demgegenüber lag in nahezu 9 % der Fälle (354 Geschädigte), in Bezug auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses, nach dem Ermittlungsstand der Polizei auch ein mutmaßlicher Täterstatus vor. Hierbei wird bei der genaueren Betrachtung des Chiasmus von Opfer und Täter eine altersspezifische Simultaneität erkennbar. So zeigt sich der Anteil derjenigen, denen neben dem Opferstatus ein zeitgleicher Täterstatus zukam, in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen männerdominiert (13,9 % zu 5,4 %), wohingegen sich in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren die Frauen stärker repräsentiert fanden (7,7 % zu 5,3 %). Insgesamt zeigt sich hierbei der Anteil vor dem 60. Lebensjahr auf einem etwas höheren Niveau (8,8 % gegenüber 6,7 %), was auch in den Nichtanzeigen von Straftaten zum Ausdruck kommt.

Tabelle 37: Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur, denen in Bezug auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses nach dem Ermittlungsstand der Polizei gleichzeitig auch ein mutmaßlicher Täterstatus zu kommt bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006 Oktober 2011.

Polizeilicher Status:	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ja	126	5,42%	12	7,69%	210	13,91%	6	5,26%	354	8,63%
nein	1737	74,77%	124	79,49%	792	52,45%	73	64,04%	2726	66,44%
unbekannt	368	15,84%	16	10,26%	466	30,86%	32	28,07%	882	21,50%
k. A.	92	3,96%	4	2,56%	42	2,78%	3	2,63%	141	3,44%
Gesamtergebnis	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19 Untersuchungsbefunde

4.19.1 Befundmuster und Verletzungslokalisationen nach Art der Gewalteinwirkung

In Abbildung 11 finden sich die verschiedenen Gewaltarten und -häufigkeiten dargestellt. Bezogen auf Alter und Geschlecht der Opfer wird ersichtlich, dass die unterschiedlichen Gewaltarten bezüglich der Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens zum Teil erheblich differieren. Die Betrachtung des Diagramms zeigt ebenfalls deutlich, dass die stumpfe ungeformte Gewalt mit einem Anteil von gut 80 % die mit Abstand am häufigsten vertretene Gewaltart – sowohl bei den unter 60-Jährigen wie auch den ab 60-Jährigen – darstellt. Die zahlenmäßig geringsten Anteile an Viktimisierungen der unten angeführten und analysierten Nennungen entfallen auf die Angaben „Schussverletzungen“, „Thermische Gewalt“ und „Chemische Gewalt“.

In den nachfolgenden Tabellen 38 bis 48 und den dazugehörigen textuellen Erläuterungen finden sich diesbezüglich die detaillierten Ergebnisse der einzelnen multivarianten Gewaltformen genauer dargestellt und beschrieben.

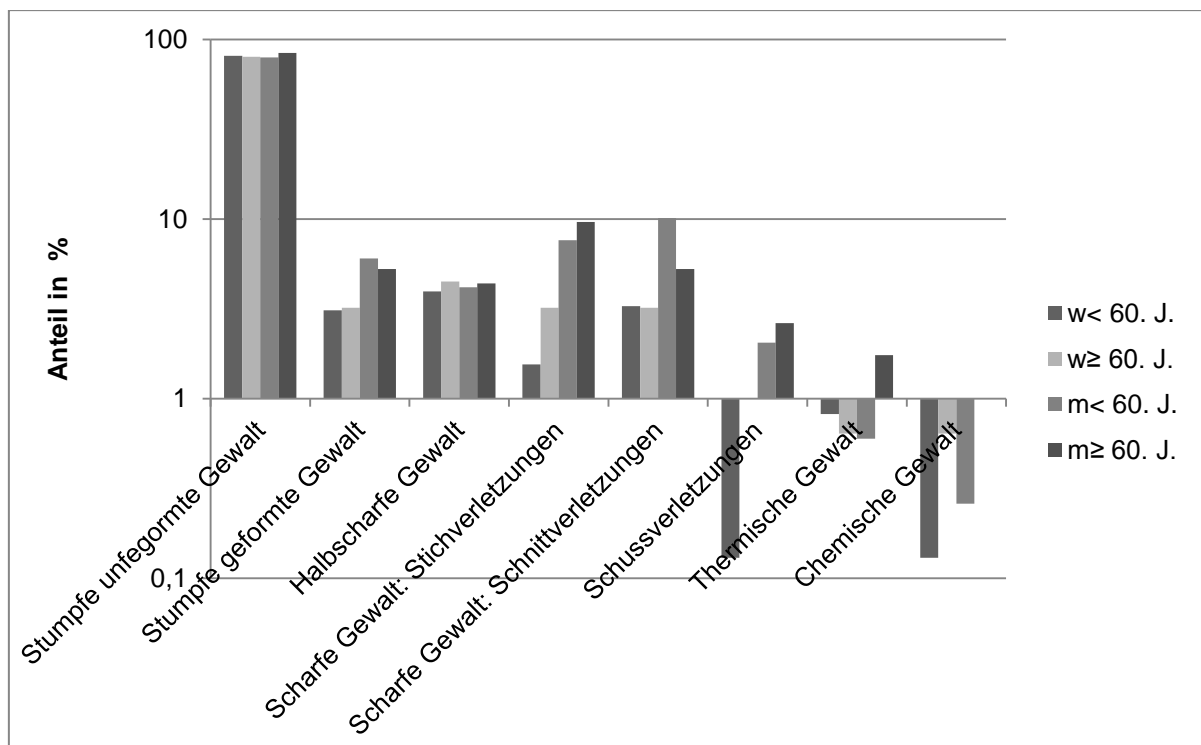


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilungen der verschiedenen Gewaltarten in den jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen (in %) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

4.19.2 Stumpfe Gewalt

4.19.2.1 Stumpfe ungeformte Gewalt

Dezidierte Beschreibungen der Lokalisationen infolge von mechanischer Einwirkung einer mehr oder minder begrenzten Fläche gegen den menschlichen Körper (beispielsweise Schlag, unbeschuhter Tritt, Stoß mit großer Auftrittsfläche, Sturz auf flache Ebene etc.) lagen in 3306 Fällen (80,6 %) vor.

Nach den Körperregionen geordnet (s. Tab. 38), fanden sich am häufigsten Schädelverletzungen (n=2572), gefolgt von Verletzungen im Bereich der oberen Extremität (n=1950). Etwas weniger häufig traten Verletzungen im Bereich des Torsos (n=1754) und der unteren Extremitäten (n=1375) auf. Verletzungen im Intimbereich (n=56) wurden indes im Zuge der stumpfen ungeformten Gewalt eher selten diagnostiziert. Die erhöhte Zahl der verschiedenen Verletzungslokalisationen im Verhältnis zu den betrachteten Fällen (7707 Lokalisationen gegenüber 3306 untersuchten Opfern von stumpfer ungeformter Gewalt) resultiert aus der Gewaltart bzw. dem Tathergang und der damit einhergehenden Möglichkeit einer Mehrfachverletzung. Wie Tabelle 39 zu entnehmen ist, handelte es sich sowohl in der Altersgruppe der unter wie auch der über 60-Jährigen mehrheitlich (64 %) um zwei, mehrere benachbarte oder nicht benachbarte Regionen ausgedehnte Verletzungen bzw. um originär diffus verteilte Läsionen, die allesamt als Kombinationsverletzungen imponierten. Entsprechend zeigten sich die Einzelverletzungen bzw. Monotraumata mit nahezu 36 % in dieser Studie unterrepräsentiert. Die weitaus am häufigsten diagnostizierte Kombinationsverletzung stellte das Schädeltrauma, einhergehend mit einer Extremitätenverletzung (obere o. untere), dar. Die Verteilung der unterschiedlichen Verletzungslokalisationen in Abhängigkeit des Patientenalters und Geschlechts sind der vergleichenden Tabelle zu entnehmen. Generell ist aber festzustellen, dass sich im Hinblick auf das Alter und das Geschlecht der Patienten kein signifikanter Unterschied in der Opferbelastung abzeichnet. So liegt der Anteil derjenigen, die innerhalb des analysierten Referenzzeitraumes mindestens eine Verletzung durch stumpfe ungeformte Gewalteinwirkung von außen erlitten, in der Altersgruppe ab 60 Jahren (F: 80,1 %, M: 84,2 %) marginal höher als in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (F: 81,1 %, M: 79,5 %), wenn auch

der Schwerpunkt der Opferbelastung von Erwachsenen auf die Gruppe der 60-jährigen und älteren Männer entfällt.

Tabelle 38: Verletzungslokalisationen infolge stumpfer ungeformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Stumpfe ungeformte Gewalt; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.: n=3306	Ges.: %
	w				m					
	21-59 n=1885	%	≥60 n=125	%	21-59 n=1200	%	≥60 n=96	%		
Hirnschädel	278	11,97%	28	17,95%	351	23,25%	28	24,56%	685	16,70%
Gesichtsschädel	914	39,35%	61	39,10%	857	56,75%	55	48,25%	1887	46,00%
Nacken	70	3,01%	7	4,49%	42	2,78%	1	0,88%	120	2,92%
Hals	204	8,78%	13	8,33%	91	6,03%	8	7,02%	316	7,70%
Brustkorb	245	10,55%	20	12,82%	150	9,93%	11	9,65%	426	10,38%
Brüste	78	3,36%	7	4,49%	9	0,60%	-	0,00%	94	2,30%
Abdomen	82	3,53%	7	4,49%	55	3,64%	3	2,63%	147	3,58%
Rücken	317	13,65%	28	17,95%	165	10,93%	13	11,40%	523	12,75%
Genitale	48	2,07%	5	3,21%	2	0,13%	1	0,88%	56	1,36%
Gesäß	91	3,92%	14	8,97%	18	1,19%	5	3,39%	128	3,12%
Obere Extremität	1246	53,64%	94	60,26%	561	37,15%	49	42,98%	1950	47,53%
Untere Extremität	926	39,86	61	39,10%	356	16,95%	32	28,07%	1375	33,51%
Spaltenergebnis:	4499	-	345	-	2657	-	206	-	7707	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

Tabelle 39: Häufigkeiten von Einzel- und Kombinationsverletzungen (hinsichtlich der Körperregion) infolge stumpfer ungeformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Ortlichkeiten der Verletzungen:	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.: n	Ges.: %
	w				m					
	21-59 n	%	≥60 n	%	21-59 n	%	≥60 n	%		
Einzellokalisationen	618	32,79%	40	32,00%	489	40,75%	38	39,58%	1185	35,84%
Kombinationslokalisierungen	1267	67,21%	85	68,00%	711	59,25%	58	60,42%	2121	64,16%
Gesamtangaben:	1885	100,00%	125	100,00%	1200	100,00%	96	100,00%	3306	100,00%

4.19.2.2 Stumpfe geformte Gewalt

Die zahlenmäßig drittstärkste Gruppe (174 Fälle; 4 % der Gesamtverletzungen) der morphologisch nachweisbaren Verletzungen resultiert als Ergebnis einer stumpfen geformten Traumatisierung (s. Tab. 40). Die profilierte Gewalteinwirkung durch stumpfkantige „Werkzeuge“ deutete sich in 72 Fällen am Schädel, in 85 Fällen im Bereich des Torsos und in 91 Fällen an den Extremitäten (insbesondere der oberen) ab. Männer beschrieben sich hierbei insgesamt etwas häufiger als Gewaltopfer (56 % zu 44 %).

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, ist dieser Geschlechtsunterschied bei den 21- bis 59-Jährigen etwas stärker ausgeprägt, als in der Gruppe der ab 60-Jährigen (6,0 % zu 3,1 % bzw. 5,3 % zu 3,2 %). Insgesamt lässt sich jedoch kein signifikanter Unterschied der Opferbelastung zwischen den jüngeren und älteren Gewaltopfern erkennen. So liegt der Anteil derjenigen, die innerhalb des Referenzzeitraumes Opfer von stumpfer geformter Gewalt wurden in der Gruppe der unter 60-Jährigen bei 4,3 % und in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren bei 4,1 %.

Ferner zeigte die Analyse der häufigsten Lokalisationen (Top 10; n=139), dass es sich bei der stumpfen geformten Gewalt, im Gegensatz zur stumpfen ungeformten Gewalt, mehrheitlich um Monotraumata bzw. um auf einzelne Körperregionen beschränkte Verletzungen (einschließlich sequentieller Traumata) handelte (88,5 % zu 11,5 %). Häufigste Kombinationsverletzungen waren hierbei Traumatisierungen der Extremitäten unter Mitbeteiligung des Rückens.

Tabelle 40: Verletzungslokalisationen infolge stumpfer geformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Stumpfe geformte Gewalt; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n=72	%	n=5	%	n=91	%	n=6	%	n=174	%	
Hirnschädel	5	0,22%	-	0,00%	16	1,06%	-	0,00%	21	0,51%
Gesichtsschädel	11	0,47%	2	1,28%	36	2,38%	2	1,75%	51	1,24%
Nacken	2	0,09%	-	0,00%	5	0,33%	-	0,00%	7	0,17%
Hals	9	0,39%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	11	0,27%
Brustkorb	3	0,13%	1	0,64%	9	0,60%	-	0,00%	13	0,32%
Brüste	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Abdomen	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%
Rücken	17	0,73%	1	0,64%	23	1,52%	-	0,00%	41	1,00%
Genitale	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Gesäß	5	0,22%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	8	0,19%
Obere Extremität	30	1,29%	2	1,28%	25	1,66%	2	1,75%	59	1,44%
Untere Extremität	13	0,56%	2	1,28%	14	0,93%	3	2,63%	32	0,78%
Spaltenergebnis:	99	-	8	-	134	-	7	-	248	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.3 Halbscharfe Gewalt

Formen der halbscharfe Gewalteinwirkung wurden in 167 Fällen (4 % der Gesamtverletzungen) festgestellt. Hierunter wurden Tathergänge zusammengefasst, die unter der Zuhilfenahme eines Tatwerkzeuges – das in Abhängigkeit der Anwendung sowohl eine schneidende als auch eine zertrümmernde Wirkung haben kann – erfolgten. Es ergaben sich folgende Lokalisationshäufigkeiten der Gewalteinwirkung: Schädelgend in 63 Fällen, Torso in 76 Fällen, obere und untere Extremität in 80 bzw. 45 Fällen und der Intimbereich in vier Fällen (vgl. Tab. 41). Die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Befunde der singulären Lokalisationshäufigkeiten lassen eine erhöhte, frauendominierte Opfer-Werdungs-Rate der älteren Generation erkennen (F: 4,5 % gegenüber 4,0 % bei den unter 60-Jährigen; M: 4,4 % gegenüber 4,2 %), wenn auch insgesamt gesehen die Altersunterschiede gering ausfallen (4,4 % zu 4,0 %). Ferner zeigte sich auch hier beim Top-10-Rating (n=121) ein Prävalieren der auf eine Region beschränkten Verletzungen (n=95) im Vergleich zu den Kombinationsverletzungen bzw. den regionenübergreifenden Verletzungen (n=26). Bei den sogenannten „mehrortigen“ Verletzungen handelte es sich gehäuft um Verletzungen mit Beteiligung (mehrerer Regionen) der oberen Extremität(en) und (mehrerer Regionen) der unteren Extremität(en).

Tabelle 41: Verletzungslokalisationen infolge halbscharfer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Halbscharfe Gewalt; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.: n=167	Ges.: %
	w				m					
	21-59 n=92	%	≥60 n=7	%	21-59 n=63	%	≥60 n=5	%		
Hirnschädel	3	0,13%	-	0,00%	11	0,73%	1	0,88%	15	0,37%
Gesichtsschädel	24	1,03%	2	1,28%	20	1,32%	2	1,75%	48	1,17%
Nacken	1	0,04%	3	1,92%	3	0,20%	-	0,00%	7	0,17%
Hals	19	0,82%	1	0,64%	2	0,13%	-	0,00%	22	0,54%
Brustkorb	8	0,34%	1	0,64%	7	0,46%	-	0,00%	16	0,39%
Brüste	3	0,13%	1	0,64%	-	0,00%	-	0,00%	4	0,10%
Abdomen	5	0,22%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	6	0,15%
Rücken	8	0,34%	-	0,00%	6	0,40%	-	0,00%	14	0,34%
Genitale	4	0,17%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	4	0,10%
Gesäß	6	0,26%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	7	0,17%
Obere Extremität	48	2,07%	3	1,92%	26	1,72%	3	2,63%	80	1,95%
Untere Extremität	23	1,00%	1	0,64%	19	1,26%	2	1,75%	45	1,10%
Spaltenergebnis:	152	-	12	-	95	-	9	-	268	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.4 Scharfe Gewalt

4.19.4.1 Stichverletzungen

Analog zur halbscharfen Gewalt zeigten sich die zahlenmäßigen Angaben zu Stichverletzungen (n=167). Im direkten Altersvergleich (s. Tab. 42) wird jedoch deutlich, dass die entsprechenden Viktimisierungsraten in der älteren Generation deutlich höher liegen, als im mittleren Lebensalter (5,9 % gegenüber 3,9 %). Des Weiteren lässt sich ein Geschlechtsunterschied der Opferbelastung erkennen, der sowohl in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren wie in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen durch die Gruppe der Männer dominiert wird (9,6 % zu 3,2 % bzw. 7,6 % zu 1,5 % bei den unter 60-Jährigen). Ferner zeigt sich der Altersgruppenunterschied für das Opfer-Werdungs-Risiko mit einem Verhältnis von 2,1:1 (3,2 % zu 1,5 % der unter 60-Jährigen) bei den Frauen etwas stärker ausgeprägt, als bei den Männern mit einem Verhältnis von rund 1,3:1 (9,6 % zu 7,6 % der unter 60-Jährigen). Durch eine vorgeschaltete Top-10-Analyse wurden auch hier die häufigsten Lokalisationsstellen und Lokalisationsmuster ersichtlich (n=105), wobei wiederholt eine Dominanz der auf einzelne Körperregionen beschränkten Verletzungen festgestellt werden konnte (n=93). Bei den Kombinationsverletzungen (bilokulär, multilokulär) zeigten sich vermehrt Verletzungen des Brustkorbes und des Abdomens sowie des Brustkorbes und der oberen Extremität.

Tabelle 42: Stichverletzungslokalisationen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Scharfe Gewalt- Stichverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	
	n=36	%	n=5	%	n=115	%	n=11	%	n=167	%
Hirnschädel	1	0,04%	-	0,00%	6	0,40%	-	0,00%	7	0,17%
Gesichtsschädel	5	0,22%	-	0,00%	15	1,00%	1	0,88%	21	0,51%
Nacken	-	0,00%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	3	0,07%
Hals	1	0,04%	-	0,00%	11	0,73%	1	0,88%	13	0,32%
Brustkorb	9	0,39%	2	1,28%	50	3,31%	6	5,26%	67	1,63%
Brüste	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	1	0,02%
Abdomen	9	0,39%	1	0,64%	32	2,12%	3	2,63%	45	1,10%
Rücken	8	0,34%	1	0,64%	35	2,32%	-	0,00%	44	1,07%
Genitale	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Gesäß	3	0,13%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	6	0,15%
Obere Extremität	12	0,52%	2	1,28%	31	2,05%	3	2,63%	48	1,17%
Untere Extremität	11	0,47%	1	0,64%	16	1,06%	1	0,88%	28	0,68%
Spaltenergebnis:	59	-	7	-	202	-	16	-	284	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.4.2 Schnittverletzungen

Die in den Tabellen 42 und 43 dargestellten Befunde der Opfer-Werdungs-Raten durch scharfe Gewalt lassen erkennen, dass Schnittverletzungen (n=240) insgesamt häufiger erhoben wurden als Stichverletzungen und sie damit gesamthaft die zweithäufigste Gewaltform mit nahezu 6 % darstellen. Im Gegensatz zu den Stichverletzungen zeigt sich im Altersvergleich der Schnittverletzungen (Tab. 38) das Opferrisiko bei Männern wie Frauen im mittleren Erwachsenenalter gegenüber den 60-Jährigen und Älteren erhöht (F: 3,3 % zu 3,2 %; M: 10,1 % zu 5,3 %). Während sich diesbezüglich für die Frauen ein geringer Unterschied für das Opfer-Werdungs-Risiko abzeichnet, zeigt sich bei den Männern eine eindeutige Tendenz; hier liegt das Verhältnis bei 1,9:1 (10,1 % zu 5,3 %), was bedeutet, dass 21-59-jährige Männer annähernd doppelt so oft eine Schnittverletzung erlitten, als die älteren Männer. Des Weiteren ergab auch hier das Rating der zehn häufigsten Verletzungsmuster (n=160) eine Prävalenz unilokulärer Verletzungen (n=139) im Vergleich zu den bi- und multilokulären Verletzungen (n=21). Bei weiteren genannten Verletzungen ergaben sich ähnliche Prädilektionsstellen wie bei den zuvor beschriebenen Stichverletzungen, wobei hier die Schädelgegend unter Mitbeteiligung der oberen Extremität am häufigsten beschrieben wurde.

Tabelle 43: Schnittverletzungslokalisationen nach Alter- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Scharfe Gewalt- Schnittverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n=240		n=240	
	n=76	%	n=5	%	n=153	%	n=6	%	n	%	n	%
Hirnschädel	3	0,13%	1	0,64%	26	1,725	-	0,00%	30	0,73%		
Gesichtsschädel	23	1,00%	-	0,00%	47	3,11%	-	0,00%	70	1,71%		
Nacken	2	0,09%	-	0,00%	7	0,46%	-	0,00%	9	0,22%		
Hals	9	0,39%	2	1,28%	21	1,39%	-	0,00%	32	0,78%		
Brustkorb	5	0,22%	-	0,00%	14	0,93%	2	1,75%	21	0,51%		
Brüste	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%		
Abdomen	6	0,26%	-	0,00%	14	0,93%	-	0,00%	20	0,49%		
Rücken	5	0,22%	-	0,00%	15	0,99%	-	0,00%	20	0,49%		
Genitale	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%		
Gesäß	4	0,17%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	6	0,15%		
Obere Extremität	53	2,28%	3	1,92%	82	5,43%	5	4,39%	143	3,49%		
Untere Extremität	10	0,43%	1	0,64%	14	0,93%	-	0,00%	25	0,61%		
Spaltenergebnis:	123	-	7	-	244	-	7	-	381	-		
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.19.4.3 Scharfe Gewalt (Stich-/Schnittverletzungen) im Kontext der motivationalen Tathintergründe und in Bezug auf das Tätergeschlecht

Die den Verletzungen durch scharfe Gewalt zugrunde liegenden motivationalen Tathintergründe im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 44: Die den Stich- und Schnittverletzungen zugrunde liegenden motivationalen Tathintergründe nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Scharfe Gewaltart		Hintergrund		Opfer: Geschlechts- und Altersstruktur											
				w				m				Ges.:		Ges.:	
				< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%	n	%
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Stichverletzungen	Beziehungskonflikt	17	47,22%	2	40,00%	18	15,65%	2	18,18%	39	23,35%				
	sexuelles Motiv	4	11,11%		0,00%		0,00%		0,00%	4	2,40%				
	Raubüberfall	4	11,11%	1	20,00%	11	9,57%	4	36,36%	20	11,98%				
	unbekanntes Motiv	4	11,11%	1	20,00%	25	21,74%	2	18,18%	32	19,16%				
	Unfall		0,00%		0,00%	1	0,87%		0,00%	1	0,60%				
	„vermutet“		0,00%		0,00%		0,00%	1	9,09%	1	0,60%				
	anderer Konflikt	8	22,22%	1	20,00%	60	52,17%	3	27,27%	72	43,11%				
Gesamtergebnis		36	100,00%	5	100,00%	115	100,00%	11	100,00%	167	100,00%				
Schnittverletzungen	Beziehungskonflikt	38	50,00%	2	40,00%	21	13,73%		0,00%	61	25,42%				
	sexuelles Motiv	11	14,47%	1	20,00%		0,00%		0,00%	12	5,00%				
	Raubüberfall	8	10,53%		0,00%	16	10,46%	4	66,67%	28	11,67%				
	Konflikt im Straßenverkehr	1	1,32%		0,00%	5	3,27%		0,00%	6	2,50%				
	unbekanntes Motiv	3	3,95%	1	20,00%	12	7,84%		0,00%	16	6,67%				
	„vermutet“	1	1,32%		0,00%	1	0,65%	1	16,67%	3	1,25%				
	Unfall		0,00%		0,00%	2	1,31%		0,00%	2	0,83%				
anderer Konflikt	21	27,63%	2	40,00%	94	61,44%	2	33,33%	119	49,58%					
Gesamtergebnis		76	100,00%	5	100,00%	153	100,00%	6	100,00%	240	100,00%				

Tabelle 45: Fälle der scharfen Gewalt im Hinblick auf das Tätergeschlecht nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Scharfe Gewalt		Täter		Opfer: Geschlechts- und Altersstruktur											
				w				m				Ges.:		Ges.:	
				< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%	n	%
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Stichverletzungen	w	6	16,67%		0,00%	8	6,96%	1	9,09%	15	8,98%				
	m	26	72,22%	5	100,00%	84	73,04%	8	72,73%	123	73,65%				
	m+w		0,00%		0,00%	2	1,74%		0,00%	2	1,20%				
	Gesamtergebnis		36	100,00%	5	100,00%	115	100,00%	11	100,00%	167	100,00%			
Schnittverletzungen	w	5	6,58%		0,00%	5	3,27%		0,00%	10	4,17%				
	m	65	85,53%	5	100,00%	132	86,27%	6	100,00%	208	86,67%				
	m+w	2	2,63%		0,00%	3	1,96%		0,00%	5	2,08%				
	Gesamtergebnis		76	100,00%	5	100,00%	153	100,00%	6	100,00%	240	100,00%			

4.19.4.4 Bewertung der Verletzungsschwere (Scoring) bei Stich- und Schnittverletzungen im Halsbereich

In Ergänzung zu den topografischen Verletzungslokalisationen im Bereich des Halses (Tab. 42 und 43) ist der Abbildung 12 zu entnehmen, dass sich die Kategorisierung/Bewertung dieser Verletzungen als (potenziell) lebensgefährlich mit rund 69 % für Schnittverletzungen, gegenüber 38 % für die Stichverletzungen, verhältnismäßig stärker repräsentiert zeigte.

Von einer entsprechenden Analyse der Verletzungen im Bereich des Brustkorbes und Abdomens wurde abgesehen, da eine fehlende Untergliederung dieser Regionen in Quadranten, und somit eine Beziehung zu organischen Strukturen (inneren Körperorganen und Blutgefäßen), nicht gegeben war.

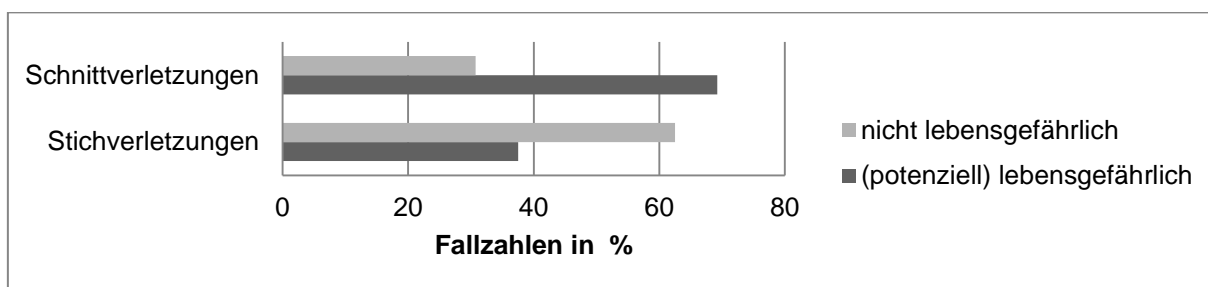


Abbildung 12: Bewertungen der Verletzungsschwere bei Stich- und Schnittverletzungen im Halsbereich bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

4.19.5 Schusswaffengewalt

Die Betrachtung der relativ kleinen Gruppe (s. Tab. 46; n=37) derjenigen, die innerhalb des Untersuchungszeitraumes Opfer nicht-tödlicher Schusswaffengewalt wurden, zeigt, dass hiervon überwiegend bzw. nahezu ausnahmslos die Gruppe der Männer betroffen war. So ergab die Analyse ein Verhältnis von 17,3:1 (2,094 % Männer zu 0,121 % Frauen). Ferner wird deutlich, dass der prozentuale Schwerpunkt der Opferbelastung innerhalb der männlichen Geschlechtsgruppe bei den 60-Jährigen und Älteren auf einem etwas höheren Niveau liegt, als bei den unter 60-Jährigen (2,6 % gegenüber 2,1 %). Bei den Frauen hingegen sinkt die Opferbelastung gegenüber der vorhergehenden Gruppe der 21- bis 59-Jährigen mit 0,13 %, auf 0,0 %. Die Ermittlung der häufigsten Verletzungslokalisationen (Top-5; n=26) zeigte auch für diese Gewaltform eine höhere Prävalenzrate der unilokulären Verletzungen (n=22) im Vergleich zu den bilokulären Verletzungen (n=4; in toto 10) durch Schusswaffenmissbrauch. Hierbei handelt es sich um Kombinationen aus Hirnschädel und Gesichtsschädel (1x), Schädel und obere oder unterer Extremität (je 1x), Brustkorb und Abdomen oder obere Extremität (je 1x), Abdomen und Rücken oder obere/untere Extremität (1x, 2x, 1x) sowie um eine Kombination aus oberer und unterer Extremität (1x).

Tabelle 46: Verletzungslokalisationen infolge Schusswaffengewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Schussverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n=37		%	
	n=3	%	n=0	%	n=31	%	n=3	%	n=37	%		%
Hirnschädel	-	0,00%	-	0,00%	3	0,20%	3	0,20%	3	2,63%	6	0,15%
Gesichtsschädel	-	0,00%	-	0,00%	2	0,13%	2	0,13%	2	1,75%	4	0,10%
Nacken	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Hals	1	0,04%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Brustkorb	-	0,00%	-	0,00%	5	0,33%	-	0,00%	-	0,00%	5	0,12%
Brüste	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Abdomen	1	0,04%	-	0,00%	5	0,33%	-	0,00%	-	0,00%	6	0,15%
Rücken	-	0,00%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Genitale	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Gesäß	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	1	0,04%	-	0,00%	6	0,40%	-	0,00%	-	0,00%	7	0,17%
Untere Extremität	1	0,04%	-	0,00%	14	0,93%	-	0,00%	-	0,00%	15	0,37%
Spaltenergebnis:	4	-	0	-	39	-	5	-	48	-	-	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%	4103	100,00%

4.19.6 Thermische/thermoelektrische Gewalt

Die Tabelle 47 veranschaulicht die verschiedenen Verletzungslokalisationen beim Einwirken von thermischer/thermoelektrischer Gewalt. Die Tabelle verdeutlicht, dass es sich hierbei, im Gegensatz zu den anderen Gewaltformen (insbesondere der stumpfen, halbscharfen und scharfen Gewalt), um eine eher schwach repräsentierte Gruppe handelt (n=31). Insgesamt zeigt sich auch eine insgesamt geringere Gefährdung bzw. Opfer-Werdung der jüngeren Altersgruppe, auch wenn sich diese rein quantitativ stärker vertreten findet (0,7 % gegenüber 1,1 % bei den ab 60-Jährigen). Ferner konnte bei den Frauen geringfügig häufiger eine Verletzung durch thermische Gewalt diagnostiziert werden, als bei den Männern (0,8 % zu 0,7 %). Betrachtet man die Altersgruppen getrennt voneinander, so ist dieser Geschlechtsunterschied bei den über 60-Jährigen nicht gegeben; vielmehr findet sich hier die Gruppe der Männer stärker beschrieben (1,8 % gegenüber 0,6 %), wobei der Anteil derjenigen, bei denen nach dem 59. Lebensjahr eine solche Art der Viktimisierung diagnostiziert wurde, gesamthaft sehr gering ist (n=3). Das Bild eines bi- bzw. multilokulären Verletzungsmusters zeigte sich im Zuge thermischer Traumatisierungen bei 12 Geschädigten (39 %), während unilokuläre Verletzungen in 19 Fällen (61 %) diagnostiziert wurden.

Tabelle 47: Verletzungslokalisationen infolge thermischer/thermoelektrischer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Thermische Gewalt; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59 n=19	%	≥60 n=1	%	21-59 n=9	%	≥60 n=2	%	n=31	%
Hirnschädel	1	0,04%	1	0,64%	1	0,07%	1	0,88%	4	0,10%
Gesichtsschädel	3	0,13%	1	0,64%	3	0,20%	1	0,88%	8	0,20%
Nacken	1	0,04%	1	0,64%	1	0,07%	1	0,88%	4	0,10%
Hals	2	0,09%	1	0,64%	-	0,00%	-	0,00%	3	0,07%
Brustkorb	4	0,17%	1	0,64%	1	0,07%	-	0,00%	6	0,15%
Brüste	3	0,13%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	3	0,07%
Abdomen	5	0,22%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	5	0,12%
Rücken	4	0,17%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	5	0,12%
Genitale	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	2	0,05%
Gesäß	6	0,26%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	7	0,17%
Obere Extremität	10	0,43%	1	0,64%	4	0,26%	2	1,75%	17	0,41%
Untere Extremität	4	0,17%	-	0,00%	3	0,20%	1	0,88%	8	0,20%
Spaltenergebnis:	44	-	6	-	14	-	8	-	72	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.7 Chemische Gewalt

Mit Abstand am seltensten wurde chemische Gewalt zur Viktimisierung eingesetzt, wie die Tabelle 48 veranschaulicht. Ohne näher zu differenzieren, zeigt sich, dass Männer anteilmäßig häufiger Opfer chemischer Gewalt wurden als Frauen (0,25 % zu 0,16 %), obgleich in der Altersgruppe 60+ keine männlichen Geschädigten diagnostiziert wurden. Bei den Kombinationsverletzungen handelte es sich um, zum einen, eine Traumatisierung des Schädels und des Brustkorbes und zum anderen um eine Verletzung des Schädels unter Mitbeteiligung der oberen Extremität.

Tabelle 48: Verletzungslokalisationen infolge chemischer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Chemische Gewalt; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n=3	%	n=1	%	n=4	%	n=0	%			
Gesichtsschädel	2	0,09%	1	0,64%	3	0,20%	-	0,00%	6	0,15%
Brustkorb	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Rücken	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	2	0,009%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Spaltenergebnis:	4	-	1	-	5	-	0	-	10	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.8 Gewaltkombinationen

In den zuvor beschriebenen Tabellen 38 bis 48 finden sich die verschiedenen Gewaltarten mit ihren unterschiedlichen Gewaltformen separat beschrieben (stumpfe Gewalt: ungeformt, geformt, punktförmig; halbscharfe Gewalt; scharfe Gewalt: Stich-, Schnittverletzungen; thermische und chemische Gewalt). Wie nachfolgender Tabelle 49 zu entnehmen ist, spiegelt dies nicht generell die Wirklichkeit wider, sondern scheint den erhobenen Ergebnissen nach zum Teil eher eine Ausnahmeerscheinung zu sein. Während sich gesamthaft betrachtet ersteres (in nahezu 87 % der Fälle) und das an sechster Stelle (in rund 78 % der Fälle) aufgeführte Gewaltitem der stumpfen ungeformten bzw. Schusswaffengewalt überproportional einzeln wiederfanden, zeigte sich für die übrigen Gewaltarten, dass Überlappungen bzw. Kombinationen verschiedener Gewaltarten häufiger vorkamen, als das isolierte Auftreten derselben. Besonders eindrücklich zeigt sich dies für die beiden Gewaltformen der stumpfen geformten und halbscharfen Gewalt. Diese traten bei weniger als einem Fünftel der Geschädigten (16 % bzw. 19 %) einzeln auf. Ableitbar ist hieraus, dass in über 80 % der Fälle diese Gewaltarten in unterschiedlichem Umfang in verschiedenen Kombinationen mit anderen Gewaltarten auftraten.

Ferner lässt sich erkennen, dass der Anteil derjenigen, die durch den Einsatz verschiedener Gewaltarten bzw. durch sich gegenseitig bedingende Handlungen – beispielsweise Rauferei (stumpfe ungeformte Gewalt) mit einhergehendem Sturzgeschehen auf einen vorstehenden geformten Gegenstand (stumpfe geformte Gewalt) – viktimisiert wurden, bei den Frauen wie Männern in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (F: 77 %; M: 64 % für separat auftretende Gewaltarten) höher ausfiel, als in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (F: 81 %; M: 68 % für separat auftretende Gewaltarten). Dieses Bild einer im Alter erhöhten „kombinierten Viktimisierungsgefährdung“ wiederholt sich für nahezu alle Gewaltitems.

Im Vergleich hierzu finden sich in Tabelle 50 die einzelnen Kombinationen der Gewaltarten dargestellt (s. voranstehender Kombinationsindex). Wie der Tabelle 50 zu entnehmen ist, treten die einzelnen Gewaltarten in unterschiedlichem Umfang in verschiedenen Kombinationen auf. Anzumerken ist hierbei, dass im Rah-

men der Auswertung jeweils immer nur zwei Gewaltarten miteinander kombiniert wurden. Folglich sind Mehrfachkombinationen nicht erfasst, was mit einer Steigerung der jeweiligen Fallzahlen einhergeht bzw. einhergehen kann. Auffallend häufige Kombinationen (> 2 %) finden sich hierbei grau hervorgehoben.

Tabelle 49: Häufigkeiten der verschiedenen Gewaltarten (isoliert oder kombiniert) nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Häufigkeiten separat auftretender Gewaltarten:	Alters- und Geschlechtsstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Stumpfe ungeformte Gewalt	1695	89,92%	112	89,60%	978	81,50%	77	80,21%	2862	86,57%		
Gesamt:	1885	100,00%	125	100,00%	1200	100,00%	96	100,00%	3306	100,00%		
Stumpfe geformte Gewalt	16	22,22%	-	0,00%	10	10,99%	1	16,67%	27	15,52%		
Gesamt:	72	100,00%	5	100,00%	91	100,00%	6	100,00%	174	100,00%		
Halbscharfe Gewalt	18	19,57%	1	14,29%	13	20,63%	-	0,00%	32	19,16%		
Gesamt:	92	100,00%	7	100,00%	63	100,00%	5	100,00%	167	100,00%		
Stichverletzungen	13	36,11%	1	20,00%	41	35,65%	2	18,18%	57	34,13%		
Gesamt:	36	100,00%	5	100,00%	115	100,00%	11	100,00%	167	100,00%		
Schnittverletzungen	23	30,26%	-	0,00%	52	33,99%	2	33,33%	77	32,08%		
Gesamt:	76	100,00%	5	100,00%	153	100,00%	6	100,00%	240	100,00%		
Schussverletzungen	3	100,00%	-	100,00%	25	78,13%	1	33,33%	29	78,38%		
Gesamt:	3	100,00%	-	100,00%	31	100,00%	3	100,00%	37	100,00%		
Thermische Gewalt	6	31,58%	1	100,00%	3	33,33%	-	0,00%	10	32,26%		
Gesamt:	19	100,00%	1	100,00%	9	100,00%	2	100,00%	31	100,00%		
Chemische Gewalt	-	0,00%	-	0,00%	3	75,00%	-	0,00%	3	37,50%		
Gesamt:	3	100,00%	1	100,00%	4	100,00%	-	100,00%	8	100,00%		
Spaltenergebnis: Gewaltarten sep.	1774	81,15%	115	77,18%	1125	67,53%	83	64,34%	3097	75,48%		
Spaltenergebnis: Gewaltarten ges.	2186	100,00%	149	100,00%	1666	100,00%	129	100,00%	4130	100,00%		

Kombinationsindex:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Stumpfe ungeformte Gewalt | 5. Scharfe Gewalt: Schnittverletzungen |
| 2. Stumpfe geformte Gewalt | 6. Schussverletzungen |
| 3. Halbscharfe Gewalt | 7. Thermische/Thermoelektrische Gewalt |
| 4. Scharfe Gewalt: Stichverletzungen | 8. Chemische Gewalt |

Tabelle 50: Auftreten der einzelnen Gewaltarten in Kombination nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Gewaltarten in Kombination; Kasus:	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥ 60		21-59		≥ 60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1+2	54	2,32%	4	2,56%	77	5,10%	5	4,39%	140	3,41%
1+3	72	3,10%	6	3,85%	46	3,05%	5	4,39%	129	3,14%
1+4	19	0,82%	1	0,64%	52	3,44%	7	6,14%	79	1,93%
1+5	49	2,11%	2	1,28%	75	4,97%	2	1,75%	128	3,12%
1+6	-	0,00%	-	0,00%	4	0,26%	2	1,75%	6	0,15%
1+7	11	0,47%	-	0,00%	5	0,33%	2	1,75%	18	0,44%
1+8	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%
2+3	4	0,17%	-	0,00%	7	0,46%	-	0,00%	11	0,27%
2+4	2	0,09%	-	0,00%	8	0,53%	1	0,88%	11	0,27%
2+5	3	0,13%	-	0,00%	7	0,46%	-	0,00%	10	0,24%
2+6	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	1	0,02%
2+7	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%
2+8	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	1	0,02%
3+4	4	0,17%	-	0,00%	5	0,33%	-	0,00%	9	0,22%
3+5	4	0,17%	-	0,00%	5	0,33%	-	0,00%	9	0,22%
3+6	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
3+7	1	0,04%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	2	0,05%
3+8	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
4+5	7	0,30%	3	1,92%	36	2,38%	4	3,51%	50	1,22%
4+6	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	1	0,02%
4+7	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
4+8	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
5+6	-	0,00%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	2	0,05%
5+7	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%
5+8	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
6+7	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
6+8	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
7+8	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Spaltenergebnis:	239		16		334		31		620	
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9 Spezifische Verletzungen/Verletzungsmuster

In den nachfolgenden Tabellen finden sich die Auftretenshäufigkeiten spezifischer Verletzungen bzw. Verletzungsmuster, die einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn zur Tatsituation und zum Tathergang erbringen können (auch im Hinblick auf multivariate Zusammenhänge/Kausalitätsprüfungen), dargestellt. Deren Wichtigkeit ergibt sich u. a. aus den Faktizitäten des Vergessens und des Erinnerungsverlustes sowie aus der Unfähigkeit, sich zu einem vorgefallenen Sachverhalt zu äußern, und bei Gutachten zur Plausibilitätsüberprüfung. Daher ist eine ins Detail gehende Ganzkörperuntersuchung mit exakter Dokumentation aller Verletzungen äußerst wichtig, um ggf. anhand spezifischer Verletzungen logische Folgerungen abzuleiten, um somit Erkenntnisse über den zugrunde liegenden Sachverhalt/Tathergang zu gewinnen. Besondere Beachtung fanden hierbei Bissmarken, Wiederlagerverletzungen, Griffspuren, Fesselungsspuren, Abwehrverletzungen, Ritz-, Kratz- und Trittspuren, Frakturen und Narben sowie komplettierend Stauungsblutungen bei Gewalteinwirkung gegen den Hals.

4.19.9.1 Hautnarben

Wie die folgende Tabelle zeigt, konnte bei 99 Geschädigten (2,4 % aller Untersuchten) eine sichtbare Spur einer verheilten Wunde diagnostiziert werden. Während 2,4 % der Frauen und 2,5 % der Männer unter 60 Jahren mindestens ein Zeichen einer Wundheilung „tiefgelegener“ Hautdefekte aufwiesen, liegen die entsprechenden Anteile in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren bei 4,4 % (Männer) bzw. 0,0 % (Frauen). Damit ergibt sich eine etwas höhere Prävalenzrate von Narben bei Männern (2,6 % zu 2,3 %). Meist fand(en) sich hierbei die Narbe(n) auf nur eine Körperregion beschränkt (84 % gegenüber 16 %).

Tabelle 51: Lokalisationen und Häufigkeiten von Hautnarben nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Narben; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:
	n=56	%	n=0	%	n=38	%	n=5	%	n=99	%
Hirnschädel	4	0,17%	-	0,00%	6	0,40%	1	0,88%	11	0,27%
Gesichtsschädel	9	0,39%	-	0,00%	13	0,86%	1	0,88%	23	0,56%
Nacken	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Hals	2	0,09%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	3	0,07%
Brustkorb	2	0,09%	-	0,00%	1	0,07%	1	0,88%	4	0,10%
Brüste	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,025
Abdomen	7	0,30%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	10	0,24%
Rücken	5	0,22%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	8	0,19%
Genitale	2	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Gesäß	2	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Obere Extremität	39	1,68%	-	0,00%	12	0,79%	2	1,75%	53	1,29%
Untere Extremität	10	0,43%	-	0,00%	5	0,22%	-	0,00%	15	0,37%
Spaltenergebnis:	84	-	0	-	44	-	5	-	133	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.2 Frakturen

Die Betrachtung der großen Gruppe der Frakturen (n=430; s. Tab. 52) zeigt, dass es sich bei den Opfern, die im Prozess der Viktimisierung einen Knochenbruch erlitten, überproportional um Männer (zu 19,0 % gegenüber 4,9 % bei den Frauen) handelte. Ferner wird ersichtlich, dass sich hierbei nicht nur die Geschlechtsgruppen unterscheiden, sondern, dass auch innerhalb der Altersgruppen eine Disproportionalität der Opferbelastung in Erscheinung tritt. So zeigt sich dieser Geschlechtsunterschied bei den über 60-Jährigen (F: 8,3 %; M: 16,7 %) wesentlich weniger stark ausgeprägt, als in der Gruppe der unter 60-Jährigen (F: 4,6 %; M: 19,2 %). Insgesamt zeigt sich damit der Anteil derjenigen, bei denen eine Fraktur diagnostiziert wurde, in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen auf einem marginal höheren Niveau (11,9 % zu 10,4 %); mit einem Verhältnis von 1,1:1. Zugleich ist festzustellen, dass „multiple“ Frakturen (Brüche verschiedener Knochen in unterschiedlichen Körperregion, d. h. exklusive von Fraktursonderformen wie Reihen-, Serien-, Doppel- und Mehrfachfrakturen sowie Brüche von Knochen, die eine funktionelle Einheit bilden) im Vergleich zu unilokulären Frakturen weitaus seltener diagnostiziert wurden (12,5 % gegenüber 87,5 %), aber verhältnismäßig in der älteren Generation häufiger befundet wurden (15,4 % zu 12,2 %).

Tabelle 52: Lokalisationen und Häufigkeiten von Frakturen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Frakturen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.: n=430	Ges.: %
	w				m					
	21-59 n=108	%	≥60 n=13	%	21-59 n=290	%	≥60 n=19	%		
Hirnschädel	14	0,60%	2	1,28%	37	2,45%	5	4,39%	58	1,41%
Gesichtsschädel	54	2,32%	2	1,28%	182	12,05%	7	6,14%	245	5,97%
Nacken	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Hals	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Brustkorb	14	0,60%	3	1,92%	12	0,79%	1	0,88%	30	0,73%
Rücken	3	0,13%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	6	0,15%
Obere Extremität	20	0,86%	4	2,56%	25	1,66%	2	1,75%	51	1,24%
Untere Extremität	6	0,26%	4	2,56%	12	0,79%	1	0,88%	23	0,56%
andere/ spezifische Lokalisationen*	20	0,86%	1	0,64%	43	2,85%	5	4,39%	69	1,68%
Spaltenergebnis:	132	-	16	-	315	-	21	-	484	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

*Andere/spezifische Lokalisationen (nicht standardisiert abgefragte Lokalisationen): Frakturen, die im Rahmen der Freitextfelder „andere Verletzungen“ und „andere Lokalisationen“ Ergänzung fanden, aber nicht gesondert in der Rubrik „Frakturen“ berücksichtigt wurden.

4.19.9.3 Bissverletzungen/-spuren

Bissverletzungen wurden im untersuchten Zeitraum von sechs Jahren in 108 Fällen (2,6 %) diagnostiziert. Insgesamt wird deutlich, dass hierbei die Schwerpunkte der Opferbelastung sowohl für die Älteren (F: 0,0 %; M: 3,5 %) als auch für die Jüngeren (F: 2,2 %; M: 3,6 %) aufseiten der Männer lagen; d. h., dass Männer häufiger durch Bisse viktimisiert wurden als Frauen (3,6 % zu 2,0 %), wenngleich sich der Anteil der älteren Generation im Vergleich zur jüngeren Generation unterrepräsentiert zeigte (1,5 % zu 2,7 %). Bi- oder multilokuläre Bissmarken zeigten sich im Vergleich zu unilokulären Bissmarken unterrepräsentiert (13 Fälle gegenüber 95 Fällen); wobei bei den unilokulären Verletzungen nicht differenziert werden konnte, ob beispielsweise neben der rechten oberen Extremität auch die komplettierende linke obere Extremität mitbetroffen war und damit symmetrische Verletzungsmuster (auf beiden Seiten der Körperachse) keine gesonderte Berücksichtigung fanden.

Tabelle 53: Lokalisationen und Häufigkeiten von Bissverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Bissverletzungen/-spuren; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60		
n=50	%	n=0	%	n=54	%	n=4	%	n=108	%	
Hirnschädel	2	0,09%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	5	0,12%
Gesichtsschädel	11	0,47%	-	0,00%	8	0,53%	-	0,00%	20	0,49%
Nacken	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Hals	2	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,05%
Brustkorb	1	0,04%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	3	0,07%
Brüste	3	0,13%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	3	0,07%
Abdomen	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Rücken	4	0,17%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	7	0,17%
Gesäß	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	31	1,33%	-	0,00%	31	2,05%	1	0,88%	63	1,54%
Untere Extremität	8	0,34%	-	0,00%	7	0,46%	3	2,63%	18	0,44%
Spaltenergebnis:	65	-	0	-	54	-	4	-	123	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.4 Fesselungsverletzungen/-spuren

Die Feststellung von Fesselmarken ergab sich in 38 Fällen (knapp 1 %). Generell zeigt sich hierbei für den Untersuchungszeitraum eine Dominanz der Opfer-Werdung in der Geschlechtsgruppe der Männer (1,48 % zu 0,56 %), mit einem berechneten Verhältnis von 2,6:1. Ferner zeigen sich Altersunterschiede. Während 0,5 % der Frauen und 1,5 % der Männer unter 60 Jahren eine solche Opfererfahrung machten, liegen die entsprechenden Anteile der Älteren bei 1,3 % (Frauen) bzw. 0,9 % (Männer), womit sich gesamthaft eine geringfügig höhere Prävalenzrate für die ältere Generation ergibt (1,1 % gegenüber 0,9 %). Allgemein gesehen sind die Altersunterschiede bezüglich der Opfer-Werdung jedoch eher gering. Dominierend zeigten sich hierbei vor allem auf den oberen Extremitäten beschränkte Fesselungsspuren, was eher auf eine Teil-, als auf eine Ganzkörperfesselung schließen ließ (33 Fälle gegenüber 4 Fällen).

Tabelle 54: Lokalisationen und Häufigkeiten von Fesselungsverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Fesselspuren; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		Ges.:	Ges.:
	n=12	%	n=2	%	n=23	%	n=1	%	n=38	%
Hirnschädel	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Brüste	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	12	0,52%	2	1,28%	22	1,46%	1	0,88%	37	0,90%
Untere Extremität	4	0,17%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	4	0,10%
Spaltenergebnis:	17	-	2	-	23	-	1	-	43	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.5 Widerlagerverletzungen

Verletzungen durch ein ruhendes Widerlager wurden in 68 Fällen beschrieben. Der sich bewegende Mensch trifft hierbei, beispielsweise infolge eines Sturzes/Stoßes im Zuge einer Rangelei/Unfalls, auf eine massive Fläche bzw. wird im Zuge eines Kampfes u./o. Fixation auf diese gedrückt, wodurch sich unterschiedlichste Verletzungs- und Spurenbilder entsprechend des jeweiligen Widerlagers (ebener Boden, Kiesboden, Stuhllehne, Tischkante, Büstenhalter-Verschluss, Hosenträger) ergeben können. Grundsätzlich war hierbei festzustellen, dass die Gruppe der 21- bis 59-Jährigen etwa zweieinhalbmal so oft Widerlagerverletzungen im Zuge einer Viktimisierung erlitten wie die Älteren (1,7 % gegenüber 0,7 %). Zugleich ergab sich für die Frauen eine etwa zweifach höhere Opferbelastung wie für die Männer (2,0 % zu 1,1 %) im Verhältnis 1,8:1, was ebenfalls der Opferbelastung innerhalb der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen entspricht; wobei die Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren mit jeweils einem Fall in der männlichen wie weiblichen Opfergruppe rein quantitativ unterrepräsentiert sind. Ferner zeigte sich auch hier eine Inferiorität der nicht nur auf eine Körperregion beschränkten Verletzungen mit 12 % gegenüber den unilokulären Verletzungen mit einer Prävalenz 88 %.

Tabelle 55: Lokalisationen und Häufigkeiten von Widerlagerverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Widerlagerverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n=68		%	
	n=49	%	n=1	%	n=17	%	n=1	%				
Hirnschädel	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1		0,02%	
Gesichtsschädel	7	0,30%	-	0,00%	10	0,66%	-	0,00%	17		0,415	
Rücken	31	1,33%	1	0,64%	5	0,33%	-	0,00%	37		0,90%	
Gesäß	3	0,13%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	4		0,10%	
Obere Extremität	9	0,39%	-	0,00%	2	0,13%	1	0,88%	12		0,29%	
Untere Extremität	4	0,17%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	6		0,15%	
Spaltenergebnis:	55		-	1	-	20		-	1		-	77
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103		100,00%	

4.19.9.6 Griffspuren und Abwehrverletzungen

Griffspuren und Abwehrverletzungen als Hinweise auf eine gewaltsame Auseinandersetzung ergaben sich bei 6,4 % (n=262) bzw. 3,1 % (n=126) der mutmaßlichen Opfer (s. Tab. 56 und 57). Im Altersvergleich wird deutlich, dass die Opferbelastung für beide Gewalttatsachen im mittleren Erwachsenenalter höher ausfällt, als bei den 60-Jährigen und Älteren (Griffspuren: 6,6 % zu 3,7 %; Abwehrverletzungen: 3,2 % zu 1,1 %).

Ferner zeigt sich auch ein Geschlechtsunterschied bezüglich der Schwerpunkte in der Opferbelastung. Während sich bei ersterem Gewalttatsache die Frauen beider Altersgruppen häufiger vertreten fanden (9,5 % zu 1,6 %), sind die entsprechenden Anteile des zweiten Gewalttatsache in der Gruppe der Männer erhöht (3,7 % zu 2,7 %). Wie ein Vergleich der beiden Tabellen verdeutlicht, zeigt sich dieser Geschlechtsunterschied für die Griffspuren auf einem deutlich höheren Niveau und findet sich darüber hinaus, insgesamt gesehen (für beide Gewalttatsachen), bei den Jüngeren stärker ausgeprägt, als in der älteren Generation (Griffspuren: 9,9 % der Männer gegenüber 1,5 % der Frauen sowie 4,5 % der Männer gegenüber 2,6 % der Frauen bei den über 60-Jährigen; Abwehrverletzungen: 2,8 % der Männer gegenüber 3,8 % der Frauen und 0,6 % der Männer gegenüber 1,4 % der Frauen bei den über 60-Jährigen). Beiden gemeinsam wiederum ist ein Überwiegen unilokulärer gegenüber den bi-/multilokulären Verletzungsmustern mit 94 % (Griffspuren) bzw. 99 % (Abwehrverletzungen).

Tabelle 56: Lokalisationen und Häufigkeiten von Griffspuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Griffspuren; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60		
n=229	%	n=7	%	n=23	%	n=3	%	n=262	%	
Gesichtsschädel	2	0,09%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	3	0,07%
Hals	16	0,69%	1	0,64%	4	0,26%	-	0,00%	21	0,51%
Brustkorb	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Gesäß	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	204	8,78%	5	3,21%	17	1,13%	3	2,63%	229	5,58%
Untere Extremität	22	0,95%	1	0,64%	-	0,00%	-	0,00%	23	0,56%
Spaltenergebnis:	245	-	7	-	23	-	3	-	278	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

Tabelle 57: Lokalisationen und Häufigkeiten von Abwehrverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Abwehrverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60		
n=65	%	n=1	%	n=58	%	n=2	%	n=126	%	
Obere Extremität	65	2,80%	1	0,64%	58	3,84%	2	1,75%	126	3,07%
Untere Extremität	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Spaltenergebnis:	66	-	1	-	58	-	2	-	127	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.7 Ritzverletzungen

Ritzverletzungen ließen sich im Zuge der körperlichen Untersuchung bei nahezu 2 % (n=78) der Untersuchten feststellen. Wie Tabelle 58 zu entnehmen ist, zeigen sich hierbei alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der „Opferbelastung“. Während 2,5 % der Frauen und 1,2 % der Männer unter 60 Jahren Anzeichen einer stattgehabten Ritzung aufwiesen, liegen die entsprechenden Anteile jenseits des 59. Lebensjahres bei 0,6 % (Frauen) bzw. 0,0 % (Männer). Gesamthafte ergibt sich aus diesem Umstand eine über zweifach höhere Opferbelastung der Frauen (2,4 % gegenüber 1,1 %) im Verhältnis 2,2:1 und eine mit steigendem Lebensalter abnehmende Prävalenz (2 % gegenüber 0,4 % bei den über 60-Jährigen). Ferner zeigten sich anteilmäßig unilokuläre, gegenüber den bi-/multilokulären Verletzungsmustern, stärker vertreten (71 % zu 29 %).

Tabelle 58: Lokalisationen und Häufigkeiten von Ritzverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Ritzverletzungen; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n=59	%	n=1	%	n=18	%	n=0	%	n=78	%	
Gesichtsschädel	8	0,34%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	10	0,24%
Nacken	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Hals	11	0,47%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	13	0,32%
Brustkorb	8	0,34%	1	0,64%	2	0,13%	-	0,00%	11	0,27%
Brüste	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Abdomen	5	0,22%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	5	0,12%
Rücken	1	0,04%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	4	0,10%
Genitale	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Gesäß	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,02%
Obere Extremität	41	1,76%	-	0,00%	9	0,60%	-	0,00%	50	1,22%
Untere Extremität	11	0,47%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	12	0,29%
Spaltenergebnis:	89	-	1	-	19	-	0	-	109	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.8 Kratzverletzungen/-spuren

Kratzspuren zeigten sich bei 333 (rund 8 %) der untersuchten, mutmaßlichen Gewaltopfern (s. Tab. 59). Eine Betrachtung der Fallzahlen generiert hierbei eine deckungsgleiche Opferbelastung beider Altersgruppen mit 8,1 %. Innerhalb der jeweiligen Altersgruppen sind jedoch merkliche Unterschiede festzustellen. So zeigt sich in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren das Bild einer geringeren Gefährdung der Frauen (5,8 % zu 11,4 %), wohingegen sich in der Gruppe der 21-bis 59-Jährigen die Männer unterrepräsentiert fanden (6,2 % zu 9,4 %). Zudem zeigte sich auch hier eine Dominanz unilokulärer Verletzungsmuster (233 Fälle gegenüber 100 Fällen mit Kratzspuren in unterschiedlichen Körperregionen).

Tabelle 59: Lokalisationen und Häufigkeiten von Kratzverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Kratzspuren; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n=333	Ges.:
Verletzungslokalisation	n=218	%	n=9	%	n=93	%	n=13	%	n=333	%
Hirnschädel	1	0,04%	1	0,64%	2	0,13%	1	0,88%	5	0,12%
Gesichtsschädel	54	2,32%	1	0,64%	26	1,72%	5	4,39%	86	2,10%
Nacken	5	0,22%	1	0,64%	8	0,53%	-	0,00%	14	0,34%
Hals	44	1,89%	2	1,28%	21	1,39%	2	1,75%	69	1,68%
Brustkorb	23	1,00%	-	0,00%	14	0,93%	-	0,00%	37	0,90%
Brüste	15	0,65%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	16	0,39%
Abdomen	12	0,52%	-	0,00%	1	0,07%	2	1,75%	15	0,37%
Rücken	32	1,38%	1	0,64%	9	0,60%	2	1,75%	44	1,07%
Genitale	3	0,13%	1	0,64%	-	0,00%	-	0,00%	4	0,10%
Gesäß	13	0,56%	-	0,00%	2	0,13%	1	0,88%	16	0,39%
Obere Extremität	90	3,87%	3	1,92%	37	2,45%	7	6,14%	137	3,34%
Untere Extremität	38	1,64%	1	0,64%	10	0,66%	3	2,63%	52	1,27%
Spaltenergebnis:	330	-	11	-	131	-	23	-	495	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.9 Trittsverletzungen/-spuren

Abdrücke des Täterfußes bzw. des beschuhten Fußes und typische körperliche Merkmale infolge von Trittsverletzungen wurden bei 50 Geschädigten (1,2 %) konstatiert. Insgesamt wird deutlich, dass sich die Opfer-Werdungs-Raten in der Altersgruppe 60+ (F: 1,9 %; M: 1,8 %) auf einem etwas höheren Niveau präsentieren, als in der Gruppe der unter 60-Jährigen (F: 1,0 %; M: 1,4 %). Während in der Gruppe der über 60-Jährigen die Frauen etwas häufiger eine solche Gewalterfahrung machten, zeichnete sich bei den 21- bis 59-Jährigen eine Dominanz der Männer ab; wobei gesamthaft betrachtet ab dem 60. Lebensjahr die Anteile nur schwach divergieren. Nicht zuletzt daraus erklärt sich auch die gesamthafte Inferiorität der Frauen gegenüber den Männern (1,1 % gegenüber 1,4 %). Zugleich ist festzuhalten, dass sich auch Trittsverletzungen meist auf eine Körperregion beschränkt fanden (76 % der Fälle zu 24 %).

Tabelle 60: Lokalisationen und Häufigkeiten von Trittverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Trittspuren; Verletzungslokalisation	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	Ges.:
	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60	21-59	≥60		
n=24	%	n=3	%	n=21	%	n=2	%	n=50	%	
Hirnschädel	-	0,00%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	2	0,05%
Gesichtsschädel	4	0,17%	1	0,64%	11	0,73%	1	0,88%	17	0,41%
Nacken	-	0,00%	-	0,00%	1	0,07%	-	0,00%	1	0,02%
Hals	-	0,00%	-	0,00%	2	0,13%	-	0,00%	2	0,05%
Brustkorb	1	0,04%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	4	0,10%
Abdomen	2	0,09%	1	0,64%	1	0,07%	-	0,00%	4	0,10%
Rücken	3	0,13%	-	0,00%	3	0,20%	-	0,00%	6	0,15%
Gesäß	1	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,88%	2	0,05%
Obere Extremität	4	0,17%	1	0,64%	4	0,26%	-	0,00%	9	0,22%
Untere Extremität	15	0,65%	-	0,00%	6	0,40%	-	0,00%	1	0,02%
Spaltenergebnis:	30	-	3	-	33	-	2	-	68	-
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.10 Weitere Verletzungsarten/-formen und deren Lokalisationen

Weitere spezifische Verletzungs- bzw. Viktimisierungsfolgen und -formen, welche zwar nicht gesondert in den Basisdokumentationsbögen aufgeführt wurden, aber via Freitext Ergänzung fanden und u. a. über die Art, Vehemenz der Gewalteinwirkung und zum Tathergang Aufschluss geben können, finden sich in nachfolgender Tabelle zusammengefasst. Hierbei ist anzumerken, dass Frakturen, die standardisiert wie auch nicht standardisiert abgefragt (vgl. Tab. 52) wurden, in der nachfolgenden Tabelle ebenfalls Berücksichtigung fanden, wodurch es folglich zu einer Erhöhung einiger Fallzahlen kommt.

Bei der allgemeinen Betrachtung der Tabelle 61 zeigen sich folgende Verletzungsformen besonders stark vertreten: Zahn-Kiefertraumata (n=93), Schädel-Hirntraumata (n=55), Orthopädische „Trauma-Wunden“ (n=26), Schürfwunden (n=30) und Mittelgesichtstraumata (n=51). Während sich bei den ersten vier genannten Items prozentual die Gruppe der ab 60-Jährigen stärker vertreten fand, zeigt sich für das Item der Mittelgesichtstraumata die Gruppe der 21- bis 59-Jährigen auf einem höheren Niveau. Allen gemeinsam ist jedoch, für ältere wie jüngere Männer im Vergleich zu den Frauen, die höhere Prävalenzrate in diesen Bereichen. Ferner lässt sich der Tabelle entnehmen, dass gewisse Verletzungsarten auf die junge Generation beschränkt zu sein scheinen (z. B. Hals-

/Brustwirbelsäulentrauma, Brand-/Strommarken, Verletzungen im Mund-/Rachenraum etc.), wohingegen sich wiederum andere nahezu ausschließlich in der älteren Generation vertreten finden (Durchliegestelle/Dekubitus, Nekrosen etc.).

Tabelle 61: Sonstige/weitere diagnostizierte und gesondert aufgeführte Verletzungsarten/-formen und deren Lokalisationen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Andere beschriebene Verletzungsarten und besondere Lokalisationen:	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.: n =531	Ges.: %
	w				m					
	21-59 n =225	%	≥60 n =22	%	21-59 n =258	%	≥60 n =26	%		
Schleimhautverletzung	4	0,17%		0,00%	1	0,07%		0,00%	5	0,12%
Außen-/ Innenohrverletzungen	10	0,43%		0,00%	5	0,33%		0,00%	15	0,37%
Spreizverletzung	3	0,13%	1	0,64%		0,00%		0,00%	4	0,10%
Zahn-/ Kiefertraumata	25	1,08%	1	0,64%	60	3,97%	7	6,14%	93	2,27%
Riss-/ Quetschwunde (insb. anogenital)	16	0,67%		0,00%	4	0,26%		0,00%	20	0,49%
Platzwunde	3	0,13%		0,00%	4	0,26%	1	0,88%	8	0,19%
Schwellungen	2	0,09%		0,00%	3	0,20%		0,00%	5	0,12%
Hautrötung	7	0,30%		0,00%	4	0,26%		0,00%	11	0,27%
Durchliegestelle/ Dekubitus	1	0,04%	3	1,92%		0,00%		0,00%	4	0,10%
Schürfwunden	13	0,56%	1	0,64%	14	0,93%	2	1,75%	30	0,73%
Trauma der Hautanhangsgebilde (Haare, Nägel)	7	0,30%	1	0,64%		0,00%		0,00%	8	0,19%
Teil-/ Vollamputation der Akren/ Gliedmaßen		0,00%		0,00%	6	0,40%		0,00%	6	0,15%
Bissverletzung/ Tierbiss		0,00%		0,00%	5	0,33%	2	1,75%	7	0,17%
Augentraumata/ Orbitalregion	7	0,30%	1	0,64%	14	0,93%		0,00%	22	0,54%
Schädel-Hirn-Trauma	12	0,52%	3	1,92%	32	2,12%	8	7,02%	55	1,34%
Orthopädische „Trauma-Wunden“	7	0,30%		0,00%	17	1,13%	2	1,75%	26	0,63%
Hals-/Brustwirbelsäulentrauma	1	0,04%		0,00%	4	0,26%		0,00%	5	0,12%
Brand-/ Strommarken	3	0,13%		0,00%	2	0,13%		0,00%	5	0,12%
Lungen- und Thorax-Verletzungen	3	0,13%	1	0,64%	6	0,40%		0,00%	10	0,24%
Nekrosen		0,00%	1	0,64%		0,00%		0,00%	1	0,02%
Carpet-, Rug-, Rope-Burn	1	0,04%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,02%
Peitsch-Verletzungen	2	0,09%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,05%
Punktförmige Hautdefekte	2	0,09%		0,00%	1	0,07%		0,00%	3	0,07%
Sturz-/ Stoßverletzungen		0,00%		0,00%	2	0,13%		0,00%	2	0,05%
Hypobare Sugillation („Knutschfleck“)	2	0,09%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,05%
Mittelgesichtsraumata	17	0,73%		0,00%	33	2,19%	1	0,88%	51	1,24%
Verletzungen innerer Organe	1	0,04%		0,00%	4	0,26%	2	1,75%	7	0,17%
Anogenitale Verletzungen/ Symptome	14	0,60%	2	1,28%	2	0,13%		0,00%	18	0,44%
Verletzungen Mund-/ Rachenraum	3	0,13%		0,00%	7	0,46%		0,00%	10	0,24%
Sonstige Verletzungen/ körperliche Symptome	25	1,08%	5	3,21%	18	1,19%		0,00%	48	1,17%
Keine äußerlichen Verletzungen sichtbar	11	0,47%		0,00%	3	0,20%	1	0,88%	15	0,37%
nicht wertbar	23	0,99%	2	1,28%	7	0,46%		0,00%	32	0,78%
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.9.11 Strangulationsbefunde

Strangulationsbefunde nach überlebter komprimierender Gewalteinwirkung gegen den Hals (Würgen u./o. Drosseln), finden sich in Tabelle 62 dargestellt. Bei der Untersuchung von Strangulationsopfern ging es einerseits darum, die Intensität und Vehemenz der Verletzungen rechtsmedizinisch zu evaluieren, andererseits auf der Grundlage dieser Ergebnisse und dem sich ergebendem Spurenbild Erkenntnisse zum Tathergang zu erlangen (mit dem Ziel der Plausibilitätsprüfung).

Tabelle 62: Untersuchungsbefunde bei angegebenem Würge- u./o. Drosselungsereignis nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011 (n=424).

Strangulationsform:	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Würgen	328	14,12%	13	8,33%	47	3,11%	4	3,51%	392	9,55%		
Drosseln	22	0,95%	3	1,92%	2	0,13%		0,00%	27	0,66%		
Würgen + Drosseln	5	0,22%		0,00%		0,00%		0,00%	5	0,12%		
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		
Würgemale	189 (190*)	56,76 (57*) %	4	30,77%	35 (36*)	72,92 (75*) %		0,00%	228 (230*)	57,29 (58*)%		
Gesamtergebnis:	333	100,00%	13	100,00%	48	100,00%	4	100,00%	398	100,00%		
Drosselmarken	12	44,44%	2	66,67%	2	100,00%		0,00%	16	50,00%		
Gesamtergebnis:	27	100,00%	3	100,00%	2	100,00%	-	0,00%	32	100,00%		
Petechien beim Würgen:												
Augenbindehäute	10	3,00%	1	7,69%	6	12,50%		0,00%	17	4,27%		
Lidhäute	10	3,00%	1	7,69%	3	6,25%		0,00%	14	3,52%		
Gesicht	12	3,60%	1	7,69%	2	4,17%		0,00%	15	3,77%		
Mundschleimhaut	9	2,70%	1	7,69%	1	2,08%		0,00%	11	2,76%		
Hinterohrregion	6	1,80%		0,00%	2	4,17%		0,00%	8	2,01%		
nicht feststellbar	246	73,87%	10	76,92%	33	68,75%	3	75,00%	292	73,37%		
Gesamtergebnis:	333	100,00%	13	100,00%	48	100,00%	4	100,00%	398	100,00%		
Petechien bei Drosselung:												
Augenbindehäute	1	4,55%	1	33,33%		0,00%		0,00%	2	7,41%		
Lidhäute	2	9,09%	1	33,33%		0,00%		0,00%	3	11,11%		
Gesicht		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		
Mundschleimhaut	2	9,09%		0,00%		0,00%		0,00%	2	7,41%		
Hinterohrregion	1	4,55%	1	33,33%		0,00%		0,00%	2	7,41%		
nicht feststellbar	15	68,18%	2	66,67%	2	100,00%		0,00%	19	70,37%		
Gesamtergebnis:	22	100,00%	3	100,00%	2	100,00%	-	0,00%	27	100,00%		

(* Würgemale bei angegebenem alleinigem Drosselungsereignis)

Wie der Tabelle 62 zu entnehmen ist, zeigt sich die Opferbelastung sowohl alters- wie auch geschlechtsspezifisch ungleich. Gesamthaft berichteten Frauen, häufiger Opfer einer Strangulationsereignisses geworden zu sein als Männer (14,97 % zu 3,26 %), was einem Verhältnis von rund 4,6:1 entspricht. Dieser Geschlechtsunterschied zeigt sich in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (15,3 % zu 3,2 %) auf einem höheren Niveau, als in der Vergleichsgruppe 60+ (10,3 % zu 3,5 %). Des Weiteren ergibt sich insgesamt das Bild einer geringeren Opferbelastung im Alter (10,5 % gegenüber 7,4 % der über 60-Jährigen). Bei der differenzierten Betrachtung der Geschlechtsgruppen zeigt sich ferner, dass sich Männer in der Altersgruppe 60+ anteilmäßig etwas stärker vertreten fanden als in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen Männer. Damit liegen die Schwerpunkte der Opferbelastung für Strangulationsereignisse in der Gruppe der unter 60-jährigen Frauen und in der Gruppe der über 60-jährigen Männer.

Zahlenmäßig dominieren bei den überlebten komprimierenden Gewalteinwirkung gegen den Hals (n=424) die Würgeakte mit 92 % (n=392) gegenüber den Drosselungen mit rund 6 % (n=27). Die Kombination von Würgen und Drosseln wurde in fünf Fällen beschrieben (innerhalb der Gruppe der jüngeren Frauen), wodurch sich die Fallzahlen für die Angriffsformen Würgen und Drosseln jeweils um fünf Fälle erhöhen. Fernerhin ist der Tabelle zu entnehmen, dass Zeichen einer komprimierenden Gewalteinwirkung gegen den Hals in Form von äußerlich sichtbaren Würgemalen (n=167 bzw. 169) oder Drosselmarken (n=16) und Stauungsblutungen (n=333 bzw. n=18 bei angegebener Drosselung) nicht regelhaft feststellbar waren. Bezogen auf die Fallzahlen ergibt sich eine Prävalenz für fehlende Würgemale und Drosselmarken bei mutmaßlichen Opfern der Strangulation von rund 42 % bzw. 59 %. Konträr verhalten sich diesbezüglich die Angaben zu punktförmigen Blutungen infolge eines Strangulationsereignisses. So fand sich hier eine anteilmäßig stärkere Ausprägung für das Fehlen von Stauungsblutungen bei „Beinahe-Erwürgten“ (84 %) im Vergleich zu den „Beinahe-Erdrosselten“ (56 %). Ferner lassen sich auch Unterschiede innerhalb der Altersgruppen feststellen. Während rund 57 % der Frauen und 74 % der Männer in der Gruppe der unter 60-Jährigen lokale Verletzungsbefunde bzw. augenscheinliche Symptome an der Haut des Halses infolge des Würgeaktes aufwiesen, liegen die entsprechenden Anteile bei den 60-Jährigen und Älteren bei 31 % (Frauen) bzw. 0 % (Männer). Im Gegensatz dazu

fanden sich in der jüngeren Gruppe bei 14 % (Frauen) bzw. 30 % (Männern) und in der Gruppe der Älteren bei 31 % (Frauen) bzw. 0 % (Männer) Haut- oder Schleimhautblutungen. Anders verhält es sich demgegenüber bei den Verletzungen infolge eines widerfahrenen Drosselaktes. Hier finden sich insgesamt die entsprechenden Anteile sowohl für Drosselmarken als auch für petechiale Blutungen in der Altersgruppe 60+ stärker ausgeprägt (67 % zu 48 % bzw. 100 % zu 21 %).

Augenscheinliche Untersuchungsbefunde im Rahmen der körperlichen Anamneseerhebung, die symptomatisch/morphologisch einem vital stattgefundenen Strangulationsereignis/-vorgang zuordenbar waren, jedoch ohne Kenntnis über den Ereignishergang erfolgten (fehlende somatische Anamnese), finden sich in Tabelle 63 dargestellt.

Tabelle 63: Strangulationstypische Untersuchungsbefunde bei fehlender somatischer Anamnese nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Strangulationsbefunde:	Geschlechts- und Altersstruktur:									
	w				m				Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	Ges.:
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Würgemale	18	0,91%	1	0,71%	11	0,75%		0,00%	30	0,82%
Drosselmarke	2	0,10%		0,00%	2	0,14%		0,00%	4	0,11%
Augenbindehäute	2	0,10%		0,00%	2	0,14%		0,00%	4	0,11%
Lidhäute	4	0,20%		0,00%	1	0,07%		0,00%	5	0,14%
Mundschleimhaut	2	0,10%		0,00%		0,00%	1	0,91%	3	0,08%
Hinterohrregion	2	0,10%		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,05%
Untersuchte*	1968	100,00%	140	100,00%	1460	100,00%	110	100,00%	3678	100,00%

*ohne angegebenes/beschriebenes Strangulationsereignis

4.19.10 Entstehungszeitpunkte der Verletzungen

Im Rahmen der Dokumentation wurden den äußerlich sichtbaren/diagnostizierten Verletzungen Entstehungszeitpunkte – im Hinblick auf ihr primäres Erscheinungsbild – beigemessen. Zur Kategorisierung wurden diese in einzeitige und mehrzeitige Verletzungen unterteilt. Nicht berücksichtigt wurde, ob es sich um „frische“, „ältere“ und/oder gleichartige Verletzungen handelt (z. B. gleichartige mehrzeitige Verletzungen bei Gewalteinwirkung über einen längeren Zeitraum durch ein und dasselbe Tatwerkzeug). Mehrzeitige Verletzungsmuster entstanden zu mindestens an zwei verschiedenen Zeitpunkten, einzeitige Verletzungsmuster hingegen beinhalten Verletzungen, die einem gemeinsamen Entstehungszeitpunkt zuzuordnen sind. Unter „nicht bestimmbar“ sind Verletzungsmuster zu verstehen, bei denen keine sichere Aussage über die Ein- oder Mehrzeitigkeit des Entstehungszeitpunktes getroffen werden konnte.

Tabelle 64: Entstehungszeitpunkte der Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Entstehungszeitpunkt der Verletzungen:	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Einzeitig	1611	69,35%	105	67,31%	1297	85,89%	78	68,42%	3091		75,34%	
Mehrzeitig	210	9,04%	21	13,46%	41	2,72%	14	12,28%	286		6,97%	
Nicht bestimmbar	454	19,54%	27	17,31%	153	10,13%	19	16,67%	653		15,92%	
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103		100,00%	

Der Tabelle 64 lässt sich entnehmen, dass es sich in beiden Altersgruppen mehrheitlich um gleichzeitig (im Sinne einer zeitlichen Nähe) entstandene Verletzungen ein und derselben oder unterschiedlicher Körperregionen handelte. Die Prävalenzraten der Männer, wie die der jüngeren Generation, zeigen sich hierbei insgesamt auf einem höheren Niveau. Ferner ist festzustellen, dass der Geschlechtsunterschied in der Gruppe der unter 60-Jährigen (85,9 % zu 69,4 %) stärkere Ausprägung findet, als in der Altersgruppe 60+ (68,4 % zu 67,3 %). Kommensurabel zu den einzeitigen Verletzungen zeigen sich die mehrzeitigen Verletzungen in der Altersgruppe 60+ (F: 13,5 %, M: 12,3 %), gegenüber der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (F: 9,0 %; M: 2,7 %), erhöht. Die weitaus geringste Prävalenzrate mit unter 3 % entfällt auf die Gruppe der unter 60-jährigen Männer, während die dar-

gestellten Prävalenzraten der weiblichen Geschädigten die mit Abstand höchste Opferbelastung in der Gruppe der älteren Frauen zeigen.

4.19.10.1 Mehrzeitige Verletzungen bei eingeräumtem Substanzmittelkonsum u./o. bestehender Suchtproblematik

Wie der Tabelle 65 zu entnehmen ist, lässt sich eine Korrelation zwischen Alkoholkonsum und multiplen Verletzungsmustern unterschiedlicher zeitlicher Genese erkennen. So zeigen sich insgesamt „mehrzeitige Verletzungen“ bei gleichzeitig angegebenem Alkoholkonsum prozentual wesentlich stärker vertreten, als „einzeitige Verletzungen“ unter selbiger Bedingung. Anteilsmäßig zeigen sich hierbei die jüngeren (49 %) wie älteren Männer (50 %) prozentual stärker vertreten, als die Frauen der jeweiligen Altersgruppen (36 % bzw. 14 % bei den 60-jährigen und älteren Frauen). Ferner lässt sich erkennen, dass dieser Geschlechtsunterschied in der Gruppe der über 60-Jährigen auf einem deutlich höheren Niveau liegt, als in der Referenzgruppe der unter 60-Jährigen.

Bestätigung findet das Bild einer erhöhten Retraumatisierung unter Alkoholeinfluss in der Tabelle 66. Zusätzlich zum erfragten anlassbezogenen Alkoholkonsum wurden hier jene Geschädigten analysiert, welche bestehende Suchtproblematiken einräumten. Ebenfalls hier zeigte sich der Anteil derjenigen, welche „mehrzeitige“ Verletzungsmuster aufwiesen, gegenüber denjenigen erhöht, bei denen den Verletzungen ein gemeinsamer Entstehungszeitpunkt zuordenbar war.

Tabelle 65: Auftretenshäufigkeit multipler/mehrzeitiger Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer in Abhängigkeit des Konsumverhaltens (anlassbezogener eingeräumter Alkoholkonsum) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Zeitpunkte der Verletzungen bei angegebenem anlassbezogenem Alkoholkonsum:		Alters- und Geschlechtsstruktur:								Ges.:	Ges.:		
		w				m							
		21-59		≥60		21-59		≥60				n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%				
einzeitig	nein	1159	71,94%	97	92,38%	732	56,44%	58	74,36%	2046	66,19%		
	ja	452	28,06%	8	7,62%	565	43,56%	20	25,64%	1045	33,81%		
Gesamtergebnis:		1611	100,00%	105	100,00%	1297	100,00%	78	100,00%	3091	100,00%		
mehrzeitig	nein	135	64,29%	18	85,71%	21	51,22%	7	50,00%	181	63,29%		
	ja	75	35,71%	3	14,29%	20	48,78%	7	50,00%	105	36,71%		
Gesamtergebnis:		210	100,00%	21	100,00%	41	100,00%	14	100,00%	286	100,00%		
nicht bestimmbar	nein	307	67,62%	21	77,78%	90	58,82%	16	84,21%	434	66,46%		
	ja	147	32,38%	6	22,22%	63	41,18%	3	15,79%	219	33,54%		
Gesamtergebnis:		454	100,00%	27	100,00%	153	100,00%	19	100,00%	653	100,00%		

Tabelle 66: Auftretenshäufigkeit multipler/mehrzeitiger Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer in Abhängigkeit des Konsumverhaltens (anlassbezogener eingeräumter Alkoholkonsum und bestehende Suchtproblematik) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Zeitpunkte der Verletzungen bei angegebenem anlassbezogenem Alkoholkonsum und Sucht:		Alters- und Geschlechtsstruktur:								Ges.:	Ges.:		
		w				m							
		21-59		≥60		21-59		≥60				n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%				
einzeitig	nein	26	44,07%	1	50,00%	13	26,00%	1	14,29%	41	34,75%		
	ja	33	55,93%	1	50,00%	37	74,00%	6	85,71%	77	65,25%		
Gesamtergebnis		59	100,00%	2	100,00%	50	100,00%	7	100,00%	118	100,00%		
mehrzeitig	nein	6	16,22%		0,00%	2	20,00%		0,00%	8	15,09%		
	ja	31	83,78%	3	100,00%	8	80,00%	3	100,00%	45	84,91%		
Gesamtergebnis		37	100,00%	3	100,00%	10	100,00%	3	100,00%	53	100,00%		
nicht bestimmbar	nein	15	31,91%		0,00%	1	20,00%	1	33,33%	17	29,82%		
	ja	32	68,09%	2	100,00%	4	80,00%	2	66,67%	40	70,18%		
Gesamtergebnis		47	100,00%	2	100,00%	5	100,00%	3	100,00%	57	100,00%		

4.19.11 Verletzungsmuster im Kontext der Anamnese

Im Zuge der Anamnese konnten bei 1294 Geschädigten (rund 32 %) Verletzungen diagnostiziert werden, die durch die Schilderungen plausibel und nachvollziehbar (hinsichtlich der Spurenlage) erklärbar waren. In 2230 Fällen (rund 54 %) ließ sich die Frage, ob die Spurenlage mit dem dargelegten Sachverhalt in Übereinstimmung zu bringen ist, nicht hinreichend konkretisieren. In 365 Fällen (rund 9 %) war keine abschließende Beurteilung/Stellungnahme möglich, da u. a. zum Untersuchungszeitpunkt der Sachverhalt unklar war, Ermittlungen noch nicht abgeschlossen waren oder Behandlungsunterlagen fehlten. In 78 Fällen (rund 2 %) konnten die Verletzungsmuster anhand der Anamnese nur teilweise nachvollzogen werden bzw. den geschilderten Tathergang belegen. In 93 Fällen erscheinen die Verletzungen mit dem geschilderten Tathergang nicht vereinbar, bzw. die Angaben im Hinblick auf den körperlichen Befund unglaubwürdig. Werden diesbezüglich die beiden Faktoren Alter und Geschlecht getrennt voneinander betrachtet, so zeigt sich für die Gruppe „konkrete Übereinstimmung“ und für den Faktor Alter, dass bei 34,1 % der 60-Jährigen und Älteren sowie lediglich geringfügig weniger bei 31,4 % der unter 60-jährigen die Verletzungen durch den geschilderten Tathergang plausibel zu erklären waren. Des Weiteren zeigt sich gesamthaft das Verhältnis in der männlichen Opfergruppe (35,8 % gegenüber 33,3 % bei den über 60-Jährigen) angeglicher, als bei den Frauen (28,5 % gegenüber 34,6 %). Dabei imponiert der Geschlechtsunterschied innerhalb der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen signifikanter und lässt für die jüngeren Frauen die geringste Rate an positiven Plausibilitätsprüfungen erkennen. Betrachtet man die Tabelle hinsichtlich der Fragestellung, ob das Spurenbild im Hinblick auf den angegebenen Sachverhalt möglich („nicht auszuschließen“) oder zumindest teilweise nachvollziehbar erscheint, so ergab sich für das erste Item eine höhere Prävalenzrate für die Frauen, wie für die Männer der jüngeren Altersgruppe (57,0 % zu 52,1 %; 41,7 % zu 46,5 % in der Gruppe 60+). Für das Item „teilweise nachvollziehbar“ und „un glaubwürdig“ hingegen liegen die Prävalenzen in der älteren Altersgruppe etwas höher (2,2 % zu 1,9 % bzw. 3,0 % zu 2,2 %). Inwieweit dieser Alterseffekt durch Geschlechtsunterschiede beeinflusst wird, kann der Tabelle entnommen werden.

Des Weiteren wurden differenzialdiagnostisch bei der körperlichen Untersuchung fremd- und selbstbeigebrachte Verletzungen (Selbstbeschädigung ohne suizidale Absicht) voneinander abgegrenzt. Aufgrund des vielfältigen Spektrums von Motivationen (psychische, normopsychische, rechtliche und materielle) richtete sich hier das Hauptaugenmerk auf die Klärung der Frage, ob es sich beispielsweise anlassbezogen um in betrügerischer Absicht zur Vortäuschung einer Straftat selbstzugefügte Verletzungen handeln könnte oder die Verletzungen durch bestimmte Ereignisse (z. B. Unfälle ohne Fremdbeteiligung) plausibel zu erklären sind. Ergänzend finden sich in der Tabellenspalte „Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen“ jene Fälle beschrieben, bei denen Verletzungsbilder einer Selbstbeibringung zuordenbar waren, kasuistisch aber nicht zwangsläufig mit dem aktuellen Untersuchungsanlass in Verbindung stehen müssen (s. Tab. 67). Die Analyse der Daten ergab diesbezüglich folgendes Bild: 153 mutmaßliche Geschädigte (knapp 4 %) zeigten Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen. In 46 Fällen bestanden gleichzeitig auch Anhaltspunkte für eine Selbstbeschädigung in Bezug auf das gegenwärtige Gutachten (s. Tabelle Kasus 1+2). Konstitutiv nicht bestimmbare Verletzungsmuster wurden in 87 Fällen (rund 2 %) beschrieben. Bei nahezu 85 % der Untersuchten (3482 positive Angaben) gab es hingegen keinerlei Anhaltspunkte für eine frühere wie aktuell wegweisende selbstbeigebrachte Verletzung. Betrachtet man diesbezüglich die Alters- wie Geschlechtsgruppen getrennt voneinander, ergeben sich Unterschiede. So liegt der entsprechende Anteil derjenigen, die innerhalb des Referenzzeitraumes Merkmale einer selbstzugefügten Körpermanipulation aufwiesen, bei Frauen wie Männern in der Gruppe der über 60-Jährigen (F: 3,9 %; M: 5,3 %) höher, wie in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (F: 3,6 %; M: 2,5 %). Der Altersgruppenunterschied bezüglich der Prävalenz von vorgetäuschten oder selbst herbeigeführten Verletzungen zeigt sich hier bei den Männern stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Im Gegensatz dazu zeigen sich die zahlenmäßigen Angaben, Bezug nehmend auf zweiten Kasus und den Faktor „ja“, bei den unter 60-Jährigen auf einem deutlich höheren Niveau (4,0 % gegenüber 0,7 %). Insgesamt ist damit nach dem 60. Lebensjahr der Anteil derjenigen, die frühere Anzeichen selbstbeigebrachter Verletzungen aufweisen, als eher gering anzusehen und zeigt sich dominierend bei den 21- bis 59-jährigen Frauen. Nahezu übereinstimmend präsentierten sich diesbezüglich auch die An-

gaben zum dritten Kasus, wobei prozentual gesehen, Männer der Altersgruppe 60+ überwogen.

Tabelle 67: Beurteilungen der Verletzungsmuster im Kontext der geschilderten Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Verletzungsmuster passt zur Anamnese:	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
konkrete Übereinstimmung	662	28,50%	54	34,62%	540	35,76%	38	33,33%	1294	31,54%
nicht auszuschließen	1325	57,04%	65	41,67%	787	52,12%	53	46,49%	2230	54,35%
keine Beurteilung möglich	190	8,18%	29	18,59%	131	8,68%	15	13,16%	365	8,90%
teilweise nachvollziehbar	53	2,28%	2	1,28%	19	1,26%	4	3,51%	78	1,90%
unglaublich	62	2,67%	4	2,56%	23	1,52%	4	3,51%	93	2,27%
k. A.	31	1,33%	2	1,28%	10	0,66%		0,00%	43	1,05%
Anhaltspunkte für eine Selbstbeibringung der Verletzungen :										
1. in Bezug auf den gegenwärtigen Untersuchungsanlass										
ja	84	3,62%	6	3,85%	38	2,52%	6	5,26%	134	3,27%
nicht bestimmbar	108	4,65%	7	4,49%	80	5,30%	6	5,26%	201	4,90%
nein	2068	89,02%	138	88,46%	1323	87,62%	99	86,84%	3628	88,42%
k. A.	63	2,71%	5	3,21%	69	4,57%	3	2,63%	140	3,41%
2. zu einem früheren Zeitpunkt										
ja	137	5,90%		0,00%	14	0,93%	2	1,75%	153	3,73%
nicht bestimmbar	76	3,27%	4	2,56%	57	3,77%	8	7,02%	145	3,53%
nein	2047	88,12%	148	94,87%	1370	90,73%	101	88,60%	3666	89,35%
k. A.	63	2,71%	4	2,56%	69	4,57%	3	2,63%	139	3,39%
3. Kasus 1+2:										
ja	39	1,68%		0,00%	5	0,33%	2	1,75%	46	1,12%
nicht bestimmbar	43	1,85%	4	2,56%	37	2,45%	3	2,63%	87	2,12%
nein	1949	83,90%	138	88,46%	1300	86,09%	95	83,33%	3482	84,86%
k. A.	60	2,58%	4	2,56%	69	4,57%	2	1,75%	135	3,29%
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

Da eine Vielzahl von Selbstverletzungen zur Vortäuschung einer Straftat unter der Zuhilfenahme von scharfer Gewalt erfolgen, wurden Schnitt- und Stichwunden auf die Annahme einer selbstzugefügten Schädigung hin untersucht (s. Tabelle 68).

In Ergänzung sind der Tabelle 69 die Beurteilungen der in Augenschein genommenen Verletzungen, unter Berücksichtigung der verschiedenen Viktimisierungsformen, zu entnehmen. Dies insoweit, da die Findung von kausalen, konsekutiven oder adversativen Zusammenhängen bei der Interpretation von Verletzungsfolgen,

bzw. bei der kritischen Reflexion dieser, maßgeblich durch das Vorliegen konkreter Befunde bestimmt wird.

Tabelle 68: Auftretenshäufigkeiten von Verletzungen durch scharfe Gewalt unter der Annahme einer Selbstbeibringung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Selbstbeibringung im Kontext scharfer Gewalt:	Opfer: Geschlechts- und Altersstruktur									
	w				m				Ges.:	
	< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schnitt- und Stichverletzung	1	1,20%	1	16,67%	2	5,26%	1	16,67%	5	3,73%
Stichverletzungen	6	7,14%		0,00%	1	2,63%	1	16,67%	13	9,70%
Schnittverletzungen	18	21,43%		0,00%	6	15,79%		0,00%	24	17,91%
Gesamtergebnis	84	100,00%	6	100,00%	38	100,00%	6	100,00%	134	100,00%

Tabelle 69: Übereinstimmungen von Spurenlagen und Tathergangs-Schilderungen im Kontext verschiedener Gewaltarten nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Gewaltart	Verletzungsmuster passt zur Anamnese	Opfer: Geschlechts- und Altersstruktur								Ges. : n	Ges. : %
		w < 60 J.		≥ 60 J.		m < 60 J.		≥ 60 J.			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Stumpfe ungeformte Gewalt	Konkrete Übereinstimmung	589	31,25%	46	36,80%	415	34,58%	31	32,29%	1081	32,70%
	Nicht auszuschließen	1091	57,88%	57	45,60%	661	55,08%	48	50,00%	1857	56,17%
	keine Beurteilung möglich	132	7,00%	20	16,00%	97	8,08%	13	13,54%	262	7,92%
	Teilweise nachvollziehbar	40	2,12%	1	0,80%	13	1,08%	3	3,13%	57	1,72%
	unglaublich	25	1,33%	1	0,80%	10	0,83%	1	1,04%	37	1,12%
	k.A.	8	0,42%		0,00%	4	0,33%		0,00%	12	0,36%
	Gesamtergebnis	1885	100,00 %	125	100,00 %	1200	100,00 %	96	100,00 %	3306	100,00 %
Stumpfe geformte Gewalt	Konkrete Übereinstimmung	28	38,89%	3	60,00%	44	48,35%	3	50,00%	78	44,83%
	Nicht auszuschließen	37	51,39%	2	40,00%	38	41,76%		0,00%	77	44,25%
	keine Beurteilung möglich	5	6,94%		0,00%	8	8,79%	2	33,33%	15	8,62%
	Teilweise nachvollziehbar	1	1,39%		0,00%		0,00%	1	16,67%	2	1,15%
	unglaublich		0,00%		0,00%	1	1,10%		0,00%	1	0,57%
	k.A.	1	1,39%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,57%
	Gesamtergebnis	72	100,00 %	5	100,00 %	91	100,00 %	6	100,00 %	174	100,00 %
Halbscharfe Gewalt	Konkrete Übereinstimmung	19	20,65%	2	28,57%	20	31,75%	2	40,00%	43	25,75%
	Nicht auszuschließen	57	61,96%	3	42,86%	34	53,97%	2	40,00%	96	57,49%
	keine Beurteilung möglich	8	8,70%	2	28,57%	6	9,52%	1	20,00%	17	10,18%
	Teilweise nachvollziehbar	3	3,26%		0,00%	1	1,59%		0,00%	4	2,40%
	unglaublich	4	4,35%		0,00%	1	1,59%		0,00%	5	2,99%
	k.A.	1	1,09%		0,00%	1	1,59%		0,00%	2	1,20%
	Gesamtergebnis	92	100,00 %	7	100,00 %	63	100,00 %	5	100,00 %	167	100,00 %
Stichverletzungen	Konkrete Übereinstimmung	19	52,78%	2	40,00%	62	53,91%	5	45,45%	88	52,69%
	Nicht auszuschließen	12	33,33%	2	40,00%	35	30,43%	5	45,45%	54	32,34%
	keine Beurteilung möglich	1	2,78%		0,00%	14	12,17%	1	9,09%	16	9,58%
	Teilweise nachvollziehbar	1	2,78%		0,00%	2	1,74%		0,00%	3	1,80%
	unglaublich	2	5,56%	1	20,00%	2	1,74%		0,00%	5	2,99%
	k.A.	1	2,78%		0,00%		0,00%		0,00%	1	0,60%
	Gesamtergebnis	36	100,00 %	5	100,00 %	115	100,00 %	11	100,00 %	167	100,00 %
Schnittverletzungen	Konkrete Übereinstimmung	29	38,16%	3	60,00%	68	44,44%	4	66,67%	104	43,33%
	Nicht auszuschließen	29	38,16%		0,00%	61	39,87%	2	33,33%	92	38,33%
	keine Beurteilung möglich	3	3,95%	1	20,00%	15	9,80%		0,00%	19	7,92%
	Teilweise nachvollziehbar	4	5,26%		0,00%	4	2,61%		0,00%	8	3,33%
	unglaublich	11	14,47%	1	20,00%	5	3,27%		0,00%	17	7,08%
		Gesamtergebnis	76	100,00 %	5	100,00 %	153	100,00 %	6	100,00 %	240

4.19.12 Zeitspanne zwischen Tathergang und Untersuchung

Durch die Berechnung der Anzahl der Tage zwischen Vorfalldatum und Untersuchungsdatum ergab sich, dass sich die Mehrzahl der Geschädigten (n=3609; 88 %) binnen einer Woche im Institut für Rechtsmedizin vorstellten, um den Tathergang und damit verbundene Verletzungssymptome durch einen Rechtsmediziner offiziell verdaten zu lassen. Darin enthalten und nicht gesondert berücksichtigt sind auch jene Fälle, bei denen die Geschädigten von einem Rechtsmediziner konsiliarisch aufgesucht wurden. Innerhalb der ersten zwei Tage wurden insgesamt 1654 Geschädigte (rund 40 %) begutachtet, wovon 665 Opfer (16 %) am Tattag, 989 der Opfer (24 %) am Folgetag und 752 Opfer (18 %) nach zwei Tagen untersucht wurden. Bei 1203 Geschädigten (29 %) lag der zeitliche Abstand zwischen Vorfall und Untersuchung innerhalb von drei Tagen und einer Woche. Bei 295 Geschädigten (7 %) lag das zu dokumentierende Delikt mehr als eine Woche zurück. Ferner war bei 199 Angaben (knapp 5 %) die Auswertung aufgrund fehlerhafter Datensätze nicht möglich. Diesbezüglich ist überdies festzustellen, dass bezogen auf Alter und Geschlecht der Opfer die Zeiträume zwischen Vorfall und Untersuchung hinsichtlich der Häufigkeit kaum differieren.

Tabelle 70: Zeitspanne zwischen Vorfall und Untersuchung in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Zeitraum zwischen Tathergang und Untersuchung:	Alter- und Geschlechtsstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
0d	459	19,76%	24	15,38%	166	10,99%	16	14,04%	665	16,21%		
1d	600	25,83%	26	16,67%	341	22,58%	22	19,30%	989	24,10%		
2d	388	16,70%	29	18,59%	318	21,06%	17	14,91%	752	18,33%		
3-7d	627	26,99%	50	32,05%	489	32,38%	37	32,46%	1203	29,32%		
>1w	80	3,44%	5	3,21%	88	5,83%	9	7,89%	182	4,44%		
>2w	51	2,20%	2	1,28%	54	3,58%	6	5,26%	113	2,75%		
nicht wertbar	118	5,08%	20	12,82%	54	3,58%	7	6,14%	199	4,85%		
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%		

4.19.13 Zeitliche Nachweisbarkeit klinischer Symptome

Die Abbildung 13 stellt die den untersuchenden Ärzten präsentierten Verletzungsbilder, welche sich mit der Anamnese bzw. den Schilderungen von Angehörigen oder Dritter zur Entstehung der Verletzung in Übereinstimmung bringen ließen, in Abhängigkeit der Zeitdauer zwischen angegebenem Vorfalldatum und Untersuchungsdatum, dar. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, liegt die anteilmäßig höchste Übereinstimmung des Untersuchungsgutes sowohl in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (33,18 % gegenüber 27,61 %) als auch in der Altersgruppe 60+ (38,38 % gegenüber 36,21 %), in einer Zeitspanne bis maximal vier Tage. Betrachtet man die Fälle jenseits der Vier-Tages-Grenze (≥ 5 Tage), so zeigt sich, dass der Anteil derjenigen bei denen eine Vereinbarkeit der Angaben der geschädigten Personen wie Dritter mit den objektiv erhobenen Befunden bestand, abnimmt (um 5,57 % in der Gruppe der unter 60-Jährigen bzw. um 2,17 % in der Gruppe der ab 60-Jährigen); was einem Zuwachs an nicht (zweifelsfrei) in Übereinstimmung zu bringender wie unglaubwürdiger Fälle gleichkommt. Dieser liegt in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (66,82 % auf 72,39 %) auf einem etwas höheren Niveau, als bei den 60-Jährigen und Älteren (61,62 % auf 63,79 %).

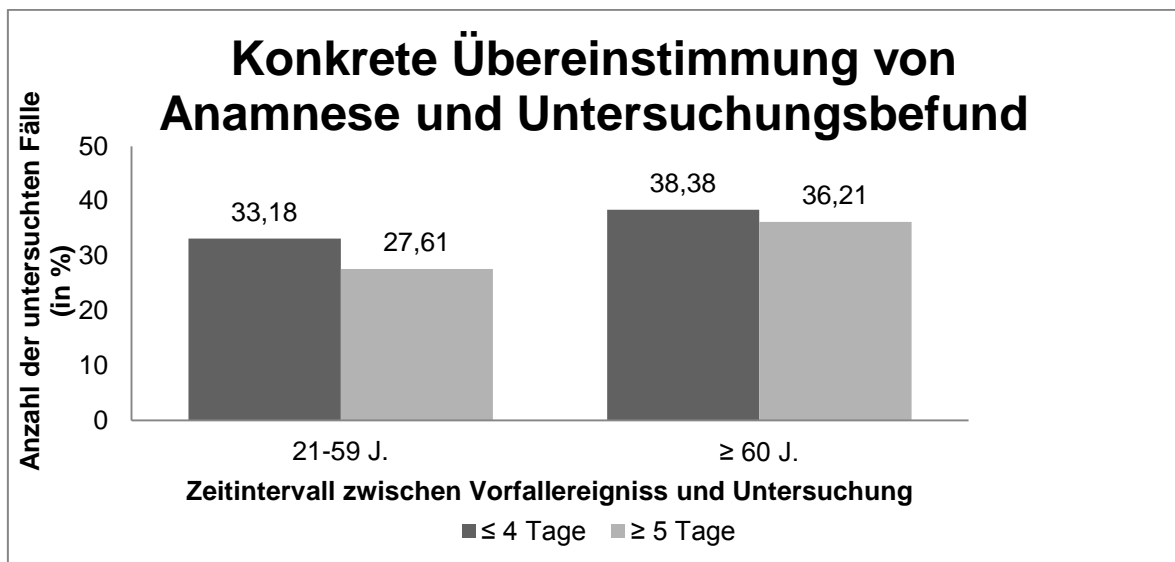


Abbildung 13: Übereinstimmungen von Spurenlagen und Tathergangs-Schilderungen in Abhängigkeit der Zeitspanne zwischen Vorfall und Untersuchung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

4.19.14 Risiko-/Schweregradbeurteilung der Verletzungen

Um die Gefährlichkeit der einzelnen Verletzungen festzustellen, wurde jeweils ein Schweregrad bestimmt. Der Grad der Schwere orientierte sich u. a. am Ausmaß der notwendigen medizinischen Betreuung sowie am potenziellen Risiko einer letalen Vitalgefährdung. Tabelle 71 stellt diesbezügliche Befunde dar.

Der Tabelle entnehmend, zeigten 262 Gewaltopfer (6,4 %) nach erster Einschätzung der Rechtsmediziner keine Zeichen einer Gewalteinwirkung, wohingegen 78 % der Geschädigten (n=3211) zwar körperliche Merkmale einer Gewalteinwirkung aufwiesen, die aber nicht mit einer Lebensgefahr verbunden waren. Hierunter sind Verletzungen geringfügiger Art zu verstehen, die zwar zum Teil einer weiteren Abklärung bzw. Therapie bedurften, aber in der Regel keinen stationären Aufenthalt erforderten, wie z. B. Prellungen, Schürfwunden, Stauchungen, Nasenbeinfrakturen, einfache Rippenfrakturen und Verbrennungen I. Grades. Daneben finden sich in dieser Kategorie aber auch solche Verletzungen erfasst, die einen temporären stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich machten, bei denen jedoch akut keine Vitalgefährdung zu erwarten war. Exemplarisch zu nennen sind hier Verletzungen wie SHT I. Grades, offene Wunden mit Nerven- oder Gefäßverletzungen, einzelne einfache Frakturen und Verbrennungen II. und III. Grades bei kleinflächiger Ausdehnung.

Demgegenüber stehen 461 Gewaltopfer (11 %), die potenziell lebensgefährliche Verletzungen davontrugen. Hierunter sind Verletzungen ohne akute Lebensgefahr zu verstehen, die aber eine kurzfristige Entwicklung einer Vitalgefährdung nicht ausschließen wie: SHT II. Grades, Thoraxverletzungen mit Hämato- o. Pneumothorax (einseitig), Lungenkontusionen, stumpfe Bauchtraumen. Lebensgefährliche Verletzungen zeigten insgesamt 145 Gewaltopfer (nahezu 4 % der Untersuchten). Mit einer Lebensgefahr verbunden sind solche Verletzungen mit akuter Vitalgefährdung (SHT mit Bewusstlosigkeit und pathoneurologischem Befund, HWK- Frakturen, Rippenserienfrakturen mit Atembehinderung, offene Thoraxverletzungen, multiple Frakturen, offene Beckenfraktur etc.), die ohne baldige Therapie mit höchster Wahrscheinlichkeit letal enden.

Betrachtet man die Alters- und Geschlechtsgruppen getrennt voneinander, so zeigen sich beträchtliche Unterschiede. Es findet sich der Anteil derjenigen, die im Rahmen eines Viktimisierungsereignisses eine lebensgefährliche oder potenziell lebensgefährliche Verletzung erlitten, in der Altersgruppe 60+ auf einem deutlich höheren Niveau, als bei den unter 60-Jährigen (9,6 % gegenüber 3,1 % bzw. 13,7 % gegenüber 11,1 %). Inwieweit dieser Alterseffekt durch die jeweiligen Geschlechtsgruppen bestimmt wird, zeigt Tabelle 58. Während bei den lebensgefährlichen Verletzungen die Frauen mit 6,4 % und die Männer mit 14,0 % in der Gruppe der über 60-Jährigen vertreten waren, liegen die entsprechenden Anteile in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen lediglich bei 1,5 % (Frauen) bzw. 5,6 % (Männer). Betrachtet man hingegen die ermittelten Prävalenzraten für die potenziell lebensgefährlichen Verletzungen, so zeigen die jüngeren Männer die mit Abstand höchste Opferbelastung (M: 18,2 % gegenüber 14,0 %; F: 13,5 % gegenüber 6,5 % bei den unter 60-Jährigen). Dieses Bild einer insgesamt im Alter erhöhten Präpotenz schwerwiegender Verletzungen spiegelt sich auch in den beiden Erhebungen „nicht lebensgefährliche Verletzungen“ und „keine Anzeichen einer Gewalteinwirkung“ wider. So zeigt sich eine für beide Items erhöhte Opferbelastung in der Gruppe der unter 60-Jährigen (6,4 % gegenüber 6,3 % bzw. 78,8 % gegenüber 70,4 % bei den nicht lebensgefährlichen Verletzungen). Betrachtet man diesbezüglich die beiden Faktoren Geschlecht und Alter getrennt voneinander, so zeigt sich, dass in beiden Fällen die Opferbelastung bei den 21- bis 59-jährigen Frauen eine stärkere Ausprägung findet als bei über 60-jährigen Frauen (8,7 % zu 7,7 % bzw. 82,7 % zu 72,0 % bei den nicht lebensgefährlichen Verletzungen). Bei den Männern findet sich hingegen eine etwas andere Altersverteilung. Während sich in der Kategorie „keine Zeichen einer Gewalteinwirkung“ die älteren Männer zahlenmäßig stärker vertreten fanden (4,4 % zu 2,8 %), ergab sich für die nicht lebensgefährlichen Verletzungen ein anderes Bild. Hier zeigten wiederum die jüngeren Männer eine höhere Opferbelastung (72,9 % zu 67,5 %).

Tabelle 71: Risiko-/Schweregradbeurteilung der Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

	Geschlechts- und Altersstruktur:								Gesamt: n	Gesamt: %
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
Schweregrad:	n	%	n	%	n	%	n	%		
keine Zeichen der Gewalt- einwirkung	203	8,74%	12	7,69%	42	2,78%	5	4,39%	262	6,39%
lebensgefährliche Verletzungen	34	1,46%	10	6,41%	85	5,63%	16	14,04%	145	3,53%
nicht lebensgefährliche Verletzungen	1921	82,69%	113	72,44%	1100	72,85%	77	67,54%	3211	78,26%
potenziell lebensgefährliche Verletzungen	150	6,46%	21	13,46%	274	18,15%	16	14,04%	461	11,24%
k. A.	15	0,65%		0,00%	9	0,60%		0,00%	24	0,58%
Gesamtangaben:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

4.19.15 Konsum von Substanzmitteln und geistig-psychische Verfassung der Geschädigten nach Einschätzung des untersuchenden Arztes

Ein objektiver Hinweis auf den Konsum von Suchtmitteln bestand bei 364 Geschädigten (nahezu 9 % der Geschädigten), beziehungsweise wurde von diesen im Zuge der Anamnese eingeräumt. Im Vergleich dazu lagen bei 3410 Untersuchten (83 %) keine symptomatischen Merkmale vor, die Rückschlüsse auf den Konsum von Alkohol oder anderer Substanzen zuließen. Bei 311 Personen (knapp 8 %) galten objektive Hinweise als nicht vorhanden, wobei die Angaben „nein“ und „nicht vorhanden“ keine klare Differenzierung zuließen.

Betrachtet man in Tabelle 72 die dargestellten Prävalenzraten der männlichen Geschädigten, so zeigen sich bei den älteren Gewaltopfern etwas häufiger Anzeichen für einen Substanzmittelmissbrauch (7,0 % gegenüber 5,7 %). Übereinstimmend finden sich diesbezüglich jene Fälle, in denen kein objektiver Hinweis auf Konsum von Alkohol oder anderer Substanzen bestand, in der Gruppe der jüngeren Männer zahlenmäßig stärker vertreten (85,6 % zu 82,5 %). Fälle, in denen nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte, ob die Tat im Zusammenhang mit einem Substanzmittelmissbrauch stand, finden sich andererseits in der Gruppe der älteren Männer überrepräsentiert (9,7 % zu 8,2 %). Bei den Frauen findet sich dagegen eine weitgehend andere Altersverteilung der Belastungen. So liegt der Anteil derjenigen, die Anzeichen eines Substanzmittelkonsums aufwiesen, bei den 21- bis 59-jährigen Frauen etwa doppelt so hoch wie bei den 60-jährigen und älteren Frauen (11,3 % gegenüber 5,1 %). Entsprechend zeigten die älteren Frauen mehrheitlich keine Anzeichen eines bestehenden oder regelmäßigen Substanzmittelkonsums (87,2 % zu 81,3 %). Ferner zeigten sich die jüngeren Frauen auch bei nicht zweifelsfrei klärbaren Fällen stärker vertreten (7,2 % zu 5,8 %).

Psychische Alterationen wurden bei insgesamt 401 Personen (knapp 10 %) diagnostiziert. Mehrheitlich wiesen die Geschädigten (n=265; 80 %) jedoch keinerlei Anzeichen für eine veränderte Psyche auf, wobei 414 Geschädigte (10 %) keine Einschätzung ihrer Psyche zuließen. Wie Tabelle 59 erkennen lässt, ergeben sich auch hinsichtlich der psychischen Alterationen alters- wie geschlechtsspezifische Unterschiede. Während 13,5 % der Frauen und 3,3 % der Männer unter 60 Jahren Symptome einer veränderten Psyche zeigten, liegen die entsprechenden Anteile

in der Gruppe 60+ bei 17,3 % (Frauen) bzw. 9,7 % (Männer). Damit ergibt sich eine höhere Prävalenz von psychischen Alterationen in der älteren Opfergruppe (14,1 % gegenüber 9,5 %) und eine insgesamt stärkere Belastung der Frauen (13,8 % zu 3,7 %). Diese Ergebnisse bestätigen sich in den Angaben zu „keine Anzeichen einer psychischen Alteration“. Hier zeigt sich der Anteil der Männer sowohl in der Gruppe der älteren Menschen (F: 70,5 %; M: 71,9 %) als auch im mittleren Erwachsenenalter (F: 75,9 %; M: 86,8 %) gegenüber den Frauen erhöht. Ferner zeigt sich ab dem 60. Lebensjahr der Anteil derjenigen, die keine Veränderung in der Psyche erkennen ließen, unterrepräsentiert (71,1 % gegenüber 80,2 % bei den unter 60-Jährigen). Eine Betrachtung derjenigen, bei denen keine konkreten Anzeichen für das Vorliegen einer psychischen Alteration sprachen, aber eine solche auch nicht zweifelsfrei auszuschließen war, ergab für die 60-Jährigen und Älteren eine mit 12,2 % höhere Prävalenzrate, als für die Gruppe der Jüngeren mit 9,9 %. Innerhalb der Geschlechtsgruppen zeigt sich der Unterschied bei den Männern (9,5 % gegenüber 15,8 % in der Altersgruppe 60+) auf einem wesentlich höheren Niveau als bei den Frauen (10,2 % gegenüber 9,6 % bei den 60-Jährigen und Älteren) und lässt erkennen, dass es sich in erster Linie um ältere Männer handelte, bei denen sich eine Typisierung der Psyche in der klinischen Praxis als problematisch erwies.

Tabelle 72: Objektivierbare Hinweise für das Vorliegen eines Substanzmittelkonsums/-missbrauchs u./o. psychischen Alteration nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Objektive Hinweise auf: Substanzmittelmissbrauch	Geschlechts- und Altersstruktur:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	21-59		≥60		21-59		≥60			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ja	262	11,28%	8	5,13%	86	5,70%	8	7,02%	364	8,87%
nein	1888	81,27%	136	87,18%	1292	85,56%	94	82,46%	3410	83,11%
nicht vorhanden	167	7,19%	9	5,77%	124	8,21%	11	9,65%	311	7,58%
k. A.	6	0,26%	3	1,92%	8	0,53%	1	0,88%	18	0,44%
Psychisch/ mental auffällig										
ja	314	13,52%	27	17,31%	49	3,25%	11	9,65%	401	9,77%
nicht vorhanden	237	10,20%	15	9,62%	144	9,54%	18	15,79%	414	10,09%
nein	1762	75,85%	110	70,51%	1311	86,82%	82	71,93%	3265	79,58%
k. A.	10	0,43%	4	2,56%	6	0,40%	3	2,63%	23	0,56%
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	114	100,00%	4103	100,00%

Hinweise, die für eine Suchtproblematik bzw. psychische Alteration sprachen, finden sich in Tabelle 73 dargestellt. In der großen Gruppe der psychischen Alteration finden sich folgende Symptome/Auffälligkeiten zusammengefasst: Aggressivität, Konfusion (Verwirrung, Zerstreutheit und Unklarheit), Halluzination, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angstzustände etc.

Motorische Alterationen als Anzeichen einer Suchtproblematik oder veränderten Psyche äußerten sich insbesondere durch ein Angst-, Erregungs- und Stresszittern. Die Diagnose einer chronisch persistierenden psychischen oder neurologischen Erkrankung/Wesensveränderung beruhte hierbei insbesondere auf den Angaben der Patienten selbst und auf den Angaben von Angehörigen, Betreuern oder auf objektiv feststellbaren Abweichungen vom Normverhalten (z. B. entwicklungsbedingter kindlicher Gemütszustand/Infantilität, geistige Retardiertheit etc.).

Tabelle 73: Objektivierung von psychischen Symptomen (nicht intendierte, nonkonforme Verhaltensweisen), persistierenden neurologischen u./o. psychischen Erkrankungen/Störungen sowie anamnestizierte Substanzmittelabhängigkeit nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006-Oktober 2011.

Hinweiszeichen/ Diagnose:	Geschlechts- und Altersstruktur:											
	w				m				Ges.:		Ges.:	
	21-59		≥60		21-59		≥60		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
*persistierende neurologische und psychische Erkrankungen	72	3,10%	11	7,05%	13	0,86%	6	5,31%	102	2,49%		
Substanzmittelmissbrauch/ -intoxikation (anamnestisch)	19	0,82%	1	0,64%	12	0,79%		0,00%	32	0,78%		
*deliriös, komatöser Zustand	7	0,30%	2	1,28%	3	0,20%	2	1,77%	14	0,34%		
*psychische Alteration	194	8,35%	14	8,97%	27	1,79%	5	4,42%	240	5,85%		
*motorische Alteration (zittern)	7	0,30%		0,00%		0,00%		0,00%	7	0,17%		
k. A.	2006	86,35%	127	81,41%	1453	96,23%	100	88,50%	3686	89,86%		
nicht wertbar	18	0,77%	1	0,64%	2	0,13%		0,00%	21	0,51%		
Gesamtuntersuchte:	2323	100,00%	156	100,00%	1510	100,00%	113	100,00%	4102	100,00%		

(* auch als mögliche Folge von alkohol- und substanzmittelassoziierten Störungen/Psychosen)

5. Diskussion

Nachfolgend werden, Bezug nehmend auf die wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkte der Opfer-Werdungs-Untersuchung, Schlussfolgerungen, Erklärungsversuche und Umsetzungsmöglichkeiten für präventive und interventive Zugänge (Handlungschancen, Handlungsbereiche und Handlungsebenen) ergebnisoffen diskutiert.

Zuerst sollen an dieser Stelle das Auftreten und die Häufigkeit von Gewalt bei älteren Menschen behandelt und Erkenntnisse zur Opfer-Werdung gewonnen werden. Hierbei richtet sich die hauptsächlich geltende Aufmerksamkeit der Viktimisierung von älteren Menschen im öffentlichen Raum, in ihrem häuslichen Umfeld als auch an ihrem Pflegeort, welcher rein häuslich, ambulant u./o. stationär bzw. institutionell sein kann. Zugrunde liegen groß angelegte Opfer-Werdungs-Befragungen, wie beispielsweise die des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (KFN), deren zentrales Anliegen/Ziel darin bestand, eine Aufhellung des Dunkelfeldes und eine Verbesserung des Verständnisses von Gewalt und Gefahr im Alter zu erreichen.

Nicht außer Acht zu lassen ist hierbei die nicht ganz unproblematische Erkenntnisgewinnung aus solchen Dunkelfeldstudien, die im weiteren Verlauf aufgezeigt wird. Dennoch können gerade im Hinblick auf die immer weiter ansteigende ältere Altersgruppe und damit auch auf die Zunahme pflegebedürftiger Menschen Erkenntnisse zur Viktimisierung gezogen werden.

5.1 Stand der wissenschaftlichen Diskussionen zum Auftreten und zur Häufigkeit von Gewalt im Alter

Die klinische Rechtsmedizin Hamburg mit ihrer Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt verzeichnete in einem zeitlichen Rahmen von knapp neun Jahren (Februar 2003 bis Oktober 2011) 407 Fälle von mutmaßlicher Gewalt im höheren Lebensalter (ab 60 Jahren). Der betrachtete Zeitraum zeigt in den ersten beiden Jahren

einen Zuwachs an klinisch-forensischen Untersuchungen (von 36 auf 55) und bewegte sich bis 2011 auf diesem Niveau (s. Abb. 5). Im Mittel entspricht dies einer jährlichen Untersuchungszahl von 45 Gewaltopfern, die im Institut für Rechtsmedizin vorstellig wurden. Die dieser Studie zugrunde liegende Datenbasis stützte sich auf die Untersuchungsdokumentationen der Jahre 2006–Oktober 2011. Insgesamt konnten so 4103 Fälle (3833 in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen sowie 270 in der Altersgruppe 60+) für eine wissenschaftliche Untersuchung herangezogen werden. Prozentual, auf die Gesamtuntersuchungszahl bezogen, findet sich die Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren mit 6,6 % vertreten. Die rechtsmedizinischen Untersuchungen dienten in erster Linie der fachgerechten Dokumentation von Verletzungsbefunden, um gerichtlich verwertbare Beweise zu sichern. Hauptaugenmerk bei der Beweissicherung lag in der detaillierten Beschreibungen der Verletzungen, sofern möglich, ergänzt durch Fotos, Skizzen und dem Sicherstellen von Asservaten.

Entsprechend den landeskriminalpolizeilichen Statistiken für Hamburg (Landeskriminalamt Hamburg 2012) wurden allein bei Delikten, die den Tatbestand der gefährlichen/schweren, vorsätzlichen/leichten und fahrlässigen Körperverletzung erfüllten, im Jahr 2011 851 vollendete Fälle bei den 60-Jährigen und Älteren dokumentiert. Bei durchschnittlich 45 untersuchten Geschädigten pro Jahr durch das Institut für Rechtsmedizin lässt sich rückschließen, dass nur ein geringer Anteil der zur Anzeige gebrachten Körperdelikte durch einen Rechtsmediziner sachkundig erfasst wird. Denkbare Ursachen scheinen mangelndes Vertrauen, Unsicherheit, Scham, Unwissenheit über die Möglichkeit und den Nutzen einer rechtsmedizinischen Untersuchung, körperliche Eingeschränktheit und eine lückenhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ebenso im Vergleich zur Referenzgruppe der 21- bis 59-Jährigen zeigte sich die Gruppe der ab 60-Jährigen unterrepräsentiert (s. Abb. 6). Dieses Bild einer im Alter scheinbar geringeren Gefährdung bzw. sinkenden Untersuchungsbereitschaft spiegelt sich auch in den polizeilichen Kriminalstatistiken wider.

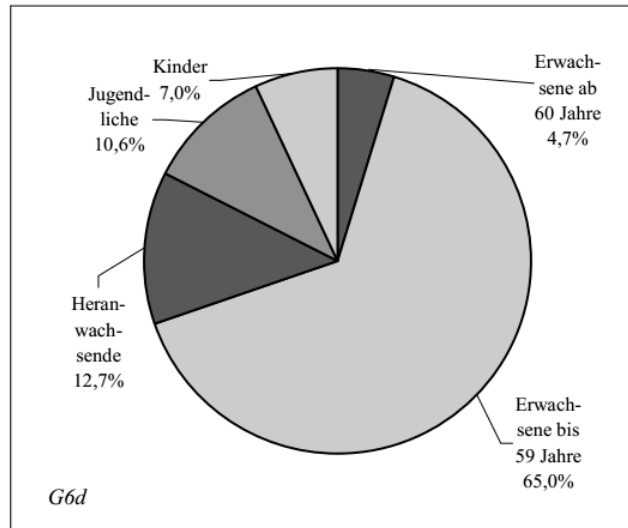


Abbildung 14: Verteilung der Opfer nach Altersgruppen (einschließlich der Versuche) bei Körperverletzungsdelikten; unverändert aus (Bundesministerium des Innern 2011).

Betrachtet man diesbezüglich die Fallzahlen der Polizeilichen Kriminalstatistiken (Landeskriminalamt Hamburg 2012), so zeigt die ältere Bevölkerungsgruppe (≥ 60 Jahre) die geringste Viktimisierungsrate (Risiko des „Zum-Opfer-Werdens“), im Vergleich zu den anderen Altersgruppen (s. dazu Wetzels et al. 1995). Einen Ausnahmefall bildet hier der Straßen- bzw. Handtaschenraub. Vergleicht man nun beispielsweise die Verteilung der Opfer nach Altersgruppen bei Körperverletzungsdelikten, so finden sich Erwachsene bis 59 Jahren nahezu 14-fach stärker vertreten als Erwachsene ab dem 60. Lebensjahr. Da diese Statistiken aber nur Delikte erfassen, die zur Anzeige kommen, darf deren Aussagekraft bezüglich der Opferverteilung nach Altersgruppen nicht vorbehaltlos vertraut werden. Besonders erwähnenswert ist hierbei die Gewalt im häuslichen Umfeld, die wohl häufigste Gewaltform, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt. Zugleich ist sie aber auch kaum kontrollierbar, da sie sich weitestgehend der Öffentlichkeit entzieht. Durch die langjährigen Erfahrungen medizinischer Berufsgruppen und andere Institutionen und Organisationen zeigte sich jedoch, dass das Phänomen „Gewalt im Alter“ – sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch der Schwere – nicht unterschätzt werden sollte. Die Erscheinungsformen von Gewalt reichen hier von psychischer Misshandlung, wie Gewaltandrohung über Vernachlässigung, bis hin zur physischen Misshandlung (Ärzttekammer Hamburg 2006 (aktualisiert 2010)).

5.1.1 Gewalt im bundesweiten Raum

Eine Untersuchung der KFN-Opferbefragungen im Jahr 1992 (Wetzels et al. 1995) zeigt diesbezüglich folgende Erkenntnisse: 1991 wurden 7,5 % der über 60-jährigen Einwohner der alten Bundesländer und West-Berlins sowie 9 % der über 60-jährigen Einwohner der neuen Bundesländer Opfer eines Gewaltdelikt. Der Gewaltbegriff wurde hierbei sehr weit gefasst und reicht von psychischer über materielle bis hin zur physischen Gewalt. Die entsprechenden 5-Jahres-Prävalenzen der einzelnen Deliktgruppen sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen. Anzumerken ist, dass diese Studie aufgrund der Stichprobenszusammensetzung nur für Personen bis 75 Jahren repräsentativ ist; ausgeschlossen waren auch Personen, die einer Pflege bedurften. Eine weitere Studie von Hirsch und Kranich (1999), die sich über einen Zeitraum von fünf Jahren (1993–1997) erstreckte, analysierte die Wahrscheinlichkeit von Bonner Bürgern, Opfer einer Gewalthandlung zu werden. Hierbei belaufen sich die Prävalenzangaben für die über 60-Jährigen auf 35,3 %, für die 60- bis 74-Jährigen auf 39,5 % sowie für 75-Jährige und Ältere auf 29,6 % (im Durchschnitt 34,8 % für 60 Jahre und älter). Den größten Straftatbestand machten dabei Nicht-Körperdelikte, wie Diebstahl/Einbruch, bewusste Täuschung und Handtaschenraub aus.

Tabelle 74: Bundesweite KFN-Opferbefragung 1992: Viktimisierungsraten für Befragte über und unter 60 Jahren, Bundesrepublik Deutschland, 1987–1991 (Opfer bezogen auf 1.000 Befragte, adaptiert nach Bilsky et al. 1993).

	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	< 60 Jahre	> 60 Jahre	< 60 Jahre	> 60 Jahre
KV* mit Waffen	19,5	4,5	14,9	0,7
KV ohne Waffen	52,6	8,8	54,2	4,5
Drohung/ Nötigung	30,4	15,2	13,7	7
Sex. Belästigung	79,1	10,3	42,9	4,2
Vergew./ sex. Nötig.	13,7	1,7	6	0

(*KV= Körperverletzung)

Um an ältere Opferwerdungsbefragungen anzuknüpfen, wurde im Jahr 2005 (retrospektiv für die Jahre 2000–2004) eine weitere bundesweite Viktimisierungsbefragung durch das KFN veröffentlicht (Görgen und Nägele 2006). Erfragt wurden insgesamt 16 verschiedene Gewaltdelikte im Bereich der allgemeinen Kriminalität (Gewalt-, Sexual-, und Vermögensstraftaten), wie auch im Jahr 1992. Bei den 60-Jährigen und Älteren gaben 6,2 % der Männer und 6,9 % der Frauen an (im Durchschnitt 6,6 %), innerhalb der letzten 12 Monate zumindest Opfer eines die-

ser Delikte geworden zu sein. Die entsprechenden 5-Jahres-Prävalenzen liegen bei 16,6 % für Frauen bzw. 17,8 % für Männer (im Mittel 17,2 %). Die nachfolgende Tabelle zeigt diesbezüglich einen Auszug der wichtigsten bzw. für die klinische Rechtsmedizin relevantesten Deliktszenarien und stellt hierzu die ermittelten 1-Jahres- den 5-Jahres-Prävalenzen gegenüber.

Tabelle 75: Bundesweite KFN-Opferbefragung 2005: Viktimisierungsraten für Befragte nach Alter und Geschlecht; Bundesrepublik Deutschland: 1-Jahres-Prävalenzen (für das Jahr 2004) und 5-Jahres-Prävalenzen (2000–2004); (Opfer bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe, adaptiert nach Bundesministerium für Familie 2009.

Delikt:	Prävalenz:	Frauen < 60 Jahre (n=471)		> 60 Jahre (n=1.084)		Männer < 60 Jahre (n=443)		> 60 Jahre (n=1.012)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
KV* mit Waffen	1-Jahr	1	0,2	0	0,0	3	0,7	1	0,1
	5-Jahre	1	0,2	0	0,0	6	1,4	7	0,7
KV ohne Waffen	1-Jahr	1	0,2	0	0,0	7	1,6	2	0,2
	5-Jahre	1	0,2	2	0,2	13	2,9	10	1,0
Drohung/ Nötigung	1-Jahr	3	0,6	3	0,3	3	0,7	3	0,3
	5-Jahre	7	1,5	4	0,4	8	1,8	6	0,6
Sex. Belästigung	1-Jahr	1	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0
	5-Jahre	11	2,3	6	0,6	1	0,2	2	0,2
Vergew./ sex. Nötig	1-Jahr	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5-Jahre	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vermögensdelikte (11 verschiedene Straftaten)	1-Jahr	58	12,3	84	7,7	64	14,4	63	6,2
	5-Jahre	197	41,8	227	20,9	188	42,4	223	22,0
mindestens 1 der 16 Delikte	1-Jahr	57	12,1	75	6,9	57	12,9	63	6,2
	5-Jahre	150	31,8	180	16,6	137	30,9	180	17,8

(*KV = Körperverletzung); Spalte 6 „Vermögensdelikte“: Handtaschenraub, sonstige Raubdelikte, Wohnungseinbruch, Einbruch in sonst. Räumlichkeiten, Kfz-Diebstahl, Diebstahl aus Kfz, Kfz-Sachbeschädigung, Kraft-raddiebstahl, Fahrraddiebstahl, andere Diebstahlsdelikte, Betrug.

Bei der Betrachtung der Tabelle 75 ist festzustellen, dass Körperverletzungen und Sexualdelikte gemessen an den Prävalenzen der Vermögensdelikte unterrepräsentiert und damit lediglich mit einem geringen Anteil vertreten sind. Ferner zeigen die Analysen zur Opferwerdung, dass sich die Angaben zu körperlichen Viktimisierungserlebnissen (Körperverletzung mit sowie ohne Waffen) in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in etwa in einer Größenordnung von 0,14 % für das Jahr 2004 bewegen, wohingegen die jüngeren Befragten eine vergleichsweise höhere, aber dennoch geringe Viktimisierungsrate von rund 1,31 % aufweisen. In Entsprechung zeigen sich diesbezüglich auch die jeweiligen 5-Jahres-Prävalenzen (gemessen an den 16 erfragten Delikten) nur schwach vertreten, wenngleich sich gesamthaft ein progredienter Verlauf für beide Altersgruppen abzeichnet (0,91 % gegenüber 2,30 % bei den unter 60-Jährigen).

Verglichen mit früheren Studien von Wetzels und Hirsch (Mitte bis Ende der 90er Jahre) zur Opferwerdung scheint sich insgesamt ein Rückgang von Gewaltdelikten gegenüber älteren Menschen abzuzeichnen (siehe nachfolgende Abb. 15). Eine Ausnahme hiervon bilden u. a. die schweren Körperverletzungsdelikte. Hier konnte im Vergleich zur Opfer-Werdungs-Befragung von 1992 kein Rückgang verzeichnet werden (Görgen und Nägele 2006).

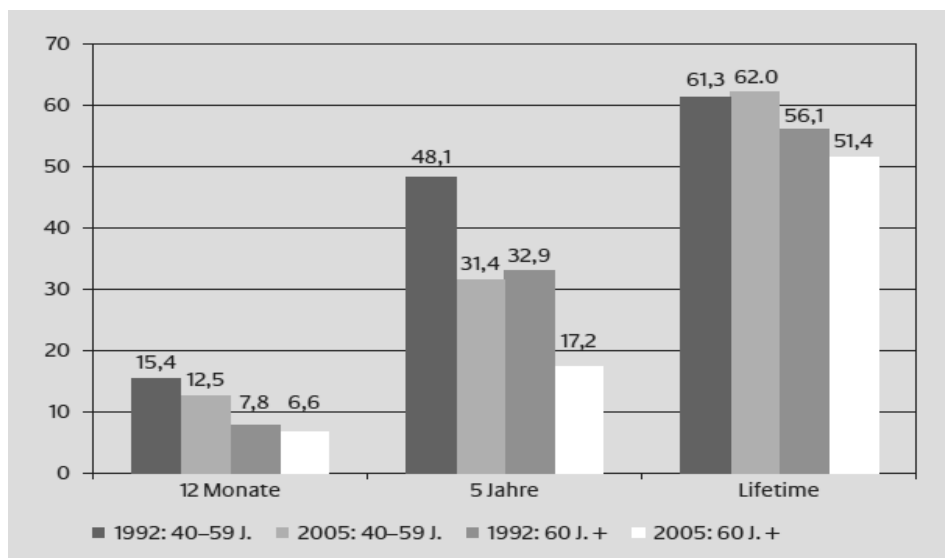


Abbildung 15: Bundesweite KFN-Opferwerdungsbefragungen der Jahre 1992 und 2005; die Balkenlänge entspricht den erfragten Vermögens-, Gewalt-, Sexualstraftaten; Angegeben ist jeweils die zu-gehörige 12-Monats-, 5-Jahres-, Lebenszeitprävalenz (in %); unverändert aus Görgen et al. 2009.

Aufgrund nicht einheitlicher Erhebungsschemata sowie unterschiedlicher Stichprobenzusammensetzungen, ist dieser Vergleich aber nur unter Vorbehalt zu ziehen. Als besonders problematisch erweist sich der Vergleich der Ergebnisse von thematisch verwandten Untersuchungen unterschiedlicher Institute. Hier divergieren die Prävalenzraten, d. h. die Quoten der von Missbrauch/Gewalt Betroffenen, da den Untersuchungen unterschiedliche Definitionen von Missbrauch/Gewalt zu Grunde liegen und die Methoden der Erfassung stark differieren.

Des Weiteren lassen sich in Anbetracht der unzureichenden Datengrundlagen aus dem Jahr 1991 für die neunten Bundesländer, Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den Jahren 1991 und 2004 nur für die alten Bundesländer inkl. Berlin herausarbeiten. Daraus ergibt sich für die 16 untersuchten Delikte eine rückblickende, durchschnittliche Viktimisierungsrate von 7,8 % für das Jahr 1991 (vergl. hierzu oben erwähnte Studie von Wetzels et al. 1992).

5.1.2 Gewalt im häuslichen Umfeld

In Entsprechung zur Gewalt im bundesweiten Raum lassen auch die bis dato veröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchungen zur Gewaltprävalenz im persönlichen Nahraum bzw. in engen sozialen Beziehungen ein hohes Ausmaß an Disproportionalität erkennen. Ursächlich scheinen auch hier die nicht einheitlichen Erhebungsmethoden der jeweiligen Forschenden zu sein. Während Kurrle et al. (1997) eine Prävalenz von 1,2 % angibt, ermittelte Wetzels et al. (1995) eine Häufigkeit von 6,6 % (1-Jahres-Prävalenz). Hiervon wurden 3,4 % der untersuchten Personen durch körperliche Gewalt, 2,7 % durch die wissentliche Verweigerung von Handlungen oder Medikamentenmissbrauch zum Opfer gemacht, 1,3 % wurden Opfer der Fremdbereicherung und 0,8 % gaben eine psychisch-verbale Misshandlung an.

Ferner zeigt sich in einer weiteren Abhandlung mit dem Titel „Opfererfahrung und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen“ von Greve und Wetzels aus dem Jahr 1994, welche sich auf die Ergebnisse der großen KFN-Opferbefragung 1992 stützt, eine Diskrepanz zwischen der Häufigkeit von schweren Körperverletzungen und dem Auftreten von leichten Körperverletzungen in engen sozialen Beziehungen (Greve und Wetzels 1994). Während die 5-Jahres-Prävalenzen für schwere Formen der körperlichen Gewalt bei 2,2 % (ABL) bzw. 1,0 % (NBL) liegen, steigen diese Prävalenzen erheblich unter Einbeziehung leichterer Körperverletzungsdelikte auf 7,5 % (ABL) bzw. 5,2 % (NBL). Die Einstufung der Schwere bzw. Ernsthaftigkeit der Gewalt erfolgte hierbei für die gefährlichen Körperverletzungsdelikte mittels einer Skala, welche vom Schlag mit der Faust bis hin zur Waffengewalt reichte. Darüber hinaus lässt sich erkennen, dass Männer etwas häufiger Opfer körperlicher Gewalt wurden als Frauen (übereinstimmend mit der KFN-Opferbefragung 2005).

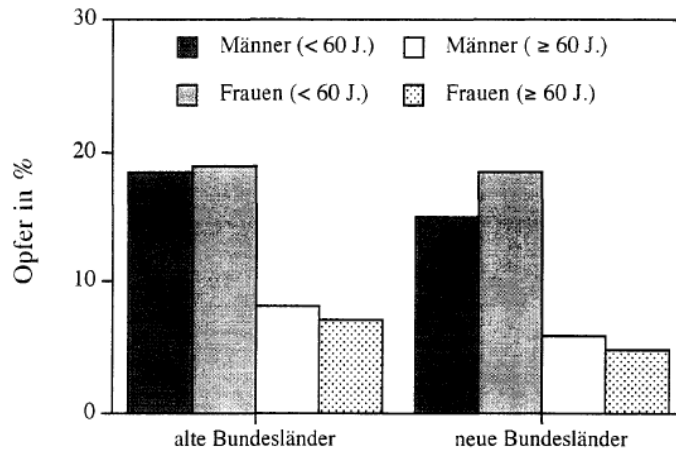


Abbildung 16: 5-Jahresprävalenz von körperlicher Gewalt in engen sozialen Beziehungen nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesland (1987–1991); unverändert aus Greve und Wetzels 1994.

Eine Studie von Hirsch und Brendenbach (1999) ergab indes eine Häufigkeit von 10,8 % der über 60-Jährigen, die im Verlauf von fünf Jahren familiäre Gewalt erleben. Dabei war die Gruppe der 60- bis 74-Jährigen nahezu doppelt so häufig vertreten als die der 75-Jährigen und Älteren, wobei zweitere Gruppe als unterrepräsentiert gilt. Eine der häufigsten Gewaltformen war auch hier die körperliche Gewalt.

Wie auch die KFN-Viktimisierungsbefragung von 1992 (Wetzels et al. 1995) untersuchte die KFN-Studie von 2005 (Görgen und Nägele 2006) Opfererfahrungen mit Nahraumgewalt. Hierunter fällt jegliche Art von Gewalt durch Familien- u. o. Haushaltsmitglieder. Am häufigsten waren hierbei die nicht-körperlichen Misshandlungen, wie z. B. psychischer Terror. So gaben 24,9 % der Frauen und 26,3 % der Männer an, im Laufe der letzten zwölf Monate psychischen Aggressionen ausgesetzt gewesen zu sein. Über eine erfahrene körperliche Gewalt berichteten dagegen nur 1,6 % der Frauen und 1,3 % der Männer (Ø 1,45 %). Interessant erscheint auch die Tatsache, dass rund 15 % der befragten Älteren, die eine situative Unterstützung im Alltag durch eine ihnen nahestehende Personen erhalten haben (241 Personen), durch diese auch viktimisiert wurden. Hierbei dominierte die Missachtung der Autonomie/Würde, gefolgt von der pflegerischen Vernachlässigung.

5.1.3 Gewalt im pflegerischen Bereich

Obwohl in den letzten Jahren das Bewusstsein in der Gesellschaft für das Thema der Misshandlung von Mitbürgern im Alter gewachsen ist, und sich neben zahlreichen Veröffentlichungen auch die Medien zunehmend mehr dieser Problematik annahmen, existieren kaum repräsentative Untersuchungen über die Häufigkeiten von Gewalt in Pflegeinstitutionen bzw. die Viktimisierung von Pflege- und Hilfsbedürftigen. Hingegen wurden vor allem einzelne Gewalterscheinungen wie Freiheitsberaubung (Einsperren, Festhalten, Fixieren) und der Einsatz von psychisch wirkenden Pharmaka (bewusste oder unbewusste Fehlmedikation) untersucht (Böhmer und Füsgen 2008).

Die Notwendigkeit von Untersuchungen über die Gewalt in institutionellen Pflegeeinrichtungen wird anhand der gegenwärtigen Pflegesituation in Deutschland mehr als deutlich. Während im Jahr 2001 noch rund 70 % zu Hause gepflegt wurden, waren es im Jahr 2009 nur noch rund 69 %, bei einer steigenden Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt 2003, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012). Die Daten zeigen einen Trend hin zur professionellen Pflege, entweder durch die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste oder durch Unterbringung Pflegebedürftiger in entsprechenden Institutionen. Die folgende Abbildung veranschaulicht hierbei die Verschiebung der Versorgungsarten.

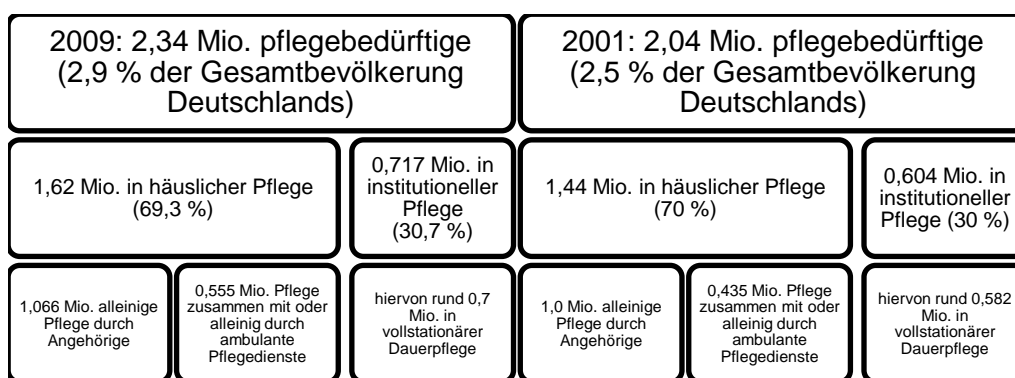


Abbildung 17: Versorgungsarten der Pflegebedürftigen 2001 und 2009 (adaptiert nach Statistisches Bundesamt 2003, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012).

Folgt man den Hochrechnungen des statistischen Bundesamtes von 2009, so wird der Anteil der älteren Bevölkerung von derzeit rund 20 % auf über 30 % in den nächsten Jahrzehnten anwachsen. Anders formuliert, wird „im Jahr 2060 bereits

jeder Dritte (34 %) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden“ “(Statistisches Bundesamt 2009). So wird aller Wahrscheinlichkeit nach die Anzahl der in institutioneller Pflege untergebrachten Personen in den nächsten Jahren drastisch steigen und damit auch die Misshandlungsproblematik in diesen Einrichtungen. Vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Personalmangels (Hirsch 2002) und dem Wissen, dass Gewalthandlungen von vielen Faktoren abhängig sind (vor allem aber von Faktoren im unmittelbaren Umfeld des Ereignisses, wie z. B. schwierige, aggressive, zeitintensive Bewohner, schlechte Arbeitsbedingungen, überlastetes Pflegepersonal), muss dieser sich verschlimmernden Situation mehr Bedeutung beigemessen werden.

Erste repräsentative Erkenntnisse zum Thema „Missbrauch von Patienten in Pflegeeinrichtungen“ lieferten Pillemer und Moore (1989) und präsentierten Jahresprävalenzraten für beobachtete psychische Misshandlungen von 81 %, sowie für physische Misshandlungen von 36 %. 40 % der befragten Pfleger/-innen gaben zu, selbst psychische Gewalt angewendet zu haben. Die Anwendung von körperlicher Gewalt hingegen räumten nur 10 % der Befragten ein. Bei den selbstberichteten und den beobachteten Misshandlungen waren der Gebrauch von freiheitsbeschränkenden Mitteln und wütendes Anschreien prozentual am stärksten vertreten. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Prävalenzen, besonders bei den selbstberichteten Misshandlungen, weitaus höher liegen, da von positiven Selbstbewertungen auszugehen ist.

Bekräftigt werden diese Ergebnisse durch eine Schweizer Studie von Schneider und Sigg (1990). Untersucht wurde sowohl das Verhalten der Bewohnern der Alten- und Pflegeheime untereinander als auch zwischen Pflegern und Gepflegten, sowie das Verhalten unter den Pflegekräften. Wie auch in erst erwähneter Studie rangiert die Beleidigung/Beschimpfung von Pflegebedürftigen an erster Stelle der wahrgenommenen Misshandlungen. So berichteten 62 % des Personals, Beschimpfungen vonseiten ihrer Kollegen beobachtet zu haben. Des Weiteren beobachteten 34 % eine vernachlässigende Pflege, 15 % eine Gewaltandrohung, sowie 6 % eine körperliche Gewalt und sexuelle Belästigung. Ebenfalls zwischen

den Bewohnern wurde verbale Gewalt deutlich häufiger wahrgenommen als körperliche Übergriffe.

Die Viktimisierungsfrage pflegebedürftiger älterer Menschen in der häuslichen Pflege, wurde 2005 durch die Befragung von ambulanten Pflegekräften erörtert (Görgen und Nägele 2006). Nachfolgende Tabelle gibt hierzu einen Überblick über die häufigsten beobachteten und selbstberichteten Kriminalitätserfahrungen.

Tabelle 76: KFN-Pflegekräftebefragung; Studie: „Befragung ambulanter Pflegekräfte“ 2005: 12-Monats-Prävalenz für selbstberichtete und beobachtete Kriminalitätserfahrungen (in % der Befragten, adaptiert nach Görgen und Nägele 2006).

	Selbstberichtetes Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen	Beobachtete Viktimisierung von Pflegebedürftigen
phys. Misshandlung	8,5	29,3
problemat. mech. Freiheitsinschr.	9,6	14,5
pfleg. Vernachlässigung	18,8	47,5
verbale Aggr. / psych. Misshandlungen	21,4	54,8
problemat. medik. Freiheitsinschr.	3,8	14,1
sexuelle Belästigung	0,0	3,0
psychosoz. Vernachlässigung	16,0	0,0
finanzielle Schädigung	0,0	14,6

Nahezu 40 % aller befragten Pflegekräfte gaben mindestens eine Form von unangemessenem Verhalten ihrerseits gegenüber den zu Pflegenden für einen rückblickenden Zeitraum von zwölf Monaten an. Auffällig häufig wurde ein unangemessenes verbales Verhalten (21,4 %) als zentrales Problem benannt. Weitere 16 % räumten eine psychosoziale Vernachlässigung ein. Hierunter zu verstehen jegliche Formen von Vernachlässigung, die die Psyche durch sozial unverträgliches Verhaltensweisen negativ beeinflussen. Ein widerrechtlicher Entzug der persönlichen Bewegungsfreiheit erfolgte überwiegend in mechanischer Form, ca. 2,5-mal so häufig wie durch die Anwendung von Medikamenten. Zweithäufigstes selbsteingeständertes Fehlverhalten war die Vernachlässigung der Pflege mit 18,8 % (z. B.: Ernährung, Flüssigkeitsgabe). Eine direkte körperliche Gewaltanwendung gaben 8,5 % der Befragten an. An dieser Stelle nicht zu klären ist, ob der angewendeten physischen Gewalt eine konkrete Schädigungsabsicht zugrunde lag oder vielmehr ein situativ bedingtes Verhalten als eine Reaktion auf ein Verhalten seitens der Pflegebedürftigen (im Sinne „Gegen-Verhaltens“). So berichtete jeder Sechste der ambulanten Pflegekräfte verbalen Aggressionen, sowie nahezu jeder Vierte körperlichen Übergriffen ausgesetzt gewesen zu sein.

Vergleicht man nun die selbsteingeräumten mit den beobachteten Fehlverhalten, so ist deutlich erkennbar, dass die beobachteten Viktimisierungen für die gleichen Vergehen weitaus häufiger angegeben wurden (etwa eineinhalb bis dreieinhalbmal so häufig). Besonders auffällig erscheinen hier die beobachteten medikamentösen Freiheitseinschränkungen (14,1 %) und die physischen Misshandlungen (29,3 %). Lediglich beobachtet und nicht selbstberichtet wurden sexuelle Belästigungen und finanzielle Schädigungen.

Ergänzung finden die Viktimisierungserfahrungen im Rahmen der häuslichen Pflege durch Erhebungen aus „Interviews in häuslichen Pflegearrangements“ und durch die „Befragung pflegender Angehöriger“ aus den Jahren 2005 und 2006 (Bundesministerium für Familie 2009). Bei diesen Studien zeigte sich eine Konvergenz zu den obig angeführten Untersuchungen, in Bezug auf die Quantität der Gewaltanwendungen. In mehr als der Hälfte aller untersuchten Settings (rund 57 %) wurde bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen durch Angehörige in ihrer Wohnung bzw. in ihrer häuslichen Umgebung über Gewalt berichtet (Familienkreis, Pflegebedürftige und Pflegedienste als Handelnde, Betroffene sowie Berichtende). Darüber hinaus wurde für 44,4 % der Settings ein möglicher negativer Ausgang beschrieben, was bedeutet, dass diese zu versorgenden Personen im Verlauf ihrer Pflege zum Opfer werden könnten. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Untersuchungen stellt die in 20 % der Fälle beschriebene wechselseitig ausgeübte Gewalt – zwischen der zu pflegenden Person und den pflegenden Angehörigen – dar und verdeutlicht den obig erwähnten Aspekt des situativ bedingten „Gegen-Verhaltens“ (vgl. Abb. 18).

		Schädigungsintention?	
		+	-
situationsübergreifend?	+	4. Schädigungsintention Misshandlung/ Vernachlässigung situationsübergreifend	2. keine Schädigungsintention Misshandlung/ Vernachlässigung situationsübergreifend
	-	3. Schädigungsintention Misshandlung/ Vernachlässigung situativ	1. keine Schädigungsintention Misshandlung/ Vernachlässigung situativ

Abbildung 18: Formen der Misshandlung in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Intentionen u./o. den in bestimmter Weise gegebenen Umständen (adaptiert nach Görge et al. 2012). Viktimisierung Pflegebedürftiger; (+ = ja; - = nein); Typen 1 u.2: „Nicht auf Schädigung des Betroffenen abzielendes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen“ – situationsgebunden (Typus 1) bzw. situationsübergreifend (Typus 2); Typus 3 u.4: „Viktimisierungen Pflegebedürftiger mit situationsgebundener (Typus 3) oder situationsübergreifender (Typus 4) Intention der Schädigung des Opfers“.

Beispielhaft, als unmittelbare Ursache von aggressivem Verhalten der Pflegebedürftigen, zu erwähnen ist die Altersdemenz. Diese äußert sich u. a. in einer veränderten Persönlichkeit der Betroffenen. Typische Anzeichen sind Aggressionen (verbale u./o. körperliche) und Halluzinationen (eingebildete, durch Sinnestäuschung hervorgerufene Wahrnehmung), was wiederum zu einer Gegenreaktion von Seiten der Pflegenden führt. Tatsächlich wurden 50 % der Pflegebedürftigen bei der Befragung von pflegenden Angehörigen als an Demenz erkrankt eingestuft (Bundesministerium für Familie 2009). Die Analyse der Befragung von pflegenden Angehörigen zeigt ferner, dass rund 17 % der pflegenden Angehörigen Opfer von physischen Gewalttätigkeiten wurden und beinahe 33 % verbalen Attacken ausgesetzt waren. Nachfolgende Tabelle gibt hierzu einen Überblick zu den Kategorien inadäquaten Verhaltens der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die zu pflegenden Personen.

In Entsprechung an die vorausgehenden Studien prädominiert auch hier die verbale Gewalt (47,6 %), gefolgt von physischen Misshandlungen (19,4 %). Ebenso erfolgte der Entzug der persönlichen Bewegungsfreiheit überwiegend durch Medikamente (vgl. hierzu obige Tabelle: „Befragung ambulanter Pflegekräfte“). Eine pflegerische Vernachlässigung indes wurde von pflegenden Angehörigen weitaus

weniger häufig eingeräumt als von ambulanten Pflegekräften (selbstberichtete wie auch beobachtete Fälle).

Tabelle 77: KFN- Befragung pflegender Angehöriger 2006: 12-Monats-Prävalenz für problematische Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen gegenüber den Pflegebedürftigen (in % der Befragten, adaptiert nach Bundesministerium für Familie 2009).

	Selbstberichtetes Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen
phys. Misshandlung	19,4
problemat. mech. Freiheitseinschr.	1,2
pfleg. Vernachlässigung	6,3
verbale Aggr. / psych. Misshandlung	47,6
problemat. medik. Freiheitseinschr..	4,4
psychosoz. Vernachlässigung	13,5

Geschmälert werden die Erkenntnisse zur Opfer-Werdung älterer Pflegebedürftiger durch das Wissen, dass bei zunehmender Pflegebedürftigkeit und steigendem Krankheitsgrad im Alter die Fähigkeit einen anzeigefähigen Tatbestand zur Anzeige zu bringen und auch die Befragbarkeit abnimmt, was sich in einem vergrößerten Dunkelfeld und einer verminderten Aussagekraft der Studien niederschlägt (Görgen et al. 2012).

5.1.4 Dunkelfeldschätzung

Obwohl die Zahl der Studien zum Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ in den letzten Jahren gewachsen ist, nicht zuletzt vorangetrieben durch retrospektive Befragungen des KFN – wie bereits angeführt –, ist es aus verschiedensten Gründen äußerst schwer, Dunkelfelder in diesem Bereich aufzuhellen. Neben der eingeschränkten Vergleichbarkeit der einzelnen Studien aufgrund differenter inhaltlicher und methodischer Vorgehensweisen der Erhebungen, zeichnen sich Probleme auch auf der Ebene der praktischen Durchführung ab. Probleme ergeben sich hierbei insofern, als dass die Aussagekraft und die Zuverlässigkeit der erhobenen Daten durch diverse nicht überprüfbare Restriktionen eingeschränkt wird. Hierbei gilt es anzumerken, dass die den Restriktionen zugrundeliegenden Ursachen – insbesondere im Falle der mündlichen Befragung (persönlich/telefonisch) –, sowohl auf der Seite der Interviewer als auch auf der Seite der Befragten liegen können. So ist beispielsweise anzunehmen, dass aufseiten des Befragten individuelle Personenmerkmale im Kontext der Grundhaltung im Umgang mit Gewalt einen verzerrenden Einfluss auf die Antworten und Antworttendenzen nehmen können. Zu nennen wäre diesbezüglich unter anderem, eine falsche Tabuisierung des Themas (evtl. kulturell bedingt), nicht der wirklichen Lage entsprechende Darstellungen der Sachverhalte (bewusst oder unbewusst), gelenkt durch eigene Interessen und persönliche Befindlichkeiten oder Wahrnehmungstäuschungen. Fernerhin ergeben sich weitere Einschränkungen daraus, dass Erinnerungen der retrospektiven Verzerrung unterworfen sind und altersbedingte und/oder pathologische Veränderungen (z. B. abnehmende kognitive Funktionen, Formen der Bettlägerigkeit) einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Erreichbar- und Befragbarkeit haben dürften, sodass nicht von einem homogenen, alle Personengruppen umfassenden bzw. heterogen zusammengesetzten Befragungskollektiv gesprochen werden kann.

Ein weiterer Faktor, der die empirische Schätzung erschwert, ist, dass die offiziellen polizeilichen Kriminalstatistiken zur Bewertung des Ausmaßes von Gewalt im höheren Lebensalter als nicht vorbehaltlos geeignet angesehen werden müssen, da diese, wie bereits angeführt, lediglich das Hellfeld, sprich die zur Anzeige gebrachten und registrierten Straftaten erfassen und somit der „Datenpool“ zur stu-

dienübergreifenden Auswertung empirischer Ergebnisse weitere Einschränkung erfährt.

Unter Berücksichtigung oben erwähnter Beschränkungen lassen sich aus den Ergebnissen bisheriger repräsentativer Dunkelfeldstudien folgende Erkenntnisse für Deutschland ziehen: Für Menschen ab 60 Jahren ergibt sich eine Auftretenshäufigkeit für sämtliche Formen von Gewalt für einen 1-Jahreszeitraum im öffentlichen Raum von rund 7 %, im häuslichen Umfeld/persönlichen Nahraum von ungefähr durchschnittlich 9 %. Für in Pflege befindliche Personen im höheren Lebensalter hingegen, variieren die Angaben je nach Versorgungsart (häusliche Pflege durch Angehörige u. o. ambulante Pflegekräfte beziehungsweise institutionelle/stationäre Pflege) stark und liegen annäherungsweise zwischen 40-80 % (Ø 60 %).

Für die Rechtsmedizin von forensischer Relevanz sind solche Delikte, die sich durch eine körperliche Misshandlung/Versehrtheit äußern, d. h. die körperliche Integrität schädigen und somit ärztlich diagnostizierbar und damit medizinisch fassbar sind. Hierunter fallen z. B. physische Misshandlungen, pflegerische Vernachlässigungen, rechtswidrige/nicht genehmigte Fixationsmaßnahmen sowie unterschiedliche Formen von sexuellen Übergriffshandlungen.

Betrachtet und vergleicht man nun in Bezug auf das bereits Erläuterte, die Ergebnisse, der in der Polizeilichen Kriminalstatistik Hamburg ausgewiesenen Straftaten im Jahr 2010 zu 2011 (Landeskriminalamt Hamburg 2012), so ergibt sich aus den Veränderungen gegenüber dem Vorjahr für die Altersgruppen der Jugendlichen und Heranwachsenden ein durchschnittlicher – wenn auch geringer – Rückgang der mit Körperverletzungen einhergehenden Delikte/Deliktgruppen Vergewaltigung/sexuelle Nötigung, gefährliche und schwere Körperverletzung, vorsätzliche/leichte Körperverletzung und fahrlässige Körperverletzung. Anders in der Altersgruppe der Erwachsenen. Hier zeigt sich eine Zunahme der zur Anzeige gebrachten Delikte. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass jedoch nicht nur das Aufkommen der gesamthaft registrierten Kriminalität differiert, sondern auch in Bezug auf die einzelnen Straftatbestände bzw. Deliktsbereiche Varianzen zu erkennen sind.

Gesamthaft betrachtet ist jedoch zu erkennen, dass sich die zuvor angeführten Deliktgruppen (ungeachtet der Art und des Ausmaßes) bzw. die den Körperverletzungsdelikten zugeordneten Straftatbestände, hinsichtlich ihrer Rangfolge in Bezug auf die einzelnen Straftaten(gruppen) nach ihren Anteilen an der Gesamtzahl der erfassten Fälle relativ konstant – mit nur leichten Schwankungen – mit einem Anteil von rund 9 % in den polizeilichen Kriminalstatistiken (in Hamburg wie auch bundesweit) vertreten finden.

Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen der bundesweiten Opferwerdungsbefragungen, insbesondere für den öffentlichen Raum und das häusliche Umfeld (exklusive Pflegebedürftiger), bei denen sich die Körperverletzungsdelikte zahlenmäßig weitaus geringer vertreten fanden.

Für das häusliche Umfeld belaufen sich die Angaben von körperlicher Gewalt für zwölf Monate, gemessen an der Gesamtzahl der untersuchten Delikte, zwischen 1,45 % (KFN-Opferwerdungsuntersuchung 2005) bzw. 3,4 % (KFN-Opferwerdungsuntersuchung 1995) was im Mittel 2,4 % entspricht, die für den öffentlichen Raum deutlich unter 1 % (Ø 0,14 % für das Jahr 2004). Hierbei handelte es sich in der Mehrheit der Fälle um einfache/leichte Körperverletzungsdelikte (Ohrfeige, grobes Anfassen) (Bundesministerium für Familie 2009).

Auch für die in der Pflege erfassten Vergehen, insbesondere für die beobachteten Fälle, lässt sich eine Abweichung im Hinblick auf die prozentuale Verteilung der Delikte im Vergleich zu der PKS erkennen. So wurde in den Opferwerdungsstudien für die physischen Misshandlungen eine Prävalenz zwischen 29,3 % (Görge und Nägele 2006) und 36 % (Pillemer und Moore 1989) angegeben (Ø 32,7 %).

Bei einer Betrachtung der Bevölkerung nach Altersgruppen ergibt sich aus den Berechnungen der Statistischen Jahrbücher für Hamburg (Ende 2008 bis Ende 2010) eine durchschnittliche Einwohnerzahl von 0,426441 Millionen für ≥ 60 Jahre. Die Anzahl der Pflegebedürftigen (Stand: 2009) beläuft sich auf 45 997 (davon 13801 in ambulanter, 14 336 in vollstationärer Pflege und 17 860 in der Pflege durch Angehörige) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012). Darin inbegriffen sind auch Pflegebedürftige unter 60 Jahren. Insgesamt betrachtet ist

deren Anteil aber so gering, dass diese Variable unberücksichtigt bleiben kann, ohne die Signifikanz gravierend zu beeinträchtigen.

In Anlehnung an die Ergebnisse der oben beschriebenen Studien zur Prävalenzverteilung, müsste sich demnach für Hamburg und einen vergangenen Zeitraum von zwölf Monaten, ein annäherndes Bild zur Kriminalitätsbelastung ergeben:

Tabelle 78: Mögliche Viktimisierungszahlen für Hamburg, basierend auf Prävalenzschätzungen größerer epidemiologischer Studien für die Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren. Den Berechnungen liegen hierbei gerundete Werte zugrunde.

Ort der Gewalt	Personenzahlen	Auftretenshäufigkeit von Gewalt (gesamthaft) im 1-Jahreszeitraum	Anteil der Körperverletzungsdelikte/phys. Übergriffe
Öffentlicher Raum	426.000	7%; n=30.000	0,14%; n=40
Häusliches Umfeld (exklusive Pflegeort)	380.000	9%; n=34.000	2,4%; n=820
Pflegeort*	46.000	60%; n=28.000	32,7%, n=9200
Gesamt:	426.000	92.000	10.000

(* Pflegeort= Örtlichkeit der Pflegeleistungserbringung, entweder häuslich, ambulant u./o. stationär/institutionell)

Bei durchschnittlich 900 zur Anzeige gebrachten Körperverletzungsdelikten (PKS Hamburg 2010 - 2011) in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen in Hamburg kann, in Bezug zu den in den Befragungsstudien ermittelten Prävalenzen für Körperverletzungsdelikte/phys. Übergriffe, von einer Dunkelziffer von bis zu 1:11 ausgegangen werden. Unter Zugrundelegung des angegebenen Schätzwertes bedeutet dies, dass auf einen bekannt gewordenen Fall in Hamburg bis zu elf weitere Fälle von Viktimisierungen durch körperliche Gewalt im Alter kommen, die nicht zur Anzeige gelangt sind. Dabei ist allerdings noch einmal darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei lediglich um eine Schätzung und den Versuch einer Annäherung an das sogenannten Hellfeld (tatsächliche Opferwerdungsraten) handelt.

Das sich hierbei aufzeigende und in den polizeilichen Kriminalstatistiken nicht erfasste hohe Dunkelfeld ist jedoch mit dem Wissen darum, dass Gewalterfahrungen im engen sozialen Umfeld den Großteil bzw. zumindest einen erheblichen Anteil der Gewaltdelikte im Alter ausmachen und unangezeigt bleiben (vgl. hierzu Bundesministerium für Familie 2009), nicht überraschend.

5.2 Gewalt im sozialen Nahraum – geschlechts- und generationsspezifische Unterschiede

5.2.1 Täter-Opfer-Beziehungen

Die durch das IfR erhobenen Fälle bestätigen das Bild einer im Alter prävalierenden Gewalt in engen sozialen Beziehungen. Siehe hierzu die vorangestellte ausführliche Darstellung im Diskussionsteil: „Stand der wissenschaftlichen Diskussionen zum Auftreten und zur Häufigkeit von Gewalt im Alter“.

Im analysierten Zeitraum von nahezu sechs Jahren ergab die Auswertung der Täter-Opfer-Beziehungen, dass in rund 50 % aller untersuchten Fälle in der Altersgruppe ab 60 Jahre (F: 54 %, M: 46 %) und in rund 76 % der Fälle in der Altersgruppe der 21- bis 59-jährigen Frauen eine Beziehung – unabhängig von der Art und Weise – zum Täter bestand bzw. eine solche zum Untersuchungszeitpunkt eingeräumt wurde. Die geringsten Prävalenzen einer Opfer-Täter-Beziehung zeigten sich für die Altersgruppe der 21- bis 59-jährigen Männer mit rund 40 %. Die getrennte Betrachtung der Beziehungsarten – insofern durch die Opfer konkretisiert –, zeigt hierbei, dass den Beziehungstaten in der Altersgruppe der ab 60-jährigen mehrheitlich partnerschaftliche oder familiäre/verwandtschaftliche Gewalt zugrunde lag, wohingegen bei den 21- bis 59-jährigen Frauen expartnerschaftliche und partnerschaftliche Gewalterfahrungen dominierten. Entsprechendes bestätigte sich auch durch den gesondert erfragten Bekanntschaftsgrad zur beschuldigten Person. Hier zeigten sich übereinstimmend zu den Beziehungstäterschaften, die Angaben zu den Bekanntschaftsgraden. In ungefähr der Hälfte der Untersuchungen (49 %) wurden Bekannte als Tatverdächtige benannt. Davon ließen sich wiederum annähernd 80 % der Straftaten auf „nähere“ Bekannte und 20 % auf „flüchtige“ Bekannte zurückführen. Neben den Tätern im sozialen Nahbereich, wurde in beinahe 40 % der Fälle eine den Opfern unbekannt Person als Täter (Fremdtäter) angegeben. Betrachtet man diesbezüglich die Geschlechter getrennt voneinander, so wird ersichtlich, dass körperliche Viktimisierungen durch wenig bzw. flüchtig bekannte und gänzlich unbekannt/fremde Personen in der Gruppe der Männer dominieren, wohingegen Viktimisierungen durch bekannte Personen in der Gruppe der Frauen prävalieren und was das Bild einer meist engen bzw. en-

geren Opfer-Täter-Beziehung bei Frauen, zumindest präsitativ, stützt (s. Tab. 15).

Die dominierenden Prävalenzen der expartnerschaftlichen und partnerschaftlichen Gewalterfahrungen bei den Frauen in der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen könnten fernerhin den Schluss zulassen, dass sich die Frauen dieser Altersgruppe aufgrund von vorangegangener innerbeziehungslicher Gewalt zur Trennung von ihrem Partner entschlossen oder aber die erlittenen Gewalterfahrungen mit der Trennung vom Partner begannen. Zweiterer Überlegung folgend ließe sich sohin ein erhöhtes Risiko der Opfer-Werdung im Kontext von Trennungs-/Scheidungssituation für Frauen unter 60 Jahren ableiten. Demgegenüber scheinen körperliche Übergriffe durch die Familie bzw. Familienmitglieder (ausgenommen der partner- und expartnerschaftlichen Konflikte) eher ein Problem der älteren und insbesondere der älteren weiblichen Generation zu sein. Fernerhin bleibt zu erwähnen, dass sich eine mit dem Alter einhergehende Verschiebung der Viktimisierungsraten durch Lebenspartner (Erhöhung der Opfer-Werdungs-Raten im Bereich der Partnerbeziehungen), lediglich in der Gruppe der 60-jährigen und älteren Männer zeigte (wobei allerdings die Fallzahlen sehr gering sind).

Für das sich in dieser Untersuchung abzeichnende Phänomen der dominierenden Gewalt im sozialen Nahbereich/Umfeld (innerfamiliäre, beziehungsliche wie auch bekanntschaftliche Gewalterfahrungen) im höheren Lebensalter (s. Tab. 15 bis 17), scheinen verschiedene Ursachen denkbar. Für die benannten Partnerschaftskonflikte, Eltern-Kind-Konflikte und die Auseinandersetzungen im Rahmen schwägerlicher Beziehungen kommen u. a. folgende Ursachen und die sich daraus abzuleitenden Überlegungen in Betracht: Unterschiedliche Lebensvorstellungen/-einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse, Anspruchdenken, Rivalität bzw. Durchsetzung der eigenen Autonomie, projektive Externalisierung von Aggressionen aufgrund des „Nichtzurechtkommens“ mit dem Rentnerdasein sowie des Sinnverlustes infolge des Gefühls des „Nicht-Mehr-Gebraucht-Werdens“. Des Weiteren können die Konflikte auch auf jahrelang bestehenden, unterschwelligten Problemen beruhen, was zu einer Anstauung von Aggressionen führen kann, sodass vermeintlich alltägliche Banalitäten mit einem plötzlichen Ausbruch von Gewalt eskalieren.

Hierfür grundsätzlich mitverantwortlich und damit sicherlich auch Konflikt prädisponierend zu sehen, ist die zunehmende Verlagerung des Lebensmittelpunktes im Alter, vom öffentlichen in den privaten Raum, was unweigerlich auch eine Veränderung der innerfamiliären und verwandtschaftlichen Strukturen und Beziehungen sowie des sozialen Umfeldes bedeutet.

Als weitere, mögliche, zentrale Probleme, zusätzlich zu den oben genannten, die eine Zunahme von Konflikten erwarten lassen, sind zu nennen:

- Missachtung bzw. fehlendes Verständnis für eine Privatsphäre (z. B. unangekündigte Besuche);
- Missachtung eines respektvollen Umganges (z. B. diktatorische, „bestimmerische“, maßregelnde Verhaltensweisen, persönlich abwertende Bemerkungen)
- Falsches Selbst- und Rollenverständnis (z. B. Großeltern als Ersatzelternteil für die Enkelkinder, unzureichende persönliche bzw. fehlende Übernahme von Verantwortung);
- Zunehmende Verantwortung der Kinder gegenüber ihren Eltern/Großeltern (z. B. Pflege, Betreuung, finanzielle Unterstützung);
- Ausnutzung der eigenen Machtposition (z. B. Sanktionierungen in wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnissen, materielle Ausbeutung, bloßstellendes Verhalten);
- Überfordernde Aufgabenstellungen (z. B. Betreuung von Angehörigen, einfache/doppelte Haushaltsführung).

5.3 Anzeigerstattungen und Anzeigeverhalten

5.3.1 Anzeigerstattung und Gründe für das Unterlassen einer Anzeige

Nicht alle Straftaten gelangen zur Anzeige. So bestätigte sich die Annahme, dass die Anzeigebereitschaft gegenüber Fremdtätern (eine den Opfern unbekannte Person) größer ist, als bei Straftaten, die durch Personen verübt werden, zu denen eine engere oder fernere Bekanntschaft bzw. Beziehung besteht. Während bei näheren Bekannten rund 15 % der Opfer von einer Anzeige absahen, waren es hingegen bei Delikten durch flüchtig bekannte und fremde Personen nur noch 12 % bzw. 8 % der Geschädigten (s. Abb. 9 u. 10). Entgegen den Erwartungen, lässt sich jedoch nur eine insgesamt mäßig ausfallende Varianz der Anzeigebereitschaft erkennen. Dies könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Anzeigerstatter davon ausgehen, dass bei bekannten Tätern die Ermittlungschancen bzw. die Strafverfolgungen erfolgsversprechender ausfallen als bei Fremdtätern, was das Anzeigeverhalten positiv (gegenüber Bekannten) bzw. negativ (gegenüber Fremden) zu beeinflussen scheint. Ein deutlicherer Unterschied zeichnete sich hingegen unter Einbeziehung der Beziehungsart ab. Für Täter aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld (Partner, Kinder, Eltern, Freunde), ausgenommen der Ex-Partner, ergab sich eine Prävalenz der Nichtanzeige von Straftaten von nahezu 20 % (s. Abb. 10). Überdies ließ sich den gewonnenen Prävalenzen entnehmen, dass sich die Rate an Anzeigerstattungen gegenüber den Ex-Partnern mit rund 93 % (was einem Nichtanzeigeverhalten von 7 % entspricht), auf einem höheren Niveau zeigte als in Bezug auf Fremdtäter. Bezogen auf Alter und Geschlecht des Opfers, differiert das Anzeigeverhalten hinsichtlich der Häufigkeit wiederum immens. Es zeigte sich beispielsweise, dass der Anteil derjenigen, die eine Anzeige gegenüber flüchtig und näher bekannten Personen erstatteten, bei den Männern beider Altersgruppen höher lag als bei den Frauen der entsprechenden Altersgruppen. Darüber hinaus war zu erkennen, dass die Neigung der Männer, den Partner bzw. die Partnerin und Familienangehörige anzuzeigen, mit durchschnittlich 85 % gegenüber 73 % bzw. 88 % gegenüber 75 % der Frauen, deutlich erhöht ist. Wie Abbildung 10 zeigt, fand sich dieser Geschlechtsunterschied bei den 60-Jährigen und Älteren stärker ausgeprägt, als bei den unter 60-Jährigen, was auf ein soziodemografisches Merkmal hinzudeuten scheint.

Mit diesen Erkenntnissen und dem Wissen einer nicht zu vernachlässigenden Prävalenz von häuslicher Gewalt (einschließlich im pflegerischen Bereich), ist davon auszugehen, dass vor allem Frauen (insb. ab dem 60. Lebensjahr), welche unmittelbare körperliche Gewaltanwendungen durch ihnen nahestehende Personen (Familien- und Haushaltsmitglieder) erfahren oder erfahren haben im Dunkelfeld verbleiben. Mögliche Gründe sind nachfolgend tabellarisch aufgeführt.

Tabelle 79: Mögliche, das Anzeigeverhalten beeinflussende, Faktoren.

Gründe für eine geringere Anzeigebereitschaft bzw. für das Unterlassen einer Anzeige weiblicher (höheraltriger) Geschädigter
<ul style="list-style-type: none"> - Höhere Normakzeptanz, aufgrund traditioneller Werte bzw. dem zugrunde liegenden Beziehungsmodell und Geschlechtsrollen-Verständnis (verantwortungsvoller „Familiensinn“) - Erhöhte Entschuldigungsakzeptanz - Außenwirkung (idealistischer Lebensstil: Wahrung des äußeren Ansehens) - Schutz von Privatpersonen infolge eines ausgeprägten Zugehörigkeitsdenkens - Sekundärkontrolle durch den Täter sowie das Opfer umgebende soziale System - Nicht-Zugänglichkeit von, sowie fehlendes Wissen um Hilfsangebote u./o. Auswegsmöglichkeiten - Angst vor Reviktimisierung - Finanzielle und räumliche Abhängigkeit vom Täter - Emotionale Abhängigkeit
Gründe für eine gesteigerte Anzeigebereitschaft männlicher (höheraltriger) Geschädigter
<ul style="list-style-type: none"> - Ausgeprägtes Ehrgefühl und Rechtsverständnis (Täterbestrafung) - Geringere Abhängigkeit von Familienmitgliedern und größere Selbstständigkeit (z.B. aufgrund der Erwerbstätigkeit) - Ausgeprägtes Anspruchsdenken: Materielle Entschädigung (z.B. Erlangung einer Versicherungssumme), Schmerzensgeld-Ansprüche - Unwahrhaftige Gründe wie Rache, Hass, Vergeltung und Enttäuschung

Häusliche Gewalt beschränkt sich aber nicht nur auf Gewalttaten im eigenen Wohnraum. Der Begriff „Häusliche Gewalt“ impliziert vielmehr jedwede Art von Gewalt zwischen Personen die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen oder eine partnerschaftliche Beziehung führen bzw. geführt haben, also gänzlich unabhängig vom Gewaltort. Dennoch konnte den Dokumentationen des IfR eine Korrelation zwischen Beziehungsart und Handlungsort entnommen werden. Während sich Übergriffe durch Familienangehörige und (Ex-) Partner fast ausnahmslos (in durchschnittlich rund 95 % der Fälle) im privaten Bereich (häusliche Umgebung der geschädigten u./o. der beschuldigten Person) ereigneten, erfolgten Übergriffe durch fremde Täter größtenteils in öffentlichen Raum. So erfolgten lediglich 30 %

der Straftaten, begangen durch unbekannte Personen, in der häuslichen Umgebung der Geschädigten.

Insgesamt betrachtet konnte im IfR aber eine hohe Anzeigebereitschaft festgestellt werden. So bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung in 87 % der Fälle eine anlassbezogene Anzeige und in lediglich 11 % der Fälle war ein Anzeigeverfahren noch ausstehend bzw. wurde abgelehnt (s. Tab. 35). Dieses sich ergebende Bild könnte unter anderem darin erklärbar sein, dass Geschädigte, die bereits den Mord gefasst haben, das zugrundeliegende Delikt zur Anzeige zu bringen, eher gewillt sind, sich auch einer rechtsmedizinischen Untersuchung zur Beweissicherung zu unterziehen. Anders jene, die sich über ein Anzeigeverfahren noch im Unklaren sind. Nicht zuletzt liegt dies auch wahrscheinlich daran, dass die Anzeigsteller durch Beamte der Polizei über die Möglichkeit und den Nutzen eines rechtsmedizinischen Gutachtens aufgeklärt werden.

Werden die dargestellten eigenen Untersuchungsergebnisse mit denen anderer Autoren zu ähnlichen thematischen Abhandlungen/Studien, wie beispielsweise des Impulsreferates zur „Nahraumgewalt gegen alte Menschen“ von Görger (2006), verglichen, so scheinen sich die vorangestellten Ausführungen zu bestätigen. Görger bezieht sich in seiner Untersuchung auf diverse Studien, aus denen deutlich hervorgeht, dass sich ein Großteil der Gewaltanwendungen vornehmlich in sozialen Beziehungen ereignet und dass ebenjene vermehrt im Dunkelfeld verbleiben als vergleichbare Ereignisse unter Fremden. Ursächlich hierfür sei das geringe Anzeigeverhalten sich nahestehender Personen.

Ferner zeigte sich in zahlreichen Untersuchungen und Abhandlungen zu den Einflüssen auf die Anzeigebereitschaft, dass die Hintergründe und Motive für das Absehen einer Strafanzeige vielseitig und unterschiedlich sind und nicht immer in direktem Zusammenhang mit der Schwere des Deliktes bzw. der Deliktart stehen. Dennoch lassen sich charakteristische Anzeigefaktoren erkennen, die das Anzeigeverhalten beeinflussen.

Neben den persönlichen, emotionalen, sozialen, kulturellen sowie finanziellen (bes. monetäres Abhängigkeitsverhältnis) Beweggründen, die primär die Anzei-

bereitschaft in innerfamiliären, -partnerschaftlichen und -freundschaftlichen Beziehungen beeinflusst, existiert eine Vielzahl weiterer Ursachen für die Nichtanzeige von Straftaten. Beispielhaft zu erwähnen wäre ein fehlendes Vertrauen in die Exekutive, sowie in die Erfolgsaussicht und den damit verbundenen Nutzen einer Anzeige, so Bohle (1981) und Dölling et al. (2003). Ebenso wird der Aufwand beim Erstellen einer Strafanzeige und mögliche damit verbundene Kosten im Vergleich zum Profit als ursächlich diskutiert. Dies ist vor allem bei subjektiv als weniger schwerwiegend eingeschätzten Delikten der Fall, was u. a. eine Studie von Schwind im Jahr 1975 belegt. Respektive steigt die Anzeigebereitschaft mit der Schwere des Deliktes und dem entstandenen Schaden. Ferner steht die gesellschaftliche Stellung (sozioökonomischer Status) im wechselseitigen Bezug zur Anzeigebereitschaft. Je höher die soziale Stellung, desto häufiger wird eine Strafanzeige erstattet (Schwind et al. 1975).

Bohle erläutert in seiner Abhandlung aus dem Jahr 1981 auch, dass die Angst vor einer erneuten Viktimisierung durch den Täter, sowie ein falsches Schamgefühl einen erheblichen Einfluss auf das Anzeigeverhalten haben. Diesen Aussagen zufolge ist also auch die der Tat zugrundeliegende Art des Deliktes maßgeblich an der Willensbildung beteiligt, ein solches Vergehen zur Anzeige zu bringen sowie auch dann dieses Vorhaben tatsächlich umzusetzen. Daraus resultiert, dass Delikte wie Diebstahl häufiger zur Anzeige gebracht werden als etwaige Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Begründet wird dies zum einen in dem eigenen Eingeständnis, Opfer einer solchen Tat geworden zu sein, oft durch eine nahestehende Person, was das emotionale Dilemma noch verstärkt; und zum anderen in dem Sich-überwinden-müssen, das Geschehene der Polizei zu berichten und sich damit möglichen unangenehmen Nachfragen stellen zu müssen. Damit lässt sich auch erklären, warum die Hellfeldstatistiken nicht den objektiven Stand der Gewaltsituation widerspiegeln, sondern vielmehr ein verzerrtes Bild wiedergeben (vgl. hierzu Wehling 2003 und Dirr 2009).

Denkbar mit zunehmendem Alter hinzukommend, aber nicht weniger relevant, sind unter anderem auch Umstände der Pflegeabhängigkeit und die bereits oben erwähnte Unfähigkeit zur Anzeigerstattung aufgrund geistiger und körperlicher Dispositionen. Von großer Bedeutung sind daher Dritte im Umfeld der Opfer – zu

denen neben Ärzten auch Pflegekräfte zählen –, die Kenntnis über ein (vermutetes) Gewaltdelikt erlangen und Anzeige erstatten könnten.

Bezug nehmend auf die besondere Personengruppe der Ärzte und Pflegekräfte stellt sich in diesem Zusammenhang auch unweigerlich die Frage nach der Anzeige- und Meldepflicht dieses Personenkreises. Hierzu gilt es anzuführen, dass für Ärzte oder Pflegekräfte im Allgemeinen keine generelle Anzeige-/Meldepflicht (in Übereinstimmung mit den meisten europäischen Staaten) besteht. So sind der Arzt und seine Hilfspersonen zur Verschwiegenheit über das was ihnen in der Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt gewordenen ist verpflichtet (§ 9 Abs. 1 und 3 Hamburgisches Ärztegesetz). Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt (§ 9 Abs. 2 Satz 1 u. 2 Hamburgisches Ärztegesetz). Eine Problematik ergibt sich dabei daraus – auch im Hinblick auf den Rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) –, dass hierbei ein selbst zu verantwortender Abwägungsprozess zwischen dem Gesundheitsschutz vor Gewalt und der Schweigepflicht resultiert und folglich letztlich die persönliche Entscheidung des Arztes zum Handeln oder Nicht-Handeln führt. Dies auch vor dem Hintergrund dessen, dass die Verletzung von Privatgeheimnissen durch einen bestimmten Personenkreis (§ 203 StGB), zu dem auch Ärzte gehören, auch einen unter Strafe gestellten Tatbestand darstellen und wiederum unter bestimmten Voraussetzungen eine Strafbarkeit im Begehen durch Unterlassen (§ 13 StGB) liegen kann. Damit aufgezeigt sei eine sehr differenzierte/komplexe, nicht reduzierbare rechtliche Thematik. Die juristische Betrachtung des (strafrechtlichen) Gegenstands wird daher an dieser Stelle nicht weiter verfolgt. Verdeutlicht wird jedoch hiermit die gegenwärtige Problemsituation als Herausforderung zur Schaffung von neuen Gesetzen bzw. von Gesetzergänzungen mit klar geregelten Rechten und Pflichten. Personen, wie Ärzte oder auch Pflegekräfte, sind wichtige Dritte, die Gewaltdelikte aufzeigen könnten.

Tabelle 80: Auswahl einzelner Straftatbestände nach dem StGB im Überblick, die im Kontext von Gewalt im sozialen Nahraum im Leben älterer Menschen Anwendung finden können.

§ 223	Körperverletzung
§ 224	Gefährliche Körperverletzung
§ 225	Misshandlung von Schutzbefohlenen
§ 229	Fahrlässige Körperverletzung
§ 239	Freiheitsberaubung
§ 240	Nötigung
§ 174a	Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen
§ 174c	Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses
§ 177	Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung
§ 179	Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

Die Wichtigkeit einer gesetzlichen Regelung wird auch dadurch vergegenwärtigt, dass ca. 90 % aller Strafanzeigen durch die Opfer selbst sowie in geringerem Maße von anderen Dritten eingeleitet werden. Auf die Polizei entfällt demnach nur ein marginaler Anteil der Strafverfahreseinleitungen, und dieser beinhaltet vor allem Verfahren im Bereich der Drogen- und Wirtschaftskriminalität (Blankenburg et al. 1978, vergl. Feltes 1991). Vergleichbare Ergebnisse konnten durch eine Aktenstudie bei den Staatsanwaltschaften des Landes Sachsen-Anhalt ermittelt werden (Oberlies 2005). Dieser zufolge wurde der Hauptanteil der Anzeigen hinsichtlich häuslicher Gewalt durch die Opfer selbst erstattet. Lediglich in 14 % der analysierten Fälle erfolgte eine „Anzeige von Amts wegen“, aufgrund eigener Wahrnehmung oder durch Mitteilung von Dritten. Wie bereits erwähnt, entsprechen diese angezeigten Fälle aber nur einem Bruchteil aller angenommenen Delikte.

Vor dem Hintergrund dessen, dass folglich die Anzeigsteller fast ausnahmslos durch die Opfer selbst repräsentiert werden, empfiehlt es sich auch hier den Schwerpunkt der Opferarbeit anzusetzen. Im ersten Moment scheint dies widersprüchlich, doch gerade bei dieser Personengruppe sind beratende und unterstützende Maßnahmen sehr erfolgsversprechend und bieten daher das größte Potenzial die Anzeigequoten zu erhöhen. Gesondert berücksichtigt werden müssen Personen, die der öffentlichen Opferarbeit nicht bzw. schwerer zugänglich sind; beispielsweise (Schwerst-)Pflegebedürftige. Dies bedeutet nicht, dass die Opfer-

arbeit innerhalb anderer Personenkreise (Angehörige, Pflegekräfte etc.) außer Acht gelassen werden kann.

5.3.2 Anzeigebereitschaft der Opfer in Abhängigkeit der Nationalität/Ethnizität der Täter

Wie bereits weiter oben erwähnt, wird die Anzeigebereitschaft nicht nur durch die Schwere der widerfahrenen Gewalt und den Delikttypus bestimmt, sondern auch durch eine Reihe von weiteren variablen Faktoren (inter-, intra- und extrakulturelle).

Eine Betrachtung des Anzeigeverhaltens bei verschiedenen Täter-Opfer-Konstellationen in Abhängigkeit der Nationalitäten (s. Tab. 36) bestätigte hierbei die allgemeine Annahme, dass die Anzeigebereitschaft mit soziokulturellen und demografischen Merkmalen der Opfer variiert. So zeigte sich, zumindest bei den in dieser Studie untersuchten Gewaltdelikten, die Nationalität des Täters als einflussnehmender Faktor, der die Anzeigebereitschaft erhöht oder mindert. Die Datenanalyse ließ nämlich erkennen, dass das Anzeigeverhalten gegenüber verschiedenen Nationalitäten bzw. ethnischen Gruppen systematische Unterschiede aufweist. Feststellbar war, dass Gewaltdelikte, sofern der Täter und das Opfer derselben ethnischen Gruppe angehörten (im Sinne von deutsch oder nicht-deutsch), gesamthaft seltener angezeigt wurden als solche, bei denen sich die Ethnie von Täter und Opfer unterschied (mit Ausnahme der Gruppe der unter 60-jährigen ausländischen Männer). Nicht gesondert berücksichtigt werden konnten jene Fälle bzw. Situationen, in denen sich eine Gewalttat unter den Mitgliedern derselben Gruppe von Nicht-Deutschen/Deutschen ausländischer Herkunft ereignete, der Täter also nichtdeutsch war, aber der eigenen Ethnie angehörte. Folglich wurden in dieser Erhebung Fälle, sofern Opfer wie Täter nicht-deutsch waren, der Täter allerdings einer anderen ethnischen Gruppe entstammte, der Gewaltbelastung unter Ausländern zugeschrieben. Damit erklärt sich auch, warum die Anzeigebereitschaft gegenüber Tätern aus fremden Ethnien, in der Gruppe der deutschen Opfer mit rund 8 %, nahezu 6 % über der Gruppe ausländischer Opfer mit 2 % liegt (s. Tab. 36). Daher müssen die gewonnenen Daten, wie Annahmen bzw.

Aussagen zur allgemeinen Gültigkeit dieser, mit einem gewissen Vorbehalt interpretiert werden.

Des Weiteren konnte unter Einbeziehung der Altersklassen ein Generationsunterschied festgestellt werden. So lagen die Anzeigequoten älterer Opfer gegenüber Angehörigen fremder Ethnien, insgesamt höher als die jüngerer Opfer, wenngleich die zugrunde liegenden Fallzahlen teilweise stark variierten. Etwaig bestehende Unschärfen bezüglich der Richtigkeit dieser Feststellungen, aufgrund geringer Opferzahlen wie auch hinsichtlich ihrer Zufälligkeit, scheinen sich jedoch unter Betrachtung der von unbekanntem Tätern verübten Gewaltdelikte, zu relativieren. So konnte festgestellt werden, dass sowohl bei deutschen wie nicht-deutschen Opfern, sofern eine unbekanntem Täterherkunft vorlag, sich die Unterschiede von Anzeige und Nichtanzeige minimierten bzw. sich die Anzeigequoten auf nahezu 1 % annäherten.

Die gesamthaft höhere Bereitschaft älterer ausländischer Opfer, deutsche Täter anzuzeigen (100 %* gegenüber 86 % in der jüngeren Generation; *unter Einschränkung, dass es sich hierbei um sehr geringe Fallzahlen handelt), ist möglicherweise auf ein Zugehörigkeitsempfinden zu einer ethnischen Subgruppe zurückzuführen. Mitunter von Bedeutung könnte sein, dass ältere Menschen, sollten sie Opfer eines deutschen Täters werden, sich an das System der Straftatbestandsverfolgung hierzulande richten, sollte es sich aber um einen ausländischen Täter handeln, eher zu einem anderen Umgang mit dem Unrecht tendieren, welcher womöglich anderen kulturellen Prägungen unterliegt und somit zur Ablehnung des deutschen Rechtssystems und der Nutzung anderer Strategien der Konfliktbewältigung führen kann (z. B. außergerichtliche Streitschlichtung durch beispielsweise Scharia-Richter oder Konfliktregelung im Rahmen einer Mediation). Ferner ist daran zu denken, dass gerade das Anzeigeverhalten innerhalb ethnischer Subgruppen, welche in Städten oft räumlich und häufig auch sozial verbunden sind (aufgrund ausgeprägter, weitumfassender familiärer, verwandtschaftlicher wie auch „freundschaftlicher“ Beziehungen und Strukturen), mitunter starken äußeren Zwängen und dem Einfluss Dritter unterliegen, wie der „intra-kulturellen“ (Nicht-)Duldung von Verhaltensweisen. Damit könnte auch die erhöhte Anzeigebereitschaft der Ausländer mittleren Alters gegenüber deutschen Tätern erklärt werden.

Einen Erklärungswert für die höhere Anzeigebereitschaft deutscher Opfer gegenüber ausländischen Tätern (insbesondere der 60-jährigen Frauen) besitzt hingegen u. a. die Annahme einer veränderten Einschätzung oder gesteigerten Sensibilität gegenüber Straftaten, die von Ausländern begangen werden. Könnte es der Fall sein, dass sie in diesem Täterkreis generell, sei es hervorgerufen durch Medien oder durch Stereotype, eine höhere Gewaltbereitschaft sehen? Mitunter könnte zum Motiv der Anzeigeerstattung kommen, dass in einigen Fällen die Opfer im Allgemeinen eine vorurteilsbelastete, negative Einstellung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund hegen, welche dann durch die erfahrene Straftat Bestätigung findet. Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Umstand, welcher die Handlungsentscheidung zur Stellung der Strafanzeige beeinflusst, ergibt sich, wie bereits erwähnt, aus dem Bekanntschaftsgrad zwischen Opfer und Beschuldigtem. Mit dem Wissen um erhöhte Viktimisierungsraten durch das soziale Nahfeld, insbesondere in der Gruppe der Frauen (s. Tab. 15) und der Annahme, dass das Opfer aus dem gleichen Kulturkreis stammt wie der Täter – wie dies häufig der Fall ist –, relativiert sich das Bild einer erhöhten Anzeigebereitschaft der deutschen Bevölkerung gegenüber Ausländern.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass sich die obig angestellten Überlegungen, vornehmlich auf die institutsinternen Datenlagen beziehen und dass bewusst darauf verzichtet wurde, einen Vergleich zu anderen Studien wie auch Statistiken zu ziehen (insbesondere den PKS), da grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden kann, dass die tatsächlich begangenen und erfassten Straftaten (im Besonderen bezüglich der Staatsangehörigkeit), in einer festen Relation zueinander stehen.

5.4 Quantifizierung soziodemografischer Gewaltunterschiede

5.4.1 Gewalterfahrungen im Geschlechter- und Generationenvergleich

Aus dem gegenwärtigen Erkenntnisstand zur Kriminalität wird deutlich, dass sich die Gewalt zwischen/an Älteren und jüngeren Personen in verschiedener Hinsicht unterscheidet. Studien und öffentliche Statistiken zur Opfer-Werdung im höheren Alter weisen u. a. darauf hin, dass Männer einer höheren Opfergefährdung ausgesetzt sind als Frauen. Lediglich bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung dominiert das weibliche Geschlecht als Opfergruppe. Darin inbegriffen sind auch Fälle der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung. Bekräftigt wird dieses Bild durch eine Studie von Fattah 1993 zum Thema „Gewalt gegen alte Menschen“ (Fattah 1993), der sich hierbei auf die Arbeit von Trevethan im Jahr 1992 („Elderly victims of violent crime“, 1992) stützt.

Auch die Analyse der annuell erscheinenden Opfergefährdungszahlen zur Gewaltkriminalität der Polizeilichen Kriminalstatistiken 2000–2011 zeigt dieses Bild. Zur Veranschaulichung sind die ermittelten Ergebnisse in nachfolgenden Diagrammen/Abbildungen dargestellt. Im Unterschied zu der Opfergruppe der Erwachsenen bis 59 Jahren weisen die Daten der 60-Jährigen und Älteren zwar nur marginale Geschlechtsunterschiede auf, dennoch kann der Umstand der höheren männlichen Opferwerdung, zumindest dem Zeitraum von 2005–2011 entnommen werden. Dieses Phänomen bestätigte sich zusätzlich im Fazit der Berechnung. Im Mittel ergab sich für registrierte Opfer eine jährliche Zahl von 47,4 für Frauen bzw. 52,2 für die Männer je 100 000 der Gruppe. Des Weiteren ist der Grafik eine Disproportionalität der Viktimisierung hinsichtlich der Erwachsenen unter und über 60 Jahren zu entnehmen. Während sich bei den „jüngeren Erwachsenen“ ein tendenzieller Anstieg der Viktimisierungsrate abzeichnet, ist bei den „Älteren Erwachsenen“ – zumindest auf dem ersten Blick – ein Rückgang anzunehmen. Ferner bilden die Ergebnisse der PKS das empirische Fundament für die allgemeine Annahme, dass Gewalthandlungen und konflikthafte Interaktionen in der Gruppe der Älteren Bevölkerung weniger verbreitet sind, als in den jüngeren Generationen.

Da die Daten der PKS jedoch nur auf den polizeilich registrierten Fällen beruhen und damit ausschließlich das Hellfeld repräsentieren – wie bereits mehrfach erwähnt –, können die daraus abgeleiteten Erkenntnisse auch nicht zwingend als überindividuell zutreffend und mithin als allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten gewertet werden. Dies gilt es bei der Interpretation dieser Ergebnisse stets zu bedenken. Dennoch soll versucht werden, anhand der zur Verfügung stehenden Prävalenzzahlen der polizeilichen Kriminalstatistiken, das Ausmaß der Gewaltbetroffenheit abzuschätzen und eine Interpretation der Ergebnisse zu geben.

Betrachtet man nun die in den Abbildungen grafisch dargestellten Auswertungsergebnisse der veröffentlichten Fallzahlen zu vollendeten Gewaltdelikten im Vergleich zu den Zahlen der gesamthaft begangenen und vollendeten Straftaten, so zeigt sich, dass sich das Bild einer insgesamt geringeren Opfergefährdung im Alter nicht bestätigt. Vielmehr bewegt sich die Anzahl der Gesamtstraftaten, bzw. das Aufkommen der gesamthaft registrierten Kriminalität (seit 2007) auf einem annähernd gleichbleibenden Niveau mit leicht steigender Tendenz und kann somit allenfalls temporär als relativ konstant betrachtet werden. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Bevölkerungsentwicklung spezieller Altersgruppen, also die Veränderung der Altersstruktur. So könnte sich der Zuwachs an Straftaten – wenngleich dieser auch gering ist – vielleicht dadurch erklären lassen, dass der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt, wie die Bevölkerungsentwicklung zeigt, und folglich schlichtweg dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit geschuldet ist. Die Zunahme der Straftatbelastung bei den unter 60-Jährigen lässt sich hierdurch jedoch nicht erklären, da in dieser Altersgruppe im Allgemeinen von einer stagnierenden oder sich rückläufig entwickelnden Bevölkerungsgruppe ausgegangen wird.

Ähnliche Überlegungen lassen sich auch für die Opfergefährdungszahlen zur Gewaltkriminalität anführen, wobei sich hierdurch wiederum keine Erklärung für die Abnahme der registrierten Fälle zur Gewaltkriminalität in der älteren Generation sowie für die Zunahme der registrierten Fälle zur Gewaltkriminalität für die Männern der beiden jüngeren Generationen ableiten lässt. Betrachtet man in diesem Zusammenhang nun aber die einzelne Deliktsbereiche die der Gewaltkriminalität zugeordnet werden, so lässt sich zumindest die Abnahme der Gewaltkriminalität

durch signifikante Minderungen in beiden Deliktsbereichen „Vergewaltigung und sexuelle Nötigung“ sowie „gefährliche und schwere Körperverletzung“ erklären (Bundeskriminalamt 2012).

Ergänzend zeigen sich die Ergebnisse durch die bundesweite Opfer-Werdungs-Befragung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen aus dem Jahr 2005 (Bundesministerium für Familie 2009). Wie auch in den PKS, zeigten sich geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Die Erkenntnisse beziehen sich hierbei auf einen 5-jährigen Referenzzeitraum (2000–2004). Von den 16 erfragten Delikten, waren männliche Opfer bis auf fünf Deliktsbereiche, davon zwei in nennenswertem Umfang (Handtaschenraub, sexuelle Belästigung), überrepräsentiert. Daraus ergab sich eine 5-Jahres-Prävalenz zur Opfer-Werdung von 16,6 % für Frauen bzw. 17,8 % für Männer, was die höhere männliche Opfergefährdung – wie dies auch den beiden Diagrammen zu entnehmen ist – zu bestätigen scheint. Des Weiteren scheinen die ermittelten Prävalenzzahlen, in Analogie zu den PKS-Ergebnissen, das Bild einer mit dem zunehmenden Alter geringer werdenden Wahrscheinlichkeit einer potenziellen Opfergefährdung beider Geschlechter zu stützen.

Eine hierfür logische Schlussfolgerung wäre demnach, dass die höheren männlichen Opferzahlen auf einem höheren Bevölkerungsanteil beruhen. Belegt wird diese Interdependenz aber ausschließlich für die Gruppe der unter 60-Jährigen, denn für die ältere Generation ergibt sich ein berechneter Frauenüberschuss (Statistisches Bundesamt 2009, Landeskriminalamt Hamburg 2012). Aufgrund dessen könnte man erwarten, dass sich das Verteilungsmuster ändert und Frauen im höheren Lebensalter zahlenmäßig stärker in den PKS vertreten sind als Männer. Hingegen prävalieren die Männer trotz ihres geringeren Anteils an der Gesamtbevölkerung in den Gewaltstatistiken. Daraus ergibt sich eine direkte Proportionalität, sodass sich das höhere Viktimisierungsrisiko für Männern zu bestätigen scheint (vergl. hierzu PKS 2011 (Bundesministerium des Innern 2011)).

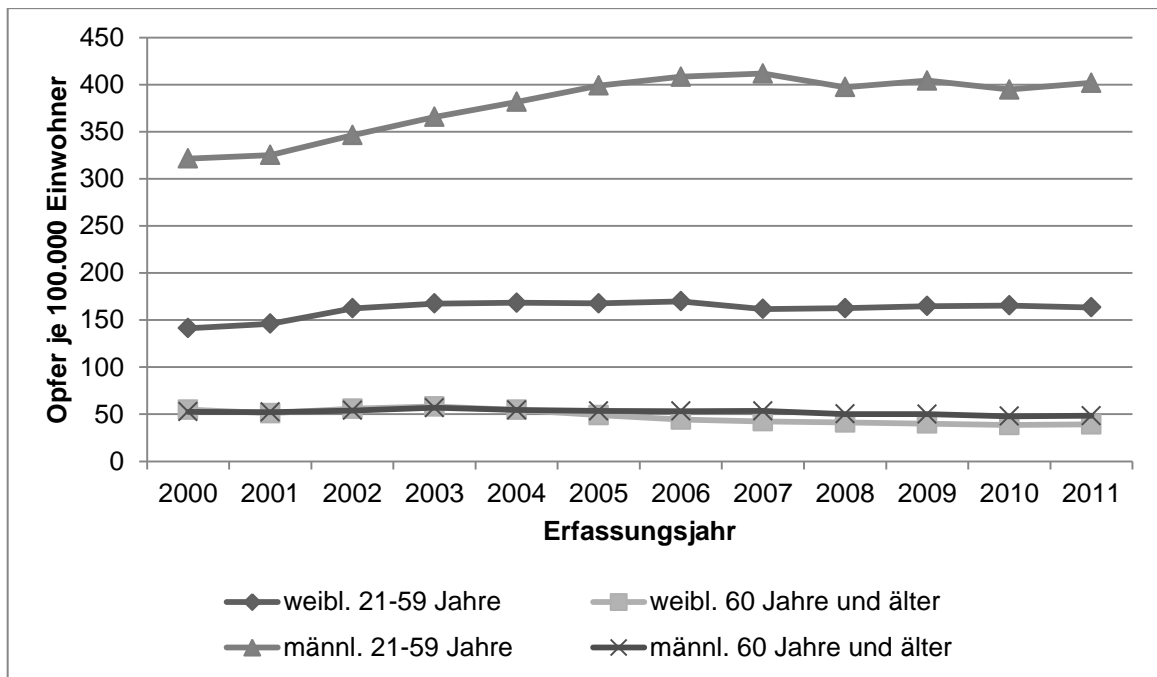


Abbildung 19: Opfergefährdungszahlen pro 100 000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe der Polizeilichen Kriminalstatistik, der Jahre 2000–2011 für vollendete Gewaltkriminalität (PKS-Summenschlüssel 892000); 892000 beinhaltet die Deliktsbereiche: 010000 (Mord), 020000 (Totschlag), 111000 (Vergewaltigung und sexuelle Nötigung §§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB), 210000 (Raubdelikte), 221000 (Körperverletzung mit Todesfolge §§ 227, 231 StGB), 222000 (Gefährliche und schwere Körperverletzung §§ 224, 226, 231 StGB), 233000 (Erpresserischer Menschenraub § 239a StGB), 234000 (Geiselnahme § 239b StGB) und 235000 (Angriff auf den Luft- und Seeverkehr § 316c StGB); adaptiert aus Bundesministerium des Innern 2011.

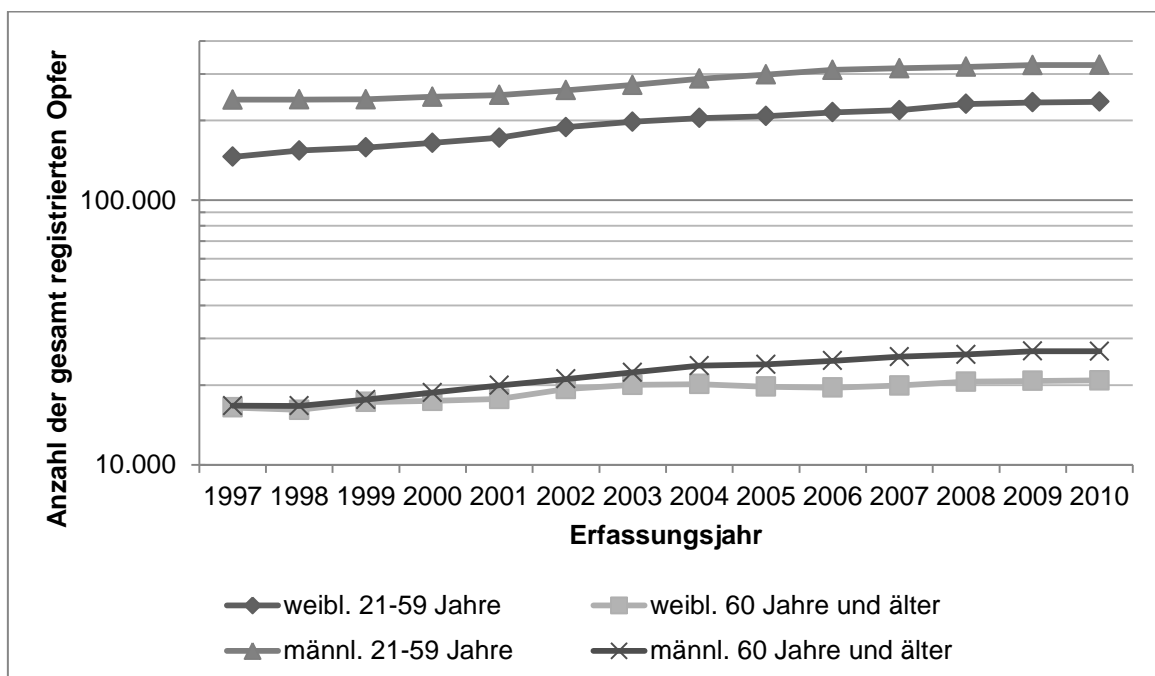


Abbildung 20: Polizeilich registrierte Opfer aller vollendeten Straftaten, Bundesrepublik Deutschland 1997–2010 (Opfer insg. bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe); Fallzahlen (erfasste vollendete Fälle) der vergangenen Jahre 1997–2010; adaptiert aus Bundesministerium des Innern 2011.

Betrachtet man diesbezüglich die erhobenen Daten des IfR im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Kriminalitätsbelastung, so ergibt sich ein, gegenüber den Daten der PKS und der sich hieraus abzeichnenden dominierenden männlichen Opferanteile (s. vorheriger Abschnitt), konträres Bild. Bezogen auf den Untersuchungszeitraum 2006–2011 stellt sich die Viktimisierung Älterer, in Abhängigkeit des Geschlechtes, wie folgt dar: In der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren waren 58 % weiblichen Geschlechts; für Männer indes ergibt sich ein Wert von 42 %, was eine weiblich dominierte Kriminalitätsbelastung vermuten lässt. Der jeweils größte Anteil der Viktimisierungsrate entfiel auf die Gruppe der 60- bis 70-Jährigen (M: 66 %, F: 49 %). Jedoch ergibt sich in Anbetracht der Tatsache, dass bereits zum Untersuchungszeitpunkt 84 % der Geschädigten (M: 89 %, F: 81 %) eine anlassbezogene Anzeige erstattet hatten, eine berichtigende Darstellung; vor allem davon ausgehend, dass weitere Strafanzeigen im Verlauf erfolgten und damit die Mehrheit der Fälle in den PKS erfasst wurden. Im Rückschluss bedeutet dies, Bezug nehmend auf die Geschlechterverteilung der untersuchten Patientengruppe, eine erhöhte Untersuchungsbereitschaft der Frauen (s. Tab. 1; Abb. 7).

Erklären ließe sich die höhere Untersuchungsbereitschaft u. a. durch eine positivere Erwartungshaltung bezüglich des Einflusses auf den Verlauf der Ermittlungen („Profit“), eine gesteigerte Offenheit zur Kooperation mit opferbetreuenden Einrichtungen, eine einsichtige Akzeptanz des Bedarfes einer Gewaltopferuntersuchung und durch ein größeres Vertrauen zum untersuchenden Arzt.

Ein weiterer Faktor, der sich auf die Kriminalitätsbelastung im Alter auswirken dürfte, ergibt sich aus geschlechtsspezifischen Annahmen zur Sterblichkeit (Sterblichkeitsverhältnisse) und der durchschnittlichen Lebenserwartung. Entsprechend zeigte sich zum einen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung das Alter der älteren Patienten zwar stark variierte bzw. einen relativ großen Alterszeitraum umfasste (von 60 bis 100 Jahren), zum anderen jedoch auch, dass sich dieser unter gleichzeitiger Einbeziehung der Fallzahlen zu relativieren scheint. So ergab sich für die Patientengruppe der ab 60-Jährigen ein durchschnittliches Untersuchungsalter von ca. 70 Jahren. In Entsprechung dazu lässt sich der Abbildung 7 eine mit zunehmendem Alter sinkende Gesamtzahl an Untersuchungen entnehmen.

Different ist jedoch das der anteilmäßig stärksten Abnahme an Untersuchungen zugrunde liegende Durchschnittsalter. Während bei den Frauen noch rund 46 % 70 Jahre und älter waren, betrug die entsprechende Angabe für die Männer 29 %; bei den über 80-Jährigen 23 % bzw. 9 %. Rückschließend waren beinahe 80 % der Patienten ab 80 Jahren weiblich.

Erklärend hierfür dürfte u. a. der Umstand sein, dass Frauen in Deutschland im Durchschnitt eine fast sechs Jahre höhere Lebenserwartung als Männer haben. Zum anderen steigt mit dem zunehmenden Alter auch der Anteil an den Pflegebedürftigen. Sind es in der Gruppe der unter 70-Jährigen noch anteilmäßig mehr Männer, so zeigt sich bereits in der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren ein verändertes Pflege-Bild; d. h. ab einem Alter von 75 Jahren liegt der Anteil der pflegebedürftigen Frauen über dem der Männer und beträgt ab dem 90. Lebensjahr über 60 % (Cornelißen 2005). Dadurch erklärt sich auch die verhältnismäßig starke Minderung der Untersuchungszahlen bei den Frauen ab 90 Jahren (zuzüglich der Tatsache, dass die Sterblichkeitsrate steigt). Gleichzeitig untermauert dieser gegebene Umstand die bereits angesprochene Problematik bei der Umsetzung der Opferarbeit im Bereich „höheraltriger“ Pflegebedürftiger (vgl. Abschnitt „Anzeigerstattung und Gründe für das Unterlassen einer Anzeige“).

5.4.2 Gewaltbetroffenheit in Abhängigkeit der Nationalität/Ethnizität

In Ergänzung zu den im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Ergebnissen zeigten die Daten bei den Opfern Unterschiede hinsichtlich der Staatszugehörigkeiten/Ethnizitäten. Im Gesamten handelte es sich sowohl in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren wie auch in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen, bei den männlichen wie auch bei den weiblichen Opfern, mehrheitlich um Deutsche (s. nachfolgende Tab.; vgl. ergänzend Tabelle 2); allerdings zeigt sich unter Einbeziehung des Alters, dass der Anteil deutscher Geschädigter ab 60 Jahren im Durchschnitt höher liegt (85,6 % gegenüber 71,8 % bei den unter 60-Jährigen). Dabei ist anzumerken, dass sich die jeweilige Angabe auf die prozentuale Verteilung, nicht aber auf die absoluten Werte bezieht.

In Entsprechung hierzu präsentierten sich die Schwerpunkte der Opferbelastung bei Personen nicht-deutscher Herkunft im Vergleich zu Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (einschließlich Deutscher mit Migrationshintergrund), vermehrt im Bereich des jüngeren bzw. mittleren Erwachsenenalters (23,7 % gegenüber 11,5 % in der Altersgruppe 60+).

Entsprechend dieser Prävalenzzahlen ergibt sich auf den ersten Blick – zumindest prozentual gesehen – eine im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen geringere Opfergefährdung älterer Personen nicht-deutscher Herkunft, womit sich die weiter oben getroffene Aussage des vergleichsweise geringeren Opfer-Werdungs-Risikos älterer Menschen auch auf andere nicht-westliche Nationen bzw. Nationalitätsgruppen innerhalb Deutschlands übertragen ließe. Nicht-westlich insofern, als dass die türkische und die osteuropäische Bevölkerung die mit Abstand größten Zuwanderungsgruppen bilden (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2004), was mit der Situation des hier untersuchten Patientenkollektiv kongruiert.

Tabelle 81: Anteilmäßige Verteilung der Gewaltopfer hinsichtlich ihrer Nationalitäten (deutsche, ausländische bzw. ungeklärte Staatsangehörigkeit), eingeschlossen Opfer deutscher Staatszugehörigkeit mit Migrationshintergrund (nicht-deutscher Herkunft) in der Gruppe Deutsch; entsprechend Tabelle 2 des Ergebnisteiles.

Nationalität:	Geschlechts- und Altersgruppen:						Ges.:
	< 60J.		< 60J. Ø Ergebnis	≥ 60 J.		≥ 60 J. Ø Ergebnis	
	w	m		w	m		
deutsch	72,02%	71,32%	71,75%	87,82%	82,46%	85,56%	72,65%
Nicht-Deutsch	24,88%	21,99%	23,74%	10,26%	13,16%	11,48%	22,93%
unbekannt	3,10%	6,49%	4,44%	1,92%	4,39%	2,96%	4,34%
k. A.	0,00%	0,20%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
Gesamtergebnis	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Betrachtet man dieses sich ergebende Bild und die sich daraus ableitbare Annahme, dass sowohl Deutsche als auch Nicht-Deutsche höheren Alters ein geringes Viktimisierungsrisiko aufweisen – verglichen mit den jeweiligen jüngeren Altersgruppen –, so stellt sich unweigerlich auch die Frage nach der „Richtigkeit“ dieser Annahme.

Eine Bestätigung für die Richtigkeit dieser Annahme findet sich u. a. in den vom Statistikamt Nord veröffentlichten Daten zur Bevölkerungsstruktur Hamburgs. Den veröffentlichten Daten des Statistikamtes ist nämlich zu entnehmen, dass der An-

teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei insgesamt 29,6 Prozent liegt. Die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppen, verteilen sich dabei wie folgt: 45 % entfallen auf die unter 18-Jährigen, 30,6 % auf die 18- bis 64-Jährigen und 13 % auf die 64-Jährigen und Älteren (inbegriffen Personen deutscher Staatsangehörigkeit, nichtdeutscher Herkunft) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011, vgl. hierzu auch Landeskriminalamt Hamburg 2012).

Vergleicht man die im vorangegangenen Abschnitt aufgeführten Verteilungen zur Bevölkerungsstruktur mit den ermittelten Ergebnissen dieser Untersuchung, erscheint die prozentuale Verteilung im untersuchten Opferkollektiv – insbesondere jene der Älteren – nahezu deckungsgleich mit den realen Anteilen in der Gesamtbevölkerungsstruktur Hamburgs, sodass sich hieraus eine Bestätigung der oben angeführten Annahme ableiten ließe, jedoch nicht als Beleg angeführt werden kann, da das Ergebnis auch anderweitige Erklärungen zulässt.

So könnte das Ergebnis zum einen darauf zurückgeführt werden, dass zumindest bei Deutschen und ausländischen Mitbürgern ab 60 Jahren die Bereitschaft, sich einer rechtsmedizinischen Untersuchung zu unterziehen, anteilmäßig gleich groß ist. Zum anderen könnte aber auch eine insgesamt höhere Kriminalitäts-/Gewaltbelastung (pro Kopf) unter ausländischen Mitbürgern dieses sich nahezu gleichende Verhältnis bedingen.

An dieser Stelle anzumerken ist ebenfalls, dass in der Gruppe der genannten nicht-deutschen Opfer nur Personen erfasst sind, denen nachweislich eine andere ethnische Zugehörigkeit als die deutsche zugeordnet werden konnte. Ferner auch Staatenlose und Personen mit laufenden Einbürgerungsverfahren. Unter Umständen nicht inbegriffen sind folglich Ausländer mit deutscher Staatsangehörigkeit und Doppelstaater, die ihren staatsangehörigkeitsrechtlichen Status nicht angeben. Kommensurabel zur Sprachkompetenz (s. Tab. 3) scheinen die Erhebungen zur Nationalitätsverteilung korrekt zu sein. In 81 % der Fälle beherrschten die Geschädigten fehlerfrei sprachliche Fähigkeiten, was für Deutsch als Muttersprache spricht. Demgegenüber wurde in rund 15 % der Untersuchungen, in annähernder Analogie zu den Migrationsangaben, eine eingeschränkte oder ungenügende Sprachkompetenz diagnostiziert. Dies bestätigt sich u. a. auch durch eine Studie

des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung zum Thema Sprachkompetenz (Sauer 2011). Hier wurden die eigenen Deutschkenntnisse der über 59-Jährigen von beinahe 70 % der Studienteilnehmer mit mittelmäßig, eher schlecht oder sehr schlecht bewertet. Unter Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung und der Tatsache, dass der Anspruch an die eigene Sprachkompetenz sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, dürfte die objektive Beurteilung der Deutschkenntnisse diesen Wert übertreffen.

5.5 Phänomenologische, handlungsmotivierende und morphologische Aspekte der Gewalt

5.5.1 Hintergründe und Motive der Gewalt-Opfer-Werdungen

Grundsätzlich erwies es sich in der Praxis als schwierig, der Genese von Gewalt ein Leitmotiv beizumessen, da für die hier zugrunde liegenden Verhaltensmuster meist mehrere Ursachen wie auch Risikofaktoren infrage kommen. So können beispielsweise die Motive für eine Tat, entweder aus dem Handeln beeinflussenden Aspekten der individuellen Biografie einer Person (erlebte elterliche Gewalt, traumatische Erlebnisse, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit) oder aber aus systemisch-gesellschaftlichen Faktoren (aussichtslos erscheinende Lebenslagen, schlechtes soziales Umfeld, Gewalt als gruppenspezifisches Phänomen) resultieren, die in ihrer Komplexität, wie auch z. T. in ihrer gegenseitigen Bedingtheit, nur schwer zu fassen sind.

Die aus dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse belegen, dass Gewalt in unserer Gesellschaft ein allumfassendes Problem darstellt. Der Anteil derjenigen, die innerhalb des zugrunde liegenden Referenzzeitraums von sechs Jahren zur Untersuchung vorstellig wurden, liegt bei Männern wie Frauen in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen zwar weitaus höher wie bei den 60-Jährigen und Älteren, dennoch darf dieses Problem weder bagatellisiert noch geduldet werden. Die Hintergründe der Gewalt sind mindestens so vielseitig wie die Gewaltarten, denen sich die Älteren ausgesetzt finden (s. Tab. 8-9 u. Abb. 11). Der Frage, welche Motive den Gewalthandlungen zugrunde lagen und ob es diesbezüglich geschlechts- und altersspezifische Unterschiede gibt, soll folgend nachgegangen werden.

Insgesamt zeigte sich, dass das Verhältnis der Geschlechter in den jeweiligen Altersgruppen zueinander annähernd gleich groß ist (60 % Frauen zu 40 % Männern). Des Weiteren wird deutlich, dass sich die Gewaltmotive in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts unterscheiden (s. Tab. 8). So dominieren Beziehungskonflikte beispielsweise die weibliche Opferbelastung in beiden Altersgruppen und stellen damit den häufigsten Grund für eine rechtsmedizinische Untersuchung dar, doch divergiert die Prävalenz erheblich. Bei den 60-jährigen und älteren Frauen

liegt diese bei 35 %, während sich bei den 21- bis 59-jährigen Frauen ein Wert von über 55 % ergibt. Für Männer liegen die entsprechenden Werte bei 16 % bzw. 11 %. Dieser Unterschied verstärkt sich noch in Bezug auf die beiden Deliktbereiche Raubüberfall und sexuelle Viktimisierung. In der Kategorie Raubüberfälle zeigen die unter 60-Jährigen (M: 8 %, F: 3 %) im Sechsjahreszeitraum eine geringere Opfer-Werdungs-Rate als die 60-Jährigen und Älteren (M: 17 %, F: 18 %). Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich ferner, dass in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen deutlich mehr männliche Personen durch Raub viktimisiert wurden, während bei den Älteren nur ein unerheblicher Unterschied zu erkennen ist; womit geschlechtsspezifische Belastungen und Risiken hinsichtlich einer Opfer-Werdung durch Raub im Alter zu verschwimmen scheinen.

Im Hinblick auf „primär“ sexuell motivierte Gewalt (ausgeschlossen jener Fälle bzw. Erfahrungen körperlicher Verletzung, die primär ein anderes Movens als das sexuelle, libidinöse Motiv erkennen ließen) konnte festgestellt werden, dass nahezu ausnahmslos Frauen betroffen sind. Der Anteil der Frauen in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (24 %) zwar rund doppelt so hoch liegt wie in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (12 %), aber keinesfalls eine zu vernachlässigende Größe (auch in absoluten Zahlen) darstellt. Dementsprechend muss davon ausgegangen werden, dass sexuell, libidinös motivierte Gewalt nicht nur als Phänomen der jungen wie mittleren Generation betrachtet werden kann, sondern vielmehr ein generationsübergreifendes Problem darstellt.

Darüber hinaus zeigten sich auch Unterschiede in der Kategorie der „anderen Konflikte“ (s. Tab. 9). Während bei den Älteren insbesondere der Tathintergrund Nachbarschaftsstreitigkeit genannt wurde, dominierten in der Gruppe der unter 60-Jährigen Angaben wie Konflikt im Rotlicht-, Nacht- und Kneipenmilieu, Übergriffe durch Polizei und Konflikte am Arbeitsplatz.

Damit lässt sich gesamthaft feststellen, dass die Gewaltmotive gegenüber Frauen bzw. sich ergebende und eskalierende Konfliktsituationen unter Beteiligung von Frauen (jüngere wie ältere) tendenziell eher in innerfamiliären wie innerpartnerschaftlichen Bereichen liegen und sexuell orientiert sind, mit Ausnahme der Raubüberfälle, während bei den Männern die hinter der Tat stehenden Motive vorwie-

gend soziokulturell einzuordnen sind. Dieses Bild bestätigt sich auch durch die bundesweite Opfer-Werdungs-Befragung 2005 des KFN zum Thema „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ und den Forschungsbericht „Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt“ 2003 (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2009, Görgen und Nägele 2003). Dennoch bleibt anzuführen, dass das Phänomen von Gewalt in Beziehungen nicht auf das weibliche Geschlecht beschränkt ist, sondern auch Männer die Opfer gewaltgeladener Beziehungen werden.

5.5.2 Orte der Gewalterfahrungen

Ein weiterer Aspekt dieser Arbeit lag in der Untersuchung der Gewaltorte. Nachfolgend werden einige zentrale Ergebnisse dargestellt. Hierzu wurden die Gewaltorte im Hinblick auf Privatheit („Orte des nicht öffentlichen Lebens“) und Öffentlichkeit („Orte der allgemeinen Zugänglichkeit“) in mehrere Rubriken unterteilt (s. Tab. 29). Die nachfolgende Abbildung fasst diese Rubriken zusammen und soll einen Überblick zur Einschätzung der Häufigkeiten über die Orte der Gewalt geben.

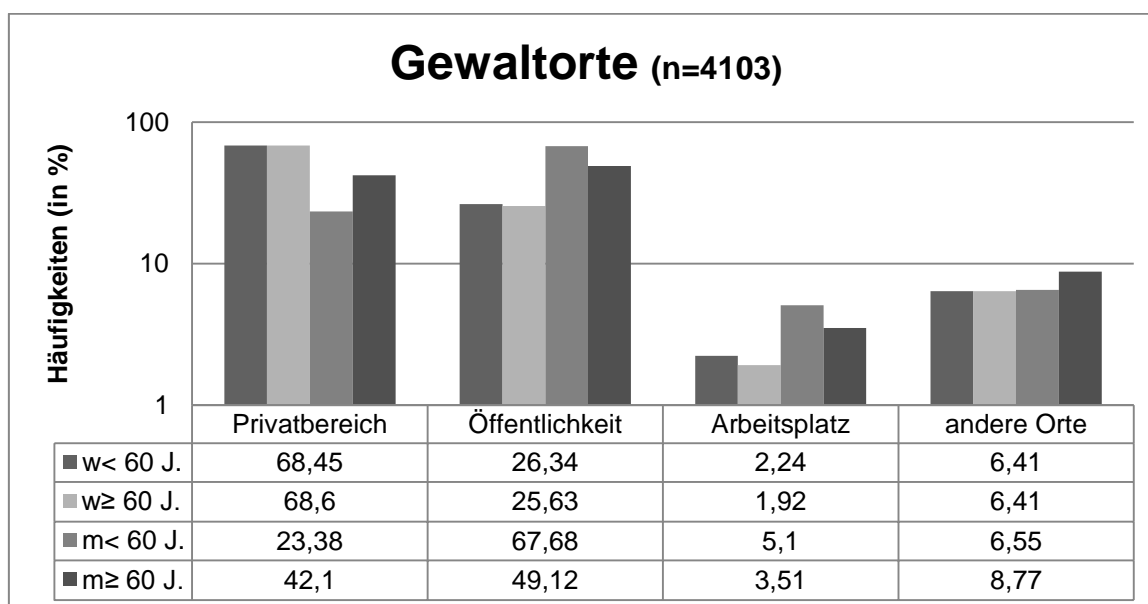


Abbildung 21: Orte der Gewalthandlungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts (in %): Privatbereich: Häusliche Umgebung der geschädigten Person, häusliche Umgebung des Beschuldigten, gemeinsame Wohnung von beschul. u. geschädigt. Person, häusliche Umgebung einer dritten Person; Öffentlichkeit: öffentliche Wohnunterkunft, Schule/auf Schulweg, öffentlicher kommerzieller Bereich, öffentliche Straße/Park, öffentliche Transportmittel, sonstige Öffentlichkeit, Arbeitsweg/Rückweg; Arbeitsplatz; andere Orte: Räumlichkeiten von Polizei/Justiz u. Gefängnisse, unbekannter Gewaltort, Fahrzeug, mehrere Gewaltorte, sonstige Gewaltorte.

Bei der Betrachtung der Gewalttorte werden alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede und Parallelen erkennbar. So wurden im Untersuchungszeitraum beinahe 70 % aller untersuchten Frauen ab 21 Jahren in einer häuslichen Umgebung zum Opfer. Dabei wurde die eigene Wohnung am häufigsten als Tatort angegeben. Bei den 60-jährigen und älteren Männern ergab sich diesbezüglich eine Prävalenz von 42 %. Dahingegen entfällt auf die Gruppe der 21- bis 59-jährigen Männer ein Anteil von 23 %.

Indes ergibt sich für die Öffentlichkeit als Gewaltort eine beinahe spiegelbildliche Verteilung. Während die Männer in 43 % (≥ 60 Jahre) bzw. 58 % (< 60 Jahre) der Fälle den öffentlichen kommerziellen Raum und die öffentliche Straße als Ort des Geschehens angaben, beliefen sich entsprechende Angaben bei den Frauen auf 23 % bzw. 21 % in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren. Bekräftigt werden diese Ergebnisse durch die Erhebungen der Schutzambulanz Fulda, die von Blättner et al. 2012 ausgewertet wurden (Blättner et al. 2012). Aus ihnen geht u. a. hervor, dass 71 % der Opfer Gewalt in der eigenen Wohnung und 17 % eine Viktimisierung in der Öffentlichkeit erfuhr. Daraus ergibt sich, dass die Privatwohnung bei Frauen den häufigsten Ort der Opfer-Werdung darstellt, während bei den Männern der öffentliche Raum diese Stellung einnimmt.

Dies – wie bereits erörtert (s. Täter-Opfer-Beziehung) – kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass sich die Täter-Opfer-Konstellationen für die verschiedenen Altersgruppen unterscheiden; so sind bei den (höheraltrigen) weiblichen Geschädigten die Täter bevorzugt dem persönlichen Nahraum zuzuordnen. Zum anderen kann dem häuslichen Umfeld, als unmittelbarer Lebensmittelpunkt (in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht), eine unterschiedlich starke Gewichtung als prädisponierender Faktor beigemessen werden (siehe hierzu auch weiter unten im Text).

Zusätzlich zeigt sich, dass das Opfer-Werdungs-Risiko für Männer steigt, je zugänglicher der Ort für die Allgemeinheit (öffentliche Straße vs. öffentliche Transportmittel) und desto „geringer“ das Alter ist. Betrachtet man zu letztgenannter Aussage die im Jahr 2012 erschienen Tabellen der PKS-Zeitreihe (Bundeskriminalamt 2012), so zeigt sich in der Straftatengruppe der gefährlichen und schweren

Körperverletzungen auf Straßen, Wegen oder Plätzen, dass die öffentliche Gefährdung im Alter von 21 bis 59 Jahren am größten ist; nicht zuletzt deshalb, da diese Altersgruppe den Hauptteil der Bevölkerung darstellt. Ebenso in den Altersgruppen der 14- bis 18-Jährigen und der 18- bis 21-Jährigen liegen die Anteile der männlichen Jugendlichen, bzw. der jungen Männer, über dem der jeweiligen weiblichen Bezugsgruppen, wie aus der nachfolgenden grafischen Darstellung ersichtlich ist.

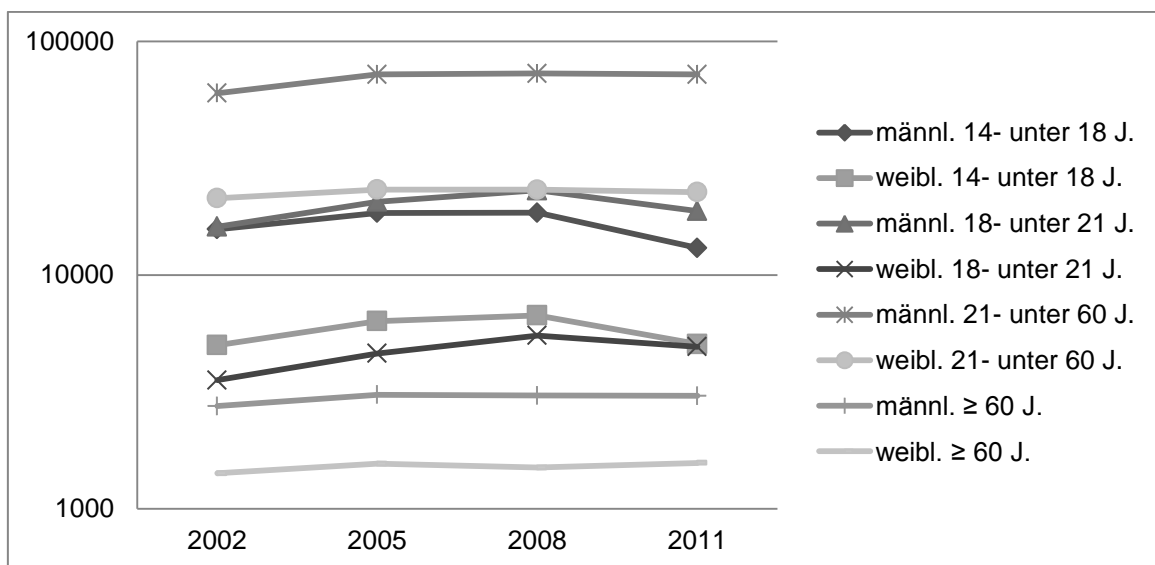


Abbildung 22: Gefährliche und schwere Körperverletzung auf Straßen, Wegen oder Plätzen: Aufgliederung der Opfer nach Alter und Geschlecht für vollendete Fälle der Jahre 2002–2011 (Opfer insg. bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe); adaptiert nach Bundeskriminalamt 2012; PKS-Summenschlüssel 222100.

Dass die geringste öffentliche Viktimisierung auf die 60-Jährigen und Älteren entfällt, ist angesichts der Tatsache, dass das Leben mit dem Älterwerden zunehmend in den eigenen vier Wänden stattfindet, nachvollziehbar. Ursächlich hierfür scheint ein vermehrter Rückzug aus der „jungen“ Gesellschaft (Interessenverschiebung) und eine restringierte Mobilität aufgrund von Altersveränderungen oder verschiedenster Krankheiten (Gangunsicherheit, Sehstörungen) (Böhmer und Füsgen 2008).

Ein Faktor, der die höhere männliche Opferbelastung in der Gruppe der ab 60-Jährigen in der Öffentlichkeit erklärt, ergibt sich aus dem Umstand, dass die klare Mehrheit aller Pflegebedürftigen (67 %) von Frauen repräsentiert werden. Dies liegt zum einen an der geringeren Lebenserwartung der Männer, aber auch daran, dass Männer durchschnittlich weniger pflegebedürftig werden als Frauen. Ursäch-

lich hierfür scheinen unterschiedliche („geschlechtsspezifische“) Erkrankungen. Männer leiden demnach häufiger an Erkrankungen, die schneller bzw. früher zum Tode führen, wohingegen Frauen eher an chronischen Erkrankungen oder Behinderungen leiden, die zu einer Pflegebedürftigkeit führen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, Cornelißen 2005).

Einen weiteren Aspekt bilden die Kriminalitätsfurcht und das daraus resultierende Verhalten. Die Daten der bundesweiten Opfer-Werdungs-Befragung 2005 (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2009) zeigten, dass die Furcht, Opfer von Gewalt und Kriminalität zu werden, mit dem Alter zunimmt und bei Frauen stärker ausgeprägt ist, als bei gleichaltrigen Männern. Allein die Betrachtung der Frage nach dem „Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend“ zeigt einen deutlich höheren Anteil von Frauen (im Durchschnitt 63,5 Jahre), die diese Frage mit „ziemlich unsicher“ oder „sehr unsicher“ beantworteten. Ebenso wird deutlich, dass die Befürchtung, Opfer eines Gewaltdelikt (Raub, Körperverletzung, sexuelle Gewalt etc.) zu werden, bei den 60-jährigen und älteren Frauen über der entsprechenden Männer lag und in der Vergleichsgruppe der 40- bis 59-Jährigen weniger stark ausgeprägt war. Analog verhält sich das daraus resultierende Vermeidungsverhalten als direkte Reaktion des eigenen Gefühls der Unsicherheit (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2009, Dölling et al. 2003).

Ziegleder et al. (2011), die Befunde zum vermeidenden Schutzverhalten auf Basis der Untersuchung von Klimke (2008) erhoben haben, berichten, dass sowohl jüngere als auch ältere Frauen deutlich häufiger vorbeugende Maßnahmen zum Schutz der eigenen Person ergreifen als Männer. Dabei lag der Anteil der Frauen, die einräumten bewusst Schutzmaßnahmen zu ergreifen, bei den jüngeren Frauen bei 75 % bzw. bei den älteren Frauen bei 80 %. Als Vorgehensweisen wurden dabei u. a. folgende Maßnahmen benannt: Einen Umweg in Kauf zu nehmen, abends nicht ohne Begleitung fortzugehen, sich abholen bzw. nach Hause bringen zu lassen, bestimmte Orte zu meiden und abends grundsätzlich das Haus nicht zu verlassen.

Rückschließend ergibt sich daraus ein weiterer Hinweis zur Klärung der Frage, warum Männer altersübergreifend vermehrt einer Viktimisierung in der Öffentlichkeit ausgesetzt sind als Frauen.

5.6 Den Taten zugrunde liegende Kriminalitäts- und Gewaltformen

Allgemein betrachtet impliziert der Begriff „Gewalt gegen Menschen“ jedwede Art von Handlungen und Deliktszenarien, durch welche Menschen negativ beeinflusst oder geschädigt werden. Im Wesentlichen lassen sich hierbei, wie nachfolgend dargestellt, sechs Unterkategorien unterscheiden.

Tabelle 82: Überblick über Formen und Ausprägungen von Gewalterfahrungen.

Gewaltformen	Beispiele
Körperliche Gewalt	schlagen, treten, verletzen, fesseln/fixieren, gefangen setzen, würgen
Vernachlässigung (aktiv/passiv)	mangelhaftes Umsorgen, Nicht-Betreuung, Vorenthaltung von Hilfe/Unterstützung
Medizinische Gewalt	Verweigerung medizinischer Hilfe, Gabe falscher Medikamente/Überdosierung, Fehleinweisung, mangelhafte Qualifizierung des Personals
Sexuelle Gewalt	vergewaltigen, sexuell nötigen/belästigen
Psychische/verbale sowie soziale Gewalt	emotionale Vernachlässigung: ein nicht auf die Gefühle, Erwartung der Zuneigung/Zuwendung eingehendes Verhalten; anschreien, beschimpfen, bedrohen, einschüchtern, missachten, demütigen; Isolation, Kontrolle der sozialen Kontakte, Missachtung der Privatsphäre
Ökonomische Gewalt	materielle und finanzielle Schädigung: Kontrolle der Finanzen, Geld verweigern/zuteilen/wegnehmen, Entzug von Eigentum, Sachbeschädigung

Diese Unterkategorien lassen sich wiederum drei Hauptgruppen zuordnen, die zwischen physischer, psychischer und ökonomischer Gewalt unterscheiden. Unter physischer Gewalt werden hier alle Gewaltformen verstanden, die mit einer körperlichen Misshandlung oder einer Beschädigung der Gesundheit einhergehen und damit rechtsmedizinisch diagnostizierbar sind. Beispielhaft zu nennen sind: Körperverletzungsdelikte mit und ohne Einsatz von Waffen, Straftaten gegen die

sexuelle Selbstbestimmung in Form sexueller Nötigung und Vernachlässigung (mangelnde Pflege, Unterernährung). Im Gegensatz dazu stehen die Formen der psychischen Gewalt, die einer emotionalen Misshandlung gleichkommen, aber keine sichtbaren/äußerlichen Verletzungen hervorrufen, wie z. B. permanente Beschimpfung, Schikanie und Erniedrigung (Weltgesundheitsorganisation 2003, Ohl 2002, Imbusch 2002, Gelles 2002).

Im Rahmen sozialer Auseinandersetzungen können nun einzelne oder wahlweise verschiedene Kombinationen von Gewaltarten auftreten, die auch hinsichtlich des Ausmaßes bzw. der Vehemenz stark variieren können. Die Bedeutung dieser vielfältigen Gewaltformen in sozialen Konflikten lässt sich anhand der analysierten Daten verdeutlichen.

Bei der Auswertung der Dokumentationsbögen des IfR (s. Tab. 18) konnte im Hinblick auf ältere Menschen festgestellt werden, dass die ausschließlich körperliche Gewalt (ohne Einsatz von „Waffen“) mit 67 % die am häufigsten erhobene bzw. geschilderte Gewaltform darstellte. Am zweithäufigsten wurde die instrumentelle Gewalt genannt (in rund 26 % der Fälle), gefolgt von sexueller Nötigung u./o. Bedrohung (in je rund 4 % der Fälle). Die erhöhte Anzahl der erhobenen Gewaltformen (n=5107) im Vergleich zu den Untersuchungsfällen (n=4103) zeigt, dass es sich bei den Viktimisierungen mehrfach um die Kombination aus verschiedenen Gewaltformen handelte. Zusätzlich zu den standardisiert erhobenen Gewaltarten/-formen wurden Ereignisse wie Brandeinwirkung, Vergiftung und unterlassene ärztliche Hilfeleistung benannt, die in der Rubrik „andere Gewalt“ zusammengefasst wurden (s. Tab. 19). Des Weiteren wurde in 14 % der Anamnesen die Angabe Gewaltart „unbekannt“ o. „keine konkrete Gewalt bekannt“ erhoben. Inbegriffen sind auch solche Fälle, bei denen einzelne Aspekte des Tathergangs nicht konkretisiert werden konnten und damit die Umstände bzw. die genaue Rekonstruktion des Tathergangs offenblieb. Die entsprechenden Angaben sind im Einzelnen den Tabellen im Ergebnisteil zu entnehmen.

Die ermittelten Prävalenzzahlen Ergebnisse zeigen ferner, dass die grundsätzliche Mehrheit aller Körperverletzungsdelikte ohne Waffen bzw. den Einsatz von Tatwerkzeugen oder Substanzen erfolgte. Dennoch findet der Einsatz von „Waffen“,

unabhängig vom Handlungskontext der zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen Verwendung, und scheint damit keine Ausnahmeerscheinung, sondern vielmehr usuell zu sein, wie die Daten des IfR zeigen.

Die Tatwerkzeuge, die zur Begehung der im IfR erfassten Straftaten bzw. Körperverletzungsdelikte verwendet wurden, sind im Einzelnen bzw. auszugsweise dem Ergebnisteil zu entnehmen (s. Tab. 20). Gesamthaft betrachtet zeigt sich, dass nahezu jeder 4. Untersuchungsanlass im Kontext von „Waffengewalt“ bzw. unter Zuhilfenahme instrumenteller Tatwerkzeuge erfolgte. Am häufigsten wurde die Viktimisierung mittels Schlag-, Stoß-, Prall- und Wurfwerkzeugen angegeben (45 %). Hierunter fielen Instrumente wie: Eisenstangen, Baseballschläger, Schlagstöcke, Vasen, Telefonhörer und Ähnliches. Indes wurde der Einsatz von scharfer Gewalt in 26 % der Untersuchungsanlässe genannt, denen eine instrumentelle Viktimisierung zugrunde lag, wurde in 83 % der Fälle ein Messer als Tatwerkzeug benutzt.

Vergleicht man die Anzahl der 60-Jährigen und Älteren mit der Anzahl der 21- bis 59-Jährigen, die Opfer einer instrumentellen Gewalt wurden (extra aufgeführt und somit nicht inbegriffen sind Fälle der Fixierung/Fesselung; s. Tab. 18), so ergibt sich ein Verhältnis von 3,9: 4,3. Daraus lässt sich ableiten – zumindest für das hier untersuchte Opferkollektiv –, dass das Risiko im Alter, Opfer einer Straftat unter Zuhilfenahme instrumenteller Tatwerkzeuge zu werden, nur geringfügig herabgesetzt ist. Folglich ließe sich auch der Schluss ziehen, dass die Entscheidung, auf „Waffengewalt“ bzw. ein Tatwerkzeug zurückzugreifen, ein generationsübergreifendes Gesellschaftsproblem darstellt und damit nicht nur Thema der „jüngeren“ Generation ist; gesetzt den Fall, dass Täter und Opfer mehrheitlich derselben Altersgruppe zuzuordnen sind. Ob dies auch im Zusammenhang mit einer gesteigerten Vehemenz der Gewaltausübung steht, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Zudem zeigte eine nach dem Tätergeschlecht differenzierende Betrachtung (s. Tab. 21), dass Formen von instrumenteller Gewalt gegen Frauen und Männer zwar insgesamt in höherem Maße durch männliche als durch weibliche Täter verübt wurden, jedoch nur rein zahlen-, nicht aber anteilmäßig. Dies bedeutet, dass

Frauen im registrierten Täterkollektiv insgesamt häufiger auf Waffen bzw. Tatwerkzeuge zurückgriffen als männliche Täter (F: 29 %; M: 23 %). Eine diesbezüglich getrennte Betrachtung der einzelnen Opfergruppen zeigt fernerhin, dass sich die daraus ableitbare Aussage zur frauendominierten „Täterschaft unter Zuhilfenahme eines Tatwerkzeuges“, unabhängig vom Geschlecht und Alter der Opfer bestätigt, wenngleich auch die Fallzahlen in der Gruppe der ab 60-Jährigen vergleichsweise gering ausgeprägt sind.

Gesamthaft betrachtet (zahlenmäßig) bleibt es auch festzuhalten, dass Viktimisierungen unter Zuhilfenahme instrumenteller Tatwerkzeuge in der Gruppe der 21- bis 59-jährigen männlichen Opfer – unabhängig vom Tätergeschlecht – dominierten und in der Gruppe der 60-jährigen und älteren Frauen mehr männliche Täter erfasst wurden, die sich instrumenteller Gewalt bedienten.

Zum anderen zeigte sich anhand der ermittelten Prävalenzzahlen, dass innerhalb der männlichen Tätergruppe, der unisexuelle Waffengebrauch dominierte, wohingegen sich weibliche Täter die Waffe als Gewaltmittel, vornehmlich gegen das andere Geschlecht zunutze machten.

Diese Ergebnisse lassen sich durchaus dahingehend interpretieren, dass Männer wie Frauen in gleicher Weise, sollten sie eine körperliche Überlegenheit bzw. zumindest eine körperliche Gleichgestellttheit dem anderen Geschlecht gegenüber vermuten, vermehrt auf den Einsatz von Tatwerkzeugen, als Ausgleich körperlicher Unterlegenheit, zurückgreifen; eine im Allgemeinen eher als „typisch weiblich“ angesehene Verhaltensweise.

Die erhöhten Prävalenzzahlen von instrumentellen Viktimisierungen durch männliche Täter in der Gruppe der weiblichen Opfer ab 60 Jahren, könnten möglicherweise daher rühren, dass den Gewalttaten vermehrt Beziehungskonflikte zugrunde lagen (Täter und Opfer folglich annähernd gleich alt waren) und dem Umstand geschuldet sind, dass die „Gesundheitsschere“ (im Sinne einer Nichtbeeinträchtigung durch Krankheit) zwischen Männern und Frauen im Alter stärker divergiert, als in jüngeren Jahren (Robert-Koch-Institut 2010), und folglich auch verhältnismäßig mehr Männer aufgrund ihrer körperlichen Unterlegenheit auf „unlautere

Mittel“ zurückgreifen, um die Situation zu beherrschen. Eine andere mögliche Erklärung könnte in der Eigenart verschiedener Delikte liegen, und dass eben Frauen höheren Lebensalters (nicht in wesentlich geringerem Maße aber auch die höheraltrigen Männer) vermehrt solchen Straftaten, wie beispielsweise dem räuberischen Diebstahl, zum Opfer fallen, die gehäuft unter dem Einsatz von Waffen (entsprechend einer deliktspezifischen Zweckmäßigkeit) in Erscheinung treten (s. hierzu Tab. 8).

Man darf allerdings bei den vorangestellten Suppositionen nicht vergessen, dass diese lediglich Versuche zur Klärung der Frage darstellen, ob und gegebenenfalls welche Zusammenhänge (hinsichtlich auffällig unterschiedlich hoher Fallzahlen) zwischen Täter, Opfer und der Verwendung von Tatmitteln bestehen. So könnten diese auch dem Umstand geschuldet sein, dass die Täter einerseits spontan bzw. impulsiv, etwa im Rahmen eines aus dem Ruder gelaufenen Streites ("eskalationsbedingt"), einen leicht verfügbaren Gegenstand zur Hilfe nehmen (wie z. B. eine herumstehende Blumenvase, eine in der Hand getragene Gießkanne oder ein griffbereit liegendes Messer auf dem Küchentisch), aber andererseits vielleicht doch auch vorsätzlich, im Kontext einer geplanten oder soziopathisch geprägten Körperverletzung.

Darüber hinaus zeigte sich ein weiterer möglicher Faktor, die prädeliktische emotionalen Beziehung zwischen Opfer und Täter, als einflussnehmendes Element bzw. als soziale Komponente einer Motivkombination, die den Gebrauch oder die Nutzung von Tatwerkzeugen zu provozieren scheint. Bei den in der Untersuchung registrierten Delinquenz-/Viktimisierungsfällen unter Benutzung einer Waffe, konnte unter Einbeziehung der Täter-Geschlechts-Nennung wie der „Beziehungsart“ zwischen Täter und Opfer nämlich festgestellt werden, dass sich Frauen sowohl in partnerschaftlichen (mit 33,3 % gegenüber 16,6 %), expartnerschaftlichen (mit 9,9 % gegenüber 8,8 %) wie auch in familiären (mit 12,4 % gegenüber 2,9 %) Konfliktsituationen stärker vertreten fanden als Männer; wenngleich die Fallzahlen hier z. T. auch sehr gering sind. Bei den Männern handelte es sich hingegen zumindest z. T., zwar auch um „Beziehungskonflikte im entfernteren Sinne“, d. h. Täter und Opfer kannten sich, häufig sogar nicht nur flüchtig, jedoch blieb in der Mehrzahl der Fälle die Beziehungsart unbekannt (s. Tab. 22). Betrachtet man dies

nun unter Hinzuziehung des Gesichtspunktes, dass von 283 Gewaltfällen bei denen eine alleinige weibliche Täterschaft angegeben wurde, 81 Fälle unter der Zuhilfenahme eines Tatwerkzeuges erfolgten, von denen wiederum mehr als die Hälfte der Fälle (rund 56 %) auf das soziale Nahfeld entfielen, so kann geschlossen werden, dass zumindest Frauen in persönlich geprägten Konfliktsituationen, häufiger auf Waffen zurückgreifen als Männer; wobei die Disproportionalität im Alter abnimmt.

Sollten diesen Fällen primär bzw. ausschließlich Konflikte in der Partnerschaft zugrunde liegen, so könnte zur Klärung, die synontologische Untersuchung von Schwital (2004), wonach durch 23 Studien bestätigt wird, dass Frauen bei Gewalthandlungen gegen den Partner vermehrt Waffen einsetzen als Männer, herangezogen werden. Eine mögliche Erklärung hierfür sieht Schwital in der „Equalizertheorie“ nach Straus Anfang der 80iger Jahre. Der US-amerikanische Forscher erklärt den überproportionalen Gebrauch von Waffen dadurch, dass Frauen durch dieses Gewaltmittel ihre körperliche Unterlegenheit ausgleichen und dabei insbesondere auf Gewaltmittel zurückgreifen, die auf Distanz einsetzbar sind, was aber keine sozial-emotional prädisponierende Komponente erkennen lässt. Da diese Fälle aber auch ihren Ursprung in Konflikten im näheren und weiteren sozialen Umfeld begründen, müssen diesen, auch irrationale (impulsive und gefühlsgeleitete überschießende) Beweggründe beigemessen werden können.

Wie bereits schon weiter oben erwähnt, erfolgten jedoch die meisten rechtsmedizinischen Untersuchungen (55 %) im Zusammenhang mit „rein“ körperlicher Gewalt, d. h. ohne die Zuhilfenahme von „Waffen“ oder Gegenständen. Damit kann dieser Gewaltform die höchste Prävalenz beigemessen werden. Übereinstimmend hierzu demonstrierten sich die Angaben der Untersuchungsbefunde zur stumpfen ungeformten und stumpfen geformten Gewalt. Typische Erscheinungsformen in der Kategorie „rein“ körperlichen Gewalt waren Schlagen, Stoßen, Treten, Würgen, grobes Anpacken, Kratzen sowie das Haarereißeln. In Anlehnung an die „Equalizertheorie“ bestätigte sich bei der Untersuchung des Tätergeschlechts, dass im Kontext der stumpfen ungeformten Gewalt (aktiver körperlicher Übergriff ohne Zuhilfenahme von Gegenständen) in beinahe 80 % der Fälle eine unmittel-

bare männliche Täterschaft angegeben wurde und dass es sich bei den Opfern in der Mehrzahl um Frauen handelte.

Die höhere Prävalenzrate der Körperverletzungsdelikte ohne Waffen bestätigt sich u. a. auch in den Ergebnissen der bundesweiten Opfer-Werdungs-Befragungen des KFN aus den Jahren 1992 und 2005 (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009). Hingegen ergeben sich im Bereich der sexuellen Nötigung/Vergewaltigung bzw. dem Versuch hierzu, konträre Ergebnisse. Während das KFN eine 5-Jahres-Prävalenz von 0 % für die 60-Jährigen und Älteren bzw. 0,2 % für die unter 60-Jährigen ermittelte, zeigt sich in den Daten des IfR ein diesbezüglich abweichendes Bild (s. Tab. 18 , 23 und 24).

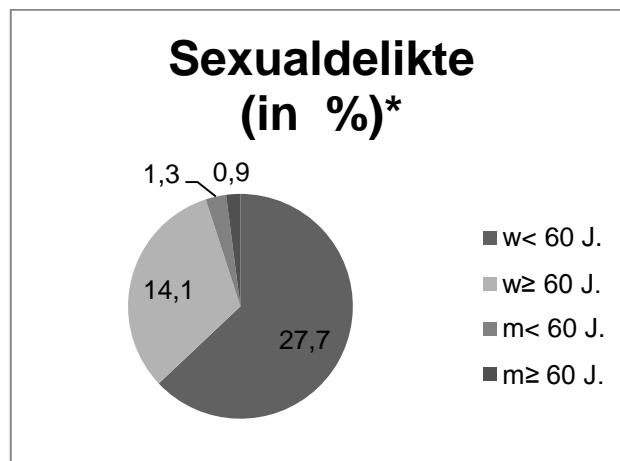


Abbildung 23: Auftretenshäufigkeit der Sexualdelikte nach Alter und Geschlecht der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober, einschließlich der sexuellen Nötigungen ohne unmittelbare Gewalt (bei nicht gleichzeitig vorliegendem Sexualdelikt) (Erläuterungen s. Tab. 18 und 23).

Im analysierten Zeitraum von 2006 bis Oktober 2011 fanden sich insgesamt 686 Fälle von sexualisierter Gewalt, was einem Anteil von rund 17 % an der Gesamtzahl der untersuchten Fälle entspricht. Auch wenn der Vergleich zwischen den Generationen eine Polarisierung der jungen bzw. jüngeren Generation (21-59 Jahre; F: 636 Fälle bzw. 643 Fälle unter Hinzuziehung von 7 Fällen der sex. Nötigung ohne angeführtes Sexualdelikt, M: 20 Fälle) aufweist, zeigt sich ebenfalls, dass entsprechende Opfer-Werdungen bzw. Viktimisierungen in der Gruppe der 60-jährigen Frauen (F: 22 Fälle, M: 1 Fall) ein existentes Problem darstellen.

Analog hierzu demonstrieren sich die Angaben der PKS für die Jahre 2000 bis 2011; Bezug nehmend auf Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sowie

die Straftatengruppe Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (Bundeskriminalamt 2012).

Tabelle 83: PKS: Sexualdelikte (Opfer pro 100 000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe) im Durchschnitt für die Jahre 2000-2011; adaptiert nach Bundeskriminalamt 2012.

		Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer			
		w		m	
		21-59	≥60	21-59	≥60
Sexualdelikte:		n	n	n	n
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	vollendet	26,6	1,5	1,4	0,1
	versucht	6,2	0,5	0,2	0
Vergewaltigung und sexuelle Nötigung	vollendet	16,2	0,7	0,6	0,02
	versucht	3,4	0,2	0,1	0

In Hinsicht auf sexualisierte Gewaltdelikte bestätigt sich hiermit zwar die allgemeine Annahme, dass „jüngere“ Erwachsene ein höheres Viktimisierungsrisiko tragen als ältere Menschen, ebenso ersichtlich wird aber auch, dass das Risiko der 60-jährigen und älteren Frauen über dem der 21- bis 59-jährigen Männer liegt. Damit wird klar ersichtlich, dass sexuelle Übergriffe, zumindest an älteren Frauen, keine Ausnahmeerscheinung sind. Dies auch im Hinblick auf die Annahme, dass eine große Anzahl von Sexualstraftaten im Alter unentdeckt bleiben, da die Geschädigten körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage sind bzw. die Fähigkeit besitzen, diese Taten zur Strafanzeige zu bringen (so auch Görge et al. 2005a). Ebenfalls ist bekannt, dass bei Sexualstraftaten eine vergleichsweise geringe Anzeigebereitschaft besteht, und dies nicht zuletzt, da die Opfer diese Delikte als solche nicht wahrnehmen bzw. verkennen. Zum anderen scheint gerade die ältere Generation nicht zu wissen, dass es sich bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung um anzeigefähige und damit um strafbare Handlungen handelt; was sicherlich auch mit deren Sozialisation zu tun hat (vgl. ähnlich dazu Görge et al. 2005b). Veranschaulicht wird dieser Aspekt u. a. durch ein Gespräch einer „Frauenhaus-Mitarbeiterin“ mit einer ihrer Klientinnen, das Görge et al. (2005a) wie folgt zitiert:

"Ich wollte eigentlich nie, aber es ist meine eheliche Pflicht" und berichtet: "Dann kam eben raus, (...) mindestens zwei Mal im Monat hat er sie 'genommen', so hat sie gesagt, und wenn sie dann ganz brav war, dann war er auch nett. (...) Und ich versuche das schon zu formulieren auch als sexuelle Gewalt, sexueller Missbrauch, aber ich merke, dieser älteren Frau, das hilft nicht, weil die überhaupt nicht das Gefühl dazu hat, dass sie das verweigern dürfte, und die Folgen auch nicht absehen kann."

Die Nutzung bzw. Nichtnutzung einer ärztlichen Untersuchung bei Sexualdelikten verdeutlicht sich bei der vergleichenden Betrachtung der PKS-Zeitreihe (2000-2011; Tabelle 91) mit den Untersuchungszahlen des IfR. Hier wird klar ersichtlich, dass nur ein geringer Anteil derjenigen, die eine Strafanzeige gestellt haben, sich diesbezüglich auch einer rechtsmedizinischen Untersuchung zur Beweissicherung und Dokumentation unterzieht. Dies hat wiederum eine erhöhte Beweisschwierigkeit zur Folge, wodurch diese Vergehen gerichtlich weniger verfolgt und damit von der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen werden.

Einen weiteren Aspekt bildet auch hier die Abhängigkeitsbeziehungen und die daraus resultierende Angst bzw. Zurückhaltung bei der Anzeigeerstattung sowie die allgemeine Tatsache, dass die Anzeigebereitschaft mit zunehmendem Bekanntheitsgrad zum Täter sinkt (vgl. hierzu Bange und Körner 2002). Wird nun davon ausgegangen, dass die Mehrzahl der Sexualdelikte im Alter durch dem Opfer nahe stehende Personen (insbesondere innerpartnerschaftlich) begangen werden, so könnte dies ein Indiz dafür sein, dass nicht das Risiko an sich im Alter abnimmt, Opfer einer sexuellen Handlung zu werden, sondern vielmehr eine generationspezifische Sozialisation dafür verantwortlich ist, dass diese Delikte nicht zur Anzeige gelangen. Betrachtet man hierzu die registrierten Opfer-Tatverdächtigen-Beziehungen der PKS (Bundesministerium des Innern 2011), so lässt sich ablesen, dass in der Rubrik „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung oder Ausnutzen eines Abhängigkeitsverhältnisses“ (PKS-Schlüssel 110000) 23,1 % aller Opfer angaben, durch einen „Verwandten“ (dies sind alle Angehörigen gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB, also einschl. Lebenspartner, Schwäger, Verlobte, Geschiedene, Pflegeeltern und -kinder) viktimisiert worden zu sein. Ein noch drastischeres Bild ergibt sich, wenn man sich diesbezüglich die Angaben von Schneider (2009) vor Augen führt. Schneider berichtet, dass den „ehelichen Vergewaltigungen“ (das Vergewaltigt-Werden durch einen Partner oder Ex-Partner) ein prozentualer Anteil von 25 % an allen Vergewaltigungsformen beigemessen werden kann.

Demgegenüber stehen die erhobenen Angaben des IfR über die zugrunde liegenden Beziehungsarten bei Sexualdelikten der 60-Jährigen und Älteren. Für die Gruppe derjenigen, die angegeben hatten, die potenzielle Tat innerhalb einer be-

stehenden Partnerschaft oder durch den Ex-Partner erlebt zu haben, bzw. die ein sexuelles Tatmotiv vermuteten, konnte im IfR ein Wert von rund 18 % ermittelt werden, wobei der Anteil der 60-jährigen und älteren Frauen mit unter 6 % deutlich unterrepräsentiert erscheint. Damit erhärtet sich der Verdacht, dass vor allem in der älteren Generation die Sozialisation zur Konsolidierung von Werten und Normen führte, bei denen ein sexueller Übergriff durch den Partner als zu ertragendes Übel (im Sinne der ehelichen Pflicht) interpretiert wird.

Die Auswertung der einzelnen Formen von sexueller Gewalt zeigt, dass sowohl bei den 21- bis 59-Jährigen Frauen, wie auch bei den 60-jährigen und älteren Frauen, der unfreiwillige Vaginalverkehr den häufigsten Untersuchungsanlass bildete (s. Tab. 24).

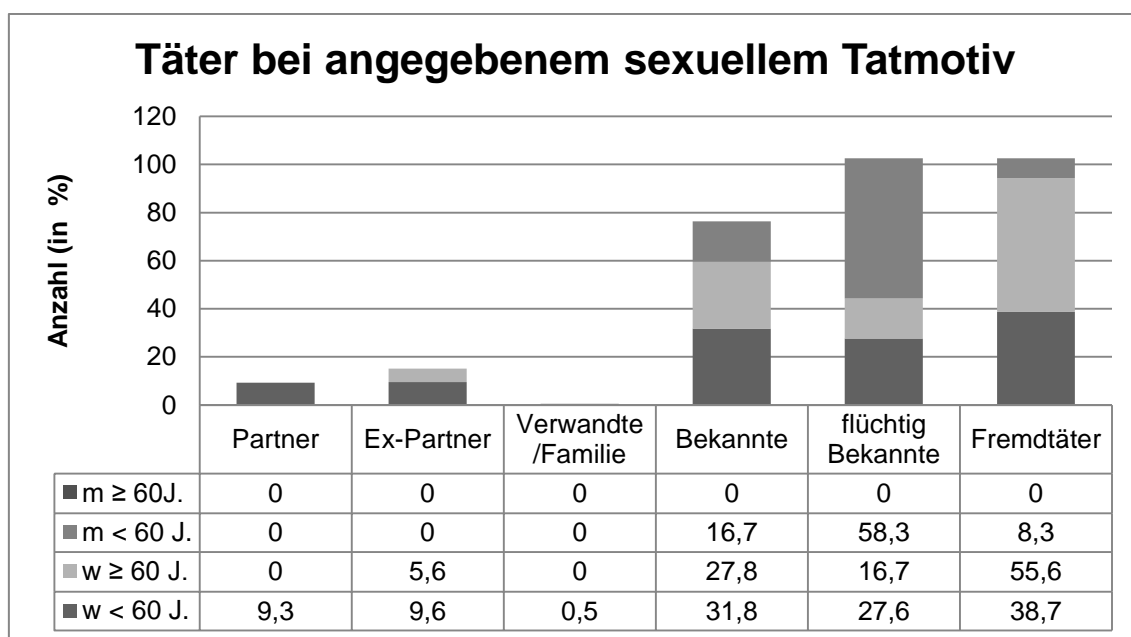


Abbildung 24: Täter-Opfer-Beziehungen bei angegebenem sexuellem Tatmotiv nach Alter und Geschlecht der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.

Die Untersuchung des Opfers und die Beurteilungen der körperlichen Symptome erfolgten hierbei, wie auch bei den anderen Gewaltformen, anhand mehrerer ineinandergreifender Fragen, wie: Heftigkeit der Verletzungen (Auswirkung, mögliche Folgeerscheinungen), Lokalisation der Verletzungen, mögliche Selbstbeibringung, Kausalität zwischen Verletzung und Vorfallschilderung, Alter und Reihenfolge der Verletzungen, worauf im Nachfolgenden bei den Untersuchungsbefunden noch gesondert eingegangen wird.

5.7 Substanzmittelkonsum

5.7.1 Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem individuellem Risiko, Gewalttäter oder Gewaltopfer zu werden

Unter Substanzmittelkonsum werden in diesem Zusammenhang der Substanzmissbrauch bzw. die Substanzabhängigkeit sowie eine Substanzintoxikation verstanden. Hierunter fällt u. a. die Konsumierung (freiwillig o. erzwungen) sowie die unbemerkte Verabreichung von Alkohol, Medikamenten, Betäubungsmitteln und Liquid-Ecstasy. Die Analyse der Daten des IfR zeigt (s. Tab. 30), dass zumindest rund 18 % der Geschädigten (≥ 60 Jahre) einräumten, im Rahmen des Tatgeschehens Alkohol konsumiert zu haben bzw. unter Alkoholeinfluss gestanden zu haben (F: 12 %, M: 26 %), während die Frage über das Vorliegen einer Suchtproblematik in rund einem Drittel der Fälle unbeantwortet blieb. Anteilsmäßig ist der Alkoholkonsum als recht hoch zu bezeichnen. In der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen räumten über einem Drittel der befragten Personen ein, zum Tatzeitpunkt alkoholisiert gewesen zu sein bzw. Alkohol konsumiert zu haben (F: 30 %, M: 43 %).

Diversen Forschungsergebnissen und Studien nach zu urteilen, bestehen direkte Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Substanzmittelkonsum, wobei nicht der Konsum an sich, sondern vielmehr das daraus resultierenden Suchtverhalten Gefahren in sich birgt, die das Viktimisierungsrisiko negativ beeinflussen können. Daraus erklärt sich auch, dass den sich negativ auswirkenden Verhaltensweisen, nicht zwangsläufig ein problematisches Konsummuster (im Sinne einer Abhängigkeit) zugrunde liegen muss; gleichwohl die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Opfer-Werdungs-Ereignisses damit höher liegt. So wird beispielsweise der Umgang mit Personen und der Aufenthalt an Orten (z. B. Nachbarn, Wohnung des betrunkenen Partners), die eine potenzielle Gefahrenquelle darstellen, eher in Kauf genommen. Ursächlich hierfür scheinen u. a. eine erhöhte Risikobereitschaft aufgrund des fehlenden Erkennens bzw. des Verkennens von „Schlüsselreizen“ des eigenen Verhaltens und des Gegenübers, wie auch die Fehleinschätzung einer Sachlage bzw. des zu erwartenden Geschehens. Hinzu kommt die einflussnehmende situative Gegebenheit – insbesondere für eine er-

höhte Wahrscheinlichkeit der Opfer-Werdung im häuslichen Umfeld –, dass Frauen wie auch Männer mit bestehender Suchtproblematik vermehrt mit ebensolchen Partnern oder Personen in einer Gemeinschaft leben und damit schon im Vorhinein ein erhöhtes Konflikt-/Eskalationspotenzial besteht (Schäfer 2006). Eine weitere Faktizität bildet der Umstand, dass unter dem Einfluss von Drogen (berauschende Substanzen) die Hemmschwelle bzw. die Impulskontrolle herabgesetzt wird (vgl. Schneider 1998).

Betrachtet man unter diesen Umständen die Angaben der Geschädigten des IfR (s. Tab. 32), so zeigt sich für die 60-Jährigen und Älteren, dass in jenen Situationen, in denen Alkoholkonsum zumindest in irgendeiner Art und Weise mit dem Tathergang in Verbindung zu bringen war, in 4 % der Fälle, sowohl ein unter Alkoholeinfluss gestandener Täter angegeben wurde, als auch die Opfer berichteten, zum Tatzeitpunkt Alkohol konsumiert zu haben. In der Vergleichsgruppe der unter 60-Jährigen fiel der entsprechende Wert mit 13 % dreimal so hoch aus. Ebenso zeigten sich auch die Angaben von Gewaltdelikten, die unter Alkoholeinfluss zumindest eines Tatbeteiligten erfolgten (folglich entweder das Opfer oder der Täter alkoholisiert waren), in der Gruppe der „Geringeraltrigen“ auf einem deutlich höheren Niveau. Damit scheint es, dass dem Alkohol als ein zu Gewalt prädisponierender Faktor, beispielsweise im Rahmen von Streit- oder Kränkungsprovokationen, in der jüngeren Generation ein höherer Stellenwert beigemessen werden muss; was aber nicht bedeutet, dass er in der älteren Generation zu vernachlässigen ist.

Analysiert man nun, beziehungsweise auf den Substanzkonsum oder den Missbrauch von Alkohol, jene Fälle, die sich im Kontext mit häuslicher Gewalt ereigneten (folglich das soziale Umfeld wie gute Freunde und Verwandte oder der (Ex-)Partner involviert waren), so lässt sich feststellen, dass in über einem Drittel der Fälle (37 %) ein direkter Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem individuellen Risiko, Gewalttäter oder Gewaltopfer zu werden nachweisbar war. Wie Tabelle 33 zeigt, tritt diese bestehende Beziehung in der Gruppe der männlichen und weiblichen Opfer zutage, jedoch auf einem deutlichen höheren Niveau bei den Frauen beider Generationen.

Werden nun diese Fälle weitergehend differenziert, bzw. auf jene Fälle hin untersucht, die einen körperlichen Übergriff durch ihren (Intim-)Partner einräumten – was auch einen gemeinsamen Haushalt nahelegt –, so konnte festgestellt werden, dass Gewalt innerhalb „intimer“ Partnerschaften, in noch höherem Ausmaße mit dem Einfluss von Alkohol verbunden zu sein scheint; nämlich in rund 40 % der Fälle (s. nachfolgende Abbildung).

Tabelle 84: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem individuellen Risiko, Gewalttäter oder Gewaltopfer im Rahmen des häuslichen Umfeldes zu werden.

Bedingung : Häusliche Gewalt durch den Intimpartner	Geschlechts- und Altersstruktur der geschädigten Personen:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	< 60. J		≥ 60 J.		< 60. J		≥ 60 J.			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
weder Täter noch Opfer alkoholisiert	444	59,52%	10	50,00%	36	65,45%	5	71,43%	495	59,78%
nur Täter alkoholisiert	164	21,98%	8	40,00%	6	10,91%		0,00%	178	21,50%
nur Opfer alkoholisiert	24	3,22%		0,00%	4	7,27%	1	14,29%	29	3,50%
Täter und Opfer alkoholisiert	114	15,28%	2	10,00%	9	16,36%	1	14,29%	126	15,22%
Gesamtergebnis	746	100,00%	20	100,00%	55	100,00%	7	100,00%	828	100,00%

Bezug nehmend auf die Gesamtanzahl der Fälle, resultiert daraus ein Anteil von rund 37 % in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen sowie ein Anteil von beinahe 41 % in der Altersgruppe 60+, in denen die gewalttätig gewordenen „Lebenspartner“ (zumeist männlichen Geschlechts) unter dem Einfluss von Alkohol standen; wengleich die Fallzahlen zum Teil sehr gering – bis hin zu nur einer einzigen befragten Person – ausfallen. Zu beachten ist hierbei, dass Delikte im Kontext partnerschaftlicher Gewalt, assoziiert mit dem Konsum anderer Substanzmittel (Drogen, Betäubungsmittel und Medikamente), unberücksichtigt blieben und dass eine Beachtung dieser, den Anteil der unter psychoaktiven Substanzen begangenen Straftaten noch erhöhen könnte.

Diesbezüglich zu vergleichbaren Ergebnissen kam eine Sekundäranalyse des BMFSFJ 2008 (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012). Insgesamt gaben hier 55 % der gewaltbetroffenen Frauen an, dass ihr Partner zum Zeitpunkt bzw. zu den Zeitpunkten der Gewaltausübung durch Alkohol oder andere Drogen beeinflusst war. Dies verdeutlicht, dass der übermäßige Alkoholkonsum eines Lebenspartners auch im höheren Lebensalter einen signifikanten und damit nicht zu vernachlässigenden Risikofaktor für das Auftreten von Gewalt in Lebensgemeinschaften darstellt und damit in gewaltbelasteten Bezie-

hungen eine bedeutende Rolle zu spielen scheint. Allerdings lässt sich auch feststellen, dass ein erheblicher Anteil der Gewaltbeziehungen nicht mit Alkoholmissbrauch in Zusammenhang steht. So gaben rund 60 % der untersuchten mutmaßlichen Opfer an, dass der Partner zum Vorfallszeitpunkt nicht durch Alkohol beeinträchtigt gewesen sei. Demzufolge scheint es auch problematisch, der Korrelation zwischen Alkoholkonsum und Gewaltbereitschaft einen einseitigen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang abzuleiten, zumal bekannt ist, dass Gewalthandlungen vielfältige Ursachen zugrunde liegen. Solche Ursachen können beispielsweise situative wie auch latent bestehende Empfindungen sein (Frustration, Ärger, Enttäuschung, Abweisung, Abneigung, Minderwertigkeit) die sich in einer allgemein erhöhten Reizbarkeit äußern und in Form eines körperlichen Übergriffes zum Ausbruch kommen, wie auch Ausdrucksgeschehen einer zur Gewaltanwendung neigenden Persönlichkeit sein können. Außer Frage steht natürlich, dass auch diese Umstände durch enthemmende Einflüsse (Alkohol, andere Drogen oder spezielle Medikamente), vermehrt auf körperlicher Ebene Ausdruck finden, sodass beispielsweise eine bloße Gestik oder Mimik als Impuls genügt, die Situation eskalieren zu lassen.

Die Untersuchungsbefunde zeigen des Weiteren auf, dass auch sexualisierte Gewalttaten – insbesondere gegen das weibliche Geschlecht – vermehrt unter Alkoholeinfluss begangen wurden; zumindest im Vergleich zu den anderen ermittelten Tathintergünden, denen beispielsweise ein unbekanntes oder räuberisches Motiv in Tateinheit mit „gefährlicher“ Körperverletzung zugrunde lag. Nicht zu klären war hingegen, welche individuellen Motive der Anwendung von sexueller Gewalt zugrunde lagen. So kommen hier u. a. Beweggründe wie Erniedrigung, Demütigung und Unterwerfung bzw. Dominanz-Demonstration in Betracht, die wiederum oder lediglich auch Ausdruck bloßer Aggression oder mangelnder Triebbefriedigung sein können; was teils darin Bestätigung findet, dass den Sexualdelikten nicht in gleichem Maße ebensolch orientierte Motive beigemessen wurden (vgl. Tab 8, 23 u. 33). Gleichwohl also die Motive variieren können, war festzustellen, dass mehrfach die Nennung eines sexuellen Motives in Verbindung mit Alkoholkonsum angegeben wurde und Alkohol somit Sex als Gewaltmittel zumindest zu begünstigen scheint. So gaben rund 59 % der unter 60-jährigen und rund 33 % der älteren

Frauen, die der Tat ein sexuelles Motiv zuordneten, zugleich an, dass entweder nur sie selbst und/oder der Täter alkoholisiert gewesen seien.

5.8 Einfluss von Alkohol und Drogen auf das Reviktimisierungsrisiko

Ein weiterer interessanter Aspekt scheint auch hier die Frage nach dem Reviktimisierungsrisiko von substanzabhängigen Personen. Beschrieben wird dieses Phänomen der Traumawiederholung u. a. von Schäfer (2006), der sich auf eine Vielzahl von Studien und Forschungsergebnisse bezieht. Vergleicht man hierzu die Angaben der Dokumentationsbögen des IfR zum Konsumverhalten der geschädigten und beschuldigten Personen in Korrespondenz zum Entstehungszeitpunkt der diagnostizierten Verletzungen (s. Tab. 55 und 66), so zeigt sich zumindest, dass bei angegebenem Alkoholkonsum prozentual gehäuft mehrzeitige Verletzungsmuster festgestellt wurden und in Entsprechung dazu einzeitige Verletzungsmuster bei nicht suchtkranken Patienten dominierten. Feststellbar war dieser Zusammenhang sowohl in der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen, wie auch in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren. Zudem konnte festgestellt werden, dass in den Fällen, bei denen mehrzeitigen Verletzungen erkannt wurden, dem aktuellen Untersuchungsanlass ein Beziehungskonflikt zugrunde lag. Dies könnte daher indiziell dafür sein, dass der Konsum von Alkohol mit einer erhöhten Gefahr der Reviktimisierung einhergeht.

Schlussfolgernd sei darauf hingewiesen, dass das tatsächliche Ausmaß der unter Alkoholeinfluss begangenen Straftaten generalisierend nicht erfasst werden kann, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um rein subjektive Einschätzungen der Geschädigten handelte und damit diese nur als orientierend angesehen werden können. Dies zumal Aussagen zur Alkoholbeeinflussung dadurch Beeinträchtigung finden, dass die Opfer z. T. selbst unter dem Einfluss von Substanzmitteln standen sowie dem Umstand, dass bei regelmäßigem Alkoholkonsum die klinischen Symptome – aufgrund einer körperlichen Gewöhnung – geringer ausfallen und dadurch eine Alkoholisierung des Täters nicht erkannt wird. Des Weiteren bedarf es zur zweifelsfreien Beweiserhebung und Klärung des Sachverhalts, der Ermittlung der Täter. Da aber ein Teil der Tatverdächtigen erst zu einem späteren Verfahrens-

zeitpunkt ermittelt wird und deshalb keine Alkoholbeeinflussung mehr nachgewiesen werden kann, bleibt es oft bei unbelegten Mutmaßungen.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender und zu berücksichtigender Aspekt stellt das gemeinhin erhöhte Unfall- und Selbstverletzungsrisiko unter Alkohol- wie auch Substanzmitteleinfluss dar, weshalb das Vorhandensein mehrzeitiger Traumatisierungsbefunde nicht zwangsläufig den Schluss einer durch einen Menschen verursachten Körperverletzung zulässt.

Nichtsdestoweniger kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse festgehalten werden, dass Alkohol situativ enthemmend und aggressionsfördernd wirkt und damit ein Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt klar festzustellen ist; ungeachtet der Tatsache, ob nun der Alkohol die Ursache oder einen mitbedingenden Umstand unter vielen verschiedenen und zusammenwirkenden Faktoren bei Gewalthandlungen darstellt.

5.9 Zeitintervall zwischen Tathergang und rechtsmedizinischer Untersuchung

Grundsätzlich gilt für Opfer von körperlicher Gewalt/Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch (sexuelle Gewalt, Vergewaltigung), dass diese zur Beweissicherung für mögliche spätere juristische Verfahren so zeitnah als möglich vorstellig werden sollten, um umfassend ihre Verletzungen in einer gerichtsmedizinischen Untersuchung erfassen und dokumentieren zu lassen. Gerade im Hinblick auf die Qualität der Beweissicherung, ist sicherzustellen, dass die Untersuchung tatzzeitnah erfolgt. Dies gilt im Besonderen bei Delikten, die eine Spurensicherung von biologischen Rückständen oder eine Postexpositionsprophylaxe bzw. postexpositionelle Impfung erfordern (z. B. im Rahmen sexuellen Missbrauchs bzw. der Vergewaltigung), bei oberflächlichen Verletzungen (vollständige Abheilung innerhalb weniger Tage ohne nachweisbare Narbenbildung) sowie bei Strangulation. Im letzteren Fall sind beispielsweise die typischen punktförmigen Haut- oder Schleimhautblutungen im Mittel maximal drei Tage feststellbar (vgl. Piatek 2006 u. Sirgist 2010).

Auch im Hinblick auf die Wahrheitsfindung bzw. die Aufdeckung von Falschbezeichnungen, sollte das Zeitintervall zwischen Tat und Untersuchung möglichst kurz sein, da besonders bei Körperverletzungsdelikten zeitnahe rechtsmedizinische Untersuchungen zur Aufklärung des Sachverhaltes mehr beitragen können als aussagepsychologische Gutachten zu Vorkommnissen, die zeitlich zurückliegen. Ursächlich hierfür sind beispielsweise bewusste/intentionale oder unbewusste (z. B. autosuggestive oder fremdsuggestive Erinnerungsverzerrung), nicht der wirklichen Lage entsprechende Darstellungen des zugrunde liegenden Sachverhaltes (vgl. Jansen 2012).

Die erschwerte Interpretation von Verletzungen der Patienten, die sich mit einer deutlichen Verzögerung zum Tathergang vorstellten, zeigt sich auch in den Beurteilungen bzw. den finalen Einschätzungen der Kausalität im Beschreibungskontext der klinischen Anamnesen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die klinisch-forensische Medizin im Rahmen der „Zusammenhangsbegutachtung“ weitgehend auf Symptome und objektivierbare Befunde – hinsichtlich mor-

phologischer Veränderungen – stützt. Folglich spiegelt die durchgeführte Untersuchung, „lediglich“ eine Momentaufnahme zur aktuellen körperlichen und psychischen Verfassung einer Person wieder. Bei nicht ohne Weiteres eindeutig feststellbaren (sprich: Patient verletzt/unverletzt) und zuordenbaren Verletzungszeichen ergeben sich somit insofern Probleme bei der Beurteilung, da diese einen Raum für Spekulationen – wenn auch mit einem gewissen Maß an Objektivität – zulassen. Ursächlich hierfür ist, dass Verletzungen/Traumata dynamischen Prozessen unterliegen („Selbstheilung“ der Gewebe auf zellulärer Ebene), d. h. sich über die Zeit hin verändern, wobei die „Heilung“ je nach Wundart (Bluterguss, Schwellung, Substanzdefekt) ihre eigene Typizität zeigt und darüber hinaus zu einem Teil personenbezogen individuellen Ausprägungen unterliegt, wie zum anderen Teil von äußeren Einflüssen abhängig ist. Hierunter zu verstehen sind einflussnehmende Gegebenheiten und Faktoren wie die primäre Wundversorgung, die Verletzunglokalisation, das Ausmaß der Gewalteinwirkung (Heftigkeit und Dauer, Tiefe des Defektes, Begleitverletzungen), die Intaktheit des Gefäßsystems (arteriell, venös, lymphatisch) und der damit verbundenen Durchblutung sowie die Anpassungsfähigkeit des Organismus an chronische Zustände (als Reaktion auf einen andauernden oder häufig wiederkehrenden Reiz) (Oehmichen et al. 2006, Herrmann et al. 2008). Damit erklärt sich auch, weshalb Aussagen zum Wundalter bzw. Aussagen zur zeitlichen Entstehung einer Verletzung, allein aufgrund von Heilungszeichen und/oder Wundbeschaffenheiten vermieden werden sollten, resp. nur zu einer groben Orientierung herangezogen werden können und somit die zeitnahe Begutachtung höchste Aussagekraft besitzt.

Betrachtet man hierzu die Ergebnisse bezüglich der längsten Nachweisbarkeit von körperlichen Traumatisierungen, so zeigt sich im Untersuchungskollektiv, dass diese in der Mehrzahl der Fälle, bis einschließlich des vierten Tages nach einer Opfererfahrung nachweisbar bzw. plausibel durch die Tatschilderungen der Opfer in Übereinstimmung zu bringen waren(s. Abb. 13). In Entsprechung zeigte sich mit Ablauf des vierten Tages ein Zuwachs an nicht (zweifelsfrei) in Übereinstimmung zu bringender wie unglaubwürdiger Fälle. Eine nach Altersgruppen differenzierenden Betrachtung lässt zudem erkennen, dass das Alter die Nachweisbarkeitsgrenzen – im Sinne einer längeren Diagnostizierbarkeit – positiv zu beeinflussen scheint.

Halten wir uns nun diesen Umstand – unter Hinzuziehung des bereits Erörterten – vor Augen, so könnte dieser darin seine Erklärung finden, dass die älteren Opfer häufiger eine höhere Verletzungsschwere im Rahmen von Gewalterfahrungen aufweisen (vgl. Tab. 71). Zum anderen, wie auch z. T. mitbedingend (die Vulnerabilität betreffend), könnten dem Alter zuschreibbare physiologische wie auch krankheits- und medikamentenbedingte Veränderungen erklärungs-wert finden.

Nach Betrachtung der genannten Ergebnisse kann folglich schlussfolgernd zusammengefasst werden, dass bei Gewalthandlungen die nicht unbedingt mit erheblicher Gewalteinwirkung vergesellschaftet sein müssen, eine Begutachtung in Absprache mit den Opfern schnellstmöglich, jedenfalls aber nicht später als 4 Tage nach dem Vorfall erfolgen sollte. Ausgenommen hiervon sind natürlich jegliche Fälle die eine sofortige Untersuchung indizieren (wie beispielsweise Sexual- und Würdelikte) bzw. denen eine behördliche/richterliche Anordnung zugrunde liegt. Etwas großzügiger können die zeitlichen Grenzen gesetzt werden, wenn davon auszugehen ist, dass keine „Gefahr im Verzug“ vorliegt (d. h. ein Schaden eintritt oder ein Beweismittel verloren geht) oder durch andere medizinische Stellen und Behörden bereits etwaiges Beweismaterial sichergestellt wurde (Röntgenbilder, Fotodokumentationen) und auf welches zurückgegriffen werden kann.

Ein weiterer Aspekt, der die Wichtigkeit einer zeitnahen Untersuchung verdeutlicht, ergibt sich aus der Eventualität einer Reviktimisierung und der damit verbunden präventiven Intervention durch entsprechende Beratung und Hilfestellung vonseiten des untersuchenden Arztes. Betrachtet man hierzu jene Fälle, bei denen etwa das Gewaltschutzgesetz (GewSchG, §§ 1 und 2) hätte Anwendung finden können (s. Tab. 34), so zeigt sich, dass zumindest in rund 9 % der Untersuchungen die Voraussetzungen hierfür erfüllt wurden. Das heißt, dass in diesen konkreten Fällen eine erneute Traumatisierung der Opfer im Zusammenhang mit dem Untersuchungsanlass nicht auszuschließen war und damit u. a. die Grundlage für eine zivilrechtliche Anordnung (z. B. Überlassung der gemeinsamen Wohnung, Kontakt-, Näherungs- und Belästigungsverbot) zum Schutz des Opfers hätte beantragt werden können.

5.10 Untersuchungsorte und Auftraggeberstruktur

Die analysierten Fallzahlen zeigen, dass die unmittelbaren körperlichen Untersuchungen von 60-jährigen und älteren Patienten überwiegend (zu 60 %) in den Räumlichkeiten des Institutes für Rechtsmedizin erfolgten. Daraus lässt sich ersehen, dass sich der Großteil der älteren Geschädigten in einer ausreichend guten körperlichen Verfassung befand, um die Ambulanz des IfR selbstständig oder mit Unterstützung aufzusuchen (s. Tab. 5).

Daraus folgt zugleich aber auch, dass 40 % der Untersuchungen außer Haus, d. h., nicht in den Ambulanzräumen des IfR durchgeführt wurden. Es handelte sich hierbei sowohl um interne Gutachten (29 %) für andere medizinische Fachabteilungen des UKE und um Untersuchungen, die in Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten erfolgten, sowie um externe Gutachten (71 %). Unter externen Gutachten sind solche zu verstehen, die außerhalb des UKEs erstellt wurden, wie etwa in allgemeinen Krankenhäusern in und um Hamburg, sowie in Räumlichkeiten der Hamburger Polizeikommissariate und bei den Geschädigten zu Hause. Die externe Untersuchung erfolgte in solchen Fällen, bei denen die Patienten aufgrund ihres Alters, einer körperlichen schlechten Verfassung, der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes oder aus vergleichbaren Umständen nicht in der Lage waren, die rechtsmedizinische Ambulanz aufzusuchen. Ein weiterer Grund für die Konsultierung der zu untersuchenden Personen während der Hospitalisierung begründet sich, wie bereits angesprochen, auch in der gebotenen zeitnahen Untersuchung.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kam auch die Studie von Gahr et al. (2005), nach der die Lebendbegutachtungen von Gewaltopfern überwiegend in den integrierten Kompetenzzentren der rechtsmedizinischen Institute sowie in Krankenhäusern oder auf Polizeidienststellen durchgeführt wurden.

Bei einem direkten Vergleich der 21- bis 59-Jährigen mit den 60-Jährigen und Älteren, wird jedoch ein altersbedingter Unterschied in Bezug auf die Untersuchungsorte, in nicht zu vernachlässigendem Umfang, ersichtlich. So zeigt sich u. a., dass der Anteil derjenigen, bei denen die Opferambulanz als Anlaufstelle für

die Hilfesuchenden fungierte, in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (74 %) sichtbar über dem der 60-Jährigen und Älteren liegt. Auch der Blick auf die Fälle, bei denen ein anderes Krankenhaus und nicht das Universitätsklinikum als Ort der Untersuchung angegeben wurde, verdeutlicht, dass insgesamt der entsprechende Anteil in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (beinahe 24 %) etwa dreimal so groß war, als jener der Vergleichsgruppe der 21- bis 59-Jährigen (8 %).

Auf Basis dieser Informationen lässt sich rückschließen, dass der institutionell ausgelagerten, externen Evaluation von Verletzungen mit zunehmendem Alter der Patienten eine erhöhte Bedeutung beigemessen werden muss. Damit einhergehend stellt sich die Frage, ob das Attribut einer standardisierten Untersuchung im Hinblick auf die Qualität gewährleistet werden kann (vgl. Seifert et al. 2004). Maßgebend hierfür sind Kriterien und Indikatoren des institutionalisierten und interdisziplinären Zusammenarbeitens, als da sind: Kompetenz/Kompetenzgrenzen, einheitliche Analyse- und Untersuchungsmethoden, Erfahrungsaustausch und gegenseitige Weiterbildungen, kooperatives Handeln, einheitliche innere Modelle.

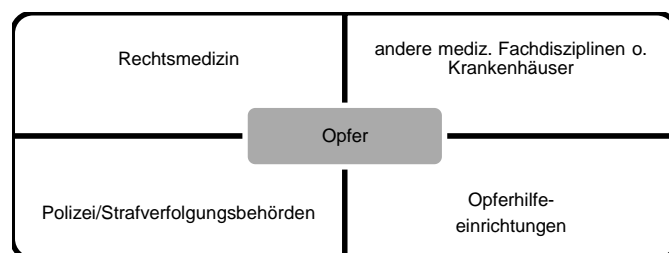


Abbildung 25: Institutionalisierte und interdisziplinäre Versorgung von Gewaltopfern.

Eine gelungene Zusammenarbeit könnte sich bei der Versorgung von Gewaltopfern wie folgt darstellen (vgl. hierzu obiges Schaubild). Opfer von Gewaltdelikten sexueller oder nicht-sexueller Art, die infolge einer Zuweisung durch Ärzte, Opferhilfeeinrichtungen, Polizei sowie Staatsanwaltschaft im IfR vorstellig werden oder selbstinitiativ eine Untersuchung wünschen, werden nach Rücksprache und bei gegebener Sachlage entweder umgehend (Notfalluntersuchung) oder zeitnah (nach Terminvereinbarung) begutachtet. Schon hier sollte eine koordinierte Informationsweitergabe zwischen allen Beteiligten gewährleistet sein, um den Opfern die mehrfache Schilderung des Tathergangs zu ersparen, die eine zusätzliche Belastung darstellen kann und um möglichst frühzeitig, geeignete, erforderliche

Maßnahmen einzuleiten. Die rechtsmedizinische Untersuchung und Dokumentation erfolgt dann in standardisierter Form sowie fallweise in über- und interdisziplinärer Zusammenarbeit (Case-Management). Die Kooperation sollte sich nicht nur auf medizinisches Handeln bei Notfällen und auf weiterführende Therapien beschränken, sondern auch prohibitive Maßnahmen beinhalten, da neben der physischen und psychischen Traumatisierung, das Risiko einer Ansteckung mit übertragbaren Krankheiten (z. B. HIV, Hepatitis B u. C) besteht (insbesondere bei offenen Wunden, Sexualdelikten, Nadelstichverletzungen, etc.). Unter prohibitiven Maßnahmen sind neben der akuten infektiologischen Betreuung (Therapieaufklärung- und -einleitung) auch Maßnahmen wie chemisch-toxikologische Analysen (z. B. nach Intoxikation, Substanzmittelmissbrauch) und die Hilfeleistung durch die Zusammenarbeit mit Opferhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen zu verstehen, was eine ganzheitliche Behandlung von Gewaltopfern ermöglicht.

Um ebensolche Behandlungen, weiterführenden Therapien und Hilfestellungen anbieten zu können, muss eine enge, umfangreiche und lückenlose Vernetzung und Kooperation aller beteiligten Mitwirkenden gewährleistet sein.

Die Aufschlüsselungen der einzelnen Untersuchungsorte und kooperierenden Fachabteilungen sowie die Auftraggeber sind hierzu dem Ergebnisteil zu entnehmen (s. Tab. 6). Anhand der Daten zur Auftraggeberstruktur wird aber ersichtlich (s. Tab. 7), dass unabhängig vom Alter, sowohl bei den 21-59-Jährigen als auch bei den 60-Jährigen und Älteren, mehr als zwei Drittel aller Opfertgutachten (70 % bzw. 80 %), durch Dritte in Auftrag gegeben wurde. Häufigste Auftraggeber, in dem analysierten Sechsjahreszeitraum, waren die Polizeikommissariate für die Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (43 %) sowie der 60-jährigen und älteren Frauen und Männer (50 %). Daraus wird deutlich, dass eine gute und enge Zusammenarbeit zwischen Polizei und Rechtsmedizin unabdingbar ist.

5.11 Beurteilung von Untersuchungsbefunden

Die klinisch-rechtsmedizinische Untersuchung der Gewaltopfer erfolgte, wie bereits angesprochen, unter der Zuhilfenahme einheitlicher und standardisierter Basisdokumentationsbögen. Hierin wurde u. a., – neben dem zugrunde liegenden Motiv, der Art und Form der Gewalteinwirkung – auch die resultierenden Verletzungen typisiert und in Lokalisation und Ausdehnung erfasst. Die Begutachtungen erfolgen auch immer im Hinblick auf die Kausalität d. h., kongruiert der geschilderte Tathergang und die von den Opfern angegebenen Tatwerkzeuge mit den augenscheinlichen Verletzungen; oder stehen diese im Widerspruch mit einer Fremdbeibringung und geben somit Hinweise auf ein selbstverletzendes Verhalten und auf mögliche Falschbezeichnungen. In Anbetracht dessen erklärt sich auch, warum die sach- und fachgerechten Begutachtung, Aufbereitung und Dokumentation sowie der Spurensicherung höchste Priorität zukommt. So lassen sich beispielsweise allein aus der Spurenlage konkrete Rückschlüsse zum möglichen Tathergang ziehen und können somit erste Erklärungen zur Entstehung liefern.

Das folgende Fallbeispiel zeigt exemplarisch, wie aufgrund der Spurenlage, der festgestellten Verletzungen und der systematischen Befragung eines Patienten eine objektive Befunderhebung und Diagnosestellung sowie die exakte Rekonstruktion des Tathergangs ermöglicht werden kann.

Fallbeispiel: Eine Mitte 60-jährige Frau wird nach Auftragserteilung durch ein Hamburger Polizeikommissariat im IfR zur Untersuchung vorstellig. Diese gibt zu Protokoll, dass sie vor ca. 2 Wochen von ihrem Nachbarn räuberisch erpresst und dabei mehrfach mit einem Messer angegriffen worden sei. Der Nachbar habe insgesamt dreimal ausgeholt und zugestochen, in dessen Folge sie im Bereich des Unterschenkels verletzt worden sei. Zum Tatzeitpunkt sei mit einer langen Hose bekleidet gewesen.

Im Zuge der rechtsmedizinischen Untersuchung konnten folgende Verletzungen festgestellt werden: 1) Über dem mittleren Schienbeindrittel eine fleckförmige, wenige Millimeter durchmessende, rötlich-bräunlich vertrocknete, oberflächliche Hautläsion (Nummer 1 im Bild). 2) Leicht schräg versetzt unterhalb der Verletzung

1 eine annähernd rundliche, etwa 0,5 cm durchmessende, schorfig belegte, oberflächliche Hautläsion (Nummer 2 im Bild). 3) In Längsrichtung unterhalb der Verletzung 2 eine annähernd rundliche, etwa 0,5 cm durchmessende, schorfig belegte, oberflächliche Hautläsion (Nummer 3 im Bild). 4) Zwischen Verletzung 2 und 3 eine linienförmige, rötlich-bräunlich vertrocknete, oberflächliche Hautabschürfung. 5) Von der Verletzung 3 leicht wellenförmig zum unteren Drittel der Unterschenkelinnenseite hin ziehend/verlaufend eine strichförmige, rötlich-bräunlich vertrocknete, oberflächliche Hautabschürfung.



Abbildung 26: Selbstbeigebrachte Verletzungen im Bereich des Schienbeins zur Vortäuschung einer Straftat.

Aus rechtsmedizinischer Sicht sprach gegen eine Fremdbeibringung – wie durch die mutmaßlich Geschädigte berichtet –, dass die unter Punkt 2 u. 3 beschriebenen Verletzungen gezielt miteinander verbunden sind, sowie der Umstand, dass die Frau angab, dass ihr zuerst die Verletzung Nr. 2 und danach die Verletzung Nr. 3 und im Anschluss daran die oberflächlichen schnittförmigen Verletzungen zugefügt worden seien. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie es dem Täter gelang, da das Opfer angab zum Tatzeitpunkt mit einer langen Hose bekleidet gewesen zu sein, die Verletzungen exakt und linienförmig zu verbinden, sodass zusammenfassend der Verdacht einer Selbstbeibringung zu konstatieren war.

Dieses Beispiel zeigt anschaulich, wie wichtig es ist, Verletzungen im Gesamtkontext mit der jeweiligen Fallkonstellation sowie gegebenenfalls unter Berücksichtigung und Heranziehung forensischer Aspekte zu beurteilen. Sollten sich etwaige

Unstimmigkeiten ergeben, könnten diese richtungsweisend für eine weitere Ermittlungsarbeit sein. Der Klärung dieser Unstimmigkeiten wird normiert durch einheitlich festgelegte Fragestellung nachgegangen:

- Besteht eine konkrete Übereinstimmung zwischen Verletzungsmuster und Anamnese?
- Schließen sich Verletzungsmuster und geschilderter Tathergang gegenseitig aus oder kann ein Zusammenhang nicht gänzlich ausgeschlossen werden?
- Sind die Verletzungen z. T. oder nicht nachvollziehbar?
- Ist eine abschließende Beurteilung der Sachlage aufgrund der hier vorliegenden Informationen und Erkenntnisse überhaupt möglich?
- Gibt es Anhaltspunkte für eine Selbstbeibringung oder Zeichen früheren selbstverletzenden Verhaltens?

Betrachtet man diesbezüglich die Beurteilungen und Interpretationen des Hamburger IfR (s. Tab. 67), so ließen sich in mehr als der Hälfte aller Untersuchungen (63 %) der 60-Jährigen und Älteren, Diskrepanzen zwischen Anamnese (Vorgeschichte) und Verletzungsmuster (Befund) feststellen. Ursächlich hierfür waren u. a. fehlende, unpassende, unpräzise/schwammige, wechselnde und/oder widersprüchliche Erklärungsmuster, die Spielraum für Interpretationen boten, oder der verzögerte Arztbesuch, sodass keine bzw. nur noch andeutungsweise Anzeichen/Spuren einer Gewalteinwirkung diagnostizierbar waren (ergänzend hierzu wie auch die nachfolgende Ausführung betreffend, siehe „Zeitintervall zwischen Tathergang und rechtsmedizinischer Untersuchung“).

Eine weitere Schwierigkeit bei der Interpretation von Traumata ergibt sich daraus, dass den Gewalthandlungen nicht zwingend ein hohes Maß an „Schädigungskraft“ (damaging force) zugrunde liegen muss und somit Spuren von Gewalteinwirkungen – insbesondere gegen den bekleideten Körper – fehlen können und als Ursache eine Vielzahl unterschiedlicher Erklärungen in Frage kommt (Betz und Eisenmenger 1993).

Als völlig unglaubwürdig erschien indes, nur ein unwesentlicher, wenn auch nicht zu vernachlässigender Anteil (3 %). Dennoch zeigt sich anhand der erhobenen Fallzahlen der abschließenden Beurteilungen/Einschätzungen für die beiden Items

„nicht auszuschließen“ und „teilweise nachvollziehbar“, dass in knapp 46 % der Fälle Unstimmigkeiten zwischen den Tatschilderungen und den körperlichen Befunden bestanden, sodass letztlich Fragen/Zweifel offenbleiben. Sind diese schwerwiegender Natur, ist auch mit nachteiligen rechtlichen Konsequenzen zu rechnen. Nahezu identisch zeigten sich diesbezüglich auch die Beurteilungen der 21- bis 59-Jährigen des IfR.

5.12 Arten der Gewalteinwirkungen, Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Zwar entwickelte sich in den letzten Jahren immer mehr das Bewusstsein dafür, dass Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen ein ernst zu nehmendes Problem darstellen und dass eben jene für sich genommen als Opfergruppe von Gewalt und Misshandlungen wahrgenommen werden müssen, dennoch existieren bis heute keine konkreten wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, ob sich das Ausmaß körperlicher Verletzungen infolge von Altenmisshandlung gegenüber anderen Altersgruppen (Kinder, Heranwachsende, Erwachsene unter 60 Jahren) in charakteristischer Art und Weise (einschließlich etwaiger Problemstellungen bei der Diagnostik) unterscheidet. Dies auch vor dem Hintergrund dessen, dass sich die Gewalt gegen ältere Menschen nicht nur auf vermeintlich leichtere Formen von Gewalt (z. B. Handtaschenraub, Betrugsdelikte) beschränkt, wie den PKS zu entnehmen ist.

Welcher außerordentlichen Brutalität ältere Menschen z. T. ausgesetzt sind, lässt sich u. a. aus einer amerikanischen Studie erahnen, die sich über einen Zehnjahreszeitraum mit der Überprüfung von Morbidität und Mortalität in der älteren Bevölkerung beschäftigte (Shields et al. 2004). Im Rahmen dieser Studie wurden sowohl lebende als auch verstorbene Personen der Altersgruppe 60 Jahre und älter, auf Verletzungen und Todesursachen untersucht. Es zeigte sich, dass in jenen Fällen, denen ein Tötungsdelikt zugrunde gelegt werden konnte, die Tötung in 42 % durch Erschießen, in 37 % durch Erschlagen, in 20 % durch Erstechen/Erdolchen und in 10 % der Fälle durch Ersticken erfolgte. Bei den Lebenduntersuchungen konnte in rund 86 % der untersuchten Fälle eine physische u. o. sexuelle Gewalt diagnostiziert werden (s. hierzu auch Püschel 2008).

Wie bereits unter dem Punkt „den Taten zugrunde liegende Gewaltarten“ beschrieben, lagen den körperlichen Symptomen der Geschädigten verschiedenste Arten von Gewaltbeibringung (körperliche, instrumentelle, sexuelle, vernachlässigende) zugrunde. Dies erklärt auch die Notwendigkeit einer systematischen rechtsmedizinischen Beschreibung von Verletzungen bzw. der Erhebung von morphologisch fassbaren Befunden im Kontext der forensischen Traumatologie;

denn nur, wenn die körperliche Gewalt an älteren Menschen mit all ihren Facetten erkannt wird, kann eine Sensibilisierung für dieses Thema erreicht und präventiv agiert bzw. ein Schutz der Betroffenen vor einer erneuten Opfer-Werdung erreicht werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Klärung der Frage, von welchen Arten der Gewalteinwirkung und damit einhergehenden körperlichen Symptomen älteren Personen besonders häufig betroffenen sind.

Um Verletzungsspuren richtig interpretieren zu können bzw. um Rückschlüsse auf den Tathergang zu ziehen, bedarf es dem Verständnis der zugrunde liegenden Traumatisierungsmechanismen (vgl. hierzu „Beurteilung der Untersuchungsbefunde“). Die nachfolgende Tabelle soll hierzu einen Überblick über die Gewaltarten sowie deren Einteilung geben, die Gegenstand der weiteren Erörterung sind.

Bei der Analyse der Arten der Gewalteinwirkungen (s. Abb. 11, Tab. 38 - 48) wurde zunächst einmal deutlich, dass die stumpfe ungeformte Gewalt (körperliche Misshandlung ohne Werkzeug), die mit Abstand häufigste Viktimisierungsart darstellte (in acht von zehn Fällen für die Gruppen der 21- bis 59-Jährigen sowie der 60-Jährigen und Älteren). Hinsichtlich der Häufigkeit an zweiter Stelle stehend, ergaben sich geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Gewaltart. So zeigte die Datenauswertung, dass Formen der Strangulation, in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen (rund 16 %) sowie der 60-jährigen und älteren Frauen (rund 10 %), die zweithäufigste Art der körperlichen Viktimisierung darstellten (s. Tab. 26). In der Opfergruppe der 21- bis 59-Jährigen sowie der 60-jährigen und älteren Männern hingegen, rangierte die scharfe Gewalt mit 18 % bzw. 15 % an zweiter Stelle der zugrunde liegenden Viktimisierungsformen. Der Häufigkeit nach an dritter, vierter und fünfter Stelle, fanden sich Verletzungen durch stumpfe geformte und halbscharfe Gewalt, beziehungsweise charakteristische Symptome durch die Beeinträchtigung der inneren oder äußeren Atmung (Bedeckung der Atemwege, Knebelung, Brustkorbkompression, etc.). Thermisch, chemisch und durch den Gebrauch von Schusswaffen bedingte Verletzungen, zeigten sich indes unterrepräsentiert und scheinen daher eher die Ausnahme zu sein (hier schwankten die Prävalenzangaben zwischen 0,1 und 2,6 %).

Tabelle 85: Formen der Gewalt-/Verletzungsarten, adaptiert nach Dettmeyer et al. 2011 und ergänzt nach Püschel und Schröer 2006 und Madea und Dettmeyer 2007.

Form der Gewalt	Unterform	Mechanismus	Waffe, Werkzeug, Gegenstand	Befund
Scharfe Gewalt	Stich	Mit einem spitzen Gegenstand verletzen	Messer, Schere, Scherbe, Nadel	Glatte Wundränder, Wundwinkel; Wundkanal länger als Hauptwunde
	Schnitt	Schneiden mittels einer glatten, scharfkantigen Fläche	Messer, Glasscherbe, Rasierklinge, Papier	Glatte Wundränder; Hauptwunde ist länger als tief
Halbscharfe Gewalt	Werkzeuge, die sowohl eine schneidende als auch eine zertrümmernde Wirkung haben	Je nach Beschaffenheit des Werkzeuges und der angewandten Wucht, verursacht der Gegenstand scharfe oder stumpfe Verletzungen	Beil, Axt, Hacke, Spaten, Schwert, Zähne	Wundränder teils glatt, teils fetzig; Quetschungen oder Zerreißen der Weichteile; Frakturen, Zahnrelief
	Sägewerkzeug	Durch Bewegung (kontinuierlich, diskontinuierlich) durchdringen die Sägezähne den Festkörper	Säge (mechanisch, elektrisch)	Fetzige, geriffelte Hautverletzungen; Scharfentbildung an den Knochen
Stumpfe Gewalt	ungeformt	Schlagen, Treten, Stoß mit großer Auftrefffläche, Sturz auf flache Ebene	Hand, Ellenbogen, Faust, Fuß, Knie, Kopf	Hämatome (Fingerabdrücke, Griffspuren), Abschürfungen, Quetsch-Riss-Wunde, Knochenbrüche, Schütteltrauma
	geformt	Schlag mit kantigem Gegenstand, Tritt mit Schuhwerk, Sturz auf vorstehenden Gegenstand	Hammer, Stein, Stock, Kantholz, beschuhter Fuß, Schlagring, Schläge mit Gürtel, Riemen, Stricken, Elektrokaabel	s.o.; z.T. charakteristische Abdruckmuster je nach verwendetem Gegenstand: Striemen, Doppelkonturen bei Stockschlägen
Punktförmige Gewalt	Schuss	Einwirkung von Projektilen/Flugkörpern mit hoher Geschwindigkeit	Pistole, Gewehr, Armbrust, Bolzenschussgerät, Nagelpistole	Rundliche Wunde mit zentralem Defekt;
	Aufspießen, Pfählung	Tiefes Eindringen relativ stumpfer Gegenstände in den Körper	Speer, angespitzter Stock, Sturz auf Zaunpfahl o. Stahlrohr	Kombinationsverletzung mit einer scharfen und stumpfen Komponente
Thermische Gewalt	Hitze	Einwirkung hoher Temperaturen: Verbrennen, Verbrühen	Offene Flamme, erhitzter Gegenstand, erhitzte Flüssigkeiten, heiße Dämpfe und Gase, hohe Umgebungstemperatur	Hautrötung, Blasenbildung, Verkohlung, systemische Hyperthermie
	Kälte	Einwirkung niedriger Temperaturen, Mangel an Wärme	Kalte Gegenstände, niedrige Umgebungstemperatur	Erfrierungen, blass-graues Hautkolorit, systemische Hypothermie
(thermo-) elektrische Gewalt	Strom	Einwirkung elektrischen Stromes	Elektrische Leiter	Hautrötungen, Strommarke, Verkochungen, Verbrennungen
Chemische Gewalt	Substanzmittel, Vergiftung	Beeinflussung physischer und psychischer Funktionen	Alkohol, Sedativa, Gifte	Benommenheit, Erinnerungslücken, Lähmungen, Geruch
	Chemikalien	Verätzung, Reizung	Säuren, Laugen, Gase	Hautreizungen u.-verätzungen
Strangulation	Würgen	jemandem die Kehle zudrücken	Hände	Würgemarle; Gesicht zyanotisch + Dunsung, Petechien
	Drosseln	Jemandem die Kehle zuschnüren	Krawatte, Strumpfhose, Seil, Kabel, Gürtel	Drosselmarke; Gesicht zyanotisch + Dunsung, Petechien
	Hängen (typisch u. atypisch)	Kompression des „Halses“ durch Zugkraft (Körpergewicht)	Strangförmiges Werkzeug (s.o.) mit Schlingenbildung und Einlegen des Kopfes	Strangmarke; Gesicht blass,
(Er-)Stickung	1. äußerlich, 2. innerlich	1.Verlegung der Luftwege u. o. Behinderung der Atemmechanik u. o. Sauerstoffmangel der geatmeten Luft ; 2.Behinderung des O ₂ -Transports der Erythrozyten u. o. der Sauerstoffverwertung durch die Körperzellen ; sowie 1 u. 2 mit (Asphyxie) und ohne CO ₂ -Retention (Hypoxie)	Bedeckung der Atemwege; Knebeln; Brustkorbkompresion; Schwitzkasten; unter Wasser drücken; Einsperren in enge Räume; Vergiftung;	Gesicht zyanotisch + Dunsung, Petechien,

5.12.1 Strangulation und mechanische Asphyxie

Die Analyse der unter dem Sammelbegriff Strangulation zusammengefassten Fälle, in denen Gewalt in Form von Hängen, Würgen und/oder Drosseln Anwendung fand, lässt erkennen, dass es sich bei den Betroffenen fast ausschließlich bzw. überproportional um Frauen im mittleren wie höheren Lebensalter handelte (s. Tab. 26); sodass sich für die Frauen zwischen 21 und 60 Jahren ein 4,6-fach höheres und die Frauen ab 60 Jahren ein 3-fach höheres Risiko abzeichnete, Opfer durch Strangulation zu werden. Erwähnung fand dieses Phänomen bereits in diversen Studien und Abhandlungen zu diesem Thema (vgl. hierzu Hansen 1965, Brendel 2005).

Des Weiteren konnte den Akten entnommen werden, dass die Täter mehrheitlich bzw. nahezu ausschließlich männlichen Geschlechts waren. Anteilsmäßig dominierte sowohl in der Altersgruppe der Opfer ab 60 Jahren (85 % zu 15 %), als auch in der Vergleichsgruppe der 21- bis 59-Jährigen (93 % zu 7 %), die Kompression des Halses mit den Händen (das Würgen), gegenüber dem Zuziehen des Halses des Opfers mittels Strangwerkzeug (dem Drosseln). Fälle des versuchten Erhängens („Beinahe-Erhängen“) hingegen, konnten nicht der Aktenlage entnommen werden. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass dem Erhängen eine Tötungsintension, bzw. ein fortdauernder Tötungsvorsatz zugrunde liegt und daher nicht den klassischen Affekt- und Impulstaten zuordenbar ist. In Entsprechung finden sich daher auch fast ausnahmslos nur tödlich endende Verläufe, die somit bei den Tötungsdelikten Erwähnung finden, nicht aber Gegenstand dieser Arbeit sind.

Am häufigsten erfolgte das Würgen bzw. Drosseln im Rahmen von Beziehungskonflikten, gefolgt von Sexualdelikten bei den unter 60-Jährigen sowie im Zuge von Raubüberfällen bei den 60-Jährigen und Älteren. Damit kann der Strangulation bei sexuell motivierten Gewaltdelikten im Alter eine eher untergeordnete Rolle beigemessen werden. Erklärungen hinsichtlich der Tätermotivationen bieten/finden sich somit in verschiedenen Bereichen der Zwecksetzung (dem zielgerichteten, bewussten Handeln) und der Zweckmäßigkeit (dem im Angesicht des Augenblicks, sich situativ und intuitiv ergebenden Handelns). Zu nennen wären hier beispielhaft Motive wie Machtdemonstration, Unterwerfung/Kontrolle des Gegen-

übers, Erzwingung des Nachgebens/Geschehenlassens sowie das bloße Ziel eine „Stimme“ (bspw. laute Hilferufe eines Opfers) zum Schweigen bzw. zum Verstummen zu bringen. Ein anderes Verteilungsbild der Opfer-Werdung zeigt sich hingegen bei der mechanischen Asphyxie. Dies entspricht einem Mechanismus, der die Lungenventilation einschränkt u. o. verhindert (s. vorangestellte Tabelle „(Er-)Stickung“). Insgesamt berichteten unabhängig vom Lebensalter, 4 % der Frauen sowie 3 % der Männer, Opfer dieser Viktimisierungsform geworden zu sein. Primär erfolgte diese bei den Frauen durch eine Bedeckung der Atemwege oder eine Kompression des Brustkorbes und bei den Männern durch einen umklammernden Griff des Halses (Unterarmwürgegriff). Eine Verlegung der Atemwege durch Knebelung zeigte sich als seltene, nur in Ausnahmefällen angewandte Methode.

Häufigste Begleitsymptome bei angegebener Strangulation u. o. mechanischer Asphyxie waren Schluckbeschwerden, Heiserkeit sowie kurze Bewusstlosigkeit. Weitere fakultative Symptome, wie optische und vegetative Auren sowie das unwillkürliche Einnässen und Einkoten, wurden indessen seltener beobachtet (s. Tab. 27). Neben diesen eher unspezifischen Symptomen, fanden sich jedoch auch Einzelbefunde oder Befundkombinationen, denen hinsichtlich der strangulierenden Gewalteinwirkung auf den Hals, diagnostisch beweisende Bedeutung zukommt. Hierunter zu verstehen sind petechiale (Ein-)Blutungen der sichtbaren Schleimhäute (Augenbindehäute, Lidhäute/Konjunktiven, Mundschleimhaut) und der Haut des Kopf-Hals-Bereiches sowie infolge massivster Gewalt, Blutungen aus Nase und Ohr im Zusammenhang mit Befunden im unmittelbaren Bereich der ansetzenden und einwirkenden Druck- oder Zugkräfte (Würgemale, Drosselmarken) (Lignitz und Strauch 1990); wobei ein Fehlen dieser Befunde, einer stattgehabten Strangulation nicht widersprechen (Maxeiner 2007).

So kommt es entscheidend darauf an, welche Handlungen im Zuge des Viktimisierungsprozesses beschrieben wurden. Bei schmalen Hals des Opfers und großen Händen sowie kurzen Fingernägeln des Täters, können Würgemale beispielsweise erfahrungsgemäß vollständig fehlen. Ähnlich gestaltet sich die Spurenlage beim Umgreifen des Halses mittels Schwitzkasten. Entsprechend verhält es sich auch beim Drosseln mit weichen, breitflächigen Strangwerkzeugen (z. B. Seiden-

schal) und bei der weichen Bedeckung der Atemwege (Püschel und Schröer 2006).

Auch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Petechien in der Haut und den Schleimhäuten des Kopfes als typische – wenn auch nicht regelhafte – Zeichen des „Beinaheerstickens“ bzw. „Anerstickens“, wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Zu nennen sind die Art, der anatomische Ansatzpunkt, die Zeit und die Intensität/Stärke der einwirkenden Kraft. Allgemein versteht man unter Petechien ein Syndrom der venösen Blutstauung oberhalb der „Einwirkungsebene“. Verursacht wird dieses durch den verminderten venösen Abfluss bei zumindest kurzzeitig bestehendem arteriellem Zustrom, infolgedessen die intravasale Blutfülle steigt und es zum Zerreißen kleinster Gefäße mit Blutaustritten kommen kann. Folglich zeigen sich beim Würgen, da hier ein vollständiger Verschluss der tiefergelegten Halsarterien seltener erzielt wird als beim Drosseln, die Stauungssyndrome ausgeprägter. Ferner erklärt sich hierdurch auch die große Variabilität, bezüglich der Anzahl und Intensität, dieser meist stecknadelkopfgroßen Haut- und Schleimhauteinblutungen (Maxeiner 2007, Ahne et al. 2011, Bleich 2000, Ely und Hirsch 2000, Geserick und Kämpfe 1990).

Betrachtet man nun diesbezüglich die untersuchten Fälle des IfR, so zeigt sich eine auf den ersten Blick, dem gesicherten Erfahrungswissen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechende Datenlage. Wie der Tabelle 62 zu entnehmen ist, wurden Petechien als unmittelbare Folge eines Würgeaktes seltener dokumentiert als infolge eines Drosselaktes, woraus sich eine Prävalenz für fehlende petechiale Blutungen von 73,4 % (beim Würgen) bzw. von 70,4 % (beim Drosseln) ergab. Dieses Ergebnis ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass es sich bei den zur Drosselung verwendeten Hilfsmitteln (s. auch Tab. 28), in der Mehrzahl der Fälle, nicht um klassische, die Blutzufuhr zirkulär, engflächig abschnürende Strangulationswerkzeuge (Seil, Strang, Strick) handelte. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass bei nicht tödlich endenden Drosselungen, die aufgewandte Kraft sowohl zeitlich als auch die Intensität betreffend, Begrenzung fand und somit der Blutfluss – zumindest weitestgehend – erhalten blieb. Ebenso könnte dies dem Umstand geschuldet sein, dass den Drosselungen verhältnismäßig (zahlenmäßig) weniger Fälle zugrunde lagen und daher rein zufällig überrepräsentiert waren.

tiert erscheinen. Zudem könnten sich aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, die sich negativer darstellenden Befundlagen bei Würgedelikten erklären. Ebenso denkbar wäre aber auch, dass eine Kompression der oberflächlichen wie segmental tiefergelegten Halsweichteile, aufgrund der mit dem Alter einhergehenden Veränderungen (Abnahme des Unterhautgewebes und der Muskulatur), weniger Kraft erfordert und dass eben die alterscharakteristischen Funktionseinbußen im Sinne einer schlechteren Durchblutung im Allgemeinen und der kleinsten Blutgefäße (Kapillaren) im Besonderen und dem damit einhergehenden langsameren Kapillardruckaufbau, die Entstehung von Petechien unwahrscheinlicher werden lässt; wobei letztgenanntem Aspekt ein weitaus höherer Erklärungswert beizumessen scheint, da atherosklerotisch veränderte Gefäße (Halsschlagadern), wie es häufig und insbesondere bei älteren Menschen der Fall ist, einer leichteren Zusammendrückbarkeit widersprechen. Könnten jedoch bei entsprechender Vorgeschichte, Befunde diagnostiziert werden, so zeigten sich Petechien in der Mehrzahl der Fälle in den Augenbindehäuten (s. nachfolgende Abbildung). Diese Beobachtung deckt sich mit den entsprechenden Angaben der Fachliteratur.

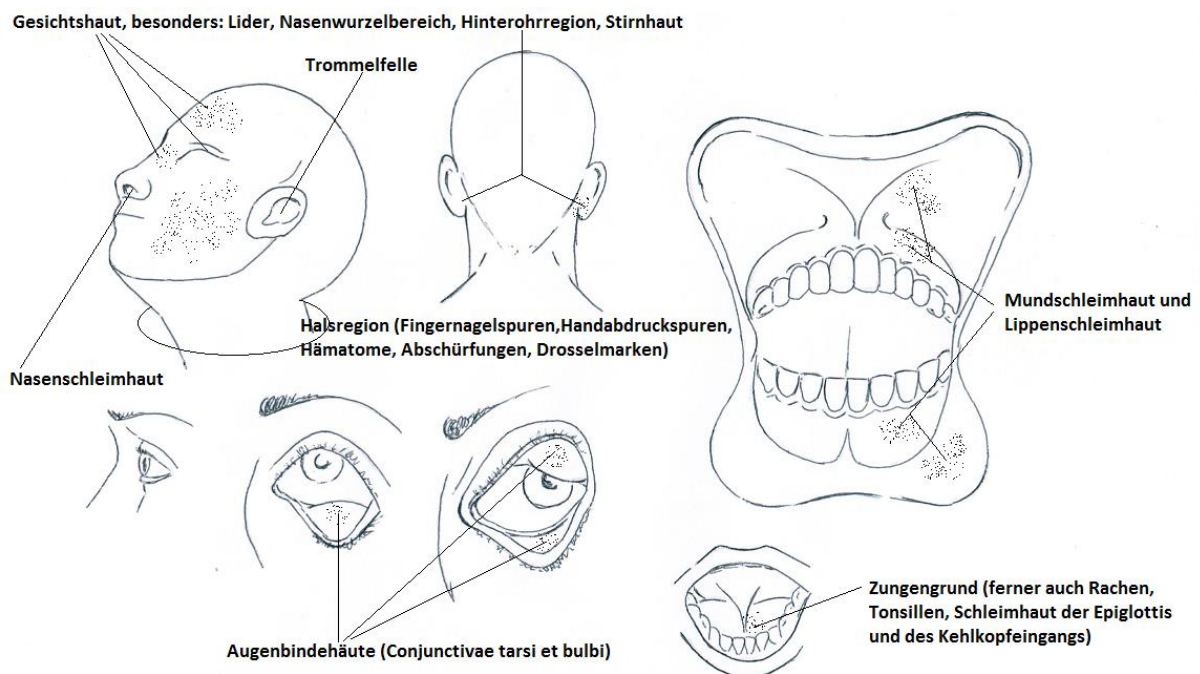


Abbildung 27: Typische äußere Befunde bei Strangulation (Petechien entsprechend den primär zu erwartenden Lokalisationen, „wo erleichtert lädiertes Gewebe dem Blutaustritt wenig Widerstand entgegensetzen“ (Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin 2012).

Andererseits fand sich auch eine Bestätigung bzw. fanden sich Anhaltspunkte dafür, dass Petechien und Druckmale am Hals, als Folge ganz verschiedener Einwirkungen oder Erkrankungen entstehen können und nicht zwangsläufig mit einem Strangulationsereigniss vergesellschaftet sein müssen (s. Tab. 63). Zu erwähnen wären beispielsweise gesicherte Zusammenhänge für Petechien bei bestimmten Infektionen und Intoxikationen (Maxeiner 2007, Weber und Fontana 2005). Für Druck- und Scheuermale, ferner auch rein hypothetische Ursachen, wie das Einschlafen auf einem festen Widerlager oder das Einklemmen des Halses zwischen Stäben eines Bettgitters sowie ein Anprallen an festen Gegenständen infolge von Stolper-, Rutsch- und Sturzunfällen oder das Tragen engsitzender, scheuernder wie einschnürender Schmuck- und Kleidungsstücke im Bereich des Halses.

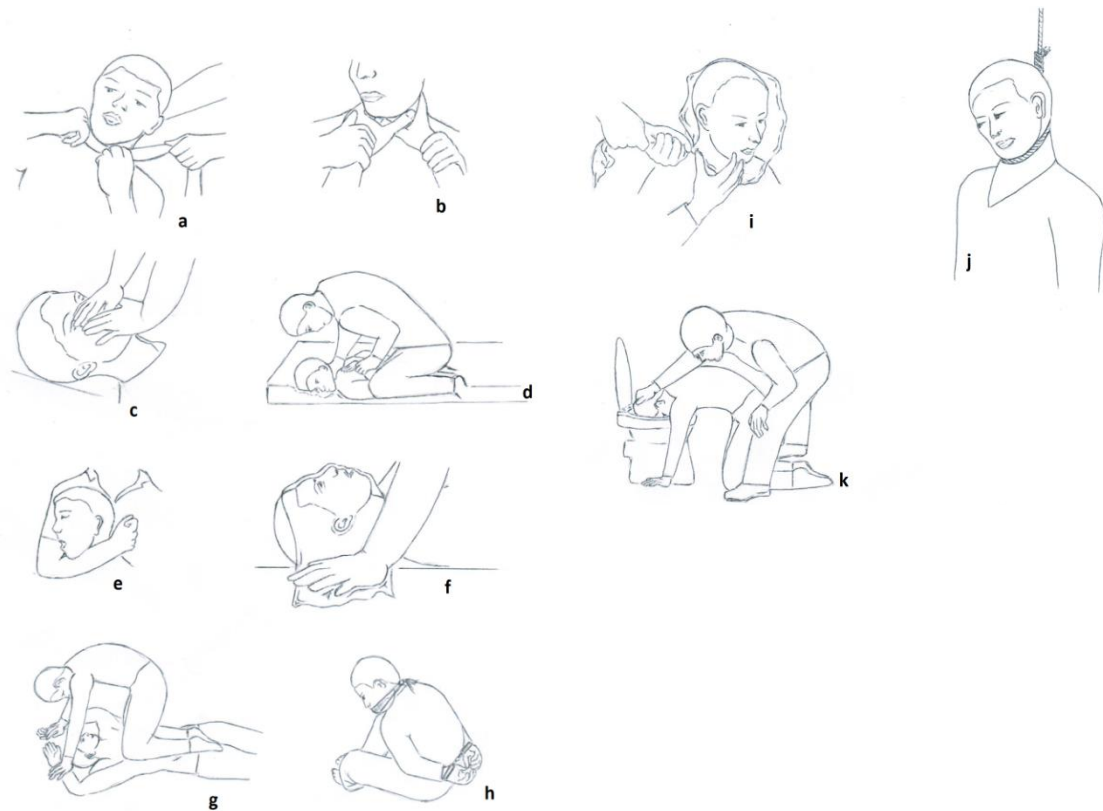


Abbildung 28: Formen der Strangulation/mechanischen Asphyxie: a.) Drosselung mittels Strangwerkzeug (Seil, Tuch, Schal, Gürtel, etc.); b.) Strangulation ohne Strang- oder Drosselwerkzeug mit den Händen (Würgen); c.) Zudrücken des Mundes und der Nase mit den Händen; d.) Verschluss der Atemwege durch Anpressen des Gesichtes auf eine entsprechende Unterlage (Matratze, Decke, Kopfkissen) und Kompression des Brustkorbes durch „Hock-Sitz“ auf den Rücken des Gegners/Opfers; e.) Unterarmwürgegriff („Schwitzkasten“), f.) Weiche Bedeckung der Atemwege (Kissen, Woldecke, Stoff, Folie); g.) Kompression den Thorax durch „Hock-Sitz“ auf den Brustkorb; h.) Einführen eines zusammengedrehten/-gedrückten Tuches oder Vergleichbarem in den Mund oder Rachenraum; i.) Überstülpen einer Plastiktüte über den Kopf; j.) Strangulation durch freies Hängen (die Füße haben keinen Bodenkontakt) im Strangwerkzeug (Erhängen); k.) Drücken des Kopfes oder Vorderkörpers unter Wasser. Arten von Asphyxie: In Abhängigkeit davon, ob die Ventilationsbehinderung (Behinderung der einströmenden Luft in die Lungen) durch eine Verlegung/Manipulation der Luftwege erfolgt (Nase, Mund, Rachen, Luftröhre) oder Folge einer verminderten Dehnbarkeit der Lungen und/oder des Thoraxes ist, kann zwischen obstruktiver (Beeinträchtigung der äußeren Atmung) und restriktiver (Beeinträchtigung der Dehnungsfähigkeit) Asphyxie unterschieden werden

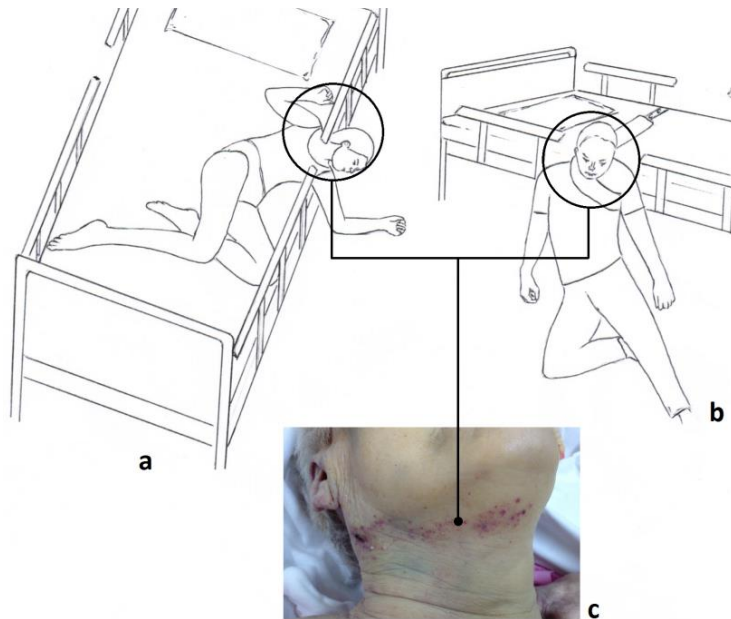


Abbildung 29: Strangulationsunfälle bei mechanischer Fixierung in der Pflege (c): Einklemmung des Halses zwischen Liegefläche (Matratze) und Bettgitter bei Drehung der Patientin quer zur Körperachse im Bett (a); Strangulation durch Bettfixierungsgurt bei Drehung des Patienten über den Bettrand hinaus infolge fehlender Seitenbefestigungen/fehlerhaft angebrachtem Fixierungsgurt (b).

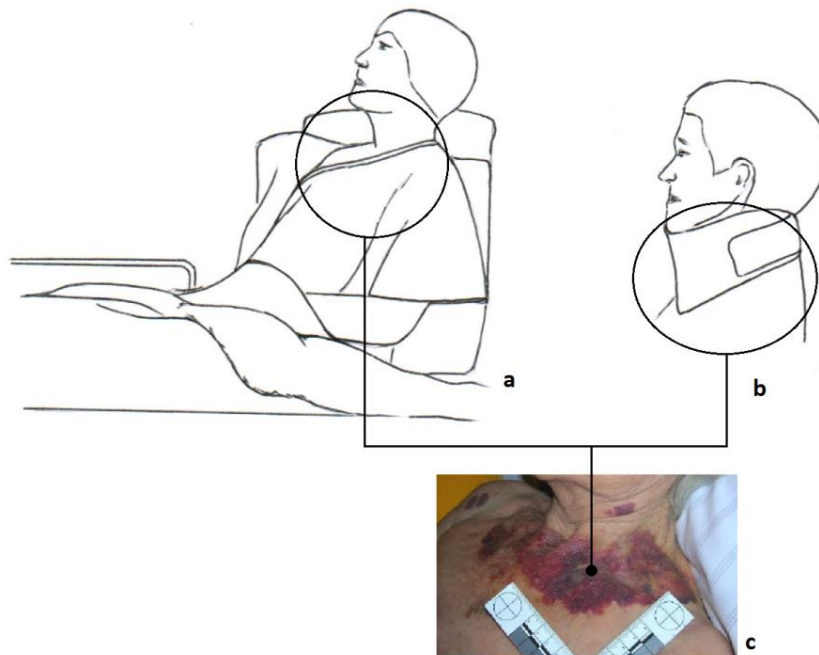


Abbildung 30: Beispiel eines würgelähnlichen Hautbefundes im Bereich der vorderseitigen Hals- und Schlüsselbeinregion bei atrophischer Altershaut (c), durch Einschnüren oder Scheuern eines „stärkergradig“ unter Zug verrutschten Nachthemdes (a), bzw. durch eine eng anliegende „stiff-neck-ähnliche“ Halskrause (b), als aus kausalistischer Sichtweise mögliche Erklärungen.

5.12.2 Scharfe Gewalt

5.12.2.1 Stich- und Schnittverletzungen

Verletzungen durch scharfe Gewalt wurden durch schneidende und/oder spitzzulaufende Tatwerkzeuge bzw. Waffen verursacht. Hinsichtlich der zur Begehung der Straftaten verwendeten Tatwerkzeuge sowie der resultierenden Wundmorphologie im Zusammenhang mit dem Verletzungsmechanismus, wurden daher Stich- und Schnittverletzungen voneinander abgegrenzt (s. nachfolgende Abbildungen).

Wie bereits erwähnt, war dem Untersuchungsgut des IfR zu entnehmen, dass es sich bei den Opfern scharfer Gewalt mehrheitlich um Männer handelte (s. Tab. 42 und 43). So zeigte sich, dass im analysierten 6-Jahreszeitraum männliche Personen, unabhängig vom Alter, mehr als doppelt so häufig durch das Einwirken eines scharfen oder spitzen Gegenstandes zu Schaden gekommen waren als Frauen. Gesamthaft zeigte sich ferner, dass die davongetragenen – im Zuge der Gewalt-handlungen erlittenen – Läsionen ihrer Wundmorphologie nach, mehrheitlich den Schnittverletzungen zuordenbar waren.

Bei den Tätern handelte es sich insgesamt in über 80 % der Fälle, sowohl in der Altersgruppe der 21- bis 59-Jährigen sowie der 60-Jährigen und Älteren alleinig um Männer, sodass die Beanspruchung von scharfer Gewalt, eher eine Form männlichen Problemverhaltens zu sein scheint. Demgegenüber waren lediglich sechs Prozent der Körperverletzungsdelikte durch scharfe Gewalt, einem weiblichen Tätergeschlecht zuordenbar, wobei eine zwischen schnitt und stich bedingten Verletzungen differenzierende Betrachtung erkennen ließ, dass Frauen sich vermehrt die stechende Eigenschaft des geführten Instrumentes zunutze machten. Dies davon ausgehend, dass die meistgenannten Tatwerkzeuge ihrer Beschaffenheit nach – in Abhängigkeit ihrer Handhabung –, sowohl stechend als auch schneidend einwirken können; und somit dem Formenkreis der „Klingenwaffen“ zugerechnet werden konnten.

Ferner ließ die thematische Zuordnung der Tat „scharfe Gewalt“, zum subjektiven Tathintergrund, Unterschiede bezüglich des Alters und Geschlechts erkennen.

Während bei Frauen zwischen dem 21. und 59. Lebensjahr überwiegend „Beziehungskonflikte“ und „andere Konflikte“ genannt wurden, dominierten bei den 60-jährigen und älteren Frauen, neben den „Beziehungskonflikten“ die „Raubüberfälle“; wenngleich die Fallzahlen hier sehr gering sind und damit eine Allgemeingültigkeit infrage gestellt werden muss. Des Weiteren wurde ersichtlich, dass die Verwendung von scharfer Gewalt als Druckmittel bzw. im Kontext mit sexuellen Handlungen, sich nur bzw. nahezu ausnahmslos (bis auf einen Fall) bei weiblichen Opfern jüngeren Alters fand. Übereinstimmend zu den Tatmotiven der 60-jährigen und älteren Frauen, präsentierten sich auch jene der männlichen Opfer ab 60 Jahren. Hingegen erfolgte der Einsatz von scharfer Gewalt in der Altersgruppe der 21- bis 59-jährigen Männer, primär im Zuge von eskalierenden Auseinandersetzungen zwischen sich weitgehend unbekannter Personen.

Bei der Analyse dieser spezifischen Verletzungen, zeigten die Opfer ab 60. Jahre überwiegend Stich- und Schnittspuren im Bereich des Thoraxes (sprich im Brustbereich), an den Armen sowie am Hals, wohingegen Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, des Abdomens, des Rückens und der unteren Extremität – zuzüglich zu den zuvor genannten Lokalisationen –, fast ausnahmslos bei den unter 60 Jährigen, als synchrone Zustände in Erscheinung traten. Die Lokalisationen der Verletzungen, in Ergänzung mit der jeweiligen Wundgröße und -tiefe, lassen teilweise eine Eingrenzung der möglicherweise betroffenen anatomischen Strukturen zu und können somit wichtige Anhaltspunkte dafür liefern, wie hoch der Schweregrad der Verletzung ist, resp. kann durch eine alle Eventualitäten berücksichtigende und erwägende Untersuchung, die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung – hinsichtlich der Lebensgefährlichkeit sowie potenziell drohender Komplikationen – charakterisiert werden. Zudem kommt der Beschaffenheit der Wundränder, bei der Erkennung verwendeter Tatwerkzeuge und bei der ersten Eingrenzung der Tatzeit im Kontext von Tathergangsrekonstruktionen, eine entscheidende Rolle zu (siehe dazu die umfassende Fachliteratur). Einen weiteren Aspekt bilden die sog. Abwehrverletzungen im Bereich der oberen Extremitäten, deren Vorhandensein auf eine tätliche Auseinandersetzung hinweisen kann (Dettmeyer et al. 2011) und sich altersunabhängig im Kontext der scharfen Gewalt fanden.

Forensische Bedeutung findet solch eine Beurteilung insbesondere hinsichtlich strafrechtlicher Belange und Fragestellungen, wie beispielsweise:

- Zeigt die Wunde der Entstehungsart nach Anzeichen/Charakteristika einer Fremdbeibringung, eines Unfalles oder einer Selbstbeibringung?
- Ist der Straftatbestand der einfachen, gefährlichen oder schweren Körperverletzung, beziehungsweise einem versuchten Tötungsdelikt zuordenbar?

Anzumerken ist, dass von potenziell lebensbedrohlichen Verletzungen durch scharfe Gewalt vornehmlich dann auszugehen ist, wenn diese im Bereich des Halses und des Schultergürtels liegen, da hier größere Gefäße relativ oberflächlich verlaufen und daher auch bei geringer Schnitt- oder Stichtiefe verletzt/perforiert werden können. Ferner besteht auch die Gefahr einer Kehlkopf- und Luftröhrenverletzung sowie einer Eröffnung des Pleuraraumes mit und ohne Verletzung der darunter befindlichen Lungenspitzen, in deren Folge es dann beispielsweise zum Verbluten, zur Blutaspiration und zum Lungenkollaps kommen kann (Letz 1883).

Betrachtet man nun diesbezüglich die erhobenen Daten (s. Abb. 12), so war feststellbar, dass in Entsprechung hierzu, zwar 70 % (9 von 13) der Stichverletzungen, jedoch nur rund 38 % (12 von 32) der Schnittverletzungen im Bereich des Halses, eine (potenzielle) Lebensgefährlichkeit beigemessen wurde, was wohl auf die meist tiefer gehenden Gewebeschädigungen bei „stechender Gewalt“ zurückzuführen ist.

Auf eine entsprechende Analyse von Stich- und Schnittwunden im Bereich des Brustkorbes und Abdomens hinsichtlich ihrer (potenziellen) Lebensgefährlichkeit wurde hingegen verzichtet, da das zur Verfügung stehende Erhebungsmaterial, aufgrund einer fehlenden „Quadrantierung“ dieser Regionen, keine Generierung räumlicher Beziehungen zu anatomischen Strukturen zuließ. Dies vor dem Hintergrund dessen, dass die Ernsthaftigkeiten von Verletzungen im Bereich des Brust- und Bauchraumes, mit der Lokalisation und Tiefe, stark variieren können (vgl. hierzu Letz 1883). So bedingt nicht zwingend jede thorakale und abdominale/peritoneale Perforation eine Verletzung innerer Organe und größerer Gefäße, die das Erfassen und Bewerten des Traumas als lebensbedrohlichen Zustand o-

der eine als unverzüglich und unmittelbar behandlungsbedürftige Verletzung, die unbehandelt zum Tode führen kann, begründet erscheinen lässt.

Darüber hinaus konnte im Rahmen der stichprobenartigen Kontrollen der Untersuchungsberichte/Verletzungsgutachten zur Verifizierung der entsprechenden zur Auswertung dienenden Basisdokumentationsbögen, neben dem die Befundung beeinflussenden Zeitfaktor (Zeitdifferenz zwischen Tat und Befunderhebung) ein weiterer (hinsichtlich des objektiven Tatbestandselements) erschwerend hinzukommender Aspekt festgestellt werden. Schwierigkeiten bei der Befunderhebung und Einordnung des Verletzungsbildes ergeben sich dabei aus dem Umstand, dass bei Verletzungen, welche innerhalb kürzester Frist chirurgisch versorgt werden müssen oder aber der Rechtsmediziner erst nach der operativen Versorgung benachrichtigt/konsiliarisch mit hinzugezogen wurde, keine unveränderten Spurenlagen vorfindet bzw. aufgrund von angebrachten Verbänden oder Schienungen eine unmittelbare Inaugenscheinnahme nicht möglich ist (Wirth und Strauch 2006). Somit zeigte sich bei Stich- und Schnittwunden, ähnlich wie bei Frakturen und Schädel-Hirn-Traumen, ein korrespektives, fächerübergreifendes Zusammenarbeiten unabdingbar, das im Endergebnis der Qualität der Beweiserhebung gerecht wird und von welchem beide Seiten (die versorgenden Disziplinen wie die begutachtenden Rechtsmediziner) profitieren können. Praxisrelevante Aspekte bilden dabei u. a.:

- die ärztlichen Dokumentationen der Vitalparameter zur Beurteilung der Kreislaufsituation,
- Erhebungen des neurologischen Status zur Erkennung und Einordnung von Verletzungsfolgen und
- bildgebende Verfahren zur Offenlegung geschädigter, tieferer wie nicht sichtbarer Strukturen (Einblutungen, Frakturen, Organperforationen).

Ferner sollte bei jeder Befundung – wie bereits erwähnt – auch an die Möglichkeit eines selbstverletzenden bzw. autoaggressiven Verhaltens im Rahmen einer psychischen Erkrankung oder einer überschießenden gefühlsmäßigen Gemengelage gedacht werden. Aus Gründen wie etwa Scham, Ärger, Wut oder des sekundären Krankheitsgewinnes, kann dies im weiteren Verlauf zu falschen Anschuldigungen führen (s. Fallbeispiel). Hieraus wird auch das Erfordernis einer präzisen Doku-

mentation, hinsichtlich der Verteilung, Anzahl und der Form der Stich- oder Schnittverletzungen ersichtlich; denn diese können u. a. Anhaltspunkte für selbstbeibrachte Verletzungen, wie etwa die typischen Probierschnitte, aufzeigen (Püschel und Schröder 2006).

Deutlich wird die Relevanz dieser zu bedenkenden Möglichkeit auch anhand der Daten des IfRs, die im Hinblick auf diese Fragestellung untersucht wurden (s. Tab. 67 und 68). So zeigte sich, dass von den insgesamt 134 erfassten Fällen, bei denen die Untersuchung Anhaltspunkte für eine Selbstbeibringung erkennen ließ bzw. die Verletzungen mit dem angeblichen Tatgeschehen nicht zu vereinbaren waren und sich somit Hinweise – zumindest mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit – auf eine Selbstbeibringung ergaben, annähernd 32 % im Zusammenhang mit Stich- und Schnittverletzungen erhoben wurden; wobei sich diesbezüglich (prozentual gesehen) keine ausgeprägten Generationsunterschiede erkennen ließen.



Abbildung 31: Befundbeispiele bei Verletzungen durch scharfe Gewalt: a) Unterhalb der linken Brust, in der Axillarlinie, eine quer zur Körperlängsachse verlaufende, leicht klaffende Hautdurchtrennung, infolge einer Messerattacke; b) Mehrere annähernd parallel zueinander verlaufende Schnittverletzungen im Bereich des behaarten Hinterhauptes durch horizontal von hinten geführten Angriff mit einem scharfen Gegenstand; c) Stichverletzungen im Bereich des linken Oberschenkels infolge eines Angriffes mit einem zweischneidigen Gegenstand; d) Eine im Oberbauch mittig lokalisierte, horizontal zum Bauchnabel verlaufende/längsgestellte, strichförmige Hautdurchtrennung, mit Metallklammern zusammengerafft, infolge Messerattacke.

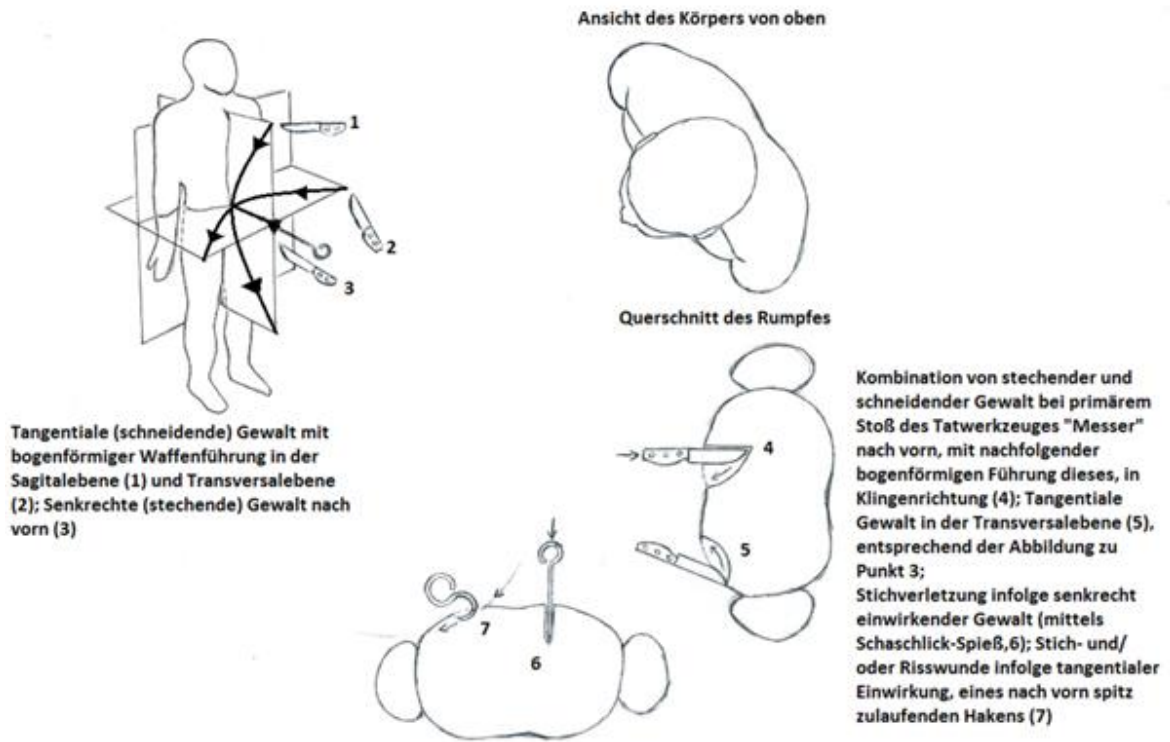


Abbildung 32: Schematische Darstellung der Verletzungsmechanismen bzw. der Waffenführung bei tangentialer (1 u. 2) und senkrechter Gewalteinwirkung (3). Die Abbildungen 4 und 5 skizzieren hierbei die variierenden Wundmorphologien der Stichverletzungen in Abhängigkeit zur Klingenföhrung. Korrespondierend zur Kombination von stechender und scharfer Gewalt, zeigt sich unter Punkt 4 ein Einstichkanal sowie ein bogenförmig zur Hautoberfläche verlaufender Wundrand. In den Abbildungen 6 und 7, finden sich in Entsprechung hierzu, die Einstich- und/oder Rissmorphologien, bei einem Angriff mittels Spieß und Haken dargestellt.

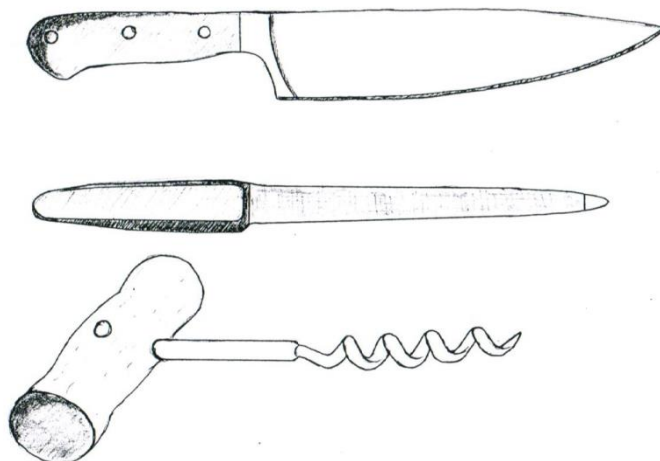


Abbildung 33: Beispiele von Tatwaffen bei scharfer/spitzer Gewalt: In der linken Bild-hälfte finden sich verschiedene Gegenstände, die als Tatwaffen im Hinblick auf „scharfe Gewalt“ Anwendung fanden, dargestellt: 1) Küchenmesser mit nach vorn spitz zulaufender, einseitig schneidender Klinge; 2) Nagelfeile mit stumpfem Feilenblatt u. einem konisch zur Spitze zulaufenden Endteil (Hautschieber, Nagelreiniger); 3) Spiralförmiger Korkenzieher mit spitzem Endteil.

5.12.2.2 Ritzverletzungen

Ritzwunden als Verletzungsbefunde nach scharfer Gewalteinwirkung zeigten sich nahezu ausschließlich (mit Ausnahme eines Falles in der Gruppe der 60-jährigen und älteren Frauen) in der Gruppe der unter 60-Jährigen vertreten. In 80 % der Fälle fanden sich diese im Bereich der Arme und Beine lokalisiert (s. Tab. 49). Anzeichen für eine Selbstbeibringung ergaben sich bei mehr als der Hälfte aller mutmaßlich geschädigten Personen, wobei diese mehrheitlich – in rund 88 % der Fälle – weiblichen Geschlechtes waren.

Im Ergebnis kann dies dahingehend interpretiert werden, dass das Setzen von oberflächlichen Ritz- und Schnittwunden durch beispielsweise Messer, Scherben, Rasierklingen oder andere scharfe Gegenstände, im Rahmen eines selbstverletzenden Verhaltens, in der älteren Generation keine Anwendung findet bzw. als Problemfeld nicht öffentlich in Erscheinung tritt.

Eine Erklärung hierfür könnten die dispositionellen Faktoren der Motivationen geben sowie die hinter den Motiven und Handlungen stehenden Ziele und Interessen. Betrachtet man beispielsweise die Persönlichkeitsstörungen, bei denen impulsiv selbstverletzendes Verhalten durch „Ritzen“ häufig in Erscheinung tritt (insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung), finden sich von den jeweiligen Autoren abhängige Unterschiede bezüglich der altersabhängigen Auftretenshäufigkeit beschreiben. So sehen manche Autoren die Erklärung in einem negativen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit dieser Störung, während andere Autoren von einer gewissen Stabilität ausgehen und das weniger stark in Erscheinung tretende Symptom der Selbstverletzung als Ausdruck im Alter, durch eine Verlagerung der Symptomatik – hin zur Depression und Suizidalität – konstituieren (Bohus et al. 2009, Hartkamp et al. 2002).

Des Weiteren können auch, die hinter diesen konkreten Handlungen stehenden, Motive und Beweggründe als Erklärung herangezogen werden. So liegen die antreibenden Hintergründe für Selbstverletzungen u. a. in einem Erleben und Zuteilwerden von Mitgefühl, Zuwendung und Aufmerksamkeit (Heide und Kleiber 2006), was aber eben auch eine Öffentlichkeitsbeteiligung erfordert (wie das Aufsuchen

der rechtsmedizinischen Ambulanz, bzw. das Stellen einer Strafanzeige), wohingegen in Abgrenzung erwachsene Patienten bei entsprechendem Krankheitsbild, selbstverletzendes Verhalten primär einsetzen, um ihrem Ärger Ausdruck zu verleihen und um andere Probleme auszuleben oder von diesen abzulenken (Petermann 2011). Siehe hierzu auch die Ausführungen und Abbildungen im Abschnitt „Selbstbeigebrachte Verletzungen/selbstverletzendes Verhalten“.

5.12.3 Halbscharfe Gewalt

Unter dieser Gewaltart werden Delikte verstanden, bei denen sich Tatwerkzeuge zunutze gemacht werden, die je nach Anwendung sowohl eine schneidend o. stechend verletzende, als auch eine zertrümmernde Wirkung haben können. Die Verletzungen sind v. a. von Art (z. B. Wurf-Axt, Schwert) und Weise (Stoßen, Schlagen, Werfen, Stechen) des benutzten Gegenstandes sowie von der zugrunde liegenden Wucht abhängig (Eisenmenger 2004). Respektive bedeutet dies, dass die Befunde entweder mehr der Charakteristik der stumpfen oder der scharfen Gewalt entsprechen (Püschel und Schröer J 2006), was sich in nachfolgender Abbildung schematisch dargestellt findet.

Hinsichtlich des Viktimisierungsrisikos durch halbscharfe Gewalt (s. Tab. 41), konnten keine geschlechts- oder altersspezifischen Unterschiede ermittelt werden, d. h. sowohl die Frauen als auch die Männer der Altersgruppen der 21- bis 59-Jährigen sowie der 60-Jährigen und Älteren waren anteilmäßig mit etwa 4 % an der Gesamtopferzahl gleich stark vertreten. Bei den Tätern handelt es sich wiederum meist, mit nahezu 80 % um Männer. Nach den Feststellungen bzw. Erfragungen der rechtsmedizinischen Ärzte des IfR, handelt es sich bei den verwendeten Tatwerkzeugen u. a. um Säbel, Beile, Hämmer, Schraubenzieher und abgebrochene Besenstiele. Die Gewalteinwirkungen richteten sich v. a. gegen die Extremitäten (47 %), sowie gegen den Schädel und Hals (34 %). Indes ergaben sich Verletzungen im Bereich des Rumpfes, lediglich in jedem sechsten Fall mit halbscharfer Gewalteinwirkung. Betrachtet man die relativ häufigen Verletzungslokalisationen im Bereich der Kopf-Hals-Region, so könnte dies ein Anhaltspunkt dafür sein, dass bei den Tätern der Vorsatz einer schweren Körperverletzung bestand. Bei

der Verwendung von entsprechendem Instrumentarium und dem Wissen um die Kopf-Hals-Anatomie bzw. dem allgemein und geläufigen Verständnis darüber, dass es sich bei diesen Regionen um empfindliche Strukturen handelt, kann vom Täter davon ausgegangen werden, dass das Opfer schwere, z. T. lebensbedrohliche Verletzungen davon trägt (vgl. Eisenmenger 2004).

Demgegenüber schienen selbst beigebrachte Verletzungen, durch halbscharfe Gewalt, eher die Ausnahme zu sein, wie die Untersuchungsbefunde des IfR zeigten.

Die typischen – den Gewaltopfergutachten zu entnehmenden – körperlichen Verletzungs- /Einwirkungsfolgen, umfassten u. a. Hämatome, Prellungen und Gefügetrennungen (insbesondere Kontinuumsunterbrechungen der „Weichgewebe“, seltener des Skelettes).

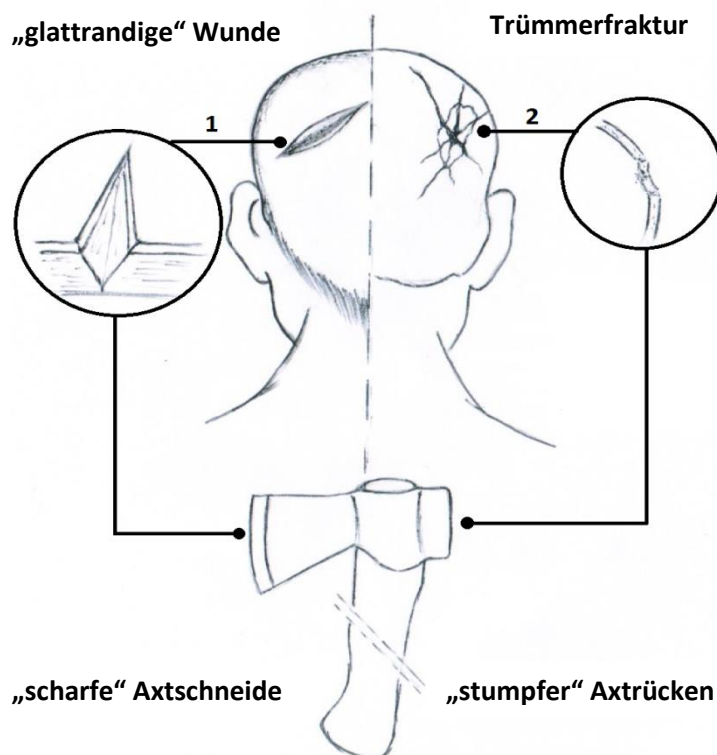


Abbildung 34: Halbscharfe Gewalt – Verletzungsfolgen in Abhängigkeit der Art und Weise des einwirkenden Objekts: Hiebwerkzeuge (Äxte, Beile, Fleischermesser) können in Abhängigkeit von der Art/Beschaffenheit und Führung des einwirkenden Objektes, zum einen Hautdurchtrennungen* aufgrund der scharfkantigen Beschaffenheit der Werkzeuge (1) und zum anderen Zertrümmerungen der Knochen durch die mechanische Wucht des aufprallenden Objektes (2) umschreiben; *Die Hautdurchtrennungen zeigen in der Tiefe gehäuft Charakteristika einer stumpfen Gewalteinwirkung mit Quetschungen und Zerreißen und ähneln in ihrer Morphologie den Platzwunden.

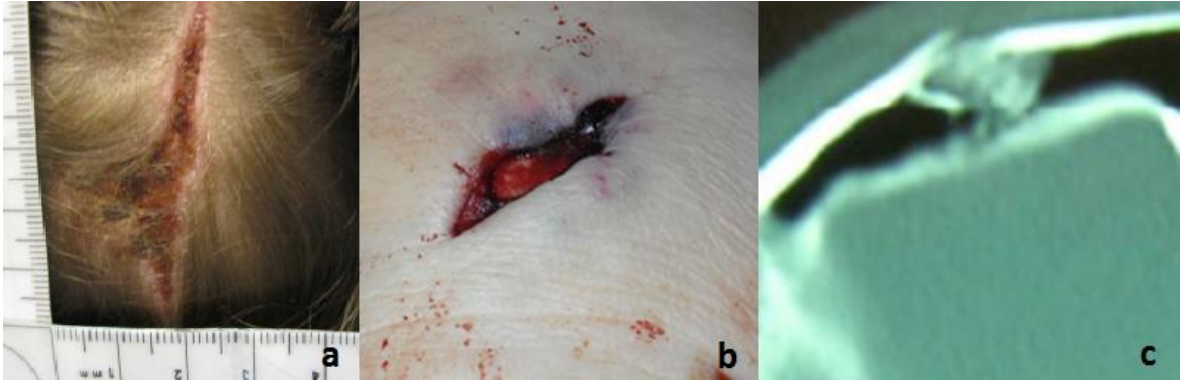


Abbildung 35: Verletzungsbefunde infolge halbscharfer Gewalteinwirkung: a) Längsgestellte, im unterem Drittel angedeutet dreieckig ausgezogene, mit Schorf belegte Verletzung der Kopfhaut durch mutmaßlich halbscharfes, kantiges stangeartiges Instrument, wie bspw. kantiges Stahlblechrohr, kantig zugeschnittenes Holzobjekt; b) Schräg gestellte, angedeutet spitzovale („spitz zulaufende ellipsenförmige“) Wunde mit unregelmäßigem Rand im Bereich der linken Stirnregion, durch Einwirkung (Schlag, Aufprall, Sturz) eines mutmaßlich wuchtigen Objektes mit kantig begrenzter Fläche oder abgeschrägten Ecken, wie bspw. Lampensockel, Kerzenständer, Plattierisen, Möbelkanten; c) Y-förmig konfigurierte, frontale Schädelverletzung mit knöcherner Perforation durch Hieb mit einem Schlachter- bzw. Küchenbeil.

Bei den Gefügetrennungen handelte es sich jedoch meistens nicht um geradlinige, sondern mehrheitlich um winklig-gezahnte oder buchtig-gelappte, mehr oder minder scharf begrenzte (Kopfschwarten-)Verletzungen, sodass die verwendeten Werkzeuge, zumindest der Beschaffenheit der einwirkenden Fläche nach, mehr stumpf oder kantig als schneidend wirkten. Bei beschriebenen tangential geführten und einwirkenden Hieben auf den Kopf, zeigten sich ferner, wie auch in der Literatur beschrieben, ein- und zwihschenkelige, teils untertaschte „Lappenwunden“, die u. a. Rückschlüsse auf die Schlagführung und -richtung zuließen. Befunde dieser Art werden ebenfalls auch in anderen Kontexten beschrieben. Beispielhaft zu erwähnen wären in diesem Zusammenhang Situationen – wie auch im Unterpunkt stumpfe Gewalt erörtert –, in denen die Geschädigten vornüber oder nach hinten die Treppe hinunter, mit dem Kopf voran stürzten und auf die Kante einer Treppe aufschlugen, bzw. an dieser entlang rutschten.

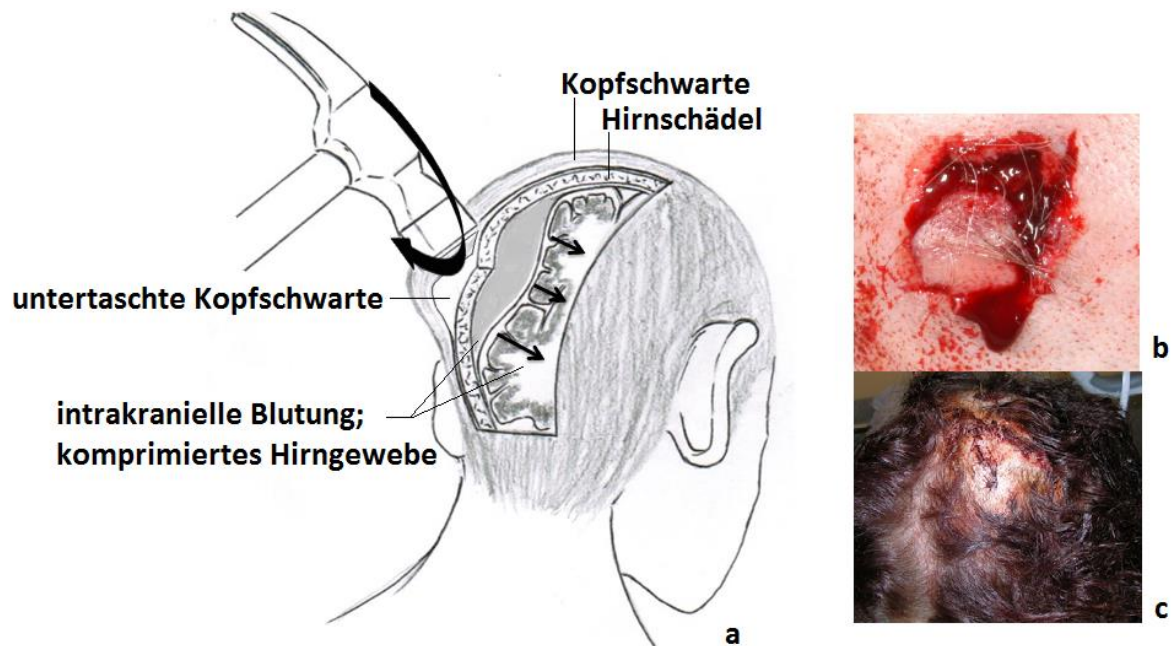


Abbildung 36: Kopfverletzungen infolge halbscharfer Gewalteinwirkung: Kopfwunde/Lappenwunde mit Untertaschung und intrakranieller Blutung (a) durch einen tangential zur Stammoberfläche geführten Schlag mit einem Holzhammer; zweischenkelige Lappenwunde (b) mit Freilegung des Schädelknochens und angehobener Fraktur in diesem Bereich; Mehrere chirurgisch versorgte Kopfverletzungen im Bereich des Ober- und Hinterkopfes (c), durch mehrmalige Schläge mit einem Hammer.

5.12.3.1 Bissverletzungen/-spuren

Ferner können auch Bissverletzungen dieser Kategorie zugeordnet werden, finden sich jedoch z. T. autoren-/lehrbuchabhängig in der Kategorie „stumpfe Gewalt“ aufgeführt. Festzustellen ist im Untersuchungskollektiv, dass es sich bei den feststellbaren Bissverletzungen fast ausschließlich um Verletzungen durch Menschenbisse und nur in wenigen Fällen um Verletzungen durch Tierbisse handelte und Bisse als „Gewaltform“ in der mittleren Generation dominierten (vgl. hierzu Tab. 9, 19 und 53). Eine mögliche Erklärung hierfür liefert die gegenständliche Betrachtung der Motivationen. So zeigen sich Bissverletzungen durch Menschen, typischerweise als sexuell motiviert oder als defensive, bzw. kompetitive Aggressionen, im Sinne einer Verteidigungsmaßnahme im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung (Wirth und Strauch 2006) und sind damit eben auch aller Wahrscheinlichkeit nach, in höherem Maße in den jüngeren bis mittleren Generationen anzutreffen.

Für gewöhnlich, wie auch in den uns vorliegenden Fällen, handelt es sich um oberflächliche, kleinere Verletzungen (sog. „Bagatellverletzungen“), in deren Folge nicht mit schweren Verläufen zu rechnen war. Grundsätzlich sind jedoch größere Bissverletzungen – insbesondere durch Hunde großer Rassen – und Komplikation möglich. Hierzu zählen bspw. tief reichende, großflächige Defekte unter Beteiligung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Knorpel und Knochen sowie infektionsbedingte akut entzündliche oder nekrotischen Reaktionen (Gawenda 1996, Eckermann et al. 2004, Zimmerli 2008).

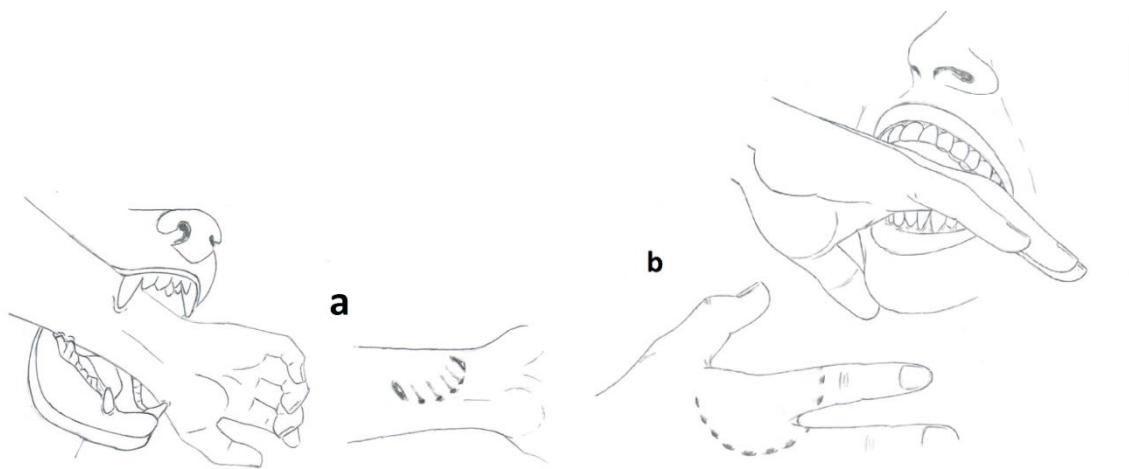


Abbildung 37: Bisswunden durch Tier- oder Menschenbisse: Bissverletzung im rechten Unterarm durch einen Hund (a); Bissverletzung im Bereich der Hand durch einen Menschen (b). Sowohl bei Tierbissen als auch bei Menschenbissen kann es infolge zu Impressionen, Schürfungen, Einblutungen und Perforationen kommen. Typischerweise zeigen sich rundlich bis ovale Bissspuren als Abdruck der Zähne von Ober- und Unterkiefer. Hautperforationen zeigen sich insbesondere bei Tier-/Hundeissen durch die Eckzähne (Incisivii).



Abbildung 38: Morphologische Charakteristika von Bisswunden nach Menschen- und Tierbiss (der besseren Nach-vollziehbarkeit halber, schwarz markiert): a-c Bissverletzung durch einen Menschen im Bereich des rechten Oberschenkels (a), der linken Schulter (b) und des linken Oberarmes (c); d-f Bissverletzung durch einen Hund im Bereich des rechten Oberschenkels, außenseitig oberhalb des Kniegelenkes (d) und in Höhe des Kniegelenkes (e) sowie außenseitig im Bereich des linken Oberschenkels. Erkennbar sind unvollständige Abdrücke der Zahnreihen (a-f), teils andeutungsweise Einbissspuren durch die Caninii des Oberkiefers und die Incisivii des Unterkiefers (e) sowie teils hufeisenförmige Hauteinblutungen als Folge der Quetschverletzung (a, d, f). Des Weiteren zeigt sich in Abbildung „f“ eine kleinere, inmitten einer größeren gelegene Bissmarke, wobei die größere umrandende Bissspur jenes Weichteilgewebe markiert, welches anfänglich vom Maul im Rahmen des „Zuschnappens“ erfasst wurde und die innen liegende Bissspur jenem Anteil des Gewebes entspricht, welches am Ende des Kieferschlusses durch den perforierenden Zahnkontakt verletzt wurde. Die Differenz zwischen ansetzendem und abschließendem Umfang, kann bspw. dadurch erklärt werden, dass das Tier seinen Kopf bei noch nicht vollendetem Kieferschluss im Zuge des Zubeißens zurückbewegt oder die attackierte Person Ausweichbewegungen durchführt, sodass sich der vom Maul erfasste Gewebeanteil verringert bzw. verlagert.

5.12.3.2 Kratzverletzungen/-spuren

Ähnlich den Bissverletzungen verhält es sich bei den Kratzverletzungen. Nach Beschaffenheit des schädigenden/einwirkenden Objektes und der verletzenden Art und Weise (Verletzungen durch Fingernägel, Schmuckstücke oder durch einen Sturz in eine Dornenhecke/in ein Gebüsch) sowie infolge der hieraus resultierenden Wundmorphologien (Rötung, oberflächlicher Substanzdefekt, tiefer gehende Schädigung, geformte oder ungeformte Wundbeschaffenheit) können diese unterschiedlichen Arten der Gewalteinwirkung zugeordnet werden. Da es sich in der Mehrzahl der Fälle um Oberhautläsionen durch Kratzen der Haut mittels der Fingernägel handelte, finden sich diese hier unter „halbscharfer Gewalt“ thematisiert.

In 333 Fällen waren Kratzspuren feststellbar, was einem Anteil von rund 8 Prozent entspricht (s. Tab. 59), womit das Kratzen als gewaltsamer Übergriff bei direkten Konfrontationen zwischen zwei Personen oder Personengruppen eine häufig Anwendung findende Gewaltform darzustellen scheint; zeigten sie sich in der Mehrzahl der Fälle als leichtere Begleitverletzungen in Kombinationen mit anderen Gewaltformen. Die nach Altersgruppen differenzierende Betrachtung der Fallzahlen zur Opferbelastung, ergänzend auch die Angaben zum Tätergeschlecht, ließen hierbei keine Unterschiede zwischen der älteren und jüngeren Generation erkennen, sodass das Kratzen als Vorgehensweise/Viktimisierungsform keiner tendenziellen Tätergruppe zugeschrieben werden kann.

Die nachträgliche Analyse jener Fälle, bei denen sich Anhaltspunkte für selbstbeibrachte Kratzverletzung ergaben (in toto 22), zeigte, dass sich diese in der Mehrzahl der Fälle im Bereich der oberen und unteren Extremitäten befanden. Typische Lokalisationen fremdbeigebrachter Kratzverletzungen, hinsichtlich der Häufigkeit dominierend, fanden sich im Bereich der oberen Extremität, des Gesichtsschädels, des Halses, des Rückens und im Bereich der unteren Extremität.

Erwähnenswerte Relevanz im hier behandelten Kontext ergibt sich daraus, dass den Kratzverletzungen nicht zwingend eine Täuschungsabsicht oder Fremdbeibringung zugrunde liegen muss. Diese können mitunter schlichtweg Folge eines Juckreizes sein, auf den mit Kratzen und Scheuern reagiert wird.

Die Ursachen, die dem Juckreiz zugrunde liegen können, sind vielfältig. Bspw. können sich dahinter internistische Ursachen wie Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, endokrinologische (Hypo-/Hyperthyreose, Diabetes mellitus) und hämatologische Erkrankungen (Eisenmangelanämie), Malignome (Lymphome) oder Medikamente verbergen. Des Weiteren kommen in Betracht: Ektoparasiten (Flöhe, Kleiderläuse, Filzläuse), diverse Hauterkrankungen, der psychogene und senile Juckreiz und – in den meisten Fällen – eine konstitutionell trockene Haut. Der auftretende Juckreiz kann am ganzen Körper auftreten oder lokal auf bestimmte Körperstellen, wie den anogenitalen Bereich (Analekzem, Lichen sclerosus, Filzläuse), beschränkt sein (Middeke 2014, Bork und Bräuninger 2005).

Insbesondere bei „nicht befragbaren“ Personen, in jenen Fällen, in denen ein adäquater Primärkontakt nicht zu erlangen ist, gilt es, im Rahmen der Begutachtung diese möglichen Ursachen abzuklären und zu bedenken; welche auch in den vorliegenden Fällen Erklärungswert boten. So stellten sich – beispielhaft an dieser Stelle erwähnt – Veränderungen manipulativer Art im Intimbereich einer älteren Dame als selbstbeigebracht heraus und konnten somit den im Raum stehenden Vorwurf der Misshandlung/sexuellen Nötigung entkräften.

Ein wesentlicher Aspekt bei der Differenzierung von (in Täuschungsabsicht) selbstbeigebrachten Verletzungen stellt, neben der Altersbestimmung der Verletzungen („einzeitig“/„mehrzeitig“), die Feststellung der Schürfrichtung bzw. Abtragsrichtung des Hautdefektes dar. Bestimmt wird diese mittels der Lokalisation der Oberhautmoräne, der bogenförmig zusammengeschobenen Oberhaut am Absetzungspunkt des schürfenden/kratzenden Objektes (s. nachfolgende Abbildung) (Oehmichen et al. 2006, Pollak 2003).

Entsprechend der physiologischen Bewegungsmuster verlaufen Juck- und Kratzbewegungen im Bereich der vorderen Körperhälfte, oberhalb des Schwertfortsatzes horizontal (von medial nach lateral), vertikal (von kranial nach kaudal) und an den oberen Extremitäten von distal nach proximal. Unterhalb des Schwertfortsatzes hingegen – im Bereich des Abdomens und der unteren Extremitäten – sind vertikale, von kranial nach kaudal, verlaufende Kratzspuren verdächtig. An den rückwärtigen Körperpartien verhält es sich ähnlich, wobei im Bereich/auf Höhe der

Halswirbel Verläufe von kaudal nach kranial, und im Bereich/auf Höhe der Brustwirbel horizontale bzw. von kranial nach kaudal verlaufende Verletzungen, als un-
verdächtig angesehen werden können (s. Abb. 41).

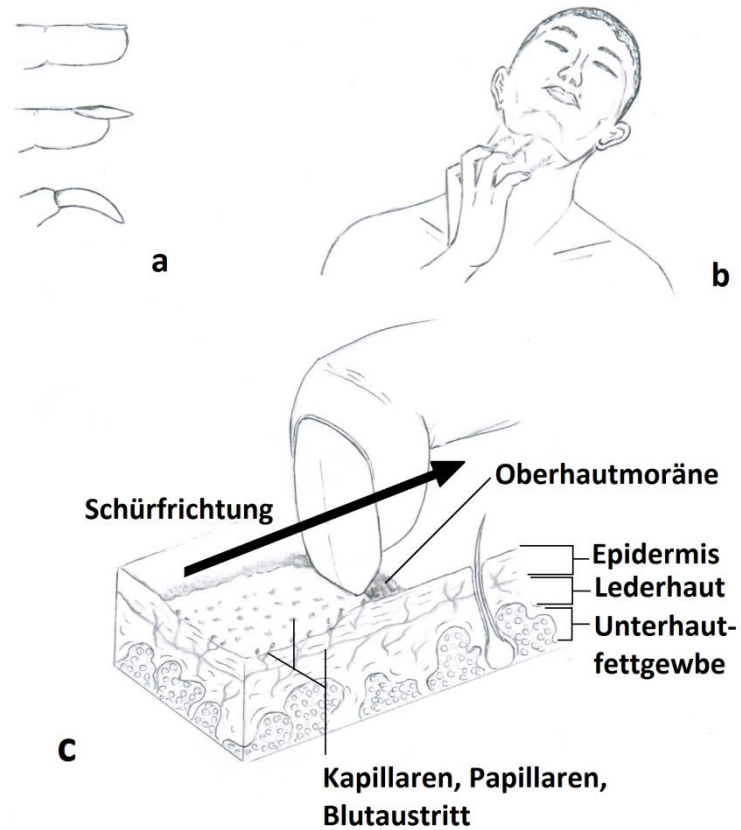


Abbildung 39: Entstehungsmechanismus von Kratzverletzungen: a) von oben nach unten: Gekürzter Fingernagel unter/auf Fingerkuppenniveau, spitz zulaufender überstehender Fingernagel, bogenförmig verlaufende Krallen eines Tieres ; b) Parallel verlaufende Kratzverletzungen/Hautabschürfungen (Exkoriationen) durch Fingernägel in der seitlichen Halsregion; c) Bei tangentialer stumpfer oder halbscharfer Gewalteinwirkung (hier ungekürzter Fingernagel) auf die Haut, werden oberflächliche Hautschichten abgeschürft/abgekratzt und gleichzeitig winzige Blutgefäße verletzt, die unter der Oberhaut liegen. In der Folge kommt es mit-unter zu punktförmigen Blutaustritten im Wundbereich und zur Bildung einer am Wundrand anheftenden, zusammengeschiebenen Oberhautschicht (der sog. Epithel-/Oberhautmoräne, auch als Schiffsbugphänomen bezeichnet); welche die Schürfrichtung charakterisiert.



Abbildung 40: Exemplarische Kratzverletzungen: Kratzspuren durch Fingernägel im Bereich des Nackens, unterhalb des Haaransatzes (a) und am linken Unterarm, kleinfingerseitig (b); strichförmige und teils v-förmige zueinanderstehende Oberhautabtragungen (c u. d) durch eine geöffnete Schere als Tatwerkzeug.

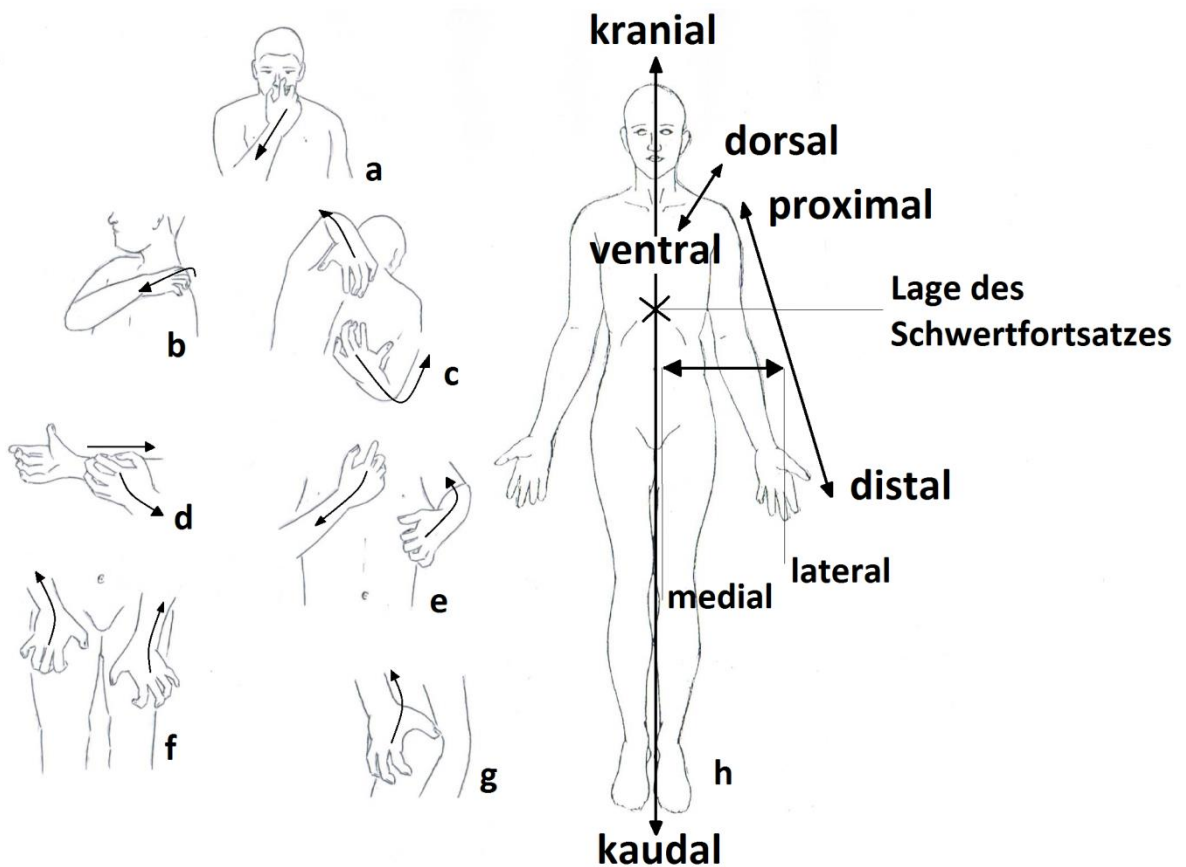


Abbildung 41: Typische Haltungen und Führungen der Arme/Hände bei Juck-/Kratzbewegungen im Bereich des Gesichtes und Halses (a), der Schulter (b), des Rückens (c), der Arme (d), der Brust/des Thoraxes (e), der Hüftregion/der Oberschenkel/des Intimbereiches (f), der Knie/Unterschenkel (g); entsprechend der anatomischen Lage- und Richtungsbezeichnungen (h).

5.12.4 Stumpfe ungeformte und geformte Gewalt

Die stumpfe Gewalt zeichnet sich, im Gegensatz zur scharfen und halbscharfen Gewalt, die oftmals mit spezifisch geformten Spuren einhergehen, durch eine flächige Gewalteinwirkung aus. Je nachdem, ob es sich hierbei um die Unterform der stumpfen ungeformten (großflächige, konturlose Einwirkung) oder der stumpfen geformten Gewalt (kleinflächige Einwirkung von Gegenständen mit Konturen oder Kanten) handelt, zeigen sich auch hier mehr (z. B. Schuhprofil nach Trittverletzung) oder weniger (z. B. Schwellung infolge eines Faustschlages) stark ausgeprägte morphologische Veränderungen der traumatisierten Körperpartien.

Angesichts dessen, dass in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen und der ab 60-Jährigen ungefähr 80 % der Untersuchten durch stumpfe ungeformte und lediglich 4 % durch stumpfe geformte Gewalt viktimisiert wurden (s. Tab. 38 und 40), muss ersterer Unterform eine höhere Bedeutung beigemessen werden.

5.12.4.1 Einschränkungen der Beurteilbarkeit

Die Beschreibungen typischer Fallgestaltungen als Folge einer „stumpfen Gewalteinwirkung“ umfassten insbesondere Verletzungen der Haut, wie Abschürfungen, Quetschungen, Prellmarken, Hautunterblutungen, Platzwunden, Dehnungsrisse sowie Knochenbrüche und seltener innere Verletzungen, wie bspw. Milzrisse, Leberrupturen oder auch Schädel-Hirn-Traumata. Demzufolge ist festzuhalten, dass die Erscheinungsbilder der Verletzungen durch „stumpfe Gewalt“ sehr vielfältig und unspezifisch imponieren können, was als Folge die Diagnosestellung/-findung – bezüglich der zugrunde liegenden Ursachen, des Ablaufes sowie der Entstehung bei Opfer-Werdungs-Ereignissen – erheblich erschweren kann. Damit einhergehend erklären sich Gutachten, denen nur ein befriedender Charakter (hinsichtlich der Eindeutigkeit) beigemessen werden kann, bzw. denen lediglich eine eingeschränkte Beweiskraft zukommt. Dies dahingehend, dass Zweifel am geschilderten Geschehensablauf durch den Rechtsmediziner verifiziert und festgehalten wurden, um getätigte Aussagen nicht zu „verabsolutieren“; wobei anzumerken ist, dass diese Zweifel, in Abhängigkeit der sich daraus ergebenden Fragestel-

lungen, bestimmte Auslegungen erfahren können (eben zugunsten oder zulasten des Opfers oder des Täters).

Praktische Umsetzung fand dies durch Hinweise am Ende der Gewaltopfergutachten in Form von relativierenden „Aussagesätzen“, die eine „Statthabung oder Nichtstatthabung“ – hinsichtlich des möglichen kausalen Status – konzедieren:

- „Die Hautdefekte an beiden Armen können durchaus im Rahmen eines Gerangels [...] entstanden sein.“
- „Eine derartige Verletzung könnte zum einen durch einen Sturz verursacht werden, zum anderen sollte bezüglich des Entstehungsmechanismus an einen Schlag mit einem festen Gegenstand gedacht werden [...].“

Betrachtet man hierzu jene Fälle, bei denen der Befund im Kontext der Anamnese als zweifelsfrei übereinstimmend bewertet wurde, so zeigte sich in Abhängigkeit der am häufigsten erfragten bzw. erhobenen Viktimisierungsformen (s. Tab. 69), dass sowohl bei den ab 60-Jährigen als auch bei den unter 60-Jährigen der kausale Status des Tatherganges, bei Viktimisierungen durch „stumpfe ungeformte Gewalt“, vermehrt Anlässe für Zweifel bzw. Unstimmigkeiten bot. Es ergaben sich lediglich bei „halbscharfer Gewalt“ etwas höhere Anteile von Unstimmigkeiten, deren kausale Einordnung einer kritischen Reflexion unterlag.

Als eine denkbare Ursache hierfür ist die bereits oben angesprochene Unspezifität dieser Verletzungen zu nennen, die dadurch bedingt ist, dass der „stumpfen ungeformten Gewalt“ ein Einwirken verschiedenster Kräfte (hinsichtlich der einwirkenden Art und Weise) zugrunde liegen kann, die oft nicht bzw. nur schwer – ihrer Morphologie nach – voneinander zu unterscheiden sind. Folglich ergibt sich die Schwierigkeit bei der Interpretation von Verletzungen bzw. bei der Rekonstruktion des Geschehensablaufes mithilfe von Verletzungsspuren primär daraus, dass sich die Vielheit der Verletzungsumstände in der Einheitlichkeit der Erscheinungsbilder der Verletzungen aufzuheben scheint (Bleich 2000, Bratzke 2003).

Beispielhaft zu erwähnen wären durch Stoß, Anprall, Sturz, Tätlichkeit, Unfall oder assistierende und unterstützende pflegerische Maßnahmen bedingte Hämatome der oberen Extremität, die allesamt durch eine Gewalteinwirkung von außen ent-

stehen und sich im äußeren Erscheinungsbild nicht unterscheiden müssen (s. Abb. 42). Grundsätzlich ist daher anzumerken, dass sich zwar gewisse Verletzungen als Hinweiszeichen auf eine körperliche Misshandlung verstehen, und damit einen abklärungsbedürftigen Befund darstellen, jedoch keinesfalls beweisend für eine aktive körperliche Misshandlung sein müssen. Folglich gilt es bei der Beurteilung von Hautbefunden, als Anzeichen einer möglichen Misshandlung bzw. Gewalteinwirkung, die Lokalisationen (insbesondere im Hinblick auf eine Mehrortigkeit), die Anordnungen (gruppiert, solitär) und die zeitlichen Zuordnungen hinsichtlich der Entstehungszeitpunkte (verschiedene Altersstadien) zu betrachten, die im Kontext der Anamnese bezüglich des Tathergangs eine Eingrenzung der möglichen Geschehensabläufe erlauben und somit einen Ursachenzusammenhang wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher werden lassen.



Abbildung 42: Nicht-konturierte Hautunterblutungen a) Unscharf begrenztes, ungeformtes, bläulich bis blauviolett (livide) imponierendes Hämatom an der Streckseite des linken Unterarmes sowie am Handgelenk; b) Manschettenartige, den gesamten rechten Unterarm umfassende braunviolette Hautunterblutung bei krankhaftem Zustand der Haut (Pergamenthaut); c) Unscharf begrenzte, annähernd ovalförmige, zentral gelbliche, im Randbereich bläulich-livide Blutunterlaufung an der Außenseite des rechten Oberarmes; d) Ungeformtes, die gesamte rechte Ellenbogenregion umfassendes braun-blauviolett Hämatom; e) Unscharf begrenzte, zentral bläulich-livide, im Randbereich gelbliche Blutunterlaufung im Bereich des Brustbein-Schlüsselbein-Gelenkes, rechts; f) Unscharf begrenzte, annähernd kreisförmige, im Zentrum blaurötlich, am Rand gelblich verfärbte Blutunterlaufung der Haut an der Außenseite des linken Oberschenkels.

5.12.4.2 Bei der Beurteilung zu berücksichtigende Faktoren

Mit zunehmendem Alter ergänzend hinzukommende Kriterien bei der Einschätzung von Hautbefunden sind altersbedingte sowie krankheitsbedingte Veränderungen der Hautarchitektur, aber auch medikamentös induzierte Veränderungen, die entweder direkt oder indirekt das äußere Erscheinungsbild von Verletzungen bzw. deren Ausprägung beeinflussen können.

Charakteristisch für eine gealterte Haut ist bspw. die Abnahme der Festigkeit, der Hautdicke und der Elastizität (Krutmann et al. 2008, Thomas 2006), was die Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Einflüssen herabsetzt. Die Abnahme der Hautdicke beruht u. a. ebenfalls auf einer Reduzierung des Unterhautfettgewebes, welchem eine mechanische Schutzfunktion durch das Auffangen von Druck- und Stoßbelastungen für darunter liegendes Gewebe, wie Knochen und Muskeln, zu kommt (Lubatsch 2004). Unter krankheitsbedingten oder medikamentös induzierten Veränderungen sind solche Modifikationen zu verstehen, welche die Widerstandsfähigkeit der Haut negativ beeinflussen. Exemplarisch an dieser Stelle zu nennen ist der Altersdiabetes (Zuckerkrankheit), das postthrombotische Syndrom (Schädigung des Venensystems infolge eines Gefäßverschlusses durch ein Blutgerinnsel) und die durch die Einnahme von Cortison-Präparaten induzierte Pergamenthaut (Thiede 2012, Hach 2007, Aktories et al. 2009). Ein weiterer Umstand, der das Imponieren von Verletzungen beeinflussen kann, ergibt sich aus der Möglichkeit einer erhöhten Blutungsneigung. Ursächlich hierfür sind u. a. Störungen der Blutgerinnung. Diese können sowohl angeboren als auch eine Folge anderer Erkrankungen (z. B. bei Funktionsstörungen der Leber oder bei gestörter Fettverdauung, aber auch bei Mangelernährung) und damit erworben sein (Tiller und Stein 2005, Pechlaner 2010). Zusätzlich können diese durch die Einnahme bestimmter Medikamente bedingt sein, die etwa zur Behandlung oder Vorbeugung von Thrombosen und gewissen Herzerkrankungen zum Einsatz kommen. Hierunter fallen Gerinnungshemmer wie die Azetylsalizylsäure oder das Heparin (Aktories et al. 2009). Weitere Gründe für eine pathologische Blutungsneigung sind Gefäßwandveränderungen, die mit einer erhöhten Permeabilität u./ o. Fragilität einhergehen, was zum einen durch typische Alterungsprozesse bedingt ist, zum anderen auch Folge verschiedenster Krankheiten, wie dem Bluthochdruck und der Zuckerkrankheit, sein kann (Buddecke und Fischer 1992).

Hieraus wird ersichtlich, dass Blutunterlaufungen der Haut (Hämatome) durch mehrere verschiedenartige und ineinandergreifende Umstände bedingt sein können, und Aussagen über die Heftigkeit der zugrunde liegenden Traumatisierung nur bedingt möglich sind. Zusammenfassend lässt sich für die Begutachtung von Hämatomen sagen, dass ihre Ausdehnung von der Größe bzw. der Intensität der einwirkenden Kraft, den anatomischen Strukturen der traumatisierten Körperregion (z. B. oberflächliche oder tiefe Knochenlage, gewebereiche oder gewebearme Verhältnisse), von hämodynamischen Gegebenheiten (starke oder mäßige Durchblutung bzw. gefäßreiche oder gefäßarme Körperpartie) und der individuellen Blutungsneigung des Einzelnen abhängig ist (Wirth und Schmeling 2012).

Ein weiterer Umstand, der bei der Begutachtung von älteren Personen eine Sonderstellung einnimmt, ist die Beurteilung von Frakturen im Kontext der Osteoporose. Hierbei handelt es sich um eine systemische Skeletterkrankung, die mit einem erhöhten Frakturrisiko einhergeht. Ursächlich hierfür sind Anomalien des Knochengewebes, die in zwei Hauptgruppen unterteilt werden können. In ersterer Gruppe sind solche Formen zusammengefasst, denen keine erkennbare Krankheitsursache zuzuordnen ist (primäre Osteoporose), während sich in der zweiten Gruppe jene Formen subsumiert finden, die durch eine Krankheit oder deren Therapie ausgelöst wurden (sekundäre Osteoporose). Beide Formen äußern sich u. a. in einer herabgesetzten Knochendichte, einer unzureichenden Mineralisation der Knochenmatrix und in fehlerhaften Reparaturmechanismen (Bartl 2008).

Mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 12 %, in einem Alter zwischen 50 und 79 Jahren, stellt die Osteoporose eine der häufigsten Alterserkrankungen dar (Deuß 2005) und verdeutlicht damit die Relevanz osteoporotisch bedingter Frakturen im Kontext rechtsmedizinischer Untersuchungen. Typische Frakturen bei Osteoporose sind: Schlüsselbeinfrakturen, proximale Humerusfrakturen, distale Radiusfrakturen, Rippenfrakturen, Wirbelkörperfrakturen, Kreuzbeinfrakturen, Sitz- und Schambeinfrakturen sowie pertrochantäre Femurfrakturen (Bartl 2008).

Betrachtet man diesbezüglich die erhobenen Daten der untersuchten Gewaltopfer (s. Tab. 52), insbesondere im Hinblick auf die Frakturlokalisationen, so lässt sich anhand der relativen Häufigkeiten im Altersgruppenvergleich zumindest mit einer

gewissen Wahrscheinlichkeit der Rückschluss ziehen, dass osteoporotisch mitbedingten Frakturen in der Gruppe der ab 60-Jährigen eine größere Bedeutung – im Rahmen von tätlichen Auseinandersetzungen – beigemessen werden muss; wenn auch in einem geringen Ausmaße, als zu erwarten gewesen wäre. So dominierten in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren Frakturen im Bereich des Brustkorbes (Rippen, Sternum) und der oberen (Schulter, Oberarm) sowie unteren (Oberschenkel, Unterschenkel, Sprunggelenk) Extremität, wohingegen die Diagnose „Gesichtsschädelfraktur“ (in Entsprechung zu den Fällen mit einem diagnostizierten Mittelgesichts-trauma; s. Tab. 61) in der Gruppe der unter 60-Jährigen prävalierte.

Eine weitere Schwierigkeit beim Interpretieren von Verletzungen, hervorgerufen durch „stumpfe ungeformte Gewalt“, ergibt sich aus dem bereits angesprochenen Umstand der benötigten (pflegerischen) Unterstützung hilfebedürftiger (behinderter, gefährdeter und psychisch erkrankter) oder in ihrer Mobilität eingeschränkter Personen. Solche unterstützenden Maßnahmen umfassen bspw. das Ankleiden, das Waschen, die Hilfe bei der Einnahme von Mahlzeiten, die Vorbeugung von Druckgeschwüren durch bspw. abwechselnde Positionierungen innerhalb des Bettes und die Umlagerung vom Stuhl ins Bett. Dem Zweck entsprechend handelt es sich hierbei um Tätigkeiten, die einen Körperkontakt (festes Anpacken, Untergreifen, stützend Halt geben etc.) nicht vermeiden lassen und somit einer „mechanisch einwirkenden/physischen Gewalt“ gleichkommen können, ohne dass eine entsprechende Intention gegeben ist und somit von bewusst zugefügten Schädigungen – bei entsprechender Lokalisierung – nur schwer zu unterscheiden sind. Folglich erklärt sich daraus die Wichtigkeit der zu eruierten alltäglichen Versorgungsbedingungen, insbesondere jener Patienten, die sich zum Tatgeschehen selbst nicht äußern können oder denen eine krankheitsbedingt herabgesetzte Urteilsfähigkeit zugesprochen werden muss (wie bspw. bei Alzheimer- oder Parkinson-Patienten).

Betrachtet man diesbezüglich jene Fälle, die explorativ bzw. hypothetisch diesem problembehafteten Gegenstandsbereich – zumindest im weiteren Sinne – zuordnenbar sind, da dokumentierte Inanspruchnahmen von Hilfeleistungen leider nicht in Erfahrung zu bringen waren, so zeigte sich, dass der Anteil derjenigen, bei de-

nen sich objektive Hinweise für das Vorhandensein einer persistierenden neurologischen und/oder psychischen Erkrankung ergaben – und daher eine pflegerische oder unterstützende Versorgung bedingen können – in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (M: 5,3 %, F: 7,1 %) etwa doppelt bis sechsfach so hoch lag wie bei den 21- bis 59-Jährigen (M: 0,9 %, F: 3,1 %); und damit die Relevanz der zu untersuchenden Thematik verdeutlicht (s. Tab. 73).

Nachfolgend finden sich hierzu die Lokalisationen von Hämatomen, oberflächlichen Hautläsionen oder Abschürfungen dargestellt, die infolge symptomatischer und pflegerisch unterstützender Maßnahmen, bzw. in Entsprechung zu deren praktischen Umsetzung, mit den Beschreibungen der angewandten Maßnahmen (s. Index der Abb. 43) zu vereinbaren sind. Auffällig bei der Betrachtung des Körperschemas wird, dass augenscheinlich bestimmte Körperpartien vermehrt beansprucht werden müssen, sodass diesen die Bedeutung einer „Prädilektionsstelle“ beigemessen werden kann. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Bereiche: 1) Schultergelenk- und Schulterblattregion, 2) Hüftbereich, Beckenkammregion und Bereich des großen Rollhügels, 3) hintere Femoralregion unterhalb der Gesäßregion, 4) Kniegelenkregion (insbesondere die vordere), 4) Innenseite/Außenseite des Unterarmes.

Abschließend festzuhalten ist, dass über den Körper verteilte Hautunterblutungen – insbesondere bei typisch dünner und trockener Altershaut – eine gewisse Menge an wiederholten Traumatisierungen durch stumpfe äußere Gewalt voraussetzt, die jeweils konkret einwirkende Gewalt dabei nicht sehr intensiv sein muss, zumal es unter der leicht verschiebbaren und dünnen Haut sehr schnell zur Hämatombildung kommen kann. Folglich darf und kann von Unterblutungen in pflegetypischer Lokalisation (s. Abb. 43) nicht zwingend eine intentionelle oder fahrlässige Fremdverursachung abgeleitet werden. Ebenso das Fehlen von Knochenbrüchen, unter Berücksichtigung röntgenologisch belegter Osteoporose in Diskrepanz zu den mitunter massiven äußeren Befunden, spricht gegen eine starke Traumatisierung und kann in diesen Fällen gegebenenfalls zur Beurteilung herangezogen werden.

Index der (im Alltag häufig Anwendung findenden) Pflegemaßnahmen

1. Verlagerung des Patienten zum Kopfende hin (Höherlagern im Bett).
2. Drehen des Patienten auf die Seite (Druckentlastung/Dekubitusprophylaxe, Körperpflege, Einbringen der Bettpfanne).
3. Aufsetzen des Patienten innerhalb des Bettes (Positionswechsel, Mobilisierung, Körperpflege).
4. Umlagerung des Patienten an den Rand des Bettes.
5. Aufsetzen des Patienten aus dem Liegen an die Bettkante.
6. Hinlegen des Patienten aus dem Sitzen.
7. Patienten auf die Bettkante setzen; Umsetzen („Gang auf den Gesäßhälften“) nach vorn.
8. Transfer des Patienten von der Bettkante auf den Stuhl/in den Rollstuhl (aus dem Stand*).
9. Transfer des Patienten von der Bettkante auf den Stuhl/in den Rollstuhl (ohne Standtransfer).
10. Umlagern des Patienten vom Stuhl ins Bett/auf einen anderen Stuhl durch Aufsetzen von vorn.
11. Umlagern des Patienten vom Stuhl ins Bett/auf einen anderen Stuhl durch Schubdrehung mit einem Tuch.
12. Umsetzen („Gang auf den Gesäßhälften“) nach hinten.
13. Verlagern des Patienten nach rückwärts/von einer Sitzposition in eine andere durch Aufsetzen von hinten.
14. Unterstützendes Gehen/Fortbewegung „zu Fuß“ (Mobilisierung, Gang zur Toilette/ins Bad).
15. Anreichen von Nahrung und Trinken.
16. Haarwäsche mittels Kopfwaschwanne im Bett.
17. Unterstützendes Hinsetzen/Aufstehen.

*Beinhaltet: Aufstehen aus dem Sitzen und Drehung im Stand in Richtung Sitzfläche (gegebenenfalls unter Verwendung eines „Lifters“).

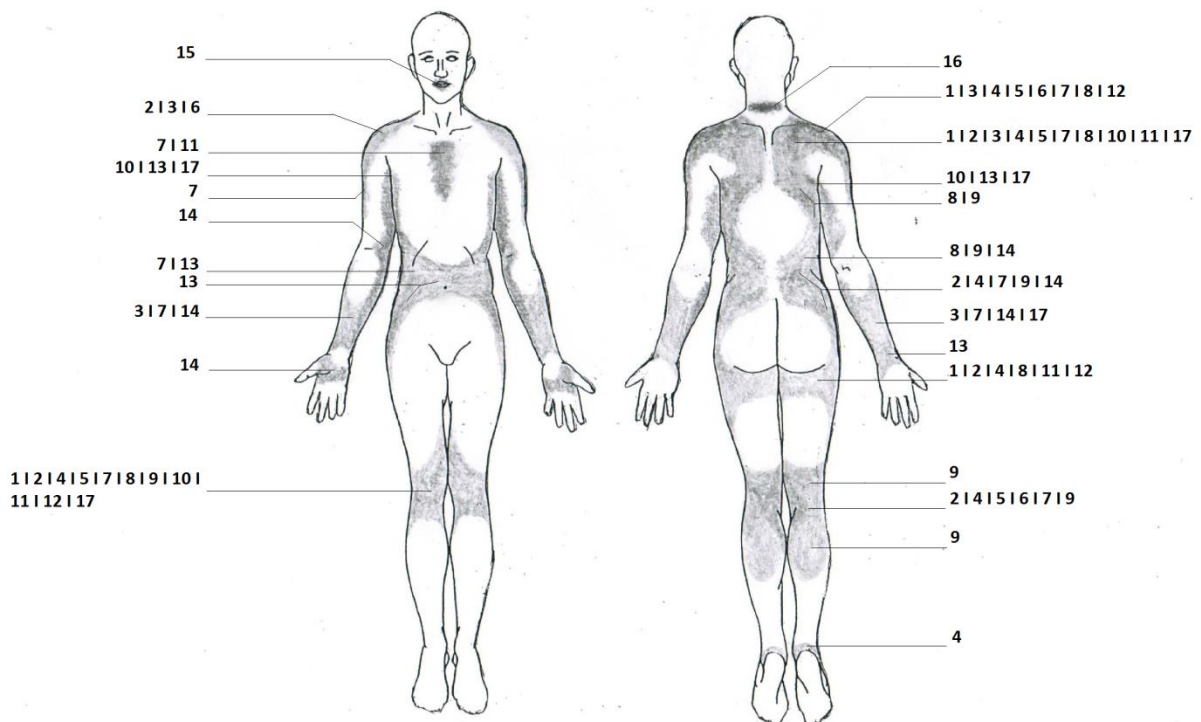


Abbildung 43: Körperregionen/-partien, die im Rahmen symptomatischer und pflegerisch unterstützender Maßnahmen beansprucht werden bzw. eine einwirkende Kraft (in Form von anpacken, umgreifen, stützen, halten, ziehen, schieben/drücken) erfahren (s. hierzu Bundesministerium für Gesundheit 2014, Service de Santé au Travail Multisectoriel 2006).



Abbildung 44: Ausprägungen und Lokalisationen von Hautunterblutungen bei atrophischer Altershaut, in Übereinstimmung mit behandlungspflegerischen und palliativ-medizinischen Maßnahmen und Unfallereignissen aufgrund erhöhter Sturzanfälligkeit bei eingeschränkter Alltagsmobilität, im Bereich der linken (a) und rechten (b) oberen Extremität, der oberen Brustbeinregion (c), der linken Schultergelenk- und Schulterblattregion (d), der Nackenregion (e), des rückwärtigen Thoraxes und Flankenregion (f), der medial und dorsal gelegenen Oberschenkelinnenseiten (g), der Gesäßregion (h) und der unteren Extremitäten (i, j).

Ein weiterer differenzialdiagnostisch zu bedenkender Umstand erklärt sich aus den mit zunehmendem Alter verbundenen Leistungseinbußen, die u. a. mit einer Labilität des Gleichgewichtes bzw. einer herabgesetzten Standfestigkeit/verminderter Koordination vergesellschaftet sind und wiederum auf altersphysiologische, krankhafte oder medikamenteninduzierte Prozesse zurückzuführen sind.

Wesentliche, diese Gegebenheiten bedingende und dem höheren Lebensalter zuschreibbare, Krankheiten sind u. a. Osteoporose, Sarkopenie (Muskelabbau), chronisch entzündliche Gelenkveränderungen und Erkrankungen des peripheren Nervensystems. Bei den zu eruierenden Medikamenten handelt es sich insbesondere um Tranquilizer („Beruhigungsmittel“) und Hypnotika („Schlafmittel“). Darüber hinaus gilt es, zu bedenken, dass auch die gleichzeitige Einnahme vieler verschiedener Medikamente (sog. Multimedikationen) ein gewisses Risikopotenzial für den Patienten birgt (Pils 2006).

Ein besonderes Problem stellt hierbei – wie bereits erwähnt – das erhöhte Sturzrisiko und die sich daraus ergebende Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen

sturz- und schlagbedingten Verletzungen sowie die Unterscheidung – im Hinblick auf die Schuldfrage – von Körperverletzung und Unfall dar. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich Verletzungen durch Schläge, durch einen Schlag oder Stoß provoziertes Sturzgeschehen und einfache Sturzverletzungen (ohne Zutun fremder Personen) nach ihrem äußeren Erscheinungsbild nur schwer und häufig nicht voneinander unterscheiden lassen (Landeghem 2005, Mätzler 2009). Bei einem „Schlag-Sturz-Geschehen“ und bei einem „Stoß/Gerangel-Sturz-Geschehen“ müssen keine erkennbaren Anzeichen für eine Fremdeinwirkung vorliegen.

Einen gewissen Hinweis bezüglich der Sturzhäufigkeit, bzw. des vermehrten Vorliegens von sturzbedingten Verletzungen infolge tätlicher Auseinandersetzungen im Alter, könnte eine nach der „Hutkrempe regel“ differenzierende Betrachtung der Verletzungen im Bereich des Kopfes geben. Es wären bspw. Frakturen oberhalb einer gedachten Hutkrempe ihrer Lokalisation nach tendenziell eher schlagtypisch, wohingegen Frakturen oder Traumen unterhalb der gedachten Hutkrempe primär ein stattgehabtes Sturzgeschehen vermuten lassen; wobei sich ihre praktische Anwendbarkeit auf Stürze zu ebener Erde beschränkt und bspw. nicht bei Sturzereignissen aus Höhe, bei Treppenstürzen oder Stürzen gegen ein Möbelstück Anwendung finden kann (Mätzler 2009, Wirth und Schmelting 2012).

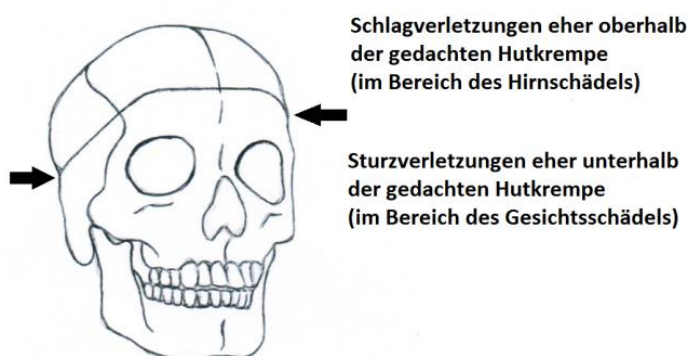


Abbildung 45: Hutkrempe regel: Orientierungshilfe zur Unterscheidung von Kopfverletzungen durch Schlag oder Sturz.

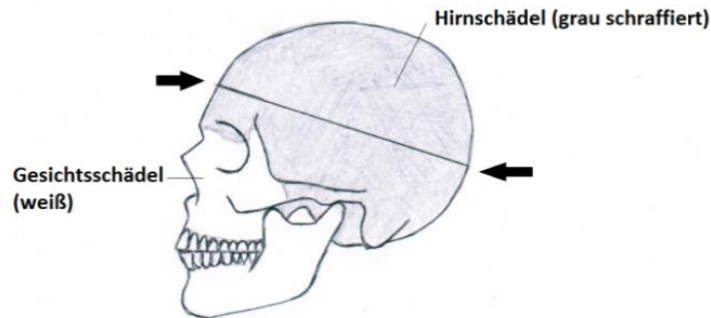


Abbildung 46: Knöcherner Schädel unterteilt in Hirn- und Gesichtsschädel in der Ansicht von lateral mit eingezeichneter Hutkrempe (verändert adaptiert nach Schünke 2000).

Faktische Relevanz dieser Regel kommt somit auch insbesondere der Bewertung jener Fälle zu, in denen die Geschädigten selbst und Dritte keine Aussagen über die Entstehung tätigen können, bzw. es gilt, die geschilderten Sachverhalte auf Plausibilität hin zu überprüfen.

Da jedoch im Rahmen der Lokalisationserfassung von Frakturen und stumpfen Gewalttraumen lediglich zwischen Hirn- und Gesichtsschädel unterschieden wurde (s. Tab. 38 u. 52), nicht aber das Hutkrempe-niveau miteinbezogen wurde, kann eine dahingehende Interpretation der Daten nicht vorgenommen werden. Infolge wurde eine entsprechende Ex-Post-Evaluation der Hirnschädelverletzungen bei morphologischem Korrelat einer stumpfer ungeformter Gewalteinwirkung (s. Tab. 38) unter Hinzuziehung der jeweiligen Gutachten – einschließlich der abschließenden rechtsmedizinischen Beurteilungen – und Fotodokumentationen durchgeführt. Hinsichtlich der Differenzierung von Sturz und Fremdbeibringung ergaben sich so empirische Entsprechungen und Diskrepanzen innerhalb der Erfahrungen, aber auch Anhaltspunkte für die Annahme eines nicht zu vernachlässigenden Anteils von Personen ab 60 Jahren, deren Verletzungen im Bereich des Hirnschädels auf ein Sturzgeschehen – zumindest partiell als eine mögliche Erklärung – zurückgeführt werden konnten oder könnten. Es zeigte sich in einer Reihe nicht von der Anwendbarkeit der Hutkrempe-regel ausgenommenen Fällen, dass Verletzungen oberhalb des Hutkrempe-niveaus durchaus einem „einfachen“ Sturzgeschehen zuordenbar waren und demgegenüber Verletzungen auf Höhe sowie unterhalb einer gedachten Hutkrempe-niege durchwegs mit einwirkenden Schlägen zu vereinbaren waren, sodass die Beobachtungen die der Regel we-

sentliche Allgemeinheit verschaffen nicht gewichtig bzw. nur in geringem Maße überwogen.

Demzufolge zeigte sich, dass der allgemein akzeptierten und Anwendung findenden „Hutkrempe Regel“ womöglich eine noch weitaus geringere Anwendbarkeit zugesprochen werden muss, als bisher ohnehin angenommen (wie bereits im vorhergehenden Abschnitt erläutert), und aufgrund der u. a. von Wirth gemachten Andeutung, dass der Nutzen der Hutkrempe Regel durch eine größere Zahl an Ausnahmen („nicht wenige“) begrenzt ist, dem Grundsatz einer Regel widersprochen werden muss (Wirth 2011).

Bezugnehmend auf die bereits erläuterten Problemlagen kann somit festgehalten werden, dass eine der größten Schwierigkeiten bei der Untersuchung von Gewaltopfern darin begründet liegt, dass Verletzungsbefunde nach stumpfer Gewalteinwirkung, insbesondere über ihr Äußeres, nur schwer einem genauen Ursprung zuzuordnen sind. Folglich ist in vielen Fällen eine eindeutige Abgrenzung des Kausalzusammenhanges zwischen dem primären schädigenden Ereignis und dem Schaden nicht möglich.

Erschwerend hinzukommt, dass Formen der stumpfen Gewalteinwirkung z. T. untrennbar ineinander übergehen und sich gegenseitig bedingen können, wie etwa im Rahmen eines aktiven Sturzgeschehens. Für den vorliegenden Fall bedeutet dies bspw., dass eine Person durch ein nicht beabsichtigtes Anstoßen/Anrempeeln oder aber durch gezielte und beabsichtigte Handlungen (z. B. Faustschläge/-stöße) aus dem Gleichgewicht gebracht werden kann, ins Fallen gerät und gegen einen festen Gegenstand prallt oder stößt bzw. zu Boden stürzt. Hierbei kann es sowohl durch das Anprallen und Aufschlagen als auch durch das vorhergehende Stoßen/Schubsen mit den Handflächen bzw. Schlagen mit geballter Hand zu Verletzungen kommen. Des Weiteren kann ein Sturz auf gleicher Ebene oder auf einer tiefer gelegenen Ebene, bspw. die Treppe hinunter, erfolgen und einem Stolperunfall geschuldet sein. Je nach Sturzhöhe, Sturzrichtung (nach vorne, hinten und zur Seite), Haltungsform und Bodenbeschaffenheit (hart, weich, eben, uneben) können dann wiederum unterschiedliche Verletzungsbefunde (auch hinsichtlich Ausmaß und Schwere) resultieren. Darüber hinaus gilt es, auch die bereits erwähnten

individuellen Komponenten (Alter, körperliche Verfassung/Vorerkrankungen, Beschaffenheit des Skelettsystems und des Weichteilmantels etc.) zu betrachten, die als Einflussgrößen den Ausgang und die Prognose mitbestimmen.

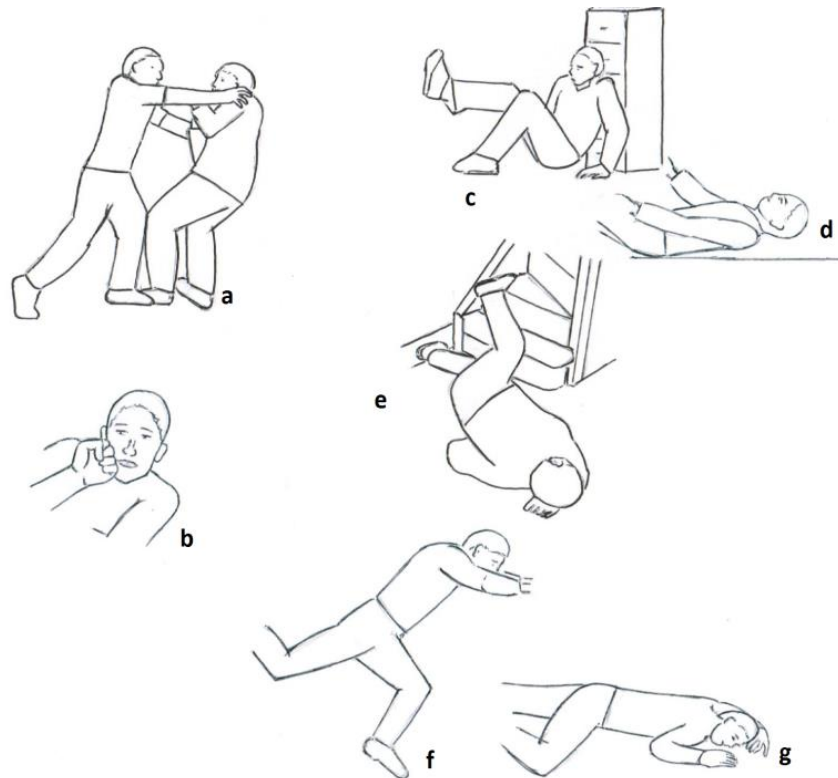


Abbildung 47: Häufige Formen und Folgen der stumpfen Gewalteinwirkung: Tätlicher Angriff/tätliche Auseinandersetzung zwischen zwei oder mehreren Personen in Form eines Gerangels (a) bzw. in Form von Ohrfeigen, Faustschlägen (b) und Fußtritten. Als Folge der homizidalen Einwirkung kann es dann bspw. zum Stürzen, Stolpern, Umknicken und einem Fehltreten des Opfers kommen (c-g). Die Verletzungen sind daher entweder Folge der primären (Schlag, Stoß, Tritt) oder sekundären Gewalteinwirkung (Anstoß gegen einen festen Gegenstand, Schlag auf ein Widerlager, die Oberfläche/den Boden berührende Bewegung der Länge nach).

5.12.4.3 Stumpfe geformte/konturierte Gewalt

Stumpfe Gewalteinwirkungen können mitunter – in Abhängigkeit des verwendeten Tatwerkzeuges/schädigenden Objektes – zu charakteristischen Hautverletzungen (Wundmarke, Werkzeugspur) führen, sodass in diesen Zusammenhängen von stumpfer geformter Gewalt gesprochen wird. Beispielhaft zu nennen wären hierbei

- stockähnliche Gegenstände wie Totschläger, Schlagstöcke, Baseballschläger,
- ring- und halbringförmige, peitschenartig eingesetzte Gegenstände wie Kettenlieder, doppelt zur Schlaufe genommene Seile oder Kabel,
- (kleinflächig) konturierte, kantige oder stempelartig beschaffene Gegenstände wie Hammerköpfe, Gürtelschnallen, Pfannenwender, Schuhsohlen, Schlagringe,
- der zeitweilige Kontakt zu komplex geformten (kantigen, rauen oder kieselsteinartig beschaffenen) Untergründen/Flächen,

in deren Einwirkungsfolge sich charakteristische Abdrücke ausbilden, d. h., der einwirkenden Fläche entsprechend geformte Spuren zurückbleiben. Diese erlauben es folglich – im Gegensatz zu den unspezifischen Verletzungsmustern der stumpfen ungeformten Gewalt –, Hinweise auf die Vorgehensweise und auf das verwendete Tatwerkzeug zu generieren.

Insgesamt – wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt – zeigte die vorangestellte Analyse der Ergebnisse (s. Tab. 40), dass eine eindeutige Zuordnung zu dieser Gewaltform, sowohl unter den unter 60-Jährigen und den mindestens 60 Jahren alten Patienten, lediglich in rund 4 % der Fälle vorzunehmen war. Dies impliziert zugleich keinen Widerspruch zu den ermittelten Fallzahlen „instrumenteller Gewalt“ (s. Tab. 18 u. 20), die eine entsprechend höher liegende Befundlage vermuten lassen würden. Dies dahingehend, dass geformte/konturierte Gegenstände nicht zwangsläufig und mithin auch demselben entsprechende Verletzungsmuster hervorbringen müssen, da individuelle und allgemeine Faktoren an der Konstituierung maßgeblich beteiligt sind.

Hierbei handelt es sich um dieselben diskutierten Überlegungen und einflussnehmenden Größen wie bei ungeformter Gewalt nach (gezielten) Angriffshandlungen. Es bedarf bspw. zur Konturierung einer gewissen Einwirkungsenergie. Des Weiteren scheint die Haut- und Gefäßarchitektur eine wesentliche, die Gestaltung be-

einflussende Größe darzustellen. Es zeigten sich bei den älteren Opfern vergleichsweise weniger häufig dem einwirkenden Gegenstand entsprechende Abdrücke. Dies könnte u. a. darauf zurückgeführt werden, dass das „Dünnerwerden“ der Haut, der Verlust der Festigkeit und die Fragilität der Blutgefäße im Alter, was einerseits die Hämatombildung begünstigt, auf der anderen Seite eben auch der eigentlichen „Dichtfunktion“ der komprimierten Hautschichten – als Ursache für die Entstehung von bspw. doppelkonturierten Intrakutanblutungen – und der „Diffusionsbarrierenwirkung“ der Hautschichten im Verbund, welche die Hämatombreitung begrenzt, entgegenwirkt. Das der Doppelkonturierung zugrunde liegende Prinzip ist in unten stehender Abbildung schematisch dargestellt und nachfolgend kurz erläutert.

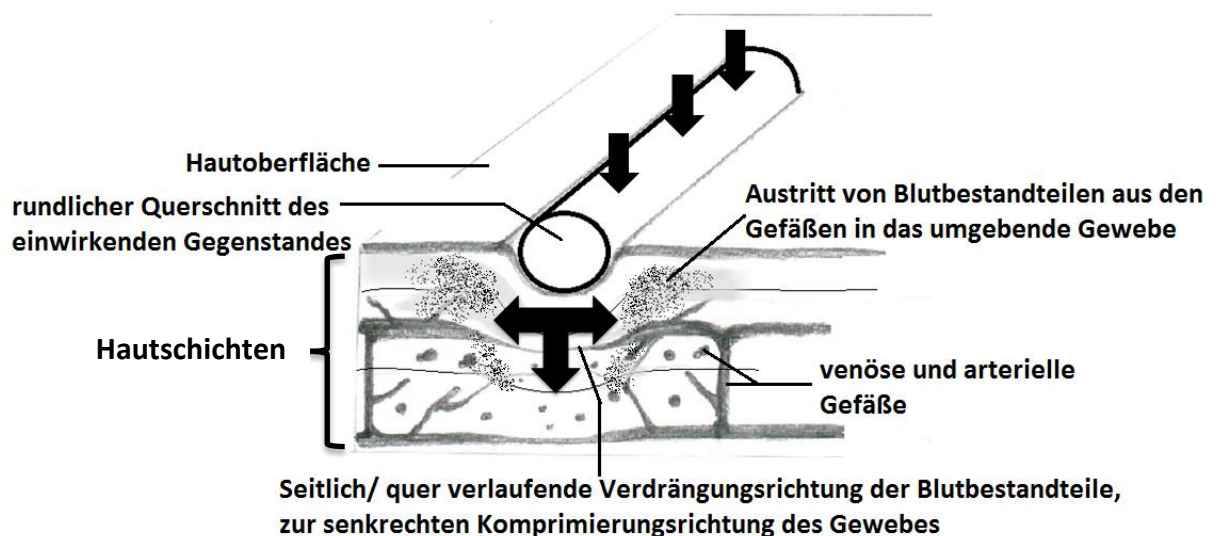


Abbildung 48: Entstehungsmechanismus doppelt konturierter Hämatome nach Schlägen mit stock-/rohrähnlichen Gegenständen: Der rundliche Querschnitt des einwirkenden Gegenstandes bewirkt eine Komprimierung des darunter liegenden Gewebes, und einen erhöhten (pathologischen) Druck in den darin befindlichen Gefäßen, sodass es zur Schädigung dieser mit Austritt von Blutbestandteilen in das umgebende Gewebe kommt. Das lokal, geradlinig komprimierte Gewebe führt ebenfalls zu einer seitlichen Verdrängung des Blutes und wirkt zugleich, aufgrund der dichteren Gewebestruktur, als Art Diffusionsbarriere für Blutbestandteile und verhindert dadurch eine Ausbreitung dieser im selben Bereich. In Folge kommt es so zu einer Abzeichnung („Negativabdruck“) des Stockes zwischen zwei streifigen Unterblutungen. (s./vgl. hierzu Fieguth 2008, Bleich 2000).



Abbildung 49: Geförnte Verletzungen durch „flexible“ Gegenstände: a-b) Schlingen-/U-förmig verlaufende Hautrötungen im Bereich des Gesäßes durch Schläge mit einem mehrfach zur Schlinge gelegten Kabel; c-d) Gliederartig, gegenständig angeordnete Verletzungen im Bereich des Rückens, durch peitschenartig ausgeführte Schläge mit einer großgliedrigen (c) und kleingliedrigen (d) Kette; e) Breitflächig streifige und angedeutet schlingenartige geförnte Hauteinblutungen, durch mehrfache Schläge mit einem zur Schlaufe gelegten Gürtel in Abhängigkeit der Hiebführung und Einwirkungsfläche (Gürtelband, Gürtelkante); e) Vier „Gabelzackenartig“, doppelstriemenförmig parallel angeordnete Hautunterblutungen, durch Aufschlagen einer Doppellochgürtel-Schnalle (zwei Dorne); g) Bandförmige, parallel zueinander nach distal verlaufende Hauteinblutungen, mit teils endständig sowie ohne eindeutigen Bezug (frei) angeordnete halbkreis-/u-förmige Hautblutungen von annähernd gleicher Größe, durch bogenartig ausgeführte Schläge mit einem Gürtel und Halten des Gürtels am Gürtelende; h) Apikal im Bereich der Schulter gelegene, inselartig und unregelmäßig angelegte Hautunterblutung mit zentraler Läsion und doppelstriemenartigem Ausläufer über dem linken Schulterdach, durch Schlag mit einem Schlüsselbund und dem daran mittels Karabinerhaken befestigtem Schlüsselbund.



Abbildung 50: Geformte Verletzungen durch „inflexible, starre“ Gegenstände: i-l) Doppelt konturierte streifenförmige Hautblutungen im Bereich der Oberarme, der Brustkorbseite und des Rückens, durch Schläge mit stock-/stabähnlichen Gegenständen; m) Zweifach doppelstreifenartig konfigurierte Hautunterblutung durch Schlag mit einem Baseballschläger; n) Bogenförmig, scharfrandig abgegrenzte, zweimal inselartig unterbrochene Hauteinblutung, durch Aufprall eines geworfenen Schuhs; o) Bandförmige/linienartig, parallel verlaufende, stellenweise unterbrochene, nach innen scharf begrenzte und nach außen unscharf auslaufende Hautverfärbung durch kräftiges Zudrücken und Einklemmen des Oberschenkels zwischen der „Klingenseite“ der Tür und dem Türrahmen; p) Parallel, nebeneinander gereihte streifige Hautverletzungen im Bereich der Flankenregion, durch Sturz auf die metallenen Zinken der Stufen einer Rolltreppe; q) Hautunterblutung mit zentraler, angedeutet viereckiger Abblassung und mittig gelegentlichem Hautdefekt im Nacken, durch Schlag mit der Schlagseite eines Hammers; r) Annähernd viereckige Prellmarke mit ausstanzungsartig leicht eingewölbter zentraler Vertiefung und Schwellung im Randbereich durch kräftigen Schlag auf den Hinterkopf mit einem Hammer; s) Finger-/ovalförmige, doppelkonturierte, nebeneinander und zueinander verschoben angeordnete Hauteinblutungen im Bereich der Wange, durch ausholendes „Feigen“ mit auseinandergespreizter Fingerfläche; t) Auf dem Kopf stehende, hakige, halbkreisartige Hautrötung als Abdruck eines Kleiderbügelhakens im Bereich des Rückens durch Schlag mit einem massiven, stoffbezogenen Holzkleiderbügel.

5.12.4.4 Trittverletzungen/-spuren

Trittverletzungen als Folgen der stumpfen geformten oder ungeformten Gewalt – in Abhängigkeit davon, ob die Gewalteinwirkung mit dem beschuhten oder unbeschuhnten Fuß erfolgte – wurden in 50 Fällen diagnostiziert, wovon fünf Fälle der Altersgruppe 60+ zuordenbar waren. Hierzu gilt es anzuführen, dass die widerfahrende Gewaltintensität bei Tritten gemeinhin höher liegt als diejenige durch Schläge mit der Hand oder Faust (aufgrund der in den Beinen im Vergleich zu den Armen stärker ausgeprägten Muskulatur), sodass es in der Folge zu mitunter schwersten Verletzungen kommen kann.

Bei der Betrachtung der Lokalisationen der Verletzungen zeigte sich, dass etwa zwei Drittel aller Verletzungen im Bereich der oberen Extremitäten, am Oberkörper und im Kopfbereich zu diagnostizieren waren – im und oberhalb des Gürtellinienniveaus –, während lediglich ein Drittel der Verletzungen sich im Bereich der unteren Extremitäten lokalisiert fanden (s. Tab. 60).

Führt man sich diesbezüglich die üblicherweise beim „Standkampf“ (sich gegenüber stehende Personen) Anwendung findenden Viktimisierungsformen (treten, kicken, boxen, schlagen) vor Augen, so erscheinen gerade Trittverletzungen oberhalb des Bauchnabels – hinsichtlich der Ausführung – nur schwer zufügbar/nachvollziehbar. Folglich ist davon auszugehen, dass es sich in den meisten Fällen um ein Eintreten auf ein am Boden liegendes Opfer handelte. Sonach wäre bspw. denkbar, dass die Opfer zunächst mit einem Faustschlag ins Gesicht oder einem Stoß zum Fallen gebracht und dann weiter mit Fußtritten malträtiiert wurden, was sich in einer Reihe von Fällen zu den Vorfalsschilderungen in den Gutachten bestätigte. Hierbei anzumerken ist, dass die Verletzungsfolgen durch das Widerlager des Untergrundes und die horizontale oder vertikal nach unten gerichtete Trittführung – aufgrund der höheren möglichen Kraftentwicklung („damaging force“) – noch verstärkt werden können (s. nachfolgende Abb.). Insbesondere bei älteren Menschen ist daher in der Folge mit Knochenbrüchen (wie Rippen-, Wirbelkörperfrakturen) und inneren Verletzungen (wie Milz-, Leberruptur) zu rechnen, sodass Trittverletzungen als potenziell lebensbedrohlich einzustufen sind und bei entsprechender Lokalisation (Kopf, Hals, Thorax, Abdomen) konsiliarischer Abklärung bedürfen.

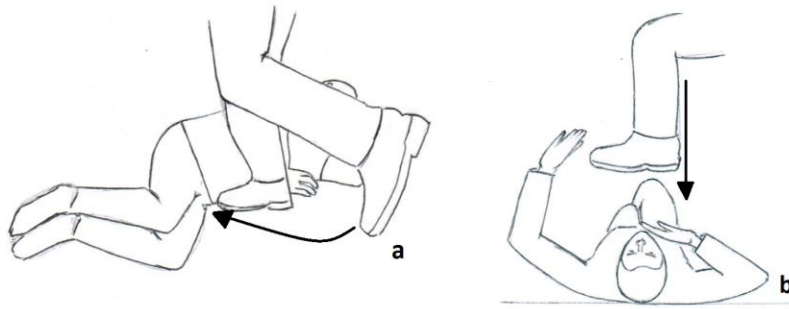


Abbildung 51: Exemplarische Verletzungsmechanismen bei Fußtritten: Tritt auf ein am Boden liegendes Opfer mit dem beschuhten Fuß bei schwunghaft horizontal ausgeführter (a) und vertikal nach unten gerichteter (b) Trittführung.



Abbildung 52: Verletzungen nach Fußtritten: Unvollständige Schuhabdruckprofilspuren in der Haut im Bereich des Überganges von Schulter zu Oberarm, links (a) und Schuhsohle des mutmaßlichen Täters (b); Großflächige, geförmte Hautverfärbungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte (c), sowie teils streifenförmige, teils fischgrätenartig angeordnete Segmente im Bereich der Kinn- /Wangenregion rechts (d), als Folge einer mehrfachen Gewalteinwirkung gegen den Kopf durch Tritte mit dem beschuhten Fuß durch mutmaßlich fischgräten-ähnliches Sohlenprofil.

5.12.4.5 Griffverletzungen/-spuren

Griffspuren als charakteristisch geformte Hautunterblutungen (kleinflächig rundliche, gruppiert stehende und mitunter fingerförmig imponierende Hämatome) infolge von lokaler Druckeinwirkung durch kräftiges Zupacken oder Halten im Rahmen von tätlichen Auseinandersetzungen (Grassberger und Yen 2013) oder infolge abklärungsbedürftiger pflegerischer und mobilisierender Maßnahmen zeigten sich bei den Jüngeren mittleren Alters gegenüber den Älteren prozentual und zahlenmäßig stärker vertreten (s. Tab. 56). Diese Feststellung/Beobachtung scheint, zumindest dem ersten Augenschein nach, der schnelleren und verstärkten Neigung zur Ausbildung von Hämatomen im Alter zu widersprechen. Betrachtet man nun diesbezüglich die Lokalisationen der Verletzungen nach stumpfer ungeformter Gewalteinwirkung, so zeigt sich die obere Extremität als die insgesamt am häufigsten (vom Alter unabhängig) betroffene Körperregion (s. Tab. 38).

Eine ergänzende Durchsicht der Untersuchungsgutachten und Fotodokumentation ließ zudem erkennen, dass es sich hierbei in einer Vielzahl der Fälle um grifftypische Hautunterblutungen im Bereich der Oberarminnenseiten – zumindest entsprechend deren Lokalisation, nicht aber nach morphologischen Kriterien – handelte. Sonach ist zumindest unter der Annahme, dass besonders ältere Patienten, die z. T. selbst infolge mäßig starker Traumata zur Ausbildung großflächig konfluierender Hämatome neigen, davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für die Zuordnung/Klassifizierung von Hauteinblutungen als Griffspuren aufgrund der unklaren bzw. fehlenden Spurenlage (gruppierte fingerbeerenförmige Hämatome u./o. bogenförmig konfigurierte Fingernagelverletzungen) oftmals nicht erbracht werden können (s. Abb. 53 u. 54).

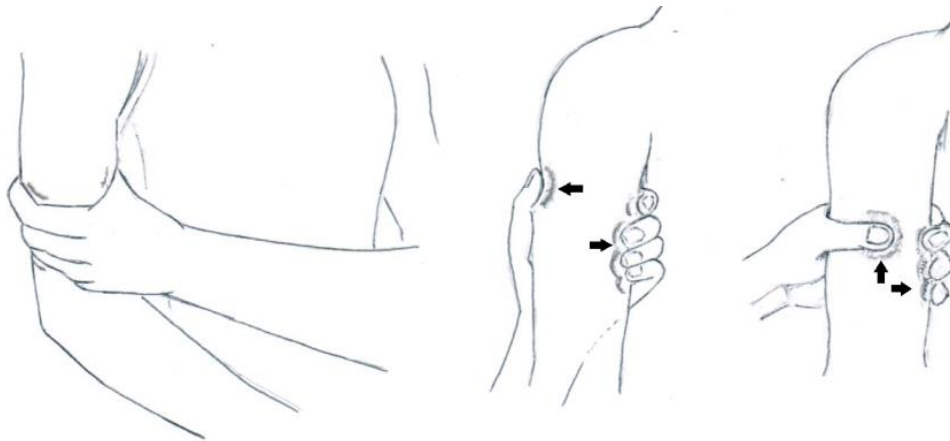


Abbildung 53: Entstehungsmechanismus von Griffspuren: Gruppierte Hautunterblutungen im Bereich des Oberarmes infolge lokaler Druckeinwirkung durch die Fingerkuppen und Fingernägel (markiert durch die schwarzen Pfeile) im Zuge eines Festhaltevorganges bzw. kraftvollen Zupackens (s. hierzu Abb. 54).



Abbildung 54: Griffspuren/-verletzungen: a) Streckseitig im Bereich des linken Oberarmes, im mittleren Drittel, drei nebeneinander liegende, fingerkuppenförmige, bläulich-rötlich gefärbte Blutunterlaufungen der Haut; b) Am rechten Oberarm, im oberen Drittel zur Körperrückseite gelegen, ein bandförmig imponierendes Hautareal, mit mehreren abgrenzbaren fingerkuppen- und fingerförmigen, bläulich-lividen Hautunterblutungen; c) Fleckförmig/flächig konfluierende Hautunterblutungen bei fragiler (leicht verletzbarer) sogenannter Altershaut im Bereich des linken Armes; d) Flächenhafte, den gesamten rechten Oberarm umfassende Hautunterblutung mit diskret fleckförmig zentuierten Arealen (teils blau-violette, teils blass-violette Unterblutungen) bei mutmaßlich erhöhter Blutungsneigung.

5.12.5 Widerlagerverletzungen

Widerlagerverletzungen, bzw. Sekundär- oder Begleitverletzungen, die typischerweise im Zuge oder als Folge des unmittelbar schädigenden Ereignisses entstehen (vgl. Grassberger und Yen 2013, Berzlanovich und Rásky 2016, Schimpl 2006), wurden insgesamt in 68 Fällen erhoben, wobei lediglich zwei Fälle auf die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren entfielen.

Im Allgemeinen sind unter mittelbaren Schäden durch ein Widerlager solche zu verstehen, die infolge der eigentlichen Tötlichkeit, bzw. die im Rahmen der unmittelbar durch den Täter verübten/ausgeübte Gewalt eintreten. Den Gewaltopfergutachten zu entnehmende Geschehensabläufe und Verletzungen umfassten hierbei bspw.:

- Hämatome im Bereich der Schulterblätter oder Druckstellen im Bereich der Wirbelsäule infolge eines Kniens auf dem Brustkorb eines mit dem Rücken auf dem Boden liegenden Opfers,
- Hämatome und Prellungen beim Sturz in gleicher Ebene oder in die Tiefe (eine Treppe hinunter oder von einer Leiter) auf eine massive Fläche oder ein massives Objekt infolge eines heftigen Stoßens, Gerangels oder Ziehens,
- Druckspuren im Bereich des Gesichtsschädels infolge eines kräftigen Drückens des Gesichtes auf den Boden oder infolge eines heftigen An-/Aufpralls.

Entsprechend den aufgezählten Viktimisierungsverläufen und Bestätigung findend durch die stichprobenartige Überprüfung der Gutachten, ist davon auszugehen, dass die Zahl der tatsächlich erlittenen Widerlagerverletzungen die ermittelte Anzahl um ein Mehrfaches übersteigt, da die entsprechenden Verletzungen „inkorrektweise“ der meist zugrunde liegenden und bedingenden „stumpfen Gewalt“ zugeordnet wurden. Insbesondere bei den Älteren ergaben sich Anhaltspunkte dafür, dass zumindest ein Teil der Verletzungen durch stumpfe Gewalt eher einer mittelbaren Schädigungsfolge zuordenbar sind und weniger als Folge einer primären oder unmittelbaren Schädigung zu bewerten sind. Eine weitere Schwierigkeit bei der Zuordnung bzw. Klassifikation der Verletzungen ergab sich im Falle eines Nichterinnerns an den tatsächlichen Geschehensablauf oder an vorangegangene Ereignisse, wie dies bspw. bei mehr oder weniger schweren Kopfverlet-

zung der Fall war. Es ist alleinig anhand des morphologischen Erscheinungsbildes nicht immer eindeutig und völlig zweifelsfrei zu klären, ob eine Verletzung am Hinterhaupt bspw. auf einen Sturz zu beziehen oder als Widerlagerverletzung infolge eines wuchtigen Trittes mit dem beschuhten Fuß gegen den Kopf – beim Fehlen entsprechender und eindeutiger Spuren – zu interpretieren ist.

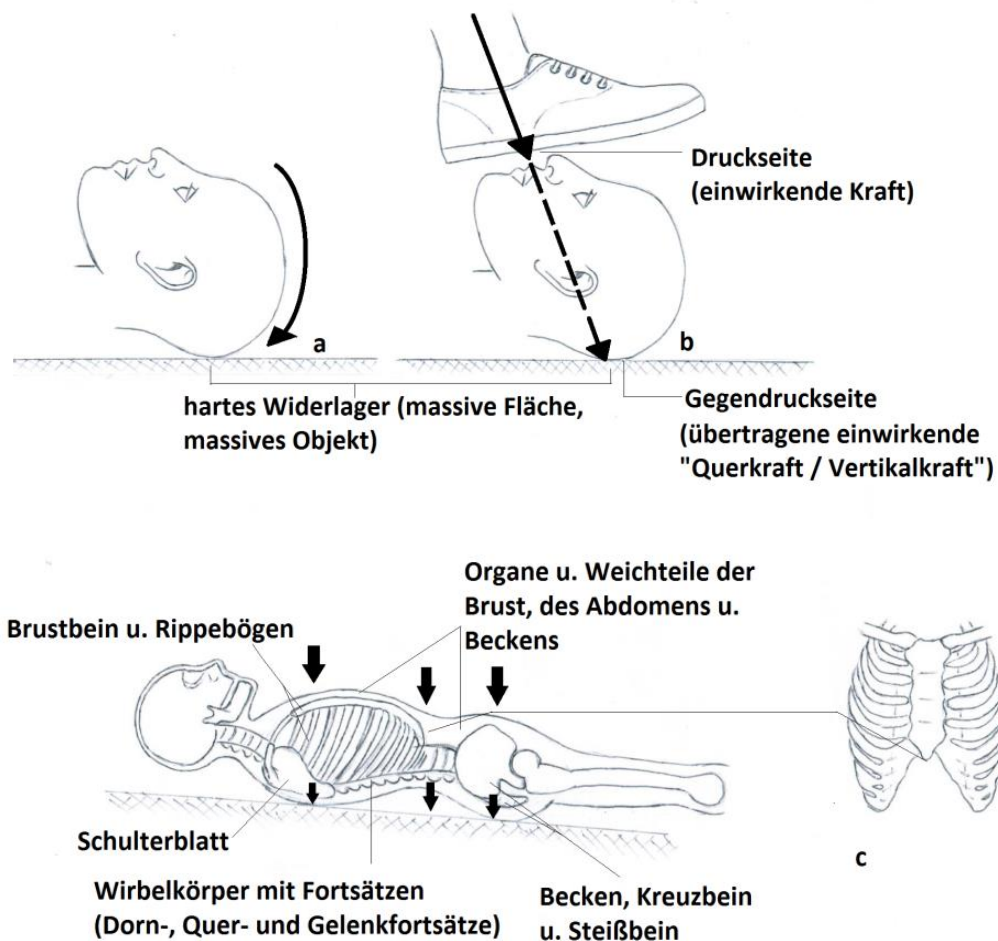


Abbildung 55: Entstehungsmechanismen von Widerlagerverletzungen: Verletzungen am Hinterkopf durch ein Sturzgeschehen (a) und als Widerlagerverletzung infolge mehrerer Tritte gegen den Kopf mit dem beschuhten Fuß (b); Rückwärtige Verletzungen im Bereich der Schulterblätter, der Wirbelsäule, dem Kreuz- u. Steißbein, bei Anpressung des Körpers an eine Ebene/gegen einen festen Untergrund (c); Verletzungen/Quetschungen der Abdominalorgane durch ungehindert einwirkende Kräfte; hierbei stellt die Lendenwirbelsäule das Widerlager dar, welche im Zusammenspiel mit der einwirkenden Kraft, die Verletzung der dazwischenliegenden Organe bewirkt.



Abbildung 56: Widerlagerverletzungen: a) Im Bereich der inneren Winkel der Schulterblätter schürfungsartige, oberflächliche Hautablösungen mit hofartigen Hautrötungen in der Umgebung bei Anpressen des Körpers gegen einen festen Untergrund; b) An der Rückseite des linken Schultergelenkes stecknadelkopfgroße, gitterartig angeordnete, rötliche Hautunterblutungen als sichtbarer Strukturabdruck eines Teppichs durch Sitz des Täters (rittlings) auf dem Brustkorb des Opfers; c) Entlang der Lendenwirbelkörper/Dornfortsätze mehrere z. T. strichförmige, z. T. bandförmige, parallel zur Körperlängsachse verlaufende, mit fest haftendem Schorf bedeckte Hautabschürfungen bei Druck auf steinigem Untergrund; d) Im Bereich des rechten Schulterblattes, streifige/gemusterte Hautrötungen, in Entsprechung der Form des rückwärtigen BH-Trägers bei stattgehabter Fixierung am Boden; e) Im Bereich beider Gesäßhälften, im Verlauf des dorsalen Beckenkammes, oberflächliche Hautabschürfungen mit einzelnen flohstichartigen Hautdefekten bei Einwirkung stumpfer Scherkräfte auf Hautteile über einem festen Untergrund.

5.12.6 Dekubitalulzera (Durchliegegeschwüre)

Eine Sonderform der Widerlagerverletzungen stellen die sog. Dekubitalulzera (auch Dekubiti oder Durchliegegeschwüre genannt) dar. Diese insbesondere im Alter bzw. bei immobilen oder langzeitbettlägerigen Patienten auftretenden mechanischen Hautschäden können als Komplikation einer „Haltungsmonotonie“ (langes Verweilen in einer Sitz-/Haltungs- oder Liegeposition) gewertet werden und sind Folge des chronischen Druckes des eigenen Körpergewichtes auf bestimmte Körperstellen. Als besonders prädisponierte Stellen können hierbei die Bereiche über den Widerlagern von Knochenvorsprüngen gewertet werden (s. nachfolgende Abbildung) (Wahle 1965, Grassberger und Püschel 2013, Renteln-Kruse 2017). Die rechtsmedizinische und damit auch rechtliche Relevanz ergibt sich hierbei aus den Fragestellungen, inwieweit die Ausbildung solcher Durchliegegeschwüre verhinderbar/vermeidbar gewesen wäre bzw. ob diesen Verletzungen eine „vorsätzliche Komponente“, die böswillige oder bewusste Vernachlässigung der Fürsorgepflicht oder aber eine Nichteinhaltung bzw. Nichterfüllung der Pflegeleitlinien und Standards beigemessen werden kann.

Betrachtet man hierzu, d. h. in unserem Fall jene Patienten, bei denen entsprechende Befunde diagnostiziert wurden (ein Fall in der Gruppe der unter 60-jährigen und drei Fälle in der Gruppe der ab 60-jährigen Frauen; s. Tab. 61), so entsteht der Eindruck einer nicht existenten bzw. auf wenige Ausnahmen beschränkten Situation. Die Literaturlage zu diesem Thema zeigt jedoch, dass Durchliegegeschwüre ein weitverbreitetes Problem darstellen, welches in direktem Zusammenhang mit der angewendeten Pflegequalität steht. Folglich scheint die geringe Prävalenz im Untersuchungsgut der fehlenden/mangelnden Überwachung durch entsprechende Kontrollinstanzen geschuldet zu sein (Püschel und Heinemann 2017).

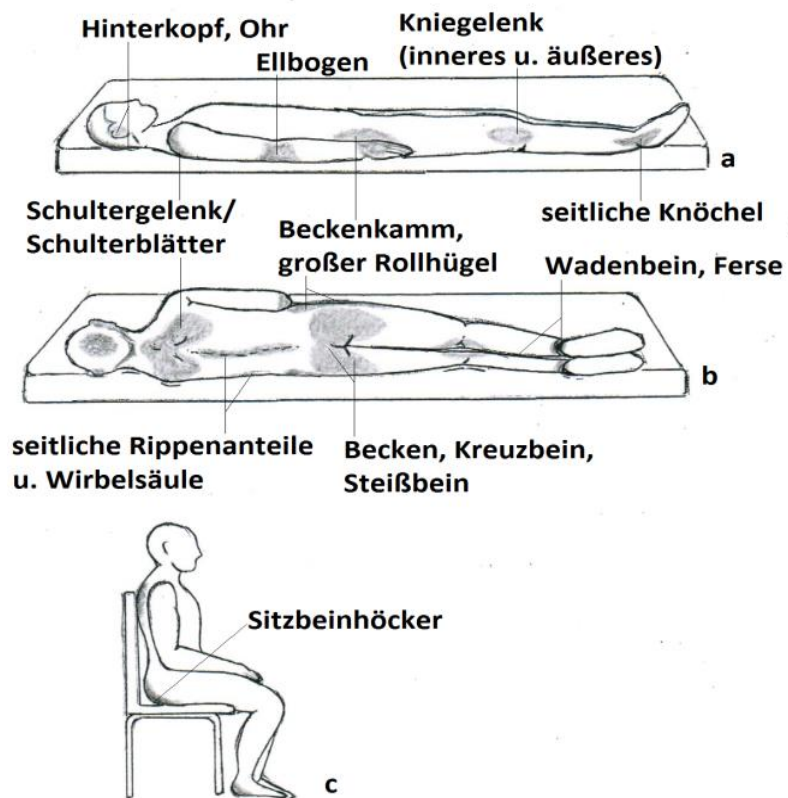


Abbildung 57: Prädilektionsstellen von Liege-/Druckgeschwüren: Druckschädigungen (grau schraffiert dargestellt) in Abhängigkeit der drei häufigsten Verweil-/Lagerungspositionen von bewegungseingeschränkten u. bettlägerigen Patienten: Rückenlage (a), Seitenlage (b), Sitzposition (c). Bei der seltenen Anwendung findenden Lagerung in Bauchlage, sind zudem Druckschädigungen im Bereich der Stirn, des Brustbeines und der vorderen Rippenbögen, der Kniescheibe, des Fußrückens und der Zehen in Betracht zu ziehen.

5.12.7 Abwehrverletzungen

Abwehrverletzungen (Parierverletzungen) als Hinweis für eine stattgehabte körperliche Gewalt bzw. direkte Auseinandersetzung, angewandte und eingesetzte Hilfsmittel oder Waffen (Grassberger und Yen 2013, Benz und Metter 1989), wurden in ungefähr 3 % der Fälle dokumentiert, wobei sich die 60-Jährigen und Älteren anteilmäßig und absolut wesentlich schwächer vertreten fanden (s. Tab. 57). Insgesamt betrachtet erscheinen beide Altersgruppen deutlich unterrepräsentiert. Folglich ist davon auszugehen, dass auch ein Großteil der Abwehrverletzungen – entsprechend der Widerlagerverletzungen – nach den ihnen zugrunde liegenden verursachenden Mechanismen (stumpfe, halbscharfe und scharfe Gewalt) klassifiziert wurden (s. nachfolgende Abbildung).

Betrachtet man die verschiedenen Entstehungsmechanismen, dass, obgleich den Verletzungen eine scharfe, halbscharfe oder stumpfe Gewalteinwirkung zugrunde liegt, die Abwehrverletzungen entweder auf ein aktives (die Gegenwehr) oder passives (die reflexartigen Schutzhaltungen) Verhalten zurückzuführen sind, so wird deutlich, dass in beiden Fällen eine unmittelbare Reaktion des Opfers gefordert ist. Die Reaktion des in Gegenwehr/Schutzwehr aktiv handelnden Opfers verfolgt demnach das Ziel, den Angriff abzuwehren bzw. diesem entgegenzuwirken. Die dabei Anwendung findenden Abwehrtechniken beinhalten – entsprechend der allgemeinen Vorstellung – u. a.:

- den Unterarmblock nach oben, zur Mitte (von außen nach innen) und nach unten,
- das „Handfegen“ mit der Handfläche/mit dem Handrücken,
- die Verteidigung per Gegenschlag,
- das reflexartige Greifen des Opfers nach der ihn bedrohenden Waffe (Stich-, Schnitt-, Hiebwerkzeug) bei mit Tatwerkzeugen gegen das Tatopfer geführten Angriffen.

Die passive Reaktion besteht hingegen darin, die drohende Gefahr zu erkennen und infolgedessen entsprechende Schutzmaßnahmen (ohne Gegenwehr) zu ergreifen. Zu verstehen sind hierunter bspw. Verhaltensweisen wie:

- Halten der Hände mit den Handinnenflächen nach vorn oder nach hinten vor die Gesichtsweichteile bzw. den Gesichtsschädel oder den Hirnschädel (= Gesichts-/Kopfschutz),
- Positionierung der Unterarme senkrecht vor die Brust oder den Gesichtsschädel (= Hals-/Gesichts-/Oberkörperschutz),
- Streckung eines Armes oder beider Arme nach unten diagonal vor den Körper mit dem Handrücken nach vorn (= Unterkörperschutz),
- Einnehmen der sog. „Fötushaltung“ (die angewinkelten Knie eng in Richtung des nach vorn gebeugten Oberkörpers angezogen) bei Verteidigungen gegen Angriffe in Bodenlage.

Unter Hinzuziehung des Wissens um neuronale und körperliche Veränderungen bzw. um eine Abnahme der lokomotorischen (z. B. Koordinationsfähigkeit, Muskelkraft) und sensomotorischen Fähigkeiten (z. B. visuelle Wahrnehmung, Reaktionsvermögen) im Alter (Greitemann 2009) könnte nun auch das Häufigkeitsgefälle zwischen den zwei Generationen eine schlüssige Erklärung finden. Es lässt sich die geringere Auftretenshäufigkeit von Abwehrverletzungen im Alter als Hinweis auf eine verminderte Aktions- und Reaktionsfähigkeit interpretieren. Im Umkehrschluss bedeutet dies dann ebenfalls, dass insbesondere bei älteren, oder in ihrer Mobilität eingeschränkten, Menschen, das Fehlen entsprechender Verletzungen einen stattgehabten tätlichen Übergriff (mit und ohne Waffen) nicht ausschließt.

Aus rechtsmedizinischer Sicht erscheint dies auch dahingehend von Bedeutung, als dass derartige Verletzungen zum einen als Indiz dafür gesehen werden können, dass eine Person tatsächlich Opfer eines tätlichen Übergriffes wurde und sich nicht etwa die Verletzungen selbst beigebracht hat und zum anderen Aufschluss darüber geben, ob der Verletzte zumindest initial handlungsfähig oder zu keinem Zeitpunkt selbst handlungsfähig war (Wirth 2011).

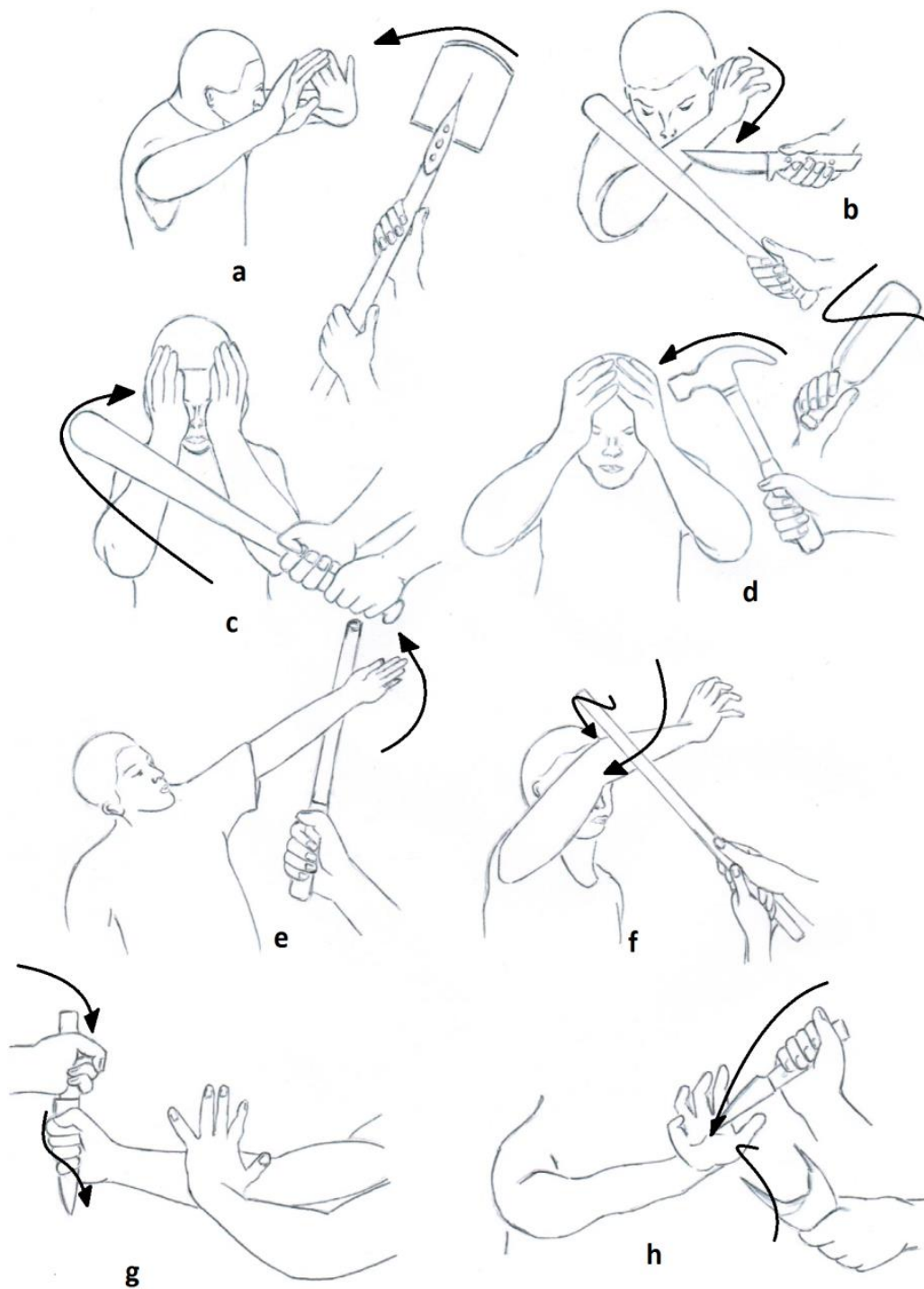


Abbildung 58: Entstehungsmechanismen von Abwehrverletzungen bei Angriffen: Abwehrverletzung an den Händen (a), Verletzungen im Bereich des Unterarmes bei Abwehr von Angriffen mit dem Baseballschläger/Messer (b), Deckungsverletzung der Unterarme, Handgelenke und Hände bei stumpfer Gewalteinwirkung (c, d), Parieterverletzungen bei Abwehren eines Schläges mit dem erhobenen Unterarm (e, f), Abwehrschutzverletzungen und Abwehrgreifverletzungen bei Angriffen und der Verteidigung gegen die Bedrohung mit einem Messer/mit einem abgebrochenen Flaschenhals (g, h).



Abbildung 59: Abwehrverletzungen: a-b Chirurgisch versorgte (a) und unversorgte (b) Schnittwunde im Bereich der Handaußenseite/des Handrückens als Folge einer sogenannten aktiven Gegenwehr im Rahmen eines Angriffs mit einem scharfen Gegenstand, wie z. B. einem Messer; c) Außenseitige Schnittwunde am Zeigefinger der linken Hand als Folge des aktiven Abwendens eines Messerstoßes; d-e) Chirurgisch versorgte strichförmig, quer verlaufende Hautdurchtrennung im Bereich der linken Hohlhand (d) und der Grund- und Mittelfingergelenke durch das Hineingreifen in ein Klingenwerkzeug/eine Messerschneide im Zuge der aktiven Abwehrreaktion; f) Kleinfingerseitig am linken Unterarm und der Ellbogenregion lokalisierte, z. T. chirurgisch versorgte Hiebverletzungen unterschiedlichen Ausmaßes und Tiefe durch Anheben der Arme zum Schutz vor Schlägen mit einem scharfkantigen Gegenstand; g-i) Hautunterblutungen im Bereich des Oberarmes, nahe dem Ellbogengelenk sowie im Bereich des Unterarmes (parierseitig), infolge der Abwehr von durch dritte Hand geführte stumpfe und ungeformten Gegenstände, Fausthiebe oder Schläge.

5.12.8 Fesselungsverletzungen/Fesselmarken

Durch das Anlegen von Fesseln oder das Festbinden an ein Objekt wurden insgesamt 38 mutmaßliche Opfer in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt bzw. in einer liegenden oder sitzenden Haltung fixiert. Insgesamt zeigte sich hierbei eine Dominanz der Opfer-Werdung in der Geschlechtsgruppe der Männer, wobei unter den Älteren ab 60 Jahren das weibliche Geschlecht dominierte (s. Tab. 54). Prävalierend zeigten sich insbesondere bilaterale auf die oberen Extremitäten (Handgelenke) beschränkte Fesselungsspuren (Abdruckmarken, Schürfungen). Dies deutet darauf hin, dass zur Fixierung, Erlangung der Widerstandsunfähigkeit oder Handlungsunfähigkeit primär Teilfesselungen Anwendung fanden, und Vollfesselungen (Ganzkörperfesselungen) nur in Ausnahmefällen eingesetzt wurden.

Bei der Betrachtung der Hintergründe zeigten sich den Handlungen verschiedene zugrunde liegende Motivationen und Intentionen. Während Verletzungen dieser Art bei den männlichen „Opfern“ fast ausnahmslos auf einer vollzogenen, tatbestandlich gedeckten Ingewahrsamnahme durch die Polizei beruhten, erfolgten die Fesselungen der Frauen (sowohl in der Altersgruppe der unter als auch ab 60-Jährigen) mehrheitlich im Rahmen von mit systematischer Machtausübung motivierten Gewalttaten. Die Täter verfolgten hierbei, durch den Einsatz des Nötigungsmittels, u. a. das Ziel

- den Aufenthaltsort/den Verbleib einer Person zu bestimmen,
- eine zu erwartende Gegenwehr bzw. eine zielgerichtete „Hilfholung“/ Notrufauslösung zu verhindern sowie
- einen Sexualkontakt zu erzwingen,

was im Allgemeinen der Schaffung einer für das Opfer fremd bestimmten Situation entspricht; von einem selbst bestimmten Agieren hin zu einer fremdbestimmten Opferrolle, welche sich durch Passivität, Abhängigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit auszeichnet.

Entsprechend den in den Gutachten enthaltenen Schilderungen zum Tathergang (s. obig aufgeführte, verfolgte Ziele) ist somit festzuhalten, dass nicht die Fesselung an sich – bei den jüngeren wie älteren Frauen – das Motiv zur Tat bildete,

sondern tendenziell viel mehr dem vom Täter verfolgten Endzweck diene und folglich Fesselungen primär im Zusammenhang mit anderen Gewaltarten auftraten (vgl. Püschel und Schröer 2006, Wirth 2011).

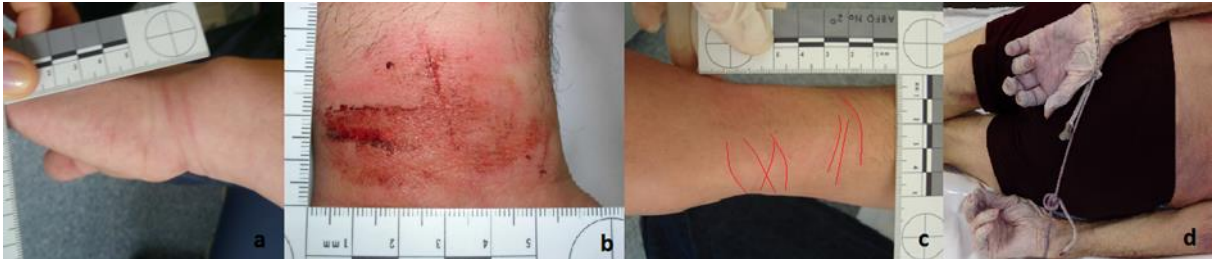


Abbildung 60: Fesselungsspuren/-verletzungen: a) Kleinfingerseitig im Bereich des linken Handgelenkes zwei parallel gestellte, bandförmige Hautrötungen als Abdruck der „Ratsche“ einer Handschelle; b) Zirkulär an der Innenseite des linken Handgelenkes verlaufende, Abschürfungen und kratzerartige Läsionen, einhergehend mit Hautrötungen infolge eines Anlegens von engen Handschellen; c) Im Bereich des rechten Handgelenkes, mehrere bandförmig imponierende, zirkulär das Handgelenk umlaufende Hautrötungen (der besseren Sichtbarkeit halber, rot markiert), durch mehrreihiges Umwickeln der Unterarme; d) Hinter dem Rücken, mittels einer „Kleidungs-Kordel“ gefesselte Arme/Hände.

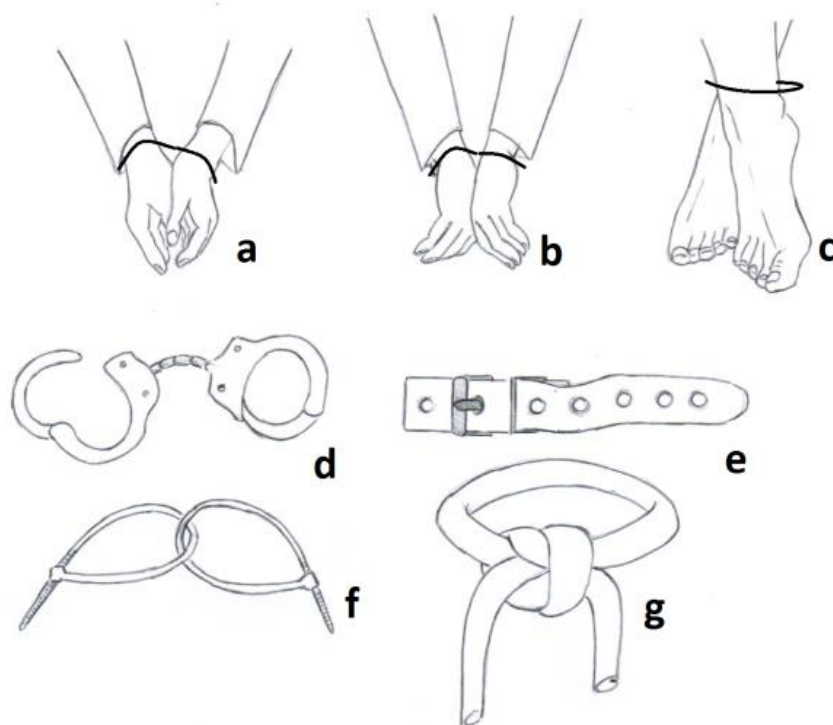


Abbildung 61: Fesselung der Arme/Hände vor dem Bauch (a) und hinter dem Rücken (b), Fesselung der Füße/Knöchel/Unterschenkel (c). Die hierzu eingesetzten Fesselungsgegenstände umfassen Handschellen (d) und häufig Alltagsgegenstände wie Gürtel (e), Kabelbinder (f), Seile, Tücher, Schals und Kabel (g); Handschellen und Handfesseln aus Kabelbindern wurden in der Mehrzahl der vorliegenden Fälle (zur Beherrschung von Gefahrensituationen) von Polizeibeamten eingesetzt.

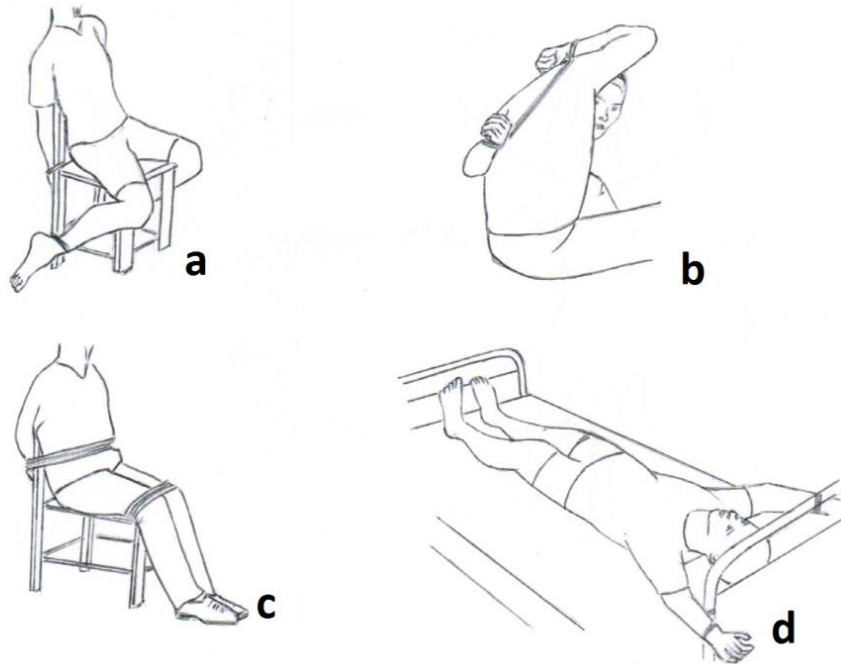


Abbildung 62: Exemplarische Fesselungsmöglichkeiten: Fesselung einer auf einem Lehnstuhl aufrecht sitzenden Person, durch Fixierung der Füße an den Stuhlbeinen und der nach hinten gedrehten Arme hinter dem Rücken (a) bzw. durch umlaufend, mehrreihiges/mehrturiges Umwickeln der Brust und der Beine mit einem Seil oder ähnlich Handbarem(c); Fixierung der verdrehten Oberarme (die eine Hand von oben über die Schulter, die andere von unten über den unteren Rücken geführt) hinter dem Rücken im Sitzen oder Knien (b); Fixierung der Hand- u./o. Fußgelenke einer auf dem Rücken liegenden Person an einem Bettgestell (d).

5.13 Besondere Gewaltformen

Hierunter sind die in Abgrenzung/im Unterschied zu den häufig bzw. breite Anwendung findenden Gewaltformen jene zu verstehen, die im Arbeitsalltag der Rechtsmedizin eher eine untergeordnete Rolle einnahmen. Dabei handelte es sich im Einzelnen um Körperverletzungsdelikte, bei denen Schusswaffen, „extreme“ Temperaturen, chemischen Substanzen oder elektrische Ströme eingesetzt wurden bzw. das schädigende Ereignis charakterisierten.

5.13.1 Schusswaffengewalt und Schussverletzungen

Schussverletzungen wurden gesamt in 37 Fällen diagnostiziert (s. Tab. 46), denen aufgrund ihres unkalkulierbaren Ausganges – unter der Annahme, dass es sich bei den Schützen in erster Linie um Laien/Nicht-Fachleute handelte – ein billigend in Kauf genommener tödlicher Ausgang beigemessen werden kann, und daher im Allgemeinen für außerordentlich gefährlich zu erklären sind. Die Prognose und Mortalität von Schussverletzungen ergibt sich hierbei insbesondere in Abhängigkeit der Lokalisationen und der verletzten Strukturen (Begleitverletzungen). Gravierender als die durch die Projektile verursachten Eintritts- u./o. Austrittswunden sind dabei die beim Durchdringen verursachten inneren Schäden an organischen Geweben. Die besonders kritischen Strukturen umfassen hierbei Organe wie Gehirn, Herz, Lunge, Leber und große Gefäße. Folglich ist mit potenziell tödlich endenden Komplikationen bei Schüssen gegen den Schädel, Hals, Nacken, Brust- und Bauchraum (Thorax, Abdomen) sowie die Wirbelsäule zu rechnen, und darüber hinaus auch beim isolierten Extremitätentrauma, wenn dieses mit einem schnellen Verlust größerer Blutmengen einhergeht (Siemieniec und Kildal 2017, Herter et al. 2015).

Eine prüferische Durchsicht der entsprechenden Gutachten ließ ferner erkennen, dass zum Zeitpunkt des damaligen Ermittlungsstandes (polizeilich wie auch aus rechtsmedizinischer Sicht) die Möglichkeit einer intendierten Selbstbeibringung bei allen Opfern verneint wurde und ein Unfallgeschehen auszuschließen war.

Die lokalisationsabhängigen Häufigkeiten sind prozentual in nachfolgender Abbildung dargestellt.

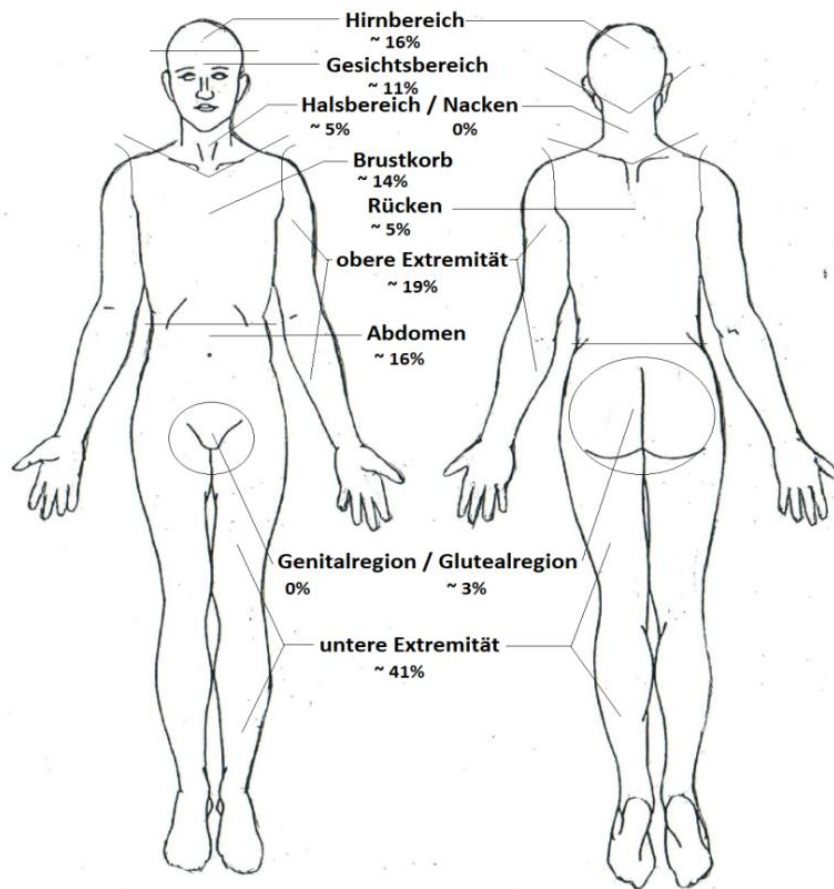


Abbildung 63: Schussverletzungen* mit Angaben zur Lokalisation und Häufigkeit (ohne Geschlechter- und Altersdifferenzierung) entsprechend Tabelle 39 (*der Anteil über 60-jähriger Opfer von Schusswaffengewalt umfasst drei von insgesamt 37 Fällen, sodass der Opferanteil dieser Gruppe insgesamt 8,1 % umfasst).

Betrachtet man in Ergänzung zu obiger Abbildung die zugehörige und nach Alter sowie Geschlecht der Opfer differenzierende Tabelle im Ergebnisteil, so zeigt sich, dass der Schwerpunkt der Opferbelastung bei den 21- bis 59-Jährigen innerhalb der männlichen Geschlechtergruppe liegt, wohingegen in der Gruppe der Älteren ausschließlich männliche Opfer (in geringem zahlenmäßigen Umfang; n=3) festzustellen waren. Im Hinblick auf eine Risikoabschätzung bedeutet dies, dass zumindest die Wahrscheinlichkeit, Opfer durch Schusswaffengewalt zu werden, im mittleren Erwachsenenalter höher liegt, und Männer stärker gefährdet sind als die Frauen.

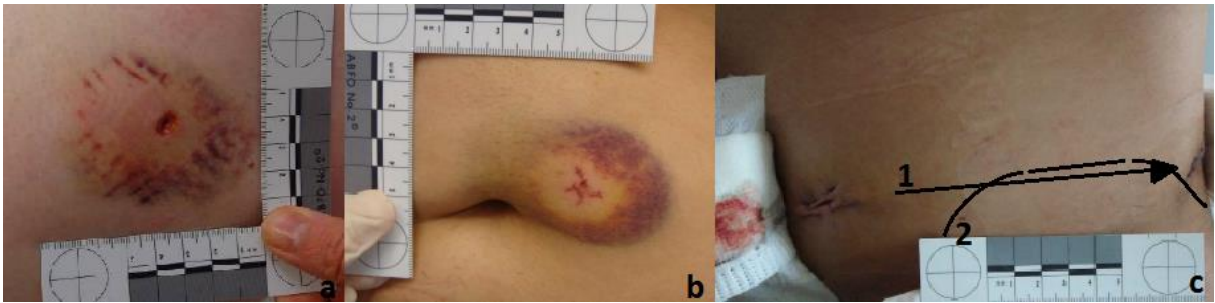


Abbildung 64: Schussverletzungen: a) Trichterförmiger Hautdefekt mit umgebendem Hämatom im Bereich des außenseitigen linken Oberschenkels durch ein Luftdruckgewehrprojekttil; b) Links neben dem Bauchnabel eine annähernd kreisrunde, randsaumartige Hautunterblutung mit dazwischen liegenden radiär speichenartig angeordneten Hautdefekten durch ein beim Durchqueren/Durchschlagen einer Tür „aufgepilztes“ Geschoss/Projekttil; c) Im seitlichen Mittelbauch (Einschusswunde) und dorsal im Bereich der seitlichen Rückenregion kurz oberhalb des knöchernen Beckenkamms (Ausschusswunde), chirurgisch versorgte, glattrandige Hautwunden, durch ein den Körper durchquerendes Projekttil; 1: Schussrichtung; 2: angedeuteter Beckenkamm.

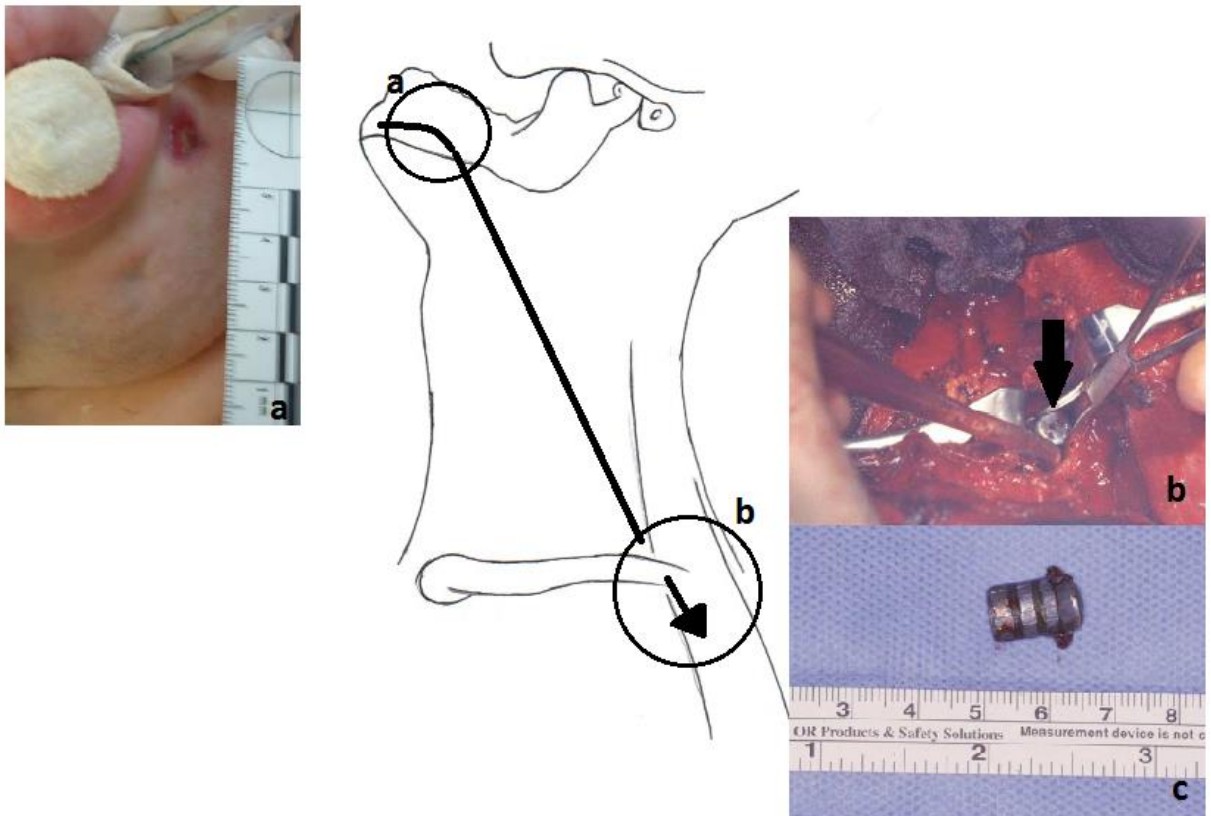


Abbildung 65: Schussverletzung („Winkelschuss“) nach Projektilablenkung: Schuss aus kürzester Entfernung auf einen aufrecht stehenden Menschen mit Projektilablenkung im Körper durch Knochenaufprall und transmediastinaler Schussverletzung mit Austritt aus dem Mediastinum und Projektilendlage im Brustwirbelkörper II. Der Schusskanal (schwarzer Pfeil) zieht sich von links oben (a: „Kinnspitze“) nach rechts unten von vorne nach hinten (b-c: offengelegter Brustwirbelkörper II mit dem die Verletzungen verursachendem, teildeformierten Projekttil).

5.13.2 Thermische und thermoelektrische Gewalt

Thermische Gewalt resp. thermische Energie bildete in 31 Fällen den Gegenstand der Untersuchung, wobei wiederum lediglich drei Fälle der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren zuordenbar waren (s. Tab. 47).

Thermische Gewalt bezeichnet sowohl das Einwirken hoher als auch niedriger Temperaturen auf den menschlichen Körper. Je nach Höhe der einwirkenden Temperatur und der Dauer sowie des Ausmaßes der thermischen Schädigung, wie auch in Abhängigkeit von der Lokalisation (äußerlich, innerlich) und den klinischen Gegebenheiten (Ernährungs- und Flüssigkeitszustand), kann es in der Folge zu unterschiedlichen Reaktionen/Symptomen kommen. Zu der charakteristischen lokalen Hautreaktion (Hautrötung, Blasenbildung, Nässen, Nekrosen) bspw. kommt es insbesondere unter kurzzeitiger und kleinflächiger Einwirkung. Bei höheren großflächigen und langandauernden einwirkenden Graden von Wärme und Kälte können innere bzw. systemische Komplikationen wie Volumenmangelschock, Herz-/Kreislaufversagen oder ein Zustand der Unterkühlung mit hochgradiger Zentralisation resultieren. Besonders gefährdet von letztgenannten Komplikationen sind insbesondere schwerstkranke Patienten, ältere Menschen als auch Kleinkinder, da hier die allgemeine körperliche Konstitution (wie bspw. der relative Fettanteil im Vergleich zum Wasseranteil) eine geringere Fähigkeit zur Kompensation bedingt (Grassberger und Yen 2013, Stich und Bauer 1958, Kamolz et al. 2009).

Eine Durchschau der dazugehörigen Gutachten, im Hinblick auf die zugrunde liegenden Formen der Gewalteinwirkung, ließ erkennen, dass es sich in der Gruppe der unter 60-Jährigen in der Mehrzahl der Fälle um die Folgen von typischen Misshandlungen (wie bspw. das Drücken einer glühenden Zigarette auf die Haut) handelte, wohingegen ein Blick auf die Altersgruppe der ab 60-Jährigen, zumindest in zwei der drei Fälle, die Frage nach Verletzung von Sorgfalts- und Aufsichtspflicht seitens einer Pflegeeinrichtung bzw. des Pflegepersonals gegenüber einem Heimbewohner und andererseits die Frage nach Eigengefährdung und der damit verbundenen Notwendigkeit einer zukünftigen Betreuung beinhaltete. In beiden Fällen lag den Verbrennungen ein vermutetes Einschlafen mit glimmender

Zigarette zugrunde, die in Folge einen Brand der Kleidung u./o. des Mobiliars entfachte.

Eine Sonderform der thermischen Gewalt zeigte sich im dritten Fall, wie auch in einem gesondert erfassten Fall bei den unter 60-Jährigen (s. Tab. 61). Hierbei handelte es sich um sog. Reibungs-/Schmelzverbrennung („friction, rope, carpet burn“). Zugrunde liegt dieser eine lokale Hitze-/Wärmeentwicklung bei der Bewegung zweier aneinander reibender/sich berührender Körper. Anzutreffen sind solche Verletzungen typischerweise als Folge eines auf dem Boden Hinterherschleifens, bei Stürzen und anschließendem Rutschen über raue Flächen sowie bei Fesselungen mit Seilen; und ähneln bzw. gleichen damit ihrem Entstehungsmechanismus sowie ihrer Morphologie nach den Schürfwunden (Wilczkowiak 2001, Hüner 1965). Jedoch ist es ungünstig, davon auszugehen, dass es sich hierbei lediglich um wenige Fälle handelte, was suggerieren könnte, dass diesen Verletzungen eine untergeordnete Rolle beigemessen werden darf, da in einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Fällen, denen ein Schlag-Sturz-Geschehen bzw. ein Stoß-Sturz-Geschehen zugrunde lag, entsprechende Befunde erhoben wurden oder erhoben werden konnten, aber keine gesonderte Erfassung/Rubrizierung erfuhren.

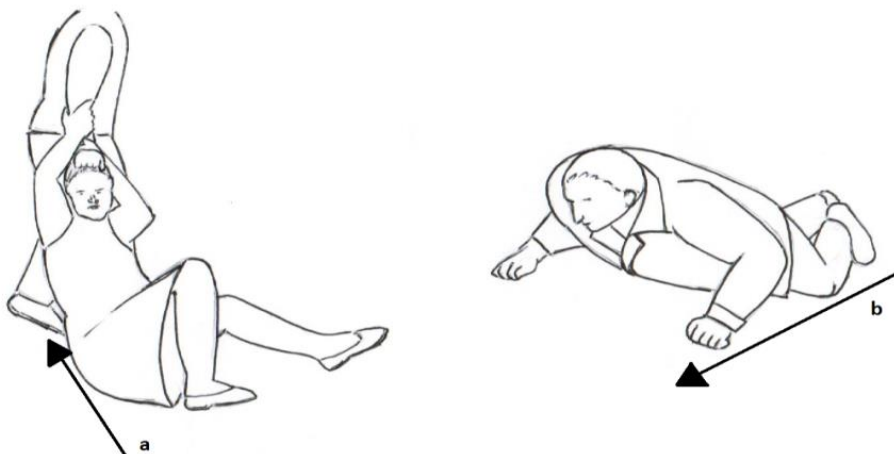


Abbildung 66: Reibungsverletzungen als Folge eines auf dem Boden Hinterherschleifens (a) und bei einem Sturz und anschließendem Rutschen über rauem Boden (b); Die Gewebeschädigung/Verbrennung als Folge lokaler Hitzeeinwirkung, entwickelt sich durch die (Gleit)Reibung zwischen Haut und Bodenbelag (a: Gesäßbereich, b: Knie, Ellenbogen, Handballen, Gesicht).



Abb. 67: Reibungsverbrennungen/Schürfwunden: a) Im Bereich der rechten Stirnhälfte und Schläfe; b) Außenseitig im Bereich des rechten Ellenbogens; c) Kleinfingerseitig im Bereich des rechten Handballens; d) Auf Höhe des rechten Kniegelenkes; e) Im Bereich der linken Knieregion mit Ausdehnung auf den Unterschenkel.

Entsprechend den unterschiedlichen Mechanismen, die den thermischen Schädigungen zugrunde liegen können, sind weitere Unterscheidungen möglich. Dabei handelt es sich bspw. um die Unterteilung in Verbrennungen (Flammen-, Kontakt-, Strom-, Strahlungs- und die bereits beschriebene Reibungsverbrennung), Verbrühungen (durch den Kontakt mit heißen Flüssigkeiten) und Inhalationstraumata (infolge einer Aspiration von heißen Gasen, Dämpfen, Flüssigkeiten oder Ähnlichem) (Maune 2009, Hamp und Weidenauer 2012).

Denkbare und faktische Relevanz im höheren Lebensalter – insbesondere bei auf die Hilfe Dritter angewiesener Personen – ist jedoch primär solchen Gegebenheiten beizumessen, in denen wegen Verletzung der Sorgfalts- oder Aufsichtspflicht Schädigungen eintreten. Zu nennen ist hier bspw. das Unterkühlen durch falsche Bekleidung, das Nicht-Wechseln von eingetränkter Kleidung oder kaltes Badewasser und bspw. Verbrennungen oder Verbrühungen durch zu heiß angereicherte Nahrung.

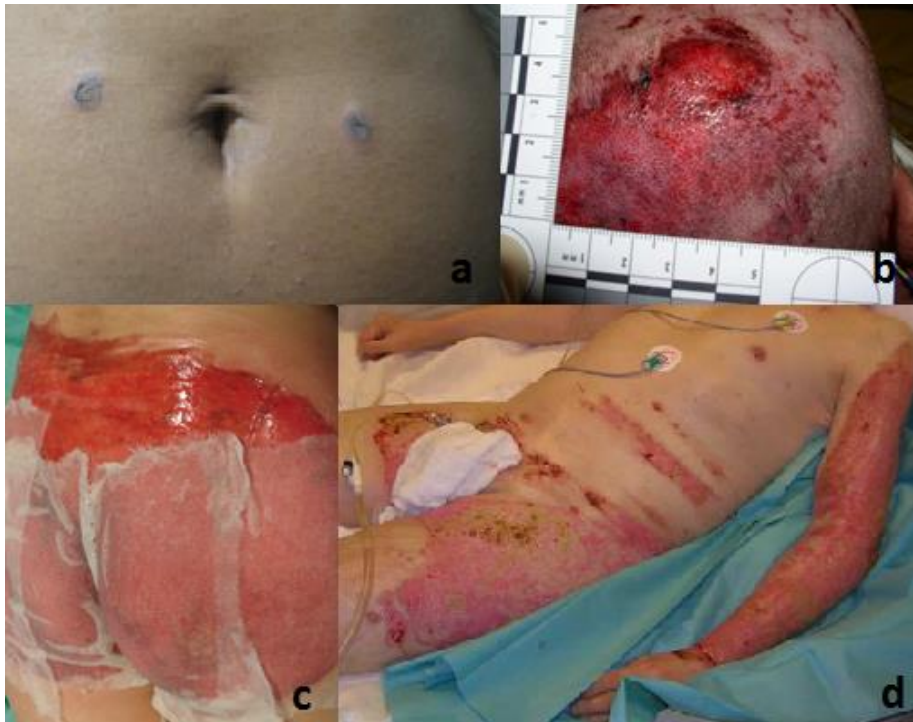


Abbildung 67: Thermische Verletzungen: a) Zigarettenbrandmale (verstärkt pigmentiertes Zentrum mit hyperhämischem rotem Randsaum) in Nabelhöhe; b) Drittgradige Verbrennungen im Bereich der rechtsseitigen Scheitel-/Hinterhauptsregion durch das Einschlafen mit brennender Zigarette und Selbst-in-Brand-Setzung; c) Zweit- bis drittgradige Verbrennungsverletzung des Gesäßes bei sog. Nachtiefung durch länger dauerndes rückwärtiges Drücken in eine mit heißem Wasser halb gefüllte Badewanne; d) Linksbetonte Verbrennungsverletzungen mit teils abflusspurenartigem Muster unter Aussparung der „Sitz-Falten“ am Bauch durch Verbrü- hung in sitzender, leicht nach vorne gebeugter Position.

5.13.3 Chemische Gewalt

Unter dem Begriff „Chemische Gewalt“ kann sowohl das Verabreichen als auch das Einwirken von chemischen Substanzen auf den menschlichen Organismus verstanden werden, deren Einsatz meist gezielt getroffen wird und auf eine spezifische Wirkung hin verfolgt wird – so aus den Datenerhebungen dieser Untersuchung ableitbar. Im Hinblick auf die Opfer-Werdung ist demnach eine Differenzierung zwischen der unfreiwilligen Substanzmittel-Einnahme, dem Vergiftetwerden, dem Einsatz von chemischen Waffen bzw. toxisch oder reizend wirkenden Substanzen, der unfreiwilligen Exposition gegenüber chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffen sowie Unfällen möglich.

Eine diesbezügliche Betrachtung der Fälle (n=8, s. Tab. 48) zeigt, dass zumindest gezielte, primäre und unmittelbare Körperverletzungen durch chemische Substanzen (bspw. Verätzungen durch Säuren oder Laugen sowie durch Pfefferspray und Tränengas) eine Ausnahme darzustellen scheinen und sich in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren mit nur einem Fall vertreten finden.

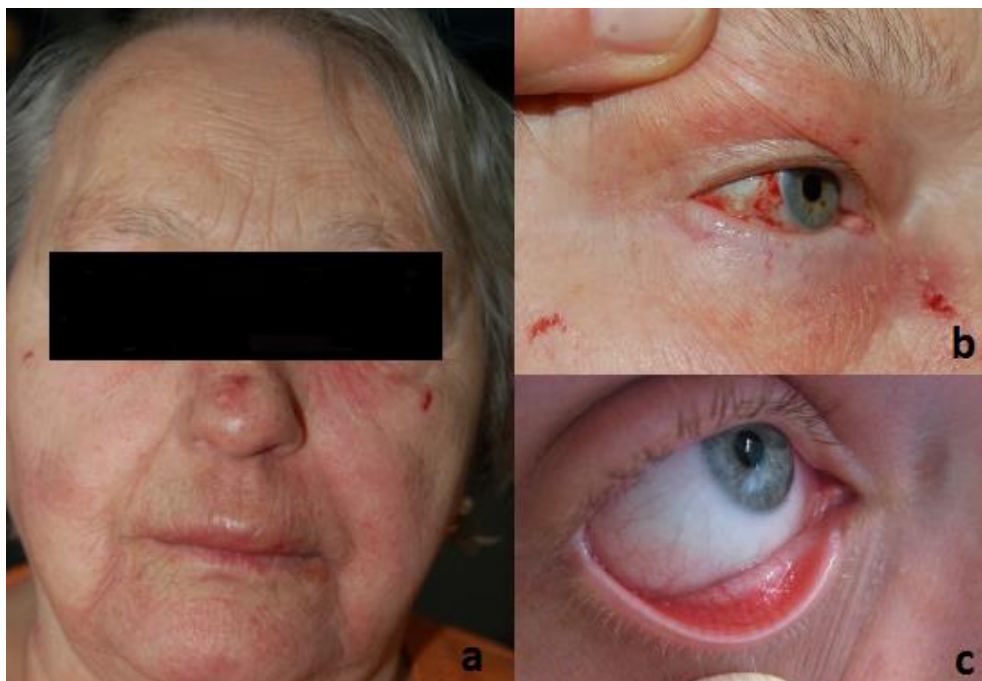


Abbildung 68: Chemische Gewalt: Verätzung/Reizung der Haut im Bereich des Nasenrückens/der Nasenspitze, der Oberlippe, der Nasen-Lippen-Furche und im Bereich des Kinns (a), sowie flächenhafter Blutaustritt unterhalb der Augenbindehaut rechts (b), durch Drücken eines mit Chloroform getränkten Tuches auf das Gesicht, zur Beeinträchtigung des Bewusstseins, des Reaktionsvermögens und der Handlungsfähigkeit des Opfers; Bindehautrötungen rechts unten, mit verstärkter Gefäßzeichnung, durch ein Reizgas-Abwehrspray (mutmaßlich CS-Reizgas oder Pfefferspray).

Ebenfalls die Gefahr der Opfer-Werdung durch psychotrope/psychoaktive Substanzen scheint auf die jüngere und mittlere Generation beschränkt zu sein. Es fanden sich lediglich in der Gruppe der unter 60-Jährigen einige Fälle dokumentiert, bei denen die Vermutung bestand, durch andere unfreiwillig unter Drogen gesetzt worden zu sein (s. Tab. 30).

Anhaltspunkte für „medikamentöse Fixierungen“ von älteren Patienten oder pflegebedürftigen Personen durch Verabreichung entsprechender sedierender Substanzen waren dem Untersuchungsgut (Opferkollektiv) nicht zu entnehmen bzw. waren in den vorliegenden Fällen nicht Gegenstand der rechtsmedizinischen Untersuchung. Dies verwundert insofern nicht, als die Frage nach den Auftraggebern – wie bereits mehrfach erwähnt – unschwer erkennen lässt, dass nur in den wenigsten Fällen die Opfer vertretenden Personen eine Untersuchung in Auftrag gaben (s. Tab. 7) und damit eine Verfolgung und Bestrafung solcher Maßnahmen für die Verantwortlichen ausbleibt. Dies vor dem Hintergrund dessen, dass solch eine Vorgehensweise durch eine andere, als die unmittelbar betroffene Person, als falsch und strafbar angesehen werden muss, da in diesem Zustand die Opfer meist nicht in der Lage sind, sich klar mitzuteilen.

Die bspw. vom KFN durchgeführten Studien lassen allerdings nicht darauf schließen, dass medikamentöse Freiheitsbeschränkungen – bspw. in Pflegeeinrichtungen und häuslichen Settings – nicht existent sind, sondern deuten eher darauf hin, dass sie aufgrund fehlender Kontrollinstanzen meist unentdeckt bleiben.

5.13.4 Hautnarben aus gerichtlich-medizinischer Sicht

Narben als Anzeichen eines in Heilung begriffenen Substanzverlustes tieferer Hautschichten, bzw. als natürliche Folge einer stattgehabten Verletzung, fanden sich hinsichtlich der Kontextualisierung anlassbezogen oder davon unabhängig beschrieben. So zeigten sich diese bspw. als Folgen eines Unfalls, einer chirurgisch oder internistisch indizierten Maßnahme, als Anzeichen eines selbstverletzenden Verhaltens, als Hinweis auf eine zeitlich weiter zurückliegende oder mehrzeitige Misshandlung/Gewalteinwirkung sowie idiopathischer Natur (ohne bekannte Ursache).

Betrachtet man im vorliegenden Fall das den Auswertungen zugrunde liegende Datenmaterial (s. Tab. 51), so scheinen Hautnarben sowohl bei den erwachsenen Geschädigten im Alter von 21 bis unter 60 Jahren (F: 56 Fälle, M: 38 Fälle) sowie in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren (F: 0 Fälle, M: 5 Fälle) – mit besonderem Blick auf die Frauen – unterrepräsentiert. Dies vor dem Hintergrund, dass eigentlich bei jeder Person, zumindest an irgendeiner Stelle des Körpers, mehr oder weniger sichtbare Spuren früherer Verletzungen in Form von Narben zu erwarten gewesen wären; wie die institutsintern durchgeführten Leichenschauen zeigen. Ferner zeigte sich, entgegen den Erwartungen, eine negative Korrelation zwischen dem Alter und der Auftretenshäufigkeit/Diagnosehäufigkeit von Narben. Ebenfalls bei den Älteren, aufgrund der absolut erreichten Lebensjahre, die Wahrscheinlichkeit, eine Verletzung infolge eines Unfalles oder eines erforderlich gewordenen operativen Eingriffes davonzutragen, steigt.

Folglich ist davon auszugehen, dass im Allgemeinen auf eine routinemäßige Erhebung des Ganzkörper-Status verzichtet wurde und Narben, insofern diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Untersuchungsanlass standen/zu bringen waren (z. B. Narben als Hinweis auf eine wiederholte Traumatisierung durch ein- und dieselbe Person und als Hinweis auf das Vorliegen einer autoaggressiven Persönlichkeitsstörung) oder sich an besonders auffälligen Körperstellen lokalisiert fanden (z. B. Kopf-Hals-Region, Unterarme), nicht gesondert erfasst wurden.

Bestätigung fand diese Annahme durch eine parametrisierte Abfrage. So zeigte sich, dass Narben insbesondere bei Frauen mittleren Alters, in der Mehrzahl der Fälle im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten und weniger als Anzeichen einer stattgehabten oder wiederholten Opfer-Werdung durch fremde Hand, diagnostiziert wurden. Bei den Männern hingegen konnten die Erfassungsgründe in der Mehrzahl der Fälle nicht eruiert werden, sodass sich möglicherweise deren Dokumentation aufgrund ihrer Augenfälligkeit (intensive Größe, Morphologie, Lokalisation) erklären lässt. Ferner zeigten sich in einer Reihe von Fällen Probleme bei der Kausalitätsbeurteilung, wie z. B. bei der Zusammenhangsbewertung, der dem Befund zugrunde liegenden Tathergangsschilderungen.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass Spuren in Form von Hautnarben als unmittelbare Folgen und Beweise einer erlittenen körperlichen Gewalteinwirkung, bspw. im Rahmen von Misshandlungen, Bestrafungen (Brandwunden durch das Ausdämpfen von Zigaretten am Körper oder Narben infolge eines Auspeitschens; s. hierzu Tab. 61), nicht immer eindeutige und sichere Rückschlüsse auf die Ursache zulassen.

Die besondere Problematik ergibt sich hierbei oftmals daraus – so die Analyse der Gutachten –, dass die erfahrene und ausgeübte Gewalt zeitlich weit zurückliegt und somit die Beurteilbarkeit des Hautbefundes Einschränkungen erfährt und gleichzeitig viel Raum für Spekulationen lässt. Dies zum einen aufgrund dessen, dass der zeitliche Ablauf der Wundheilung sehr komplex verläuft und dem Einfluss zahlreicher innerer und äußerer Faktoren unterliegt, wodurch die Befunde zum Teil sehr unspezifisch imponieren können. Zum anderen ist davon auszugehen, dass insbesondere rückblickende Erhebungen strafrechtlich relevanter Opfererfahrungen mithilfe von Befragungen die Ermittlungen eines stattgehabten Ereignisses – hinsichtlich forensischer Fragestellungen wie Plausibilität und Stichhaltigkeit – erschweren können. Dies insofern, als dass sich an genaue Abläufe nur bruchstückhaft erinnert wird oder aber Wahrnehmungen und Schilderungen vergangener Ereignisse aufgrund von Erinnerungsverzerrungen keine in sich kohärente und plausible Interpretation zulassen.

Im umgekehrten Fall kann aber auch eine Fehldeutung bzw. Fehlbewertung von erhobenen Befunden die Klärung der Ursache verzögern und dazu führen, dass eine den sozialen Beziehungen (familiär, partnerschaftlich, pflegerisch) immanente Gewaltproblematik verkannt wird oder zu nicht gerechtfertigten Anschuldigungen Dritter gegenüber führt.

Daraus schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass ein gesichertes Wissen aufseiten der Gutachter über diagnostisch und differenzialdiagnostisch relevante Befunde – um dieses, strafrechtlich irrelevanten Befunden entgegenzusetzen – unbedingt erforderlich ist.

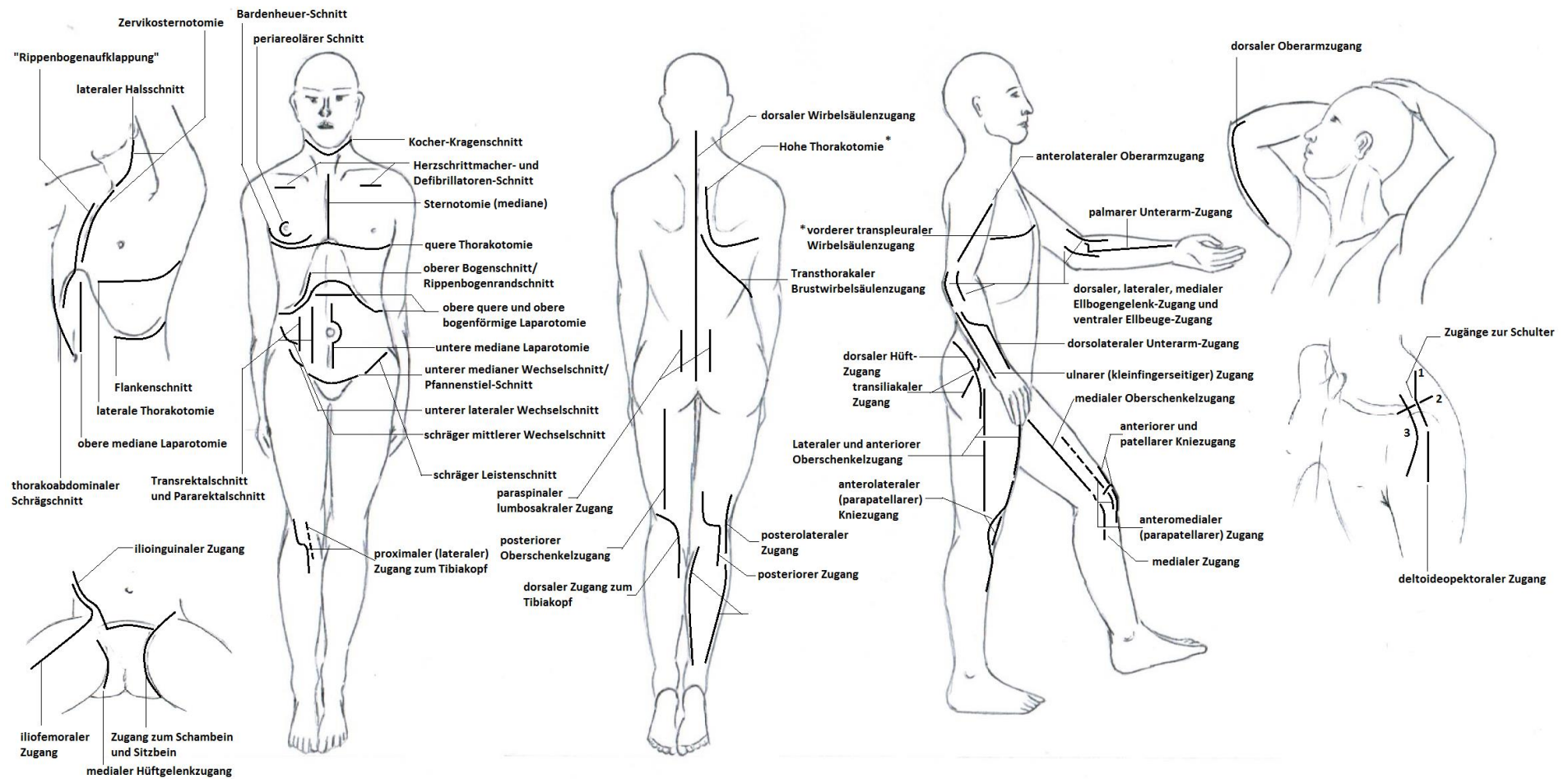


Abbildung 69: Operative Zugangswege/Schnittführungen in der Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie und Orthopädie: Schnittführungen am Körperstamm (adaptiert nach Paetz 2009, Liehn et al. 2016, Durst 1998, Kerschbaumer 2013); Schnittführungen am Schultergürtel und an der oberen Extremität (adaptiert nach Schmelzeisen 1997, Ruchholtz und Wirtz 2013); Schnittführungen im Bereich des Beckengürtels und der unteren Extremität (adaptiert nach Siebenrock et al. 2004, Pfeil 2008); Schnittführungen im Bereich der Körperrückseite (adaptiert nach Kerschbaumer 2013).

Tabelle 86: Index operativer Zugangswege in der Allgemein Chirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie und Orthopädie (Paetz 2009, Liehn et al. 2016, Durst 1998, Kerschbaumer 2013, Schmelzeisen 1997, Ruchholtz und Wirtz 2013, Siebenrock et al. 2004, Pfeil 2008).

Schnittführung	Indikation (Beispiele)
Körperstamm	
Lateraler Halsschnitt	Operation der Halsweichteile, vorderer Halswirbelzugang
Kocher-Kragenschnitt	Schilddrüsenoperationen, Zugang zum vorderen Mediastinum
Herzschrümmacher-/Defibrillatoren-Schnitt	Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillationselektroden
Zervikosternotomie	Zugang zur unteren Halswirbelsäule und oberen Brustwirbelsäule
Mediane Sternotomie	Zugang zum Brustkorb/Mediastinum; transsternaler Zugang zur Wirbelsäule
Periareolärer Schnitt	Tumorexzisionen der Brustdrüse
Bardenheuer-Schnitt	Brustoperationen
Quere Thorakotomie	Lungenoperationen
Vordere transpleuraler Wirbelsäulenzugang	Wirbelsäulenfrakturen, Tumoren
Laterale Thorakotomie	Lungenoperationen
Obere mediane Laparotomie	intraabdominelle Operationen im Oberbauch, insbesondere Notfalloperationen.
Oberer Bogenschnitt/ Rippenbogenrandschnitt	rechts: klassische Cholezystektomie, Leberresektion links: Splenektomie, subphrenischer Abszess
Obere bogenförmige Laparotomie	Pankreasoperationen, Magenoperationen, Lebereingriffe; insbesondere große Operationen
Obere quere Laparotomie/Minilaparotomie (auf eine Seite beschränkt)	Bauchorgane; Minilaparotomie bspw. zur Cholezystektomie
Flankenschnitt	Nieren- und Nebennierenoperationen
Untere mediane Laparotomie	intraabdominelle Operationen im Unterbauch, insbesondere Notfalloperationen wie bspw. Bauchaortenaneurysma
Transrektalschnitt	Galle-/Blinddarmoperationen
Pararektalschnitt	Galle-/Blinddarmoperationen
Schräger mittlerer Wechselschnitt	Blinddarmoperationen
Unterer lateraler Wechselschnitt	Appendektomie.
Unterer medianer Wechselschnitt/ Pfannenstiel-Schnitt	Gynäkologische und urologische Operationen (extraperitonealer Zugang zur Prostata, Harnblase und distalen Harnleiter)
Schulter und obere Extremität	
Zugänge zur Schulter : 1. Säbelhiebschnitt, 2. transakromialer Zugang, 3. anterior-superiorer Zugang	Operationen des Subakromialraumes / der Rotatorenmanschette, Klavikulafraktur
Deltoideopektoraler Zugang	Proximale Humerusfraktur
Dorsaler Oberarmzugang	Humerusschaftfraktur, Plattenosteosynthese
Anterolateraler Oberarmzugang	Humerusfraktur im proximalen und mittleren Drittel
Dorsaler, lateraler, medialer Ellbogengelenk-Zugang	dorsal: intraartikuläre Frakturen ; lateral: Epikondylenfrakturen, Frakturen des lateralen Pfeilers (Typ B), Radiusköpfchenfrakturen; medial: Epikondylenfrakturen, Frakturen des ulnaren Pfeilers und Kompressionssyndrome des N. ulnaris
Ventraler Ellenbeuge-Zugang	Gefäß-/Nervenläsionen, Kompartmentsyndrom; selten
Ulnarer, dorsolateraler u. palmarer Unterarm-Zugang	Unterarmschaftfrakturen, Plattenosteosynthese bei Radius- u./o. Ulnafrakturen (Parierfraktur) oder bei ausgeprägten Stück-/Trümmerfrakturen
Körperrückseite	
Transthorakaler Brustwirbelsäulenzugang	Kyphosen, Skoliosen, Wirbelkörperfrakturen, Tumoren
Hohe Thorakotomie (auch in Kombinat. mit *)	Spondylitis tuberculosa, Tumore
Dorsaler Wirbelsäulenzugang	Kyphosen, Skoliosen, Wirbelkörperfrakturen, Tumoren
Paraspinaler lumbosakraler Zugang	Wirbelgleiten (Spondylolisthese)
Beckengürtel und untere Extremität	
Zugang zum Schambein und Sitzbein	Frakturen, Tumoren, Osteotomien
Ilioinguinaler Zugang	Azetabulum-, Beckenringfrakturen, Tumoren
Iliofemorale Zugang	Operationen am ventralen und dorsalen Hüftpfiler
Dorsaler Hüftzugang (Kocher-Langenbeck)	Operationen am Azetabulum und Femurkopf/am proximalen Femur
Transiliakaler Zugang	Operationen am Iliosakralgelenk, an den Lendenwirbeln/ Sakralwirbeln
Vorderer, lateraler (proximaler), medialer und hinterer Oberschenkelzugang, transartikulärer Zugang zum distalen Femur	Operationen der Weichteile und der knöchernen/knorpeligen Strukturen (z. B. Osteotomien, Protheseneinsatz, Osteomyelitis; Nerven-/Gefäßoperationen)
Anteromedialer (parapatellarer), medialer, anterolateraler, posterolateraler, hinterer Kniezugang	Operationen der Weichteile und der knöchernen/knorpeligen Strukturen (z. B. Endoprothetik, Kreuzband-Rekonstruktion, Synovektomie, intraartikuläre Frakturen, Nerven-/Gefäßoperationen)
Proximaler, dorsaler, posteromedialer, posterolateraler Unterschenkelzugang	Operationen der Weichteile und der knöchernen/knorpeligen Strukturen (z. B. Frakturen, Osteomyelitis, Nerven-/Gefäßop.)

5.13.5 Selbstbeigebrachte Verletzungen/selbstverletzendes Verhalten

Ein weiteres, nicht zu vernachlässigendes, Problem stellen selbstbeigebrachte Verletzungen dar. Hierbei gilt es, zwischen den Formen und ihren Ursprüngen zu differenzieren. Aus der gegenwärtigen Fachliteratur ist zwar bekannt, dass „selbstverletzendes Verhalten“ insbesondere bei der Kanalisierung von negativen Affekten und als Form der Selbstbestrafung Anwendung findet, aber auch als Regulationssystem von Suizidimpulsen sowie zur Manipulation und Funktionalisierung von Personen bzw. des Umfeldes eingesetzt wird (Ceumern-Lindenstjerna 2008, Petermann und Winkel 2009, Banaschak und Madea 2003).

Der oben verwendete Begriff des „selbstverletzenden Verhaltens“ impliziert jedoch, dass die Selbstverletzungen aus eigenen Intentionen bzw. aus inneren motivationalen Zuständen heraus wiederholt und bewusst erfolgen; wobei bis heute keine einheitliche Definition gefunden wurde (Sachsse 2011, Schmeißer 2000). Infolgedessen gilt es demgegenüber, unwillentlich selbstverursachte Verletzungen und eigens zu verantwortende Unfallfolgen zu differenzieren, welche jedoch auch dem Sammelbegriff der „Selbstbeibringung“ zuordenbar sind.

Medizinisch betrachtet können „selbstbeigebrachte“ Verletzungen somit nicht nur Symptom einer „psychiatrischen“ Erkrankung (Borderline-Störung, Schizophrenie, artifizielle Störungen, wie das Münchhausen-Syndrom) oder einer übertriebenen Affekttat in Verzweiflungs- und Erregungszuständen (z. B. Aggravation) sein, sondern auch Resultat einer bewusst und absichtlich herbeigeführten „Manipulation“ (ohne fassbare Krankheitsursache) zum Zwecke der Vortäuschung einer Straftat (aus niedrigen Beweggründen, wie Rache, Wut und Hass) bzw. eines Unfalls (z. B. im Rahmen eines Versicherungsbetruges) sein. Darüber hinaus können diese aber auch als bloße Folge eines schädigenden Ereignisses im Sinne eines natürlichen Kausalzusammenhanges, wie bspw. Prellungen infolge von Stürzen oder Anstoßverletzungen als Folge eines ausgeprägten Bewegungsdranges und verminderter Selbstregulation, in Erscheinung treten.

Zur Unterscheidung von absichtlich zugefügten äußeren Wunden von jenen, denen ein unerwünschtes Ereignis zugrunde lag, können bestimmte Kriterien heran-

gezogen werden. Beispiele für solche wegweisenden Informationen sind bestimmte Merkmale der Wunden wie Lokalisation, Form und Tiefe sowie Anzeichen pathologischer Hautbeschaffenheiten, die Aufschluss über die Entstehungszeitpunkte geben.

Im Rahmen der Abwägung können somit als maßgeblich indiziell für vorsätzliche Selbstverletzungen, die Wunden unterschiedlichen Alters an mit den eigenen Händen gut/leicht erreichbaren Stellen (s./ vgl. hierzu Abb. 41 sowie zugehörige Erläuterung im Text) unter Aussparung von empfindlichen Körperpartien, gewertet werden. Bei den bevorzugt gewählten und malträtierten Körperregionen handelt es sich somit um die Arm-, Brust- und Bauchbereiche. Die gesetzten Verwundungen bestechen meist durch Oberflächlichkeit, Uniformität (gleichartige Beschaffenheit) und Parallelität (insbesondere bei Schnitt- und Ritzverletzungen). Hinzukommend sind oft einfache, in gerader Richtung verlaufende, und musterartige Verletzungen geordneter Positionierung (eingeritzte Schriftzüge, Symbole oder Zeichen wie Hakenkreuze) höchstverdächtig für das Vorliegen von selbstverletzendem Verhalten. Ein weiteres bezeichnendes Indiz ergibt sich aus dem Fehlen von typischen Abwehrverletzungen und ggf. aus dem Tragen kaschierender Kleidung (langärmelige und langbeinige Kleidungsstücke trotz hoher Außentemperaturen) und dem Verweigern der körperlichen Untersuchung. Ein weiterer Anhaltspunkt, der gegen eine Fremdbeibringung und für eine Selbstbeibringung von Verletzungen spricht, können unversehrte, intakte Bekleidungstextilien oder mangelnde Übereinstimmungen von Wunden und Kleidungsbeschädigungen der Opfer geben (vgl. nachfolgende Tab. 87 u. Abb. 70) (Zimmer 2009, Banaschak und Madea 2003, Püschel 1992, Püschel et al. 1994, Nyberg und Stieglitz 2009).

Als weiterer zentraler Bestandteil der Diagnostik ist auch hier das Arzt-Patientengespräch zu sehen (Wo, wann, wie und unter welchen Umständen kam es zu den Verletzungen?). Sind die Schilderungen der Tat selbst nicht mit den „vorgezeigten“ Verletzungen vereinbar bzw. plausibel zu erklären (Unklare, verschwommene, widersprüchliche Aussagen, bis hin zu äußerst abenteuerliche Geschichten?), so kann dies als weiteres Indiz für das mögliche Vorliegen einer selbstbeigebrachten Verletzung gewertet werden. In umgekehrter Weise, schließen glaubwürdige, in sich stimmige Schilderungen zum Sachverhalt sowie lehr-

buchartige Darstellungen entsprechender Symptome eine Selbstbeibringung nicht aus; sondern können vielmehr als weiteres Indiz dafür gesehen werden, dass eine artifizielle Störung vorliegt (Eckhardt 1996, Zinka und Fieseler 2009).

Tabelle 87: Zusammenfassender Überblick fremdbeigebrachter Verletzungen (verändert und ergänzend übernommen aus Dettmeyer et al. 2014).

Charakteristika fremdbeigebrachter Verletzungen:
<ul style="list-style-type: none"> - Subkutis oft mitbetroffen - Ungleichförmigkeit/ Asymmetrie - alle Körperregionen betroffen (keine Aussparung von empfindsamen Körperpartien und Funktionsbereichen) - häufig Deckungs- und Abwehrverletzungen - häufig Begleitverletzungen (Hämatome, Schürfwunden, Kratzsuren) - meist einzeliger Entstehungszeitpunkt zuordenbar (ausgeschlossen fortwährende Misshandlungen) - selten gruppierte Verletzungen (unilokuläre > multilokuläre) - Gesamtverletzungsausmaß variabel (leicht < gefährlich/ lebensbedrohlich) - Mitbeschädigte Kleidung (als Kampfspuren)
Zusätzlich:
<ul style="list-style-type: none"> - belegende Zeugenaussagen - psychische und physische Alterationen als Anzeichen der stattgehabten Traumatisierung

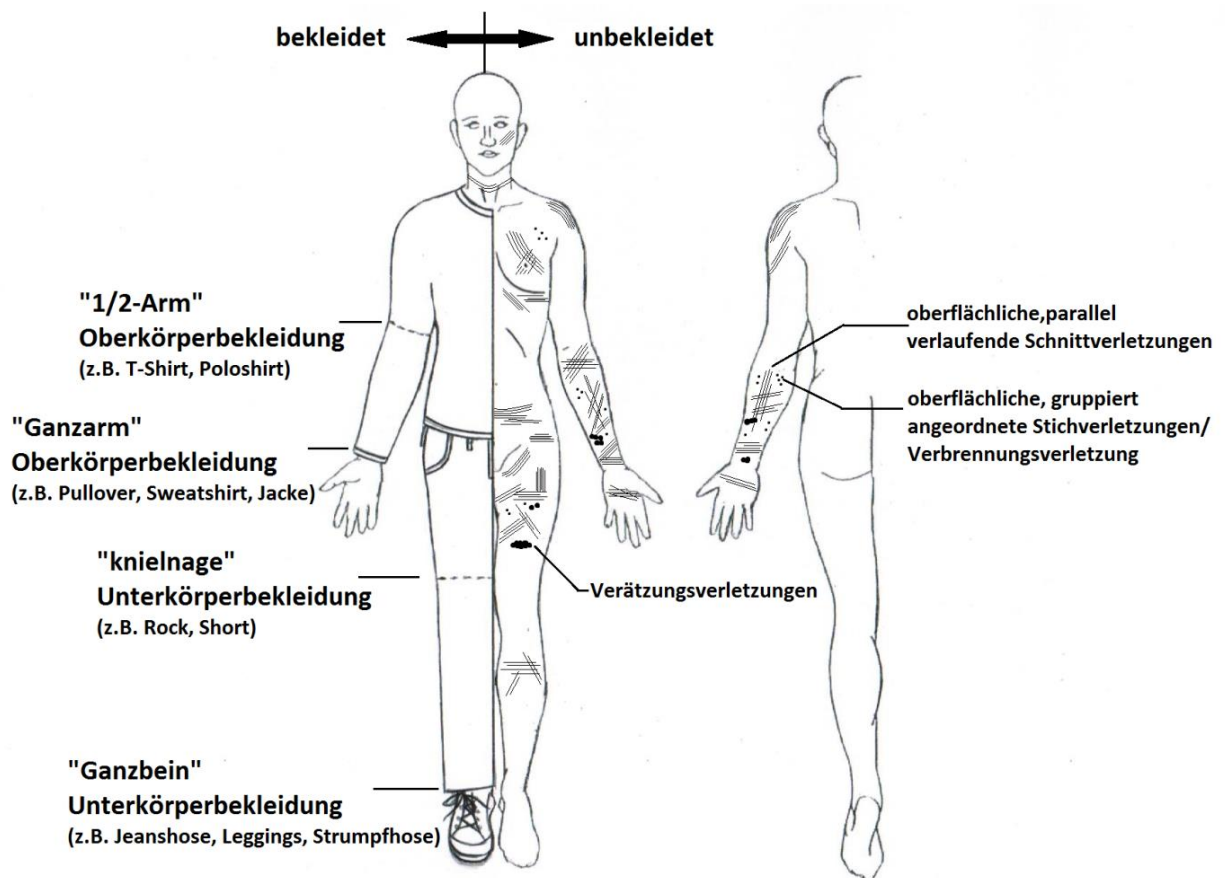


Abbildung 70: Typische Lokalisationen selbstbeigebrachter Verletzungen (verändert und ergänzend übernommen nach König, 1987).

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen gehörten scharfe und spitze Gegenstände zu den am häufigsten zur Selbstschädigung verwendeten Hilfsmitteln, wobei prinzipiell alle denkbaren Werkzeuge und Mittel (bspw. chemisch-toxische und ätzende Stoffe) zum Einsatz kommen können (siehe hierzu nachfolgende Abbildung). Die vorzugsweise zur Wundbeibringung eingesetzten Instrumente/Schädigungswerkzeuge umfassten Messer und kleinere Klingen-Gegenstände, wie Scheren und Rasierklingen (vgl. und ausführlicher hierzu Prahlow und Byard 2012, Prahlow 2010).

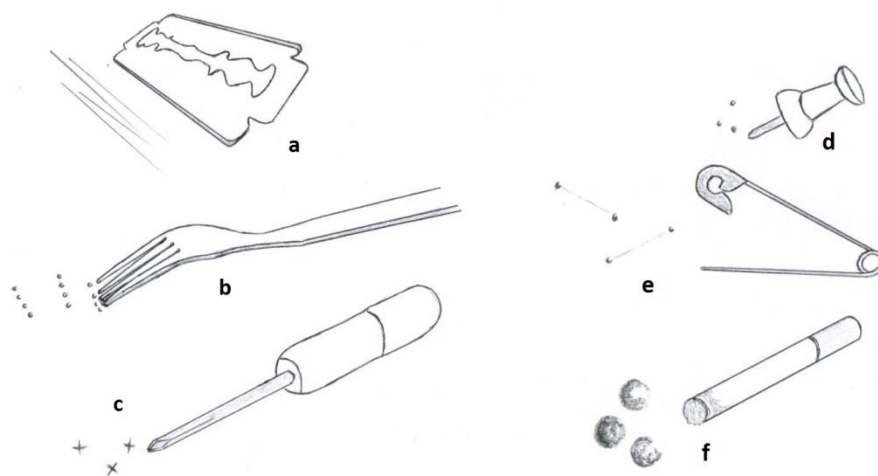


Abbildung 71: Mögliche, zur Selbstverletzung verwendete Gegenstände: Schnittwunden durch scharfe Gegenstände wie Messer, Rasierklingen (a), Glasscherben, scharfkantige Metallteile; Stich-, Penetrations-/Perforationswunden durch „zylindrische Objekte“ wie die Zinken einer Gabel (b), den Kopf eines Kreuzschlitz-Schraubendrehers (c), eine Heftzwecke (d), eine Sicherheitsnadel (e); Verbrennungsverletzungen durch das Ausdrücken glühender Zigarettenenden auf der Haut (f), glühende Zigarettenanzünder, heiße Brennventilgehäuse von Feuerzeugen.

Betrachtet man diesbezüglich die in den Bado-Bögen verifizierten Daten zu Selbstverletzungen („Anhaltspunkte für Selbstbeibringung“ und „Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen“, s. Tab. 67), so ist ersichtlich, dass der prozentuale Anteil derjenigen, die Anhaltspunkte für selbstbeigebrachte Verletzungen – folglich keine Anhaltspunkte für eine Fremdbeibringung abzuleiten waren – aufwiesen, bei Männern wie Frauen in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, etwas stärker ausgeprägt ist, als in der Gruppe der unter 60-Jährigen. Hingegen zeigt sich der Anteil der Untersuchten, die anlassbezogene Anhaltspunkte für selbstbeigebrachte Verletzungen, wie auch Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen erkennen ließen, in der Gruppe der 21- bis 59-Jährigen etwas stärker ausgeprägt (unter Ausschluss der 60-jährigen und älteren Männer). Ebenfalls das alleinige Vorliegen von Zeichen früherer selbstbeigebrachter Verletzungen,

ohne den Nachweis aktuell frisch selbstzugefügter Verletzungen, prävaliert in der Gruppe der unter 60-Jährigen.

Unter der Kenntnis darüber, dass die Diagnose selbstverletzenden Verhaltens – sofern den psychischen/psychiatrischen Störungen zuordenbar – in der Regel nicht ein einmaliges Ereignis, sondern wiederholte Handlungen der Selbstverletzung voraussetzten, könnten die Ergebnisse u. a. darauf zurückgeführt bzw. dahingehend gedeutet werden, dass jüngere Leute eher unter psychischen/psychiatrischen Erkrankungen/Störungen leiden, welche sich in Form von selbstverletzendem Verhalten äußern; wohingegen die „Motivationsfaktoren“ oder die den Verletzungen zugrunde liegenden Umstände (anlassbezogen als auch auf zeitlich weiter zurückliegende Vorfälle beziehend) bei den älteren „Patienten“ andere zu sein scheinen, obgleich das Mittel und die Art der Verletzung dieselben sein können.

Eine Bestätigung für diese Annahme fand sich auch in der Durchsicht der abschließenden Gutachten zu den forensisch-medizinischen Fragestellungen und den ergänzenden Fotodokumentationen. So waren die typischen Verletzungsmuster autoaggressiven Verhaltens (bspw. mehrzeitige Traumatisierung an den Unterarmen durch Schneiden, Kratzen und Ritzen) nahezu ausnahmslos in der Gruppe der unter 60-Jährigen und hier auch primär bei den unter 30-jährigen Patienten vertreten (s./vgl. hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt „Ritzverletzungen“).

Eine Durchsicht der Akten der ab 60-Jährigen bei entsprechenden Verweisen in den Bado-Bögen zeigte hingegen, dass es sich bei den „Selbstschädigungen“ in der Mehrzahl der Fälle um unfallbedingte oder unbeabsichtigt selbstzugefügte Traumatisierungen handelte und die schädigenden Ereignisse im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit anderen gesundheitlichen Störungen (körperliche und/oder geistige) zu sehen waren. Zu nennen sind hierbei einmalige, wiederholte oder laufende Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle aufgrund von Stand- und Gangunsicherheit, eingeschränkter Beweglichkeit, Gleichgewichtsstörung oder Schwindel. Des Weiteren Anstoßverletzungen durch Anprallen/Anschlagen (selbst mit schwacher Intensität) an umgebenden Objekten des alltäglichen Le-

bens bei bestehender Blutungsneigung und herabgesetzter Widerstandsfähigkeit der Haut; teils auch als Folge von Verhaltensweisen psychiatrischen oder neurologischen Ursprungs wie Jaktationen. Ferner zu nennen sind auch Kratzverletzungen zur Unterdrückung von Symptomen, hervorgerufen durch Hautausschläge, juckende, nässende, schuppige, rissige oder krustige Hauterkrankungen. Ebenso fand sich ein Fall der Selbstverbrennung durch das Feuerfangen der Kleidung infolge des Einschlafens während des Rauchens.

Daneben konnten den Akten jedoch auch drei Fälle entnommen werden, bei denen die Selbstschädigung des eigenen Körpers unter dem Aspekt der Vortäuschung einer Straftat eingesetzt wurde, wobei sich in einem der drei Fälle zusätzliche Anhaltspunkte für einen möglicherweise überlebten Suizidversuch ergaben (s. nachfolgende Bilddokumentationen).

Ferner gilt es, diesbezüglich auch zu bedenken, dass das Vorhandensein selbstbeigebrachter Verletzungen einen Gewalteinfluss durch fremde Hand nicht ausschließen bzw. diesen unglaubwürdig erscheinen lassen müssen, jedoch die Differenzierung erschweren können.



Abbildung 72: Selbstbeigebrachte Verletzungen: a) Mehrere parallel angeordnete Schnittverletzungen, unregelmäßiger Wundtiefe im Brustbereich rechts; b) Parallel verlaufende, oberflächliche, kratzerartige Hautabschürfungen (mittig am Bildrand rechts) in Kombination mit zahlreichen einzelnen, mitunter konfluierenden rundlichen Hautwunden, die als sog. „Probierstiche“ gedeutet werden können, im Bereich der linken Thorax-/Abdomenhälfte; c) Reibungsverletzungen im Dekolleté-Bereich durch intensives Scheuern/Reiben der ungeschützten Haut mit „schleifenden“ Materialien, wie einem nassen Frotteetuch; d-e) Beugeseitig und Streckseitig im Bereich der oberen Extremität, unzählige, zum Teil quer, zum Teil parallel zur Körperlängsachse verlaufende strichförmige Oberhautdurchtrennungen und Narben in unterschiedlichen Abheilungsgraden; f) Kreisrunde Zigarettenbrandverletzungen unterschiedlichen Alters im Bereich des Handrückens; g) Kraterartige, schräg gestellte straßenförmige Hautläsionen im Bereich der ventralen Oberschenkelinnenseiten; h) Beidseits in Längsrichtung im Bereich der Oberschenkelvorderseiten eingeritzte Symbole, Schriftzeichen und Schriftzüge mit appellativem/symbolhaften Charakter; i) Beidseits im Bereich der unteren distalen Extremitäten, unter Betonung der medialen Schienbeinregionen, zahlreiche parallel und quer verlaufende Ritz- bzw. Schnittverletzungen und Narben in unterschiedlichen Abheilungsgraden.

5.14 Sexualisierte und sexuell motivierte Gewalthandlungen

Untersuchungsgegenstand des nachfolgend behandelten Themas waren Ausmaß-, Ausdrucks- und Erscheinungsformen gewaltsamer Handlungen im Kontext sexualisierter oder sexuell motivierter Gewalt.

Eine Betrachtung der Deliktgruppen von Sexualstraftaten (s. Tab. 18, 23-25) lässt erkennen, dass sexuelle Übergriffe oder Nötigungen, sprich Fälle, in denen der Täter mit dem Opfer den Vaginal-, Anal- oder Oralverkehr vollzog, bzw. andere Handlungen an dem Opfer vornahm oder an sich vornehmen ließ (manuelle, digitale vaginale oder rektale Manipulation/Penetration, wie das Eindringen in die Vagina oder den Anus mit anderen Körperteilen als dem Penis oder mit Gegenständen), nicht zwangsläufig mit einer anderen als der eigentlichen sexuellen Gewalt vergesellschaftet sein müssen.

Betrachtet man nun hierzu die Anzahlen an Datenerhebungen jener Fälle, denen eine sexuelle Nötigung ohne unmittelbare Gewalt bei angeführtem Sexualdelikt zugrunde lag (in toto 304 Fälle) im Vergleich zu den Angaben der beschriebenen Sexualdelikte (in toto 679 Fälle), so ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass in beinahe der Hälfte aller Fälle die „Fiktion einer tatsächlichen Gewalt“ (wie bspw. durch Gewaltandrohung oder den Aufbau eines Handlungsdruckes durch Erpressung oder die Androhung der Publimachung prekärer Sachverhalte bei Verweigerung) als Druckmittel zur Erduldung oder Durchführung von sexuellen Handlungen eingesetzt wurde. Zum anderen lässt sich aus der differenzierenden Untersuchung der beiden Tatbestände der sexuellen Nötigungen und der Sexualdelikte – mit Augenmerk auf die Gruppe der unter 60-jährigen Frauen – der Schluss ziehen, dass es sich sowohl bei den Nötigungslagen und bei den unter Gewaltanwendung vorgenommenen sexuellen Handlungen in der großen Mehrzahl der Fälle um vollendete „echte“ Sexualstraftaten handelte und weniger um Versuche, bzw. eben solche, die ohne geschlechtlichen Kontakt oder vergleichbare Handlungen erfolgten (wie bspw. ohne Einwilligung erfolgende Berührungen der sekundären Geschlechtsteile oder exhibitionistische Entblößungen der Geschlechtsteile).

Bei den angegebenen strafbaren Handlungen zeigte sich der vaginale Geschlechtsverkehr als häufigster sexueller Übergriff, gefolgt vom erzwungenen Oral- und Analverkehr. Als weitere Zwangshandlungen fanden sich Berührungen oder manuelle urogenitale Manipulationen des Opfers durch den Täter sowie des Täters durch das Opfer und der Cunnilingus (orale Stimulation der weiblichen Genitalien)/die Fellatio (orale Stimulation der männlichen Genitalien) durch den Täter beschrieben. Ferner fanden sich Fälle beschrieben, bei denen eine Penetration der Scheide oder des Anus durch das Einführen von Gegenständen (unterschiedlicher Art und Größe) erfolgte.

Insgesamt am zweit- und dritthäufigsten zeigten sich jedoch Gegebenheiten und Sachverhalte beschreiben, bei denen sich Opfer bspw. wage an einen sexuellen Übergriff erinnerten bzw. einen solchen wahrnahmen, diesen aber nicht konkretisieren konnten oder aber lediglich eine stattgehabte Handlung vermuteten. Als ursächlich für diese unkonkret formulierten Aussagen oder Vermutungen wie auch Befürchtungen und Verdachtsmomente sind u. a. Umstände oder Vorgänge anzusehen, bei denen aufgrund des Vergessens oder Nicht-Erinnerns und der damit verbundenen fehlenden Nachvollziehbarkeit, über den Geschehensablauf nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass mit näherer Bestimmtheit und ohne Zweifel ein sexueller Übergriff für die „Geschädigten“ auszuschließen ist. Zu nennen wären hier bspw. Erinnerungslücken bei freiwilliger und unfreiwilliger Einnahme von Medikamenten oder Drogen, nebst dem Aufwachen neben einer fremden Person oder an einem fremden Ort, ohne sich dies erklären zu können.

Weitere den Akten zu entnehmende Ereignisschilderungen fanden sich unter dem Item „andere (ungewöhnliche) Handlungen“ zusammengefasst. Hierbei handelte es sich um Sachverhalte, die u. a. den sexuellen Deviationen und Paraphilien zuzuordnen waren sowie Verknüpfungen von Gewalt und sexuellen Handlungen beschrieben. Beispielhaft zu erwähnen wären in diesem Zusammenhang fetischistische, frotteuristische, voyeuristische und sadistische Handlungen, zu deren Durchführung oder Duldung die Opfer genötigt wurden. So wurden bspw. Opfer genötigt, Nylon- oder Seidenstrümpfe anzuziehen, im Beisein des Täters zu onanieren, bzw. das Onanieren des Täters auf Körperteile zu erdulden, sahen sich oralen oder manuellen Berührungen und „Zärtlichkeiten“ ausgesetzt, erfuhren Ar-

ten der Atemreduktion und Strangulation gegen ihren Willen oder wurden unfreiwillig Teil von bizarren Fesselungs- und Auspeitschspielen.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass sowohl die Nötigungsformen ohne unmittelbare Gewalt als auch die Arten der abgenötigten sexualbezogenen Handlungen/Körperkontakte unter Anwendung unmittelbarer Gewalt, große Unterschiede zwischen der Intensität (hinsichtlich der Intention und des ausführenden Aktes) und Brutalität erkennen lassen.

Allein damit ist auch erklärbar, weshalb Verletzungsspuren – insbesondere im anogenitalen Bereich – durchaus fehlen können oder sich oft nur diskret ausgeprägt finden. Im Umkehrschluss verdeutlicht dies die hohe Relevanz bzw. die unabdingbare Notwendigkeit einer „ganzkörperlichen Untersuchung“ bei angegebenen oder vermuteten Sexualdelikten. Darüber hinaus erlauben auch bereits Plausibilitätsüberlegungen hinsichtlich des geschilderten Sachverhaltes, den Fokus der Untersuchung genauer einzugrenzen. So können extragenitale Verletzungen, auch bei fehlenden oder uneindeutigen anogenitalen Spuren von Gewalteinwirkung und Manipulation, gerade auch bei fehlender Gegenwehr, einen entscheidenden Hinweis auf einen erzwungenen Geschlechtsverkehr geben. Darüber hinaus lassen die extragenitalen Spuren auch Rückschlüsse zur Einschätzung der Gefährlichkeit und Wahrscheinlichkeit, ob der Patient tatsächlich Opfer einer Sexualstraftat wurde, zu (Rauch et al. 2004, Clages 2004, Ahne et al. 2011).

Bei den im Zusammenhang mit den sexuellen Übergriffen Anwendung findenden Gewaltarten und den dabei häufiger auftretenden Begleitverletzungen/Symptomen handelte es sich bei unseren eigenen Untersuchungen (wie auch in der Literatur beschrieben) vor allem um:

- Fesselungs- und Griffspuren an den Armen und Beinen;
- Verletzungsfolgen der dem Sexualdelikt vorangegangenen Angriffshandlungen (Gewalt als Instrument und Strategie zur Gefügigmachung, Einschüchterung und Verängstigung);
- Strangulations- und Asphyxieverletzungen (Würge- und Drosselmale, Petechien);
- Widerlagerverletzungen (Auflageverletzungen und Schürfungen);

- Biss- und Saugverletzungen (im Bereich erogener und nicht erogener Zonen);
- Spreizverletzungen an den Oberschenkelinnenseiten und Fixierungsverletzungen (Zupack-/Halte-/Runterdrückverletzungen);
- Entkleidungsverletzungen.

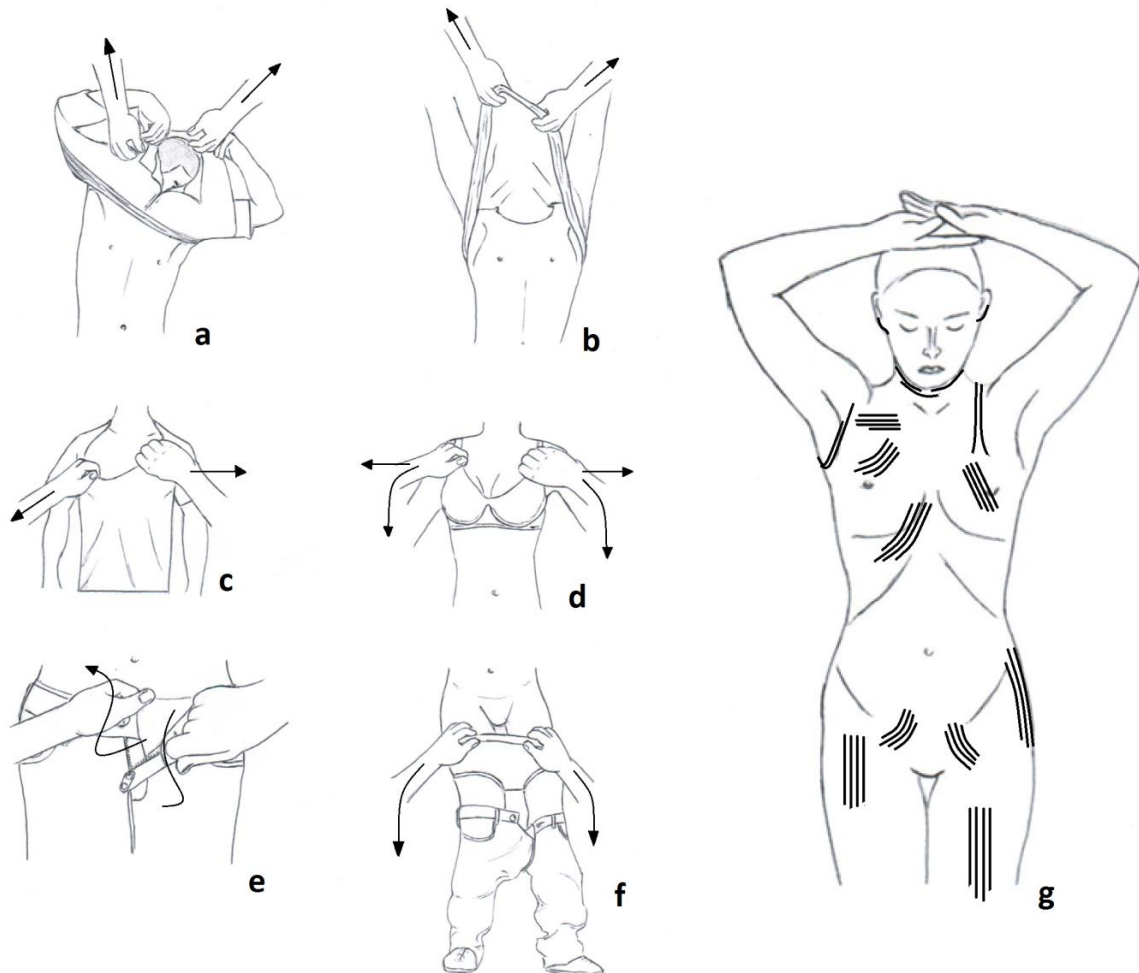


Abbildung 73: Entkleidungsverletzungen: Mögliche, beim Aus- und Entkleiden durch eine Person gegen den Willen einer anderen Person Anwendung findende Griffmuster oder Griffkombinationen: gewaltsames Ausziehen eines Pullovers/Hemdes/Sweatshirts durch Hochziehen dieses über den Kopf (a, b); Entkleiden des Oberkörpers durch Zerreißen oder Ziehen an der Unterwäsche oder anderer vergleichbarer Bekleidungsgegenstände des Oberkörpers (c, d); Aufknöpfen der Hose und Aufziehen des Reißverschlusses der Hose (e); Entblößung/Zugänglichmachung der Intimzone durch Herunterziehen der Hose und Unterhose (f). Die dabei aus den entsprechenden Hergängen (a-f) resultierenden Verletzungen (g) imponieren in Form von oberflächlichen Kratzdefekten im Bereich der Brust, der lateralen Hüftregion, des Schamhügels und Inguinal-Region, der medialen und lateralen Anteile der unteren Extremität sowie in Form von streifigen Zerrungsspuren im Verlauf der Büstenhalter-Träger, im Bereich der Achselregion sowie der vorderen und hinteren Halsregion (Nackenregion). Denkbar sind ferner Hautdefekte im Bereich der Kopf-Hals-Region, die sich beim Überkopfziehen von Kleidungsstücken (durch dritte Hand) an diesen bspw. verhaken können.



Abbildung 74: Entkleidungsverletzungen: Zerrungsspuren durch BH-Träger (a, b), Kratzdefekt im Bereich der Schulterregion (c), des Dekolletés (d) und am Übergang Oberschenkel/Glutealregion (e).

In allen untersuchten Fällen mit Haupttat oder Bezugstat Sexualdelikt zeigten sich jedoch insgesamt die im Zuge der Überwältigungshandlungen erlittenen Verletzungen als häufigste Symptome. Gemeint sind damit zum einen, in der Art und Weise differenzierende bewegungseinschränkende Fixationen und der unmittelbaren Aufnahme aktiven Widerstands entgegenwirkende, zweckmäßige Gewalt-handlungen und zum anderen, das Ziel der geschlechtlichen Handlung – Zugänglichmachung der Genitalorgane – verfolgende Gewaltanwendungen, die den Nachweis einer sexuellen Intention oder sexualisierten Form von Gewalt erbringen können. Als Folge letztgenannter Handlungen sind hierbei insbesondere Hämatome und Fingernägellabdrücke, sog. Spreizverletzungen, durch gewaltsames Auseinanderdrücken der Beine im Bereich der Oberschenkelinnenseiten und am Übergang von Oberschenkel zum Gesäß zu sehen. Ferner auch obig genannte und beschriebene Entkleidungsverletzungen in Form von Kratzdefekten, insbesondere bei sexualdeliktypischer Lokalisation im Schambereich, wobei Letzteren zahlenmäßig, hinsichtlich ihrer Feststellbarkeit, eine deutlich untergeordnete Bedeutung beigemessen werden muss.

Beispiele für die beiden erstgenannten Handlungen bilden Hämatome und oberflächliche Hautläsionen mehr oder minder charakteristischer Positionierung, die mitunter dennoch wertvolle Hinweise auf die Entstehung und das vom Täter verfolgte Ziel des Sexualkontakts geben können, sollte es sich bspw. um Verletzungsbefunde durch gewaltsames Festhalten der Oberarme, Abschürfungen am Rücken durch Fixierung am Boden oder Handabdrücke beidseits der Flankenregion bei erzwungenem Analverkehr handeln (Buschmann 2015, Grassberger und Yen 2013).

Weitaus häufiger zeigten sich in den beiden Altersgruppen der unter 60-Jährigen und der über 60-Jährigen jedoch Befunde, denen spurentechnisch, aufgrund einer nicht näheren Objektivierbarkeit, kein höherer indizieller Beweiswert – zumindest aus juristischer Sicht – beizumessen war.

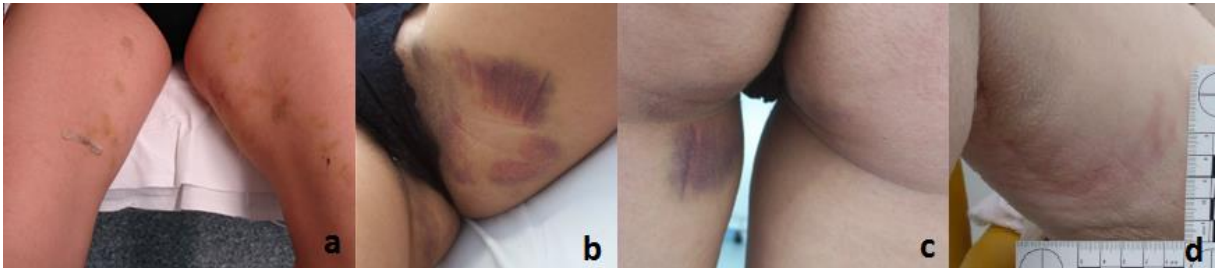


Abbildung 75: Spreizverletzungen im Bereich der Oberschenkel: Fingerkuppenförmig innenseitig ventral (a), flächig konfluierend innenseitig und im Bereich des Sulcus glutealis (b, c) und innenseitig nach dorsal gerichtet (d).

Ebenfalls das Fehlen von extragenitalen Verletzungen spricht keinesfalls gegen eine erzwungene sexuelle Handlung. So zeigte die Untersuchung (s. nachfolgende Tab. 88), dass in rund 30 % der Fälle von sexueller Nötigung ohne unmittelbare Gewalt keine Verletzungen zu diagnostizieren waren und hiervon lediglich in rund 7 % der Fälle die Tatschilderungen der Opfer – vonseiten des untersuchenden Rechtsmediziners – für weitgehend unglaubwürdig angesehen wurden. Zu erklären ist dies bspw. durch eine von Beginn an unterlassene Abwehr und durch eine eingeschränkte oder absolute Handlungs- wie auch Gegenwehrunfähigkeit des Opfers. Dabei gilt es ferner zu bedenken, dass Begleithandlungen – die auch für sich allein genommen den sexuellen Nötigungen zuordenbar sind – wie Berührungen, aufgedrängte Liebkosungen, Küsse oder andere orale „Zärtlichkeiten“ dem „Begehungsstil“ nach keine sichtbaren Spuren hinterlassen.

Entsprechend der verschiedenen im Zusammenhang mit Sexualdelikten stehenden Gewaltarten, setzte sich die somatische Befunderhebung aus einer Erfassung des Allgemein-/Ganzkörperstatus in Kombination mit dem Genitalstatus zusammen, welcher im Besonderen aus einer möglichst exakten – die typischen morphologischen Auffälligkeiten abklärend – Inspektion der Anogenitalregion bestand. Im Unterschied zu den nicht sexuellen Viktimisierungen richtete sich hierbei das besondere Augenmerk auf die Erfassung von Einrissen, Rötungen, Schwellungen, Haut- und Schleimhautdefekten im Bereich der Klitoris, der großen und kleinen

Schamlippen, der Vulvaränder, des Urethralabschnittes, der Damm- und Analregion sowie auf die Sicherstellung von Probenmaterial; wobei die drei erstgenannten Bereiche bei den männlichen Opfern durch den Penischaft, die Eichel, die Vorhaut und den Hodensack zu ersetzen sind. Bei der Ganzkörperuntersuchung und Dokumentation der extragenitalen Befunde (s. vorangestellte Aufzählung), richtete sich die hauptsächliche Aufmerksamkeit auf jene Körperstellen, die häufig und charakteristischerweise von sexuell missbräuchlichen Handlungen mitbetroffen sind, wie die Gesichts- und Halsregion, der Brustbereich, die Oberarme, die rückwärtigen Partien, die Gesäßregion und die Oberschenkelinnenseitenregionen (entsprechend der oben aufgeführten Abbildung und Erläuterungen).

Tabelle 88: Opfer-Werdungs-Untersuchung: Häufigkeit von Spuren/Verletzungen bei sexuellen Nötigungen und deren Einfluss auf die Einschätzung der Sachlage.

Verletzungsmuster und Beurteilung der Sexuelle Nötigungen	Geschlechts- und Altersverteilung:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%
Keine Anzeichen der Gewalteinwirkung	85	28,1%	2	18,18%	0,00%	1	100,00%	88	28,30%	
Nicht lebensgefährliche (Begleit-)Verletzungen	199	67,46%	8	72,73%	4	100,00%	0,00%	211	67,85%	
Potenziell lebensgefährliche Verletzungen	5	1,70%	1	9,10%	0,00%	0,00%	0,00%	6	1,93%	
Lebensgefährliche Verletzungen	1	0,34%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	0,32%	
k.A.	5	1,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5	1,61%	
Sexuelle Nötigungen gesamt:	295	100,00%	11	100,00%	4	100,00%	1	100,00%	311	100,00%

Keine Zeichen der Gewalteinwirkung bei angegebener sexueller Nötigung	Geschlechts- und Altersverteilung:								Ges.:	Ges.:
	w				m					
	< 60 J.		≥ 60 J.		< 60 J.		≥ 60 J.		n	%
Anamnestisch glaubwürdig	1	1,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1	1,14%	
Anamnestisch nicht auszuschließen	49	57,65%	2	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	51	57,95%	
Anamnestisch keine Beurteilung möglich	15	17,65%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	15	17,04%	
Anamnestisch nachvollziehbar	4	4,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4	4,55%	
Anamnestisch unglaubwürdig	5	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	1	100,00%	6	6,82%	
Gesamtangaben:	85	100,00%	2	100,00%	0	100,00%	1	100,00%	88	100,00%

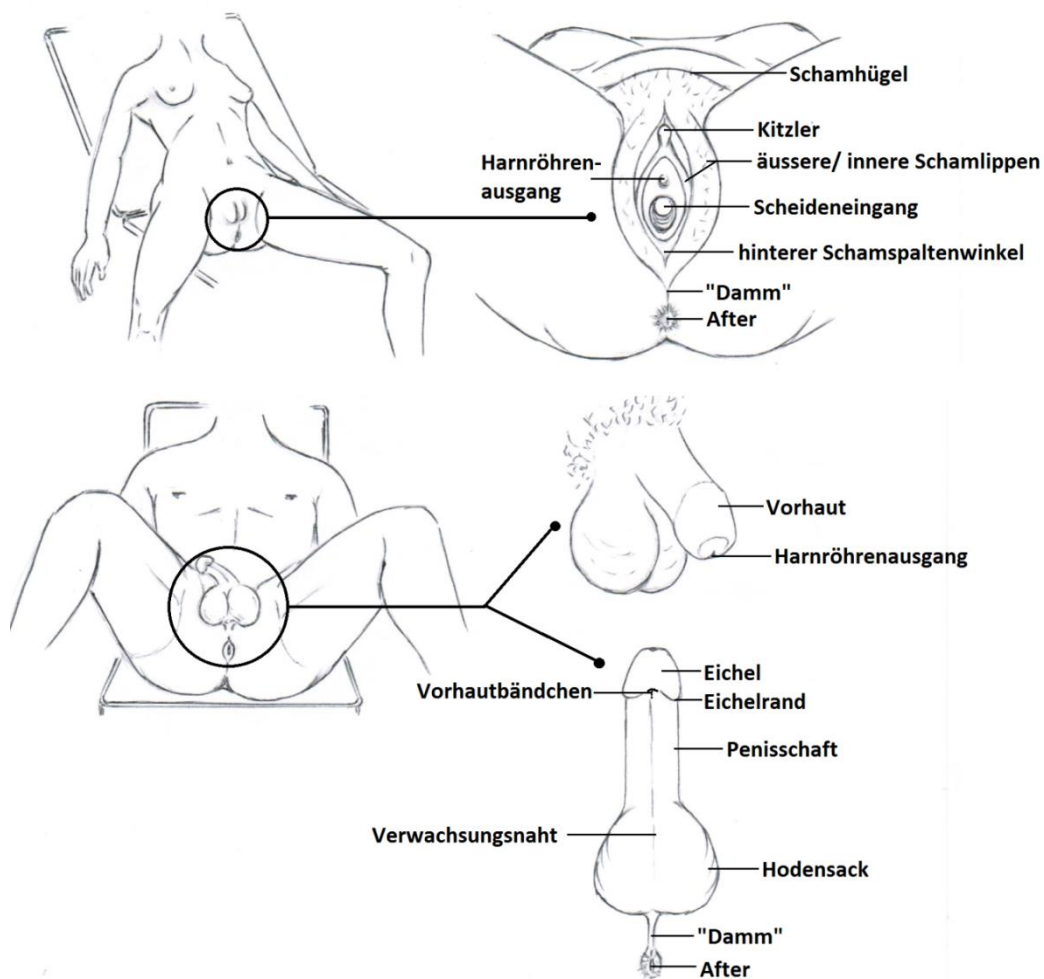


Abbildung 76: Weibliche und männliche Genitalregion mit Darstellung der diagnostisch wichtigen (verdächtigen und abklärungsbedürftigen) Strukturen.

Wurden anogenitale Verletzungen im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen beschrieben und dokumentiert, so handelte es sich hierbei meist um geringfügigere, oberflächliche Haut oder Schleimhautverletzungen sowie Rötungen durch Überdehnung und Penetration des analen und genitalen Gewebes; wobei sich posttraumatische anogenitale Blutungen in den wenigsten Fällen beschrieben fanden. Massive Verletzungen, wie teils in unten stehenden Abbildungen dargestellt und beschrieben, fanden sich in weitaus geringerem Umfang.

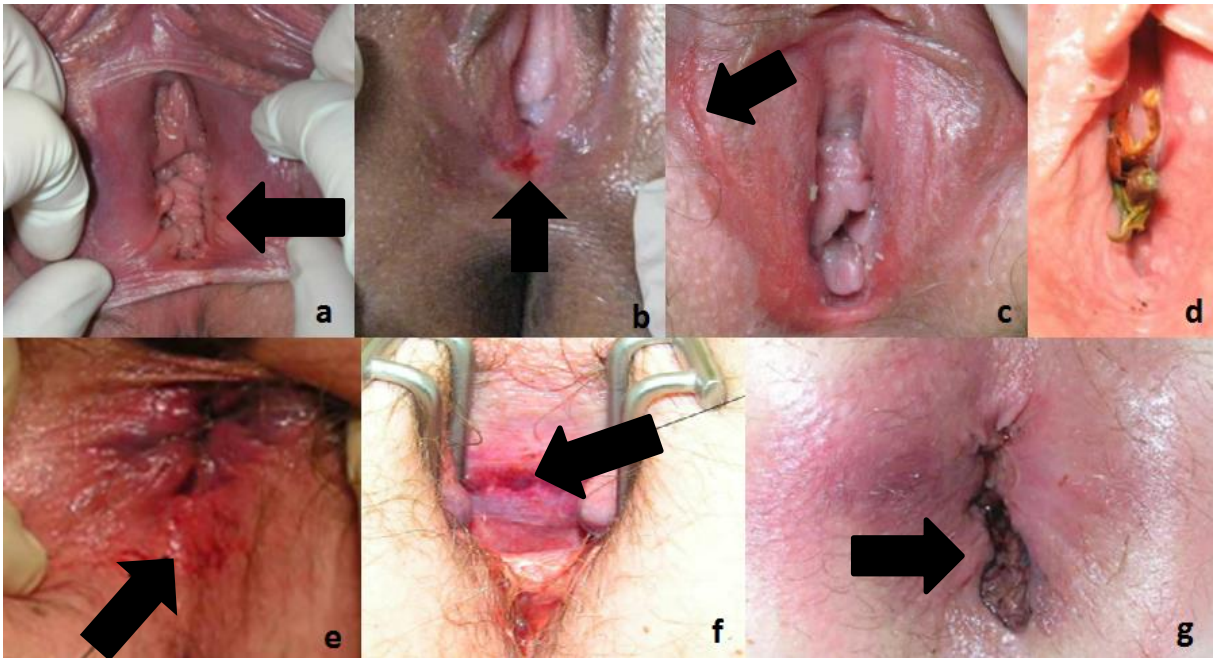


Abbildung 77: Anogenitale Verletzungen/Auffälligkeiten: a) Diffus verteilte, teils noch diskret blutige oberflächliche Schleimhautläsionen in Form von Einreißungen sowie strichförmigen, schürfungsartig imponierenden, rötlichen Einblutungen; b) Blutige Einreißung im Bereich des Perineums (zwischen Anus und dem hinteren Schamspaltenwinkel); c) Rötungen und Schürfungen im Bereich der Ränder der kleinen Schamlippen, des Scheidenvorhofes und der hinteren Kommissur sowie eine zwischen der rechten großen und kleinen Schamlippe befindliche, senkrecht gestellte Rhagade („schwarzer Pfeil“); d) Fremdkörper (Kleinstgehölz) im Bereich des Scheideneinganges; e) Einriss der Schleimhaut des Afters bei 6 Uhr; f) Intraanale Unterblutung im Bereich des Übergangs von der Anal- zur Darmschleimhaut bei 12 Uhr; g) Ein von der Analöffnung ausgehender, rückenwärts weisender Haut- und Gewebseinriss bei 6 Uhr, mit ausgeprägter Rötung der Haut im Analbereich.

Festzuhalten ist hierbei, dass sich die Interpretation der Symptome weitestgehend auf Erfahrungswerte gründeten, die dadurch gebildet werden, dass eben bestimmte Merkmale und Befundskombinationen in verschiedenen Tatbeständen mit Sexualbezug wiederkehren und zugsweise einander stark ähneln oder sogar gleichen, folglich als typisch beschrieben werden können; und sich „zumindest teilweise“ durch empirische Daten belegt finden.

Die Charakterisierung und Identifizierung von Opfern sexueller Gewalt erfolgte folglich durch eine vergleichende, „rasterartig“ überprüfende Betrachtung sexualdelikttypischer Folgesymptome. Hieraus wird bereits ersichtlich, welche Problematik sich gerade hinsichtlich der theoretischen Reflexion von Merkmalen/Symptomen für die Praxis ergeben. Denn wie bereits erwähnt und in entsprechender Fachliteratur oft angemerkt, können zum Zeitpunkt der Untersuchung – trotz stattgehabten sexuellen Missbrauchs – objektivierbare klinische Befunde fehlen. Folglich ist festzuhalten, dass bei sexualisierten Formen der Viktimisierung, einzelnen Merkmalen lediglich ein indizieller Charakter beigemessen werden

kann, im Umkehrschluss der Ausschluss eines mutmaßlich stattgehabten Sexualdeliktes nicht allein davon abhängen kann, ob sexualdelikttypische Merkmale verifiziert werden können oder nicht; wenngleich mit der Anzahl der als „klassisch“ typisch beschriebenen Symptome im Falle eines additiv kohärenten Auftretens, die Beweisführung positive Beeinflussung erfährt.

Differenzialdiagnostisch und erschwerend bei der Beurteilung von Befunden kommt hinzu, dass anogenitale Auffälligkeiten und extragenitale Verletzungen oft keine eindeutige Diagnose zulassen. Ursächlich hierfür ist das „Fehlen“ klar definierter objektiver und eindeutiger Abgrenzungskriterien zwischen Alltagsverletzungen, Verletzungen durch fremde Hand und krankheitsbedingten Veränderungen. So können Verletzungen und pathologische Veränderungen der Genitalorgane bspw. (mittelbare oder unmittelbare) Folge von dermatologischen, venerologischen, allergologischen Erkrankungen mit oder ohne Krankheitswert sein und einen Hinweis auf ein traumatisches Ereignis/faktorielles Geschehen geben (Herrmann et al. 2016, Bühren et al. 2011, Reich und Stief 2007, Schmidt-Matthiesen 2005).

In Entsprechung hierzu zeigte sich in der prüferischen Durchsicht der Gutachten, dass insbesondere bei vorbestehenden Erkrankungen und Reizungen im Intimbereich des Urogenitaltraktes – wie sie gerade auch bei älteren Menschen häufig anzutreffen sind – die ätiologische Zuordnung nicht eindeutig zu bestimmen war. Zu nennen wären in diesem Zusammenhang bspw. Windeldermatosen bei windeltragenden, pflegebedürftigen älteren Personen, Infektionen bei Katheterisierung, Haut- und Schleimhautreizungen beim Unvermögen Harn oder Stuhl willkürlich zurückzuhalten, Irritationen durch Waschmittel und Seifen sowie allergische Reaktionen auf Cremes (bspw. Zinksalben) oder andere Hygieneprodukte/Maßnahmen (s. nachfolgende Abbildung). Daneben auch Rötungen und Entzündungen (bspw. Balanitis und Vulvitis) als Folge unzureichender Genitalhygiene oder Übergewicht einhergehend mit vermehrtem Schwitzen, wobei das Risiko für die Entstehung durch Faktoren wie eine bestehende diabetische Stoffwechsellage und Immunsuppression erhöht wird (Petersen 2011). Ferner gilt es, diesbezüglich auch zu bedenken, dass etwa Schleimhautverletzungen (mit oder ohne Blutung) im Rahmen der Katheterisierung oder durch das Ziehen dieser entstehen können.

Betrachtet man diesbezüglich – aber auch in anderen Kontexten – die Auswirkungen von Falschbeschuldigungen und -verdächtigungen, die mitunter zu erheblichen ökonomischen, psychischen, sozialen wie auch juristischen Folgen führen können, so wird auch vor diesem Hintergrund die zwingende Kenntnis differenzialdiagnostisch abzugrenzender Überlegungen ersichtlich (Herrmann et al. 2016).

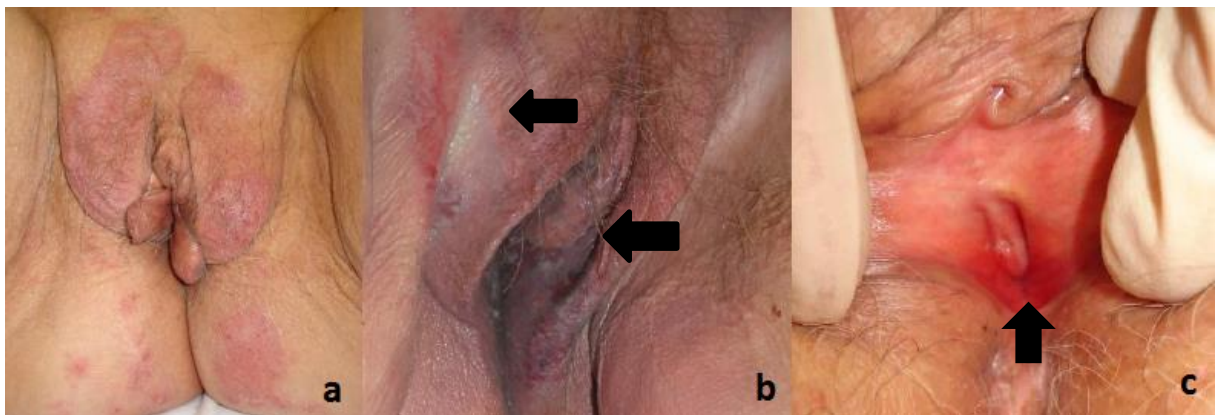


Abbildung 78: Genitale Hauterkrankungen/-veränderungen: a) Ausgeprägte rötlich-livide, schuppige Pilzinfektion der Haut und Schleimhaut im Bereich des Schamhügels sowie der großen Schamlippen übergreifend auf den gesamten Vulvabereich; b) Bakterielle Infektion der Leistenhautfalten und der großen Schamlippen; c) Rötung im Bereich des Scheideneinganges und dem hinteren Schamspaltenwinkel bei bestehender Genitalinfektion.

Abschließend und zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass das sexuelle Verhalten der Täter, den Opfern gegenüber und unabhängig vom Alter, insgesamt als heterogen zu bezeichnen ist. So ließen die den Gutachten entnommenen Tatschilderungen der Frauen beider Altersgruppen eine Bandbreite an erlittenen sexuellen oder sexualisierten Gewaltformen erkennen, wobei sich in beiden Altersgruppen der vaginale Geschlechtsverkehr als häufigste sexuelle Handlung zeigte. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass Frauen im fortgeschrittenen Alter (ab 60 Jahre) seltener durch vom normativen Verständnis des Koitus abweichende sexuelle Handlungen viktimisiert wurden, als Frauen des mittleren Alters zwischen 21 und 60 Jahren. Dies deutet daraufhin, dass jene Täter – ungeachtet ihres Alters und Beziehungsgrades zum Opfer – die Frauen unter 60 Jahren sexuell viktimisierten, eine höhere Varianz an sexuellen Übergriffhandlungen erkennen lassen.

Des Weiteren gilt es, zu bedenken, auch wenn die prozentualen Erfassungen eine annähernd symmetrische Verteilung der Fallzahlen vermuten lassen, dass eine Vielzahl von sexuellen Viktimisierungen an Älteren unentdeckt bleibt. Dies vor

dem Hintergrund, dass in rund zwei Drittel aller Fälle die Delikte durch die Opfer selbst in das Hellfeld von Behörden und Institutionen sowie Vereinen geraten (Görge et al. 2005a). Angesichts des bereits zu Anfang des Diskussionsteils erörterten Problemfeldes von sexuellen Viktimisierungen in der Pflege, stellt sich hier nun die Frage, inwieweit die Betroffenen in der Lage sind, sich gegen entsprechende strafbare Handlungen, denen sie ausgesetzt sind, zur Wehr zu setzen. Im Hinblick auf die häusliche und die institutionelle Pflege wird somit deutlich, dass der Aufbau eines Monitoring-Systems zur Erkennung und Verhinderung von Gewalt in der Pflege unabdingbar ist.

Hinsichtlich sexualisierter Gewalt bzw. sexuellen Missbrauchs an Männern ist zusammenfassend festzuhalten, dass die geringen Fallzahlen – weshalb auch auf eine detaillierte Analyse in diesem Abschnitt verzichtet wurde – wahrscheinlich, bzw. zumindest mitunter darauf zurückgeführt werden können, dass dieses „Deliktsfeld“ von der männlichen Seite aus mit einem noch größeren Schamgefühl behaftet ist und als entwürdigender wahrgenommen und beurteilt wird als von Frauen; respektive das männliche Selbstbild und die Lebensform es erschweren, widerfahrene sexuelle Übergriffe zu thematisieren/zu verlautbaren.

5.15 Probleme, Besonderheiten und differenzialdiagnostische Überlegungen

5.15.1 Gesundheitliche Störungen und Veränderungen im Alter

Durch die recht junge, aber immer größer werdende Popularität der Fachdisziplin Geriatrie (Altersmedizin), welche sich insbesondere mit den altersphysiologischen Veränderungen und Problemen aus den Bereichen der Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie beschäftigt, weiß man um die Notwendigkeit einer differenziellen Beurteilung der Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen. Hierbei wird grundsätzlich zwischen Prozessen des biologischen („normalen“) und pathologischen („krankhaften“) Alterns unterschieden.

Unter der Begrifflichkeit des normalen Alterns werden zeitabhängige, altersgebundene, von äußeren Faktoren unabhängige, irreversible und unaufhaltsam fortschreitende Veränderungen (Alterungsprozesse auf molekularer und zellulärer Ebene) mit Abbauerscheinungen verstanden. Biologische Erklärungsversuche stützen sich hierbei auf diverse „Theorien der Alterung“. Erklärungswert besitzen, neben der zellulären Theorie, auch die physiologische, organbasierte und die genetische Theorie (Thieme und Wulf 2007).

Tabelle 89: Alternstheorien nach Balcombe und Sinclair 2001 (unverändert aus Thieme und Wulf 2007).

A. Zelluläre Theorien	<ul style="list-style-type: none">- Anhäufung von Abfallprodukten stört den zellulären Metabolismus- Kreuzbrücken von DANN und Bindegewebe behindern Zellfunktion- Programmierte zelluläre „Uhr“
B. Physiologische Theorien	<ul style="list-style-type: none">- Erschöpfung der nicht ersetzbaren Vorräte, z. B. Reduzierung des körpereigenen Kaliums und Glutathion
C. Organbasierte Theorien	<ul style="list-style-type: none">- Verringerung der Immunabwehr mit erhöhtem Alter- Effekte von Kalorienrestriktion auf die Lebensspanne- Rolle von neuroendokriner Degeneration
D. Genetische Theorien	<ul style="list-style-type: none">- Programmierte Alternstheorien- Nichtprogrammierte Alternstheorien

Unter krankhaftem bzw. sekundärem Altern hingegen werden Erkrankungen und Prozesse verstanden, die durch natürliches Altern bedingt sind u./o. auf äußeren beeinflussenden Faktoren basieren, welche mit einer Minderung der Lebensqualität und einer Abnahme der maximal erreichbaren Lebensspanne einhergehen. Zu nennen sind hierbei bspw. Erkrankungen wie Arteriosklerose, vaskuläre Demenz, Altersdiabetes, Presbyopie, Osteoporose und Faktoren wie Bewegungsmangel, Immobilität, Vernachlässigung, Unter-/Mangelernährung und Substanzmittelkon-

sum (Gerok und Brandstädter 1994, Oehmichen und Meißner 2007). Daraus folgt, dass altersgebundene Veränderungen zwar das Risiko eine Erkrankung zu entwickeln erhöhen bzw. begünstigen können, und damit zum Teil direkten Einfluss auf die Vulnerabilität nehmen, diese aber nicht zwangsläufig als unmittelbare „natürliche“ Folge des Alterns gesehen werden können. Daraus können sich grundsätzlich folgende „besondere“ oder zusätzliche Probleme bei der Bewertung und Interpretation der Untersuchungsbefunde ergeben:

- Was ist gesundes, was ist krankhaftes Altern?
- Einschätzung der Vulnerabilität/Hilfsbedürftigkeit;
- Bewertung von Unfall-/Viktimisierungsfolgen (Einbeziehung bereits vorhandener Folgeerkrankungen);
- Ist/war ein Krankheitsprozess vermeidbar/behandelbar (Fehlbehandlung, unterlassene Hilfeleistung, Vernachlässigung)?
- Natürlicher vs. nicht-natürlicher/vermeidbarer Tod.

5.15.2 Verletzungen unterschiedlichen Alters und Genese

Anamnese (biomedizinische, psychosoziale), Untersuchungsbefund (körperlicher, psychischer), bildgebende Diagnostik (Röntgenuntersuchung, Computertomografie) sowie laborchemische Verfahren (Blutbild, toxikologisches Screening etc.) und zytologisch-mikrobiologische Untersuchungen erlauben in ihrer Gesamtheit, insofern erforderlich, eine möglichst genaue Diagnose. Doch gerade unter dem Gesichtspunkt der forensischen Gerontologie müssen für eine adäquate Interpretation altersspezifische Veränderungen in die Befunderhebung miteinbezogen werden und mögliche Zusammenhänge zwischen Verletzungen und altersbedingten Erscheinungen erörtert werden, um das „Bild“ einer möglichen Viktimisierung zu vervollständigen.

Im Vordergrund stehen hierbei verwechselnde Interpretationen wie Falschbeziehungen und die Nicht-Aufdeckung bzw. das Verkennen einer Fremdbeibringung/eines Fremdverschuldens. Das größte Verwechslungspotenzial ergibt sich hierbei aus altersgebundenen, krankheitsbedingten und medikamenteninduzierten Veränderungen der Haut, des Gefäß-, Muskel-, Skelett-, hämatopoetischen und

immunologischen Systems sowie des Verdauungs- und Urogenitaltraktes (Grassberger und Püschel 2013).

Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten die im Ergebnisteil erhobenen Daten zu den Entstehungszeitpunkten der vorliegenden und zu beurteilenden Verletzungen (s. Tab. 67), so zeigte sich, dass mehrzeitige Verletzungen (mehrere Verletzungen, die zu verschiedenen Zeiten entstanden sind) in der Altersgruppe 60+ prozentual stärker vertreten waren, als in der Gruppe der unter 60-Jährigen. Um aus diesen Daten Rückschlüsse/Informationen ziehen zu können, müssen diese in einem Bedeutungskontext interpretiert werden. Das heißt, mehrzeitige Verletzungen können sowohl als Anzeichen einer Reviktimisierung gedeutet werden, als auch Hinweis auf das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer bestimmten Krankheit oder eines anderen Leidens geben. Des Weiteren müssen ältere Verletzungen nicht zwangsläufig mit dem aktuellen Untersuchungsanlass und damit mit der Tat in Zusammenhang stehen. Zeigen diese Verletzungen jedoch morphologische Analogien, wie bspw. großflächige, anstoßspezifische Hautunterblutungen an akzidentellen Prädilektionsstellen bei markumarisierten oder mit Steroiden therapierten Patienten, so rückt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Misshandlung bzw. Gewalteinwirkung über einen längeren Zeitraum eher in den Hintergrund.

Demgegenüber müssen stereotype (frischere und ältere), sich gleichende Tatwerkzeugen oder Misshandlungsabläufen zuordenbare Verletzungen im Hinblick eines Verdachtsmoments unbedingt geprüft werden, um ein mögliches Vorliegen einer Straftat (Fremdeinwirkung) ausschließen zu können (vgl. Püschel und Schröder 2006). Zu nennen sind hier bspw. narbige, in Heilung begriffene sowie frisch imponierende Zigaretten-Brandmarken, Ritzverletzungen, Fixationswunden/Fesselungsspuren und Griffspuren. Ferner können etwa frischere Hautunterblutungen (traumatische, medikamentöse oder krankheitsbedingte), wie auch Hyperchromien (generalisierte oder lokalisierte Hyperpigmentation) und Schwellungen, ältere derselben Lokalisation und Art überdecken bzw. maskieren und umgekehrt; so die praktische Erfahrung.

Insgesamt betrachtet lässt sich jedoch vermuten, dass die erhöhten Fallzahlen an mehrzeitigen Verletzungen in der älteren Generation, zumindest in der Mehrheit

der Fälle, auf altersgebundene wie medikamentös induzierte Veränderungen zurückzuführen sind. Diese bislang empirisch nicht näher untersuchte Annahme bestätigt sich unter Einbeziehung der angegebenen, den Taten zugrunde liegenden Motivationen (s. Tab. 8 und 9) wie auch den erhobenen Bekanntschaftsgraden und Beziehungsarten zwischen den Opfern und Tätern (s. Tab. 15). Betrachtet man die Anteile derjenigen, die einen Beziehungskonflikt oder einen Konflikt im sozialen Nahfeld bzw. einen bekannten Täter/eine Fremdtäterschaft berichteten im Kontext mit den diagnostizierten Entstehungszeitpunkten der Verletzungen und dem Wissen, dass über einen längeren Zeitraum andauernde Misshandlungen (Reviktimisierungen) eine „Verfügbarkeit“ wie auch leichte Zugänglichkeit der beabsichtigt zu schädigenden Person voraussetzen, so zeigt sich, dass dies insbesondere auf die jüngere Generation zutrifft. Dadurch erhärtet sich letzten Endes der Verdacht (s. oben), dass es sich bei den prävalierenden mehrzeitigen Verletzungen in der älteren Generation mehrheitlich um nicht fremd beigebrachte Verletzungen handeln muss.

5.15.3 Beurteilbarkeit und Nachweisbarkeit klinischer Symptome

Einen weiteren Anhaltspunkt für die erschwerte Diagnostik bei älteren Geschädigten ergibt sich aus den abschließenden Beurteilungen der Anamnesen bzw. der Verletzungsmuster (s. Tab. 67). Hierbei ging es im Wesentlichen um die Klärung der Frage, ob die vorgefundenen Verletzungsmuster durch den geschilderten Ereignis- bzw. Tathergang erklärt werden können. Werden diesbezüglich die beiden Abfrageitems „konkrete Übereinstimmung“ und „keine Beurteilung möglich“ herangezogen, so liegen die Fallzahlen für das erste und zweite Item in der Gruppe der ab 60-Jährigen auf einem höheren Niveau (34 % gegenüber 31 % bzw. 16 % gegenüber 8 %). Insbesondere die erhöhten Angaben bezüglich der klinisch bzw. rechtsmedizinisch nicht ausreichend und abschließend beurteilbaren Verletzungen (in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren etwa doppelt so häufig optiert) lassen das Bild einer im Alter erschwerten, mit Problemen behafteten Befunderhebung erkennen. Zu den Problemen zählen, neben den Verwechslungspotenzialen von Befunden, unklare Sachverhalte, noch ausstehende Ermittlungen und noch nicht übersandte Behandlungsunterlagen. Die Hintergründe der unklaren Sachverhalte

sind hierbei zurückzuführen auf eine nicht hinreichende Sprachkompetenz bzw. eine Sprachunfähigkeit (s. Tab. 3), ein vermindertes Sprachverstehen, den Verlust geistiger Fähigkeiten (fehlendes Erinnerungsvermögen), auf manifeste neurologische (M. Parkinson, M. Alzheimer) und psychiatrische/psychosomatische (Schizophrenie, posttraumatischen Belastungsstörungen, psychogenen Funktionsstörungen etc.) Erkrankungen (s. Tab. 73).

Ein weiteres, zentrales, die Beurteilbarkeit von Verletzungen beeinflussendes, Kriterium ergab sich aus der vergleichenden Quantifizierung des Zeitintervalls zwischen Vorfall und Untersuchung mit jenen Patientenfällen, bei denen der Befund der körperlichen Untersuchung in Übereinstimmung mit der Anamnese gebracht werden konnte. Wie man in der Abbildung 13 des Ergebnisteiles erkennt, zeigt sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Nachweisbarkeit objektiver, den Tathergang belegende Befunde und einer möglichst frühzeitigen Konsultierung eines Rechtsmediziners (nahezu exponentielle zeitliche Abnahme der Beurteilbarkeit auf unter 5 % jenseits der Vier-Tages-Grenze, die sich in der Gruppe der unter 60-Jährigen insgesamt etwas stärker ausgeprägt findet).

Als Erklärungen für die Zunahme an nicht beurteilbaren, sich nicht unzweifelhaft einschätzen lassenden Verletzungen sind primär geringgradige, oberflächliche, mit der Zeit verblassende, narbenlos oder schnell abheilende Hauttraumata (Hämatome, Exkoriationen, Kneif-, Griffmarken, petechiale Blutungen, Strangulationsmale) zu nennen. Ferner auch nicht überprüfbare, subjektive Beschwerden (wie Schmerzen im Kniegelenk) bei fehlendem körperlichem und bildgebendem Befund (wie z. B. Rötung, Schwellung oder röntgenpositiver Frakturachweis), aufgrund guter und rascher Rückbildungstendenz. Teilweise Bestätigung finden diese Annahmen, in einer im Jahr 1993 von Betz & Eisenmenger veröffentlichten Studie zum Thema „zur Nachweisbarkeit von Hautrötungen beim Lebenden“ (Betz und Eisenmenger 1993). Für einfache Rötungen, ohne weitere feststellbare Begleitverletzungen wie petechiale Blutungen oder epidermale Kratzdefekte, wurde eine maximale Nachweisbarkeitsgrenze von zwei Tagen, für Rötungen mit Begleitverletzungen eine maximal drei Tage umfassende Nachweisbarkeitsgrenze ermittelt. Neben der Vielfältigkeit von Hauttraumata mit und ohne Substanzdefekt (Schürf-, Schnitt-, Hieb-, Stich-, Riss-, Kratz-, Biss-, Quetsch-, Platz-, Schusswunden etc.),

welche sich zum einen morphologisch (in Form, Tiefe, Ausdehnung und Wundumgebung) unterscheiden, kommen eine Vielzahl weiterer, sich gegenseitig beeinflussender Faktoren zum Tragen (Topografie der Wunde, Infektionsstatus, Alter der Patienten, Begleiterkrankungen, Substanzmittelkonsum), die Einfluss auf den Heilungsprozess nehmen; sodass keine empirisch belegbaren Gesetzmäßigkeiten bzw. allgemeingültigen Aussagen zur Heilung von Befunden getroffen werden können. Dennoch fand sich insbesondere eine einflussnehmende Größe, die des Alters, in den vorliegenden Untersuchungsdaten bestätigt.

Denkbare Ursachen für den längeren Zeitraum der positiven Nachweisbarkeit von Verletzungen (vergrößerter maximaler Identifikationszeitraum) in der älteren Generation scheinen insbesondere lokale (Infektionen, Ödeme, Pergamenthaut) und systemische (Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, reduzierter Ernährungszustand) Störfaktoren zu sein, die den Heilungsprozess negativ beeinflussen; und altersgebunden gehäuft auftreten.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass sich auch hierbei der Erklärungsversuch primär auf geringgradige, nicht lebensgefährliche Traumata, welche sich unter normalen, physiologischen Bedingungen durch eine schnelle und gute Heilungstendenz definieren und erwartungsgemäß den Hauptanteil der gegenwärtigen Datelage repräsentierten, bezieht (s. Tab. 71). Hiervon ausgeschlossen zu sehen sind schlecht, narbig und langsam verheilende, chronische wie auch der (verzögerten) Primärheilung/Sekundärheilung unterliegende Verletzungen, die meist durch eine lange und gute Diagnostizierbarkeit imponieren (Stich-, Schnittnarben, röntgenologisch nachweisbare Frakturen, Druckgeschwüre, Verbrennungen und Verätzungen höheren Grades, dermale und muskuläre Läsionen).

Des Weiteren zu nennen sind zeitliche Aspekte, wie durch Fremdsuggestion, Wahrnehmungs- und Erinnerungsverzerrung, nicht dem tatsächlichen Sachverhalt entsprechende Schilderungen zum Tathergang, was zu einer Missdeutung bzw. negativen Beurteilung von Befunden (Verletzungen sind nicht oder nur teilweise mit der Anamnese in Einklang zu bringen) führen kann und damit die strafrechtliche wie auch gerichtliche Wertbarkeit/Aussagekraft mindert.

5.16 Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt

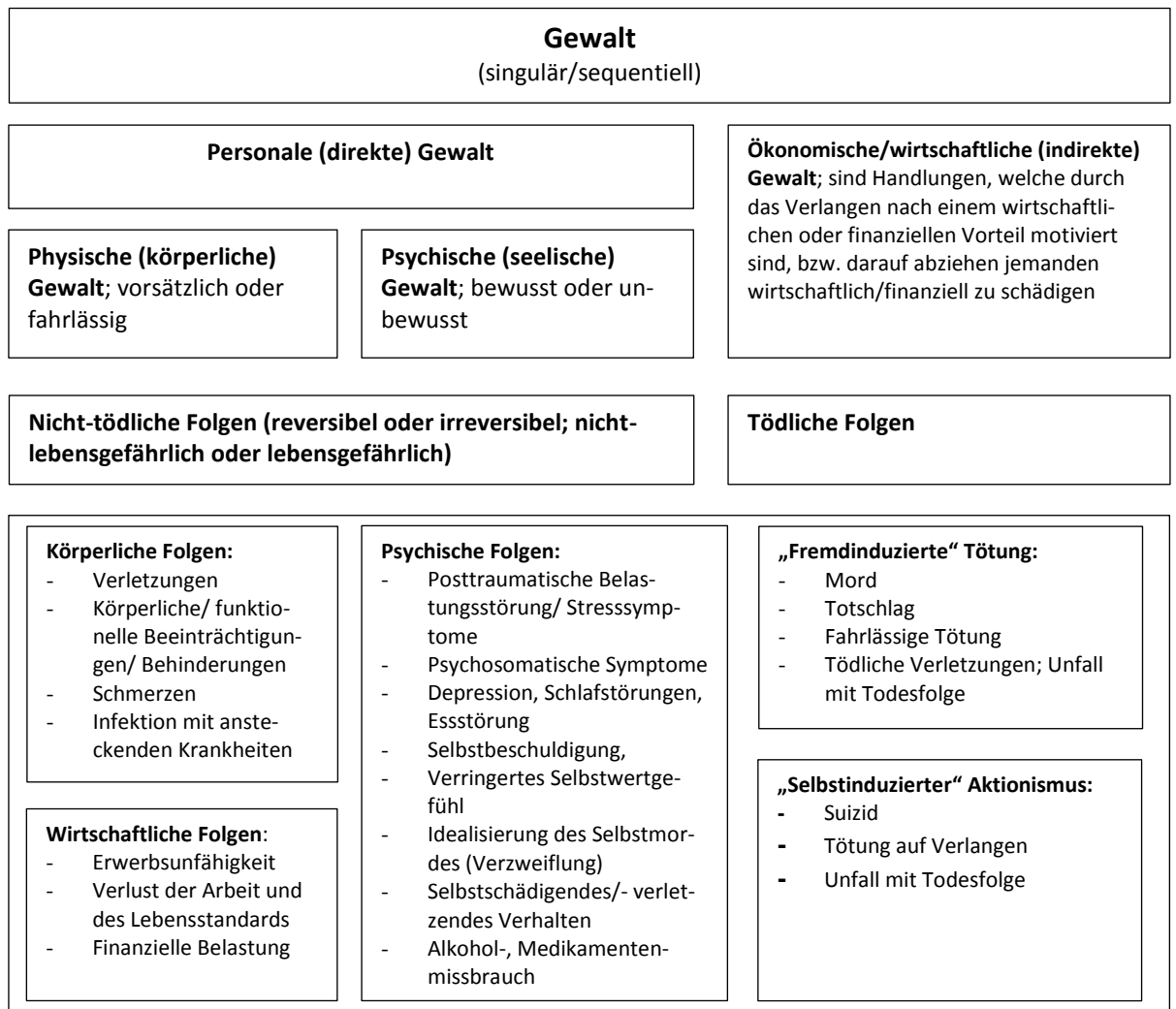


Abbildung 79: Gesundheitliche Folgen von Gewalt und deren Auswirkung.

Wie bereits aus den vorhergehenden Kapiteln ersichtlich wurde, stellen die Betrachtung der einzelnen Gewaltarten und die mit den Taten einhergehenden besonderen physischen Verletzungen den Schwerpunkt dieser Arbeit dar. Da jedoch nicht nur die unmittelbaren Gewaltereignisse, sondern auch die mittelbaren Folgen Einfluss auf die Gesundheit der Geschädigten nehmen, soll nun hierauf, zur Vervollständigung der Thematik, kurz eingegangen werden.

So zeigen sich bei den Gewaltopfern, neben den direkten Folgen – wie Verletzungen und damit verbundenen Schmerzzuständen bzw. vorübergehenden oder dauerhaften Behinderungen –, auch indirekte Folgen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um posttraumatische Belastungsstörungen. Klinisch äußerten sich traumain-

duzierte psychische Störungen – wie den hier untersuchten Gutachten zu entnehmen – u. a. durch aggressives Verhalten, Schlafstörungen, Gefühle der Angst, soziale Isolation und Depressionen bis hin zu selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität. Fernerhin wurden psychosomatische Erkrankungen wie Reizdarmsynndrome, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Fibromyalgien (Muskel-schmerzen) und Essstörungen berichtet. Infolge langfristiger Funktionsbeeinträchtigungen und psychischer Belastungen können sich hieraus wiederum – konsensuellen Überlegungen folgend – Arbeits- und Berufsunfähigkeiten sowie Substanzmittelabhängigkeiten als Bewältigungsstrategien entwickeln; wie auch der Dokumentation von anamnestischen Informationen mitunter zu entnehmen war. In weiterer Folge kann sich hieraus dann bspw. eine Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz ergeben (vgl./ausführl. hierzu Stemmer-Lück 2009, Dudeck und Bernheim 2015, Baumann und Linden 2015, Freyberger und Krausz 2015, Schäfer 2015, Mahler und Grabe 2015, Spitzer et al. 2015, Kuwert et al. 2015, Sack et al. 2013).

Die im Rahmen der Gewaltopferuntersuchung des IfR feststellbaren Häufigkeiten von psychischen Alterationen und Anzeichen von Substanzmittelkonsum/-missbrauch sind subsumiert den Tabellen 72 und 73 des Ergebnisteiles zu entnehmen. Inwieweit die psychischen Alterationen und die Suchtmittelkonsumierungen als Ausprägung seelischer Schmerzen gesehen werden können, ob diese in direktem Zusammenhang mit den zur Vorstellung anlassgebenden Gewaltereignissen stehen oder schon zuvor bestanden, ist nur schwer und nur unter Vorbehalt zu sagen. Ebenso der Umstand der individuellen und interaktionellen Traumareaktionen infolge von Lebensumständen, Vorerfahrungen und Verarbeitungsstrategien erschwert eine solche Beurteilung. So weiß man bspw., dass ein in seinem Umfeld gefestigter Mensch eine geringere Tendenz zeigt, eine Suchtproblematik zu entwickeln, als jene Menschen, ohne ein sozial gefestigtes Umfeld (Schneider et al. 2014, Remschmidt und Schmidt 2000).

Vergleicht man jedoch die Angaben der Geschädigten zu bestehenden psychischen Vorerkrankungen und dem regelmäßigen Konsum von Suchtmitteln (235 bzw. 232 positive Angaben; Tab. 30) mit den ergänzend und gesondert in den Basisdokumentationsbögen erhobenen Angaben zu auffälligen psychischen Affekten

sowie sich ergebenden Hinweisen für den Konsum von Alkohol und anderer Substanzen (401 bzw. 364 positive Angaben; Tab. 72), so lässt sich eine Diskrepanz der Nennungen erkennen. Diese zahlenmäßigen Missverhältnisse könnten demnach einen Hinweis für das Vorliegen von psychosomatischen Folgebeschwerden darstellen und damit den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und psychischen Alterationen sowie der zunehmenden Vulnerabilität für Substanzmittelkonsum belegen. Da jedoch die Richtigkeit der Angaben zum einen eine ehrliche Beantwortung der Fragen von Seiten der Geschädigten voraussetzt und zum anderen eine möglichst genaue Einschätzung der bestehenden Situation durch den untersuchenden Rechtsmediziner erfordert, können lediglich hypothetische Rückschlüsse gezogen werden. Ferner können an dieser Stelle keine objektiven Aussagen zu mittel- und langfristigen psychischen und physischen Auswirkungen von Gewalt getroffen werden, da sich dies den gegenwärtigen Aktenlagen entzieht. Damit können lediglich die Schweregrade der Verletzungen (Tab. 71) und die unterschiedlichen Viktimisierungsarten für eine Grobeinschätzung der sich ergebenden mittel- und langfristigen psychosomatischen und physischen Folgebeschwerden herangezogen werden.

Ist die Tatsache jetzt bekannt, dass Gewalterfahrungen eine psychische (psychosoziale, psychoemotionale und psychomentale) Belastung darstellen, so bedeutet dies konsektiv, je größer das erlittene Gewaltausmaß, desto stärker die psychische Belastung. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass je „intimer“ die Gewalt (sexuelle Übergriffe, Vergewaltigungen, körperliche Übergriffe zwischen sich nahestehenden Personen etc.) bzw. je stärker die Gewalt in die Privatsphäre eingreift oder diese verletzt (Überfall in der eigenen Wohnung), desto schwerwiegender sind die traumatisierenden Auswirkungen. Weitere Faktoren, welche die gesundheitlichen Folgen unmittelbar mitbeeinflussen, sind das Alter, die psychische und physische Grundverfassung sowie die soziale Situation (Sozialstruktur) und die bereits erwähnten individuellen Bewertungs- und Verarbeitungsmechanismen.

Ferner kann verallgemeinernd als gegeben angenommen werden, dass besonders mit zunehmendem Alter und bei schlechter körperlicher Verfassung sowie mit zunehmendem Schweregrad der Verletzungen sich der Zeitraum der Genesung oder Rehabilitation erhöht bzw. die Chance auf eine vollständige Rekonvaleszenz

abnimmt; wodurch insbesondere körperliche Folgebeschwerden ein Problem der älteren Generation darstellen dürften.

5.17 Intervention und Prävention als Aufgabenbereich der Rechtsmedizin

Die Prävention als vorbeugende Maßnahme und die Intervention als direkt einflussnehmende Maßnahme bilden zusammen die wichtigsten Elemente zur Reduzierung von Gewalt. Grundvoraussetzung beider Konzepte sind hierbei das Wahrnehmen und Erkennen von Gewalt, um diese zum fassbaren Objekt eingreifenden Handelns werden zu lassen.

Die Wahrnehmung impliziert in diesem Zusammenhang das Bewusstwerden bzw. die Vergegenwärtigung der Tatsache, dass Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer und pflegebedürftiger Menschen existent sind, und damit die Grundlage des „bewussten“ Erkennens bildet. Gerade hierin aber liegt das Problem, denn wie bereits zu Anfang in der Einleitung erwähnt, erscheint das Problemfeld „Gewalt gegen ältere und hilfsbedürftige Menschen“ bislang von der Gesellschaft weitestgehend unbeachtet. Folglich müssen auch die Hauptbemühungen und das Hauptaugenmerk präventiver und interventioneller Arbeit darauf gerichtet sein, die Gesellschaft für das Thema zu sensibilisieren; was letztlich aber nur unter dem Gesichtspunkt der Schärfung des Problembewusstseins umsetzbar scheint. Grundsätzlich sind hierbei verschiedene Ansatzpunkte denkbar.

Allen gemeinsam muss jedoch sein, dass das übergeordnete Ziel des gesamthafte(n) Gestaltungsrahmens den Schutz auf körperliche Unversehrtheit und die Wahrung der Würde in den Mittelpunkt des Handelns stellt und nicht nur einen Rahmen für öffentlichkeitswirksame und unnachhaltige Prestigeprojekte und Kontroversen bildet; auch wenn der offene Diskurs von „Skandalisierungen“ – zumindest kurzfristig gesehen – profitiert und verhilft, das Thema „Gewalt gegen alte Menschen“ aus der Tabuzone zu holen.

Ein zentraler Ansatzpunkt für nachhaltige Interventions- und Präventionskonzepte könnte somit darin bestehen, insbesondere nahe Angehörige, Fachkräfte aus dem Bereich der medizinisch/sozialpflegerischen Betreuung und Versorgung sowie mit älteren und pflegebedürftigen Menschen in Kontakt stehende Personen als Bindeglieder zwischen Wahrnehmung, Erkennung, Diagnose und konkreter Intervention zu verstehen.

Erreicht werden kann dies aber nur, wenn es gelingt, auf die Motivation Einfluss zu nehmen und nicht nur dann zu handeln, wenn man selbst oder eine nahestehende Person affektiv betroffen ist; was ein Bewusstsein dafür erfordert, dass man wohl nicht unbedingt absehbar, aber unter gegebenen Umständen selbst zum Opfer werden kann, das sich gegen gewaltförmige Viktimisierungen nicht zur Wehr setzen oder aktiv Hilfe verschaffen kann.

Die Rechtsmedizin als Institution muss hierbei nicht nur als Endglied zwischen den in einer Kette zusammenarbeitenden Akteuren bei konkreten Fragestellungen gesehen werden, sondern könnte durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen und der Möglichkeit einer freien Ausübung gleichsam als präventive und intervenierende Kontrollinstanz – sprich als Teil eines interdisziplinären Monitoring-Systems – fungieren. Darüber hinaus könnten die rechtsmedizinischen Institute, und das weit mehr noch, als es zum Teil bisher schon praktiziert wurde, informative, fortbildende und beratende sowie mitunter koordinativ vernetzende Tätigkeiten ausüben – bspw. durch die Schaffung und Etablierung eines öffentlich geförderten Kompetenzzentrums in institutionell behördlicher Form.

Im konkreten Fall könnten dann die Tätigkeiten und Aufgabenbereiche u. a. darin bestehen,

- gefahrgutachterliche Schulungen und Weiterbildungen für Fachpersonal und Seminare zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen anzubieten.
- Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen anzuleiten und Lösungskonzepte zu erarbeiten.
- qualitätssichernde Kontrollen in Pflegeeinrichtungen und häuslichen Settings durchzuführen, die zum einen erkennbaren kriminellen Entwicklungen voranzugreifen, indem potenziell gefährdende Situationen aufgedeckt werden und an-

dererseits der Identifizierung bereits stattgehabter Viktimisierungen dienen und damit eine erneute Opfer-Werdung der Geschädigten verhindern können.

Hierbei gilt es, zu erwähnen, dass insbesondere letztgenannten Handlungsbereichen eine besondere Gewichtung beigemessen werden sollte, da diese direkt am Ort, bzw. in den Gang des Geschehens eingreifen. Das Eingreifen von außen erfolgt in diesen Fällen durch speziell geschulte (Fach-)Ärzte mit dem Kompetenzschwerpunkt der Gewaltopferuntersuchung, wodurch sichergestellt werden kann, dass die Bewertungen einen relationalen Charakter haben und folglich adäquate Einschätzungen zu Gefahrenlagen und/oder Gefährdungspotenzialen gewährleisten. Im Weiteren kann hierdurch ebenfalls gewährleistet werden, dass Gefahren und Risiken, wie sie bspw. bei in unverhältnismäßigerweise eingreifenden Maßnahmen zu erwarten sind und mit einer begrenzten Verfügbarkeit sowie dem überwiegenden Einsatz nichtfachlichen Personals verbunden sind, vorgebeugt werden kann. Dies dahingehend, dass eben Auswirkungen eines interventionellen oder vermeintlich präventiven Handelns, mehr Schaden als Nutzen bringen können; also der gut gemeinte Vorsatz eines sozialen und zivilen Handelns das Gegenteil des eigentlich Beabsichtigten bewirkt.

Zu verstehen wären hierunter beispielhalber unreflektierte und zu vorzeitig veranlasste Einschreitungen in quantitativ zufriedenstellende Strukturen (z. B. die Trennung vom gewohnten sozialen Umfeld), aufgrund fragwürdiger, nicht objektivierbarer und nicht gerechtfertigter Verdachtsmomente vonseiten Dritter, was insbesondere bei emotionaler Instabilität der Betroffenen zu seelischen Schäden und/oder infolge zu einer raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes (z. B. durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme) führen kann. Auf der anderen Seite bietet die Stellung fachlich kompetenter und qualifizierter Kontrollierender auch den Gegenseiten (den zu kontrollierenden Personen und Einrichtungen) entsprechende Sicherheit. So können u. a. Verdachtsmomente frühzeitig ausgeräumt sowie Ermittlungen und strafprozessuale Maßnahmen vermieden werden, die trotz eines Unschuldsbeweises gravierende Auswirkungen auf das Berufs- und Privatleben haben können und damit einer übereilten „Tätermachung“ vorgeifen.

Es sollten jedoch auch Handlungskonzepte (wie z. B. Bewusstseinsbildung bzw. Sensibilisierung für das Problemfeld durch Öffentlichkeitsarbeit), die im unmittelbaren oder mittelbaren sozialen Umfeld ansetzen, nicht weniger Beachtung finden, da eine flächendeckende Kontrolle und Überwachung nur unter Zuhilfenahme aller zur Verfügung stehender Mittel umsetzbar scheint, da dies allein personell betrachtet, alleinig auf institutioneller Ebene, nicht umsetzbar ist.

Hierdurch muss man letztendlich zu dem Ergebnis kommen, dass die Umsetzung eines Monitoring-Systems sowohl in institutioneller als auch in funktionaler Hinsicht Begrenzung erfährt, sodass sich die Kontrollfunktion doch primär darauf beschränken wird, auf Verdachtsmomente hin zu agieren und v. a. Heime und Pflegeeinrichtungen in den Mittelpunkt der Präventions- und Interventionsarbeit rücken.

Zurückzukommen auf die oben angesprochenen Rahmenbedingungen ist festzustellen, dass etwaige Ansatzpunkte bereits geschaffen sind. Zu nennen wären hier vor allem das deutsche Heimgesetz (HeimG) und die darauf gründenden länderspezifischen „Erlasse“ bzw. Gesetzesausgestaltungen. Bei den hier formulierten „Grundsätzen und Bestimmungen“, die sich zumindest in inhaltlicher Hinsicht an dem Zweck des Schutzes bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit orientieren, seien aus § 2 des HeimG beispielhaft folgende erwähnt:

- die Würde beeinflussende Faktoren, die Interessen und die Bedürfnisse der in Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen (bei Erfüllung bestimmter Kriterien) untergebrachten Personen, sind vor negativen Einflüssen zu schützen;
- das eigenständige Sein, die Selbstbestimmung und die Möglichkeit für eigenmächtiges und selbstverantwortliches Handeln muss gewahrt und gefördert werden;
- personenbezogene Dienstleistungen und Pflichten, gegenüber den diese in Anspruch nehmenden Personen, sind einzuhalten und sicherzustellen;
- Kooperationen, die der Sicherstellung der Umsetzung des Gesetzes dienen, sind einzugehen und zu fördern.

Auffällig wird hierbei, dass allen oben aufgeführten und genannten Zwecksetzungen zum Schutz der auf Hilfe, Betreuung und/oder Pflege angewiesenen Mitmen-

schen, eine Sicherung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit – sprich die Physis betreffend – abzuleiten ist. Hinterfragt man nun aber in diesem konkreten Kontext, wer für die Überwachung der Zielsetzungen Verantwortung trägt, so ist den Ausführungen nach § 15 Abs. 2 HeimG hierzu lediglich entnehmbar, dass es sich hierbei um Mitarbeiter der zuständigen Behörden handelt; wobei es den einzelnen Bundesländern obliegt, die für die Ausführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden zu bestimmen (§ 23 Abs. 1 HeimG).

Inwieweit es sich um fachlich qualifiziertes und geeignetes Personal zur sachgerechten Überwachung der einzelnen Bereiche handelt, bleibt indessen offen und unklar. So zeigen sich die angeführten Anforderungen, resp. die Kriterien recht vage formuliert und bieten viel Spielraum für Interpretation (s. § 23 Abs. 2 HeimG). Berufliche Erfahrungen bspw. (dahingestellt, welche dies sein sollen) bieten keine Garantie für Kompetenz; denn auch langjährige Tätigkeiten können mangelhaft ausgeführt worden und mit Fehlern belastet gewesen sein. Daneben scheint es auch wenig, bzw. nicht praktikabel, seien die Ausbildungen auch noch so umfangreich, der Komplexität des Aufgabenbereiches gerecht zu werden und den Hilfebedarf eigenverantwortlich abdecken zu können.

Zwar steht es den zuständigen Behörden/Heimaufsichten frei, im Bedarfsfall qualifizierte Fachpersonen hinzuzuziehen (§ 15 Abs. 2 HeimG), was aber schon auf der Ebene der Wahrnehmung voraussetzt, dass eben die überwachenden Personen/Behörden um ihre Kompetenzen wissen; sodass nicht zwangsläufig bereits im Vorhinein aktueller Bedarf gesehen wird.

Eine weitere Schwäche des Gesetzes besteht darin, dass die Verpflichtung, eine solche Prüfung durchzuführen, lediglich jährlich und damit zu niedrig angesetzt ist und unter bestimmten Gegebenheiten auch über einen längeren Zeitraum ausgesetzt werden kann und damit die „staatliche“ Kontrolle gänzlich entfällt (s. § 15 Abs. 4 HeimG).

Fernerhin formuliert zwar das Gesetz, dass die Überprüfungen jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen können (s. § 15 Abs. 1 HeimG), was jedoch dadurch geschmälert wird, bzw. an Sinnhaftigkeit verliert, da es sich mitunter (von

Bundesländern und Behörden abhängig) bei den „Prüfbesuchen“ der Heimaufsichten – wie es die (berufs-)praktische Erfahrung zumindest in der Vergangenheit zeigte – um bereits vorab von den Einrichtungen gewusste Termine handelte (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2005), sodass zumindest die theoretische Möglichkeit bestand, schönend einzugreifen.

Relativierung erfährt diese Kontroverse aber dadurch, dass die öffentlichen Debatten um das Problem und das laut werden des darin bestehenden Interessenkonflikts, so zumindest anzunehmen, einige, wenn auch nicht alle Behörden und Kontrollinstanzen anderer Formate, dazu veranlasste, hierauf mit einer Änderung ihres Vorgehens zu reagieren. So ist bspw. dem dritten Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (kurz MDS) zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege zu entnehmen, dass die Prüfungen seit ca. Mitte des Jahres 2008 grundsätzlich unangemeldet erfolgten, was eine positive Entwicklung der aufgezeigten Handlungsnotwendigkeiten erkennen lässt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2012). Welches die allgemeinen Handhabungen der Heimaufsichten im konkreten Fall Hamburgs sind, ist dem Landesheimgesetz – Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (WBG) – zu entnehmen.

Es ist also die Frage gerechtfertigt, ob bzw. inwieweit diese Kontrollmechanismen gegen Gesetzes- und/oder Regelverstöße ausreichend sind oder vielmehr der Bedarf für gesetzliche Neuregelungen im Sinne einer Umstrukturierung gegeben ist.

Ein zentrales Problem, welches der Umstrukturierung entgegensteht, liegt hierbei sicherlich auch darin begründet, dass die reale Situation aufgrund fehlender wissenschaftlicher Zahlen verkannt wird; was beim Publikwerden entsprechender objektiverer Daten aber zweifellos zu einer Verstärkung des Problembewusstseins und einer Verschiebung in der Fragestellung nach dem Bedarf führen würde, sodass hierin ein lohnender Ansatzpunkt läge.

Eine Möglichkeit zur Schaffung einer gegenständlich-anschaulichen Datenlage könnte somit darin liegen, die äußeren Leichenschauen der in häuslichen Settings, Alten- und Pflegeeinrichtungen Verstorbenen hinsichtlich gezielter Fragestellun-

gen auszuwerten, die konkret auf den abzuklärenden Sachverhalt der Viktimisierungen im Alter und in der häuslichen wie institutionellen Pflege abzielen, wie etwa:

- Wie oft konnten Spuren der Gewalteinwirkung, der Vernachlässigung und Pflege-mängel festgestellt werden?
- Sind den Verletzungen bewusste Intentionen abzuleiten, bzw. können Intentionen als Ursachen für die Verletzungen herangezogen werden?
- Bestanden Gegebenheiten, die schädigende Handlungen konstituierten?

Dem entgegensteht aber, dass bis heute, wohl wissend um die Gefahren und Konsequenzen einer nicht sachgerechten, nicht fachgerechten und nicht einheitlich durchgeführten wie überwachten Leichenschau, die Regelungen des Leichenschau- und Obduktionswesens bei den Bundesländern liegen und die Leichenschauen als solche nicht allein den Rechtsmedizinerinnen obliegen und entsprechend nur selten – wie etwa bei konkret vorliegenden und nicht verkannten Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod – in deren Tätigkeitsfeld fallen.

5.18 Gewalt-Evaluation als Assessment-Instrument

Wie bereits aus den vorangegangenen Abschnitten/Teilanalysen zu den einzelnen Gewaltarten ersichtlich wurde, bedarf es kaum der Erwähnung, dass die Klärung der Frage, ob eine Gewalthandlung vorlag oder nicht, eine multiaxiale Evaluation erfordert. So gilt es, die Verletzungen im Kontext aller möglichen bedingenden oder mitbedingenden Einflüsse zu betrachten sowie alle hypothetisch infrage kommenden Entstehungsmöglichkeiten offenzuhalten, ohne dabei die „gutachterliche Neutralität“ zu vernachlässigen, jedoch mit dem Ziel den einzelnen Sachverhalten eine Richtung – hinsichtlich des tatsächlichen Geschehens – zu verleihen/beizumessen.

Im Prozess der „operativen Fallanalyse“ sind somit fortlaufend Fragen zu beantworten, was aber voraussetzt, um die abzuklärenden Fragen zu wissen, die sich jedoch teils erst im Laufe der Untersuchung ergeben und sich individuell am Gegenstand des Sachverhaltes entwickeln. Ebenfalls das Hinterfragen bereits entwickelter und gestellter Annahmen des zur Klärung „aufgegebenen“ Sachverhaltes ist bei derartigen Untersuchungen unabdingbare Voraussetzung, da sich auch die darstellenden Umstände in der Zeit ändern können. Zu bedenken gilt es allerdings, dass die in Betracht kommenden Erklärungen nie aus den individuellen Kontext-Zusammenhängen herausgelöst betrachtet werden dürfen, um dem induktiven Prozess der Falsifikation – bspw. in gutachterlicher Funktion vor Gericht – entgegenzuwirken.

Zusammenfassend zeigt sich somit, dass eine sachlich korrekte wie auch kritische Prüfung aller in Betracht kommender Umstände nicht nur ein umfangreiches klinisch-forensisches Wissen voraussetzt, sondern auch fächerübergreifende Kenntnisse symptomgestaltender Einflussfaktoren bedingt.

Die fallanalytischen Fragen/Überlegungen zu Verletzungen im Alter könnten beispielhaft wie folgt lauten:

- Sind diese auf alterstypische Krankheiten zurückführbar (bspw. klinische Formen der Altershaut, Osteoporose typische Frakturlokalisationen vs. ungewöhnliche Frakturlokalisationen)?

- Stehen diese im Verhältnis zum Mobilitätsstatus (bspw. multiple Hämatome oder Frakturen als Folge mehrmaliger geschilderter Sturzereignisse bei einem bettlägerigen und bewegungsunfähigen Patienten; Muskelschwund, Dekubitusulzera oder Kontrakturen bei konstitutionell mobilen Patienten als Hinweis länger währender Fixierungsmaßnahmen)?
- Wirken die Schilderungen glaubwürdig oder konstruiert und einstudiert (bspw. in sich widersprüchliche, sich gegenseitig ausschließende Angaben)?
- Ist der behauptete oder vermutete Tathergang in Übereinstimmung mit dem Spurenbefund zu bringen (bspw. objektivierbare Befunde die ein Zustandekommen nach Angaben Dritter nicht erklären)?
- Wissen die rechtlich betreuenden bzw. die bevollmächtigten Personen oder die nächsten Angehörigen um die Angewiesenheit auf Unterstützung oder Betreuung? Kann demnach bspw. eine schuldhaftige Verletzung der Fürsorgepflicht vorliegen?
- Wer sind die Täter und was macht sie dazu, bzw. was ist die hinter der Tat handlung stehende Motivation (bspw. situative Faktoren)?

Wie aus letzterem aufgeführtem Beispiel ersichtlich wird, besteht ein weiterer Schritt im Begutachtungsprozess darin, Täter-Opfer-Beziehungen zu identifizieren bzw. potenzielle schädigende Täterkonfrontationen zu erkennen, um einer Reviktimisierung des Opfers entgegenzuwirken, um andererseits rechtzeitig und gezielt risiko-reduzierende Schutz-, Sicherheits- oder Hilfsmaßnahmen einleiten zu können. Auf der anderen Seite gilt es, auch die sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. die soziale Integration, den sozialen Rückhalt, die soziale Unterstützung, die kulturelle Stabilität und die finanzielle Lage) analog zu den individuellen Widerstands-Ressourcen (z. B. körperliche und geistige Faktoren, Bewältigungsstrategien) zu betrachten; da diese maßgeblich an der Rekonvaleszenz und der Rückkehr zu einem normalen Leben beteiligt sind.

Die Klärung der Frage, welches die im konkreten Fall, unter Einbeziehung der Abwägungsgesichtspunkte, real umsetzbaren (Einzel)Maßnahmen sind und welche möglichen Einschreitungen zum Zweck des Schutzes der Opfer zu treffen sind, ist Ziel der Interventions- und Präventionsarbeit.

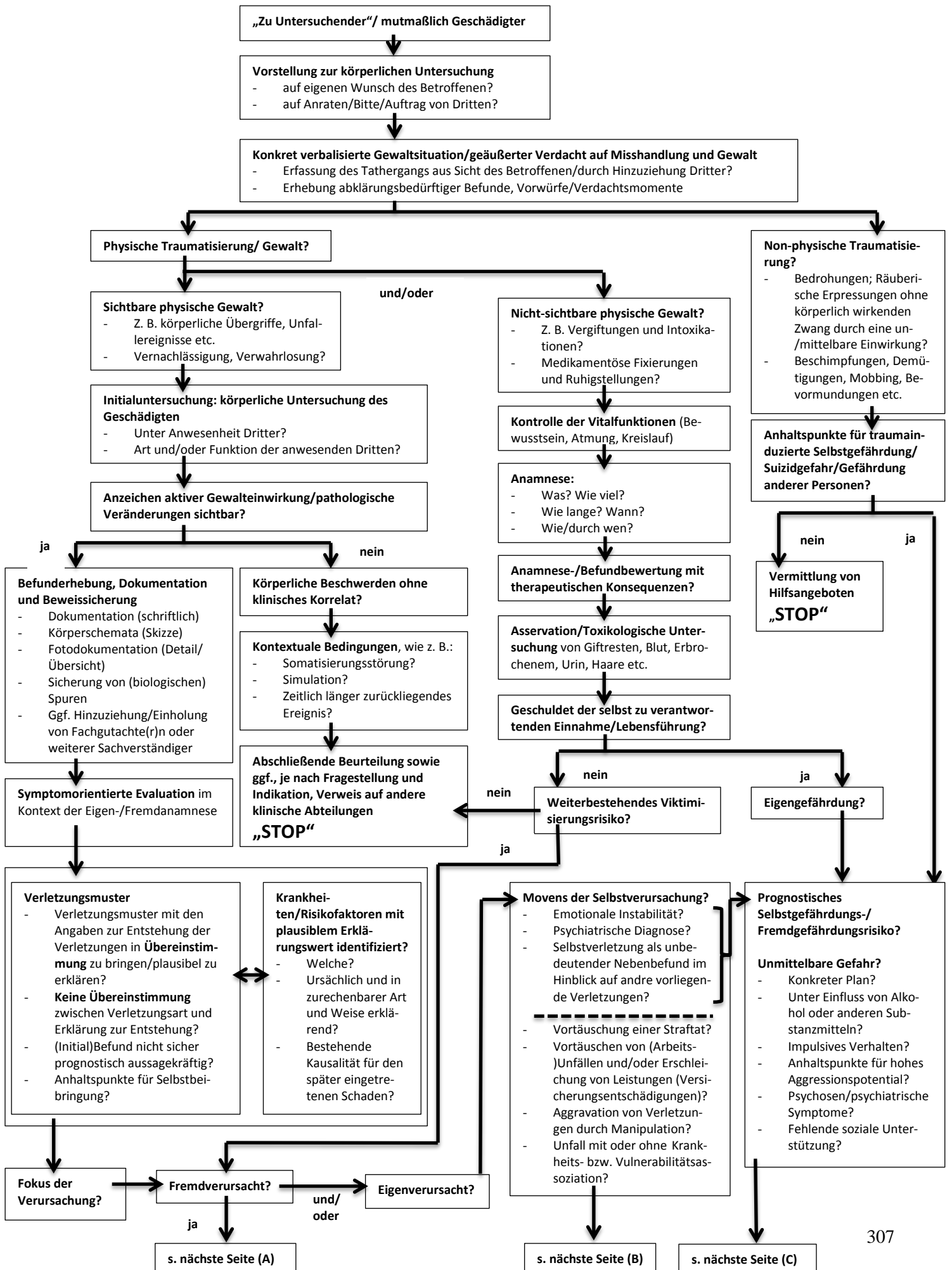
Nachfolgendes Schema – in Form eines Prüfungsleitfadens (einer Checkliste), der die zentralen abzuarbeitenden Punkte und häufig differenzialdiagnostisch abzuwägende Fragen beinhaltet – soll hierzu als Orientierungshilfe und zur Veranschaulichung etwaiger Überlegungen dienen. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei um ein abstraktes Schema handelt, welches aufgrund der Komplexität des realen Arbeitsfeldes nicht alle möglichen Eventualitäten berücksichtigen kann. Grundsätzlich gilt aber, dass sich Viktimisierungsfolgen am besten nachvollziehen und untersuchen lassen, wenn sich hierbei das allgemeine Vorgehen an einem zugrunde gelegten Prüfschema orientiert, bzw. sich als methodischer Findungsprozess versteht. Somit kann zum einen ein einheitliches Vorgehen gewährleistet werden und zum anderen sichergestellt werden, dass subjektive Voreingenommenheiten der Untersucher weit möglichst beseitigt werden und strikt abzuprüfende wie auch die Schematik der Gegenstandsbetrachtung beeinflussende Fakten mit in die Beurteilung einfließen.

Zwei Gegenstände, die es im Kontext der Viktimisierung im höheren Erwachsenenalter besonders hervorzuheben gilt, bilden hierbei die beiden Kästen „Krankheiten/Risikofaktoren mit plausiblen Erklärungswert identifiziert?“ und „Movens der Selbstverursachung?“. Ersteres dient hierbei primär zur Klärung dessen, ob Vulnerabilitätsfaktoren oder chronische Erkrankungen und körperliche Beeinträchtigungen vorliegen und damit als risikorelevant im Hinblick auf die gegebene Symptomatik als Ursache der (Integritäts-)Störung auszuschließen sind, bzw. welche als Erklärung das Zustandekommen hinreichend begründen. Hierbei gilt es, zu bedenken, dass die zur Symptomatik beitragenden Faktoren nicht nur auf ihre pathognomonische und symptomgestaltende Wirkung hin untersucht werden dürfen, sondern auch hinsichtlich ihres verlaufsbestimmenden Einflusses zu überprüfen sind. Beispielhaft zu erwähnen wären hierbei individuelle Gegebenheiten der zu untersuchenden Personen wie:

- Dysfunktionen des Stütz- und Bewegungsapparates mit und ohne Krankheitswert sowie diesen beeinflussende Störungen (z. B. Stand- und Gangunsicherheiten, Gleichgewichtsstörungen, Störungen der optischen Funktionen, Erkrankungen des Muskel-/Skelett-Systems etc.);
- Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. Osteoporose und erhöhte Frakturneigung, Altershaut, allgemeine Schwäche, verzögerte Schutzreflexe etc.);

- Symptom-gestaltende Faktoren (z. B. erhöhte Blutungsneigung, Essstörungen, autoaggressives Verhalten).

Betrachtet man hierzu die Gründe der als Movens an-/aufgeführten Handlungen der selbstverursachten Verletzungen, so wird ersichtlich, dass die Klärung dieser Fragen nur vor dem Hintergrund der zuvor erläuterten Einflussvariablen adäquat zu deuten sind.



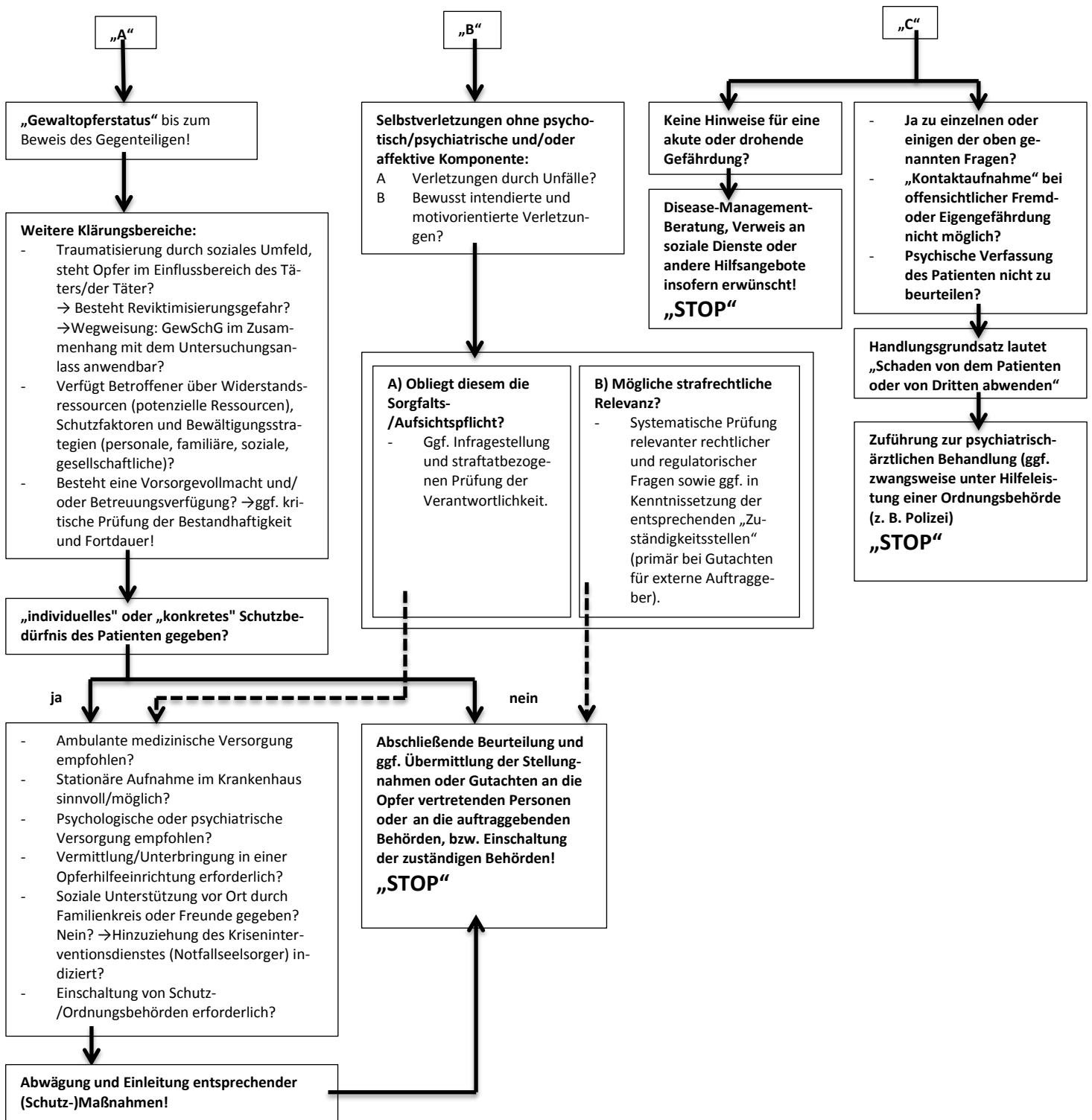


Abbildung 80: Algorithmus der Gewaltopferdiagnostik.

6. Zusammenfassung und Fazit

Der Komplexität der Thematik von „Gewaltdelinquenzen und Opfererfahrungen im höheren Lebensalter“ entsprechend, wurde vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse bisheriger Untersuchungen, die sich insbesondere mit der Frage zur Auftretenshäufigkeit von Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen beschäftigten, versucht, das Phänomen der „Gewalt gegen ältere Menschen“ zu objektivieren bzw. in all seinen Formen zu erfassen. Dies vor dem Hintergrund, die Diagnosefindung zu erleichtern, um präventives Handeln mit dem Ziel der Risikovermeidung zu ermöglichen.

Grundlage für die vorliegenden Untersuchungen bildeten hierbei die Daten der Basis-Dokumentationsbögen der über 21-jährigen Opfer von Gewalt, die in einem nahezu sechs Jahre umfassenden Zeitraum (Januar 2006 bis Oktober 2011) im Institut für Rechtsmedizin Hamburg untersucht wurden. Insgesamt konnten so 4103 patientenbezogenen Datensätze für analytische Zwecke herangezogen werden; 270 Datensätze für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren und 3833 Datensätze für die Referenzgruppe der 21- bis 59-Jährigen.

Zwar wird die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse zu Gewalterfahrungen von älteren Menschen dadurch begrenzt, dass sich die Fallzahlen der Altersgruppe der ab 60-Jährigen, in Abhängigkeit bzw. zu spezifischen Teilaspekten des Untersuchungsgegenstandes, teilweise nur auf wenige einzelne beschränken; dennoch liefern die Ergebnisse dieser Untersuchung Aufschluss über das Ausmaß der Gewalt im Leben älterer Menschen. Sie bieten zugleich handlungsorientierte Ansatzpunkte zur Verbesserung der Erkennung und Bewertung von Viktimisierungen bei dieser schwer zugänglichen Opfergruppe.

Grundsätzlich zu bedenken gilt, bei der Betrachtung dieser Untersuchungsergebnisse, dass die erhobenen Fallzahlen nicht die tatsächlichen Opferbelastungen in der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen (60 Jahre und älter) widerspiegeln, da ein Großteil ihre erlittenen Viktimisierungen nur ungern erfassen lassen oder

nicht in der Lage sind, sich ärztlich oder polizeilich zu offenbaren bzw. in anderer Weise Hilfe zu suchen.

Gesamthaft können aus der klinisch-rechtsmedizinischen Betrachtung, als Kontrastierung und Ergänzung zu den bislang überwiegenden Untersuchungen zur Identifizierung des strukturellen Problemfeldes „Gewalt im Leben älterer Menschen“, u.a. folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

- | Die Opfergruppe der älteren Menschen, insb. jene, die auf fremde Hilfe angewiesen ist und nicht mehr am öffentlichen Leben teilnimmt, zeigt sich im Untersuchungskollektiv unterrepräsentiert. Vor dem Hintergrund, dass die überwiegende Anzahl an Untersuchungen durch die Opfer selbst und in nur geringem Maße durch andere Dritte initiiert bzw. in Auftrag gegeben wird, ergibt sich die Annahme eines großen Dunkelfeldes an Straftaten, u.a. im Bereich der Körperverletzungsdelikte, die der Polizei und anderen Kontrollinstanzen nicht bekannt wird.
- | Externe Untersuchungen und Unterstützungsanforderungen der Rechtsmedizin als professionelle Berufsgruppe bei der Überprüfung und Überwachung des Gesundheits-, Pflege- und Altenhilfesystems (private, häusliche bzw. ambulante und stationäre Pflege) durch andere Instanzen der formellen Sozialkontrolle, bilden eine selten vorkommende Ausnahme.
- | Opfer-Werdungen stellen eine schicht-/herkunfts-, alters- und geschlechtsübergreifende Problematik dar, wobei sich gruppenspezifische Unterschiede – im Hinblick auf die Formen, Arten, Motive und Täter – feststellen lassen. Des Weiteren können alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich prädisponierender, vermittelnder und auslösender Gewaltfaktoren identifiziert werden.
- | Die unweigerlich mit dem Altern einhergehenden körperlichen Veränderungen und die hiermit verbunden gesundheitlichen Auswirkungen diverser Prädiktoren, macht Ältere zu einer besonderen Patientengruppe, die Kenntnisse auf dem Gebiet der Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie – insb. im Hinblick auf die Befundinterpretation – erfordert. So können gruppenspezifische Faktoren identifiziert werden, die für bestimmte Patienten- bzw. Opfer-

gruppen – z.B. für diejenigen mit erhöhter Vulnerabilität aufgrund organischer und psychosozialer Einflüsse – kennzeichnend sind. Unweigerlich mit der individuellen erhöhten Verwundbarkeit auf körperlicher Ebene verbunden, ist die Ausprägung von Verletzungen nach stattgehabter Traumatisierung sehr unterschiedlich, weshalb nicht selten charakteristische Verletzungsmuster und geformte Verletzungen, die mitunter Rückschlüsse auf die Entstehung/das Zustandekommen zulassen, fehlen und zugleich die Interpretation erschweren.

| Neben den primären Viktimisierungsfolgen (erlittene körperliche Verletzungen infolge des Schädigungsereignisses) sind auch die sekundären Viktimisierungsfolgen (die aus der körperlichen Schädigung resultierenden Beeinträchtigungen auf körperlicher, psychosozialer, gesellschaftlicher und ökonomischer Ebene), aufgrund von körperlichen und psychischen Ressourcen in ihrem Ausgangszustand, different zur jüngeren Generation.

Aufgrund der fehlenden oder stark eingeschränkten Möglichkeit zur Hilfesuchung der von Gewalt betroffenen schwer kranken, behinderten und pflegebedürftigen älteren Menschen sollte die Schaffung interdisziplinär zusammenarbeitender Kontrollinstanzen (auch im Hinblick auf eine proaktive Wirkung) als vorrangiges Ziel betrachtet werden. Hierzu gehört die Kollaboration von allen Beteiligten des Gesundheits- und Pflegewesens, sozialer Versorgungsstrukturen und offizieller Kontrollorgane, ergänzt um die Etablierung dezentraler Monitoring-Systeme in der Praxis. Spezielle niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangebote und die Schaffung bzw. Modifizierung rechtlicher Rahmenbedingungen zur transparenten und umfassenden Überprüfung aller in Betreuung (häuslich/privat, ambulant, teil- oder vollstationär) befindlichen Personen, ermöglicht Hilfeleistung und Hilfeinanspruchnahme. Daraus ergibt sich die Aufgabe, alle an der Auftragsabwicklung zur Erkennung und Verhinderung von „Gewalt an älteren Menschen“ beteiligten Bereiche zu sensibilisieren; bspw. durch interdisziplinäre Schulungen, um eine gemeinsame Wissensbasis zu schaffen und Fehler zu vermeiden bzw. effizient zu beseitigen.

7. Summary and Conclusion

Due to the complexity of the work's subject „Violent Delinquency and Experiences of Victims in Higher Ages“ and against the background of the results of previous scientific works dealing only with the frequency of violent experiences of older people, this work aims at objectifying the phenomena „violence against older people“ and to grasp it in all of its forms. Thus, diagnostic results shall be facilitated to enable preventive action for reasons of risk avoidance.

The present study is based on documentation forms of examinations of victims of violence which were over 21 years old at the time of the respective examination. These forms have been evaluated by employees of the Department of Legal Medicine of the University Hospital Hamburg-Eppendorf (UKE) over a period of almost six years, from January 2006 to October 2011. In total, 4103 patient-related data records have been used for analytical purposes; thereof 270 records for the reference group of the 60 years old and older people and 3833 records for the reference group of people aged between 21 and 59 years.

The validity of the present results concerning the experience of violence by older people is in part limited due to the fact that the case numbers in the reference group of the 60 years old and older people depending on the specific investigation or the object of the respective substudy are quite low, i.e. only comprising few patients. Nonetheless, the findings obtained provide important information on the extent of violence in the life of older people. In addition, these findings provide action-orientated approaches to improve the identification and assessment of victimisations within this hard-to-reach reference group.

It needs to be considered that the collected case numbers do not reflect the actual situation of victimisations within the reference group of older people (60 years and older) as many older victims do not want to or are not able to reveal their victimisation towards doctors, the police or others.

In addition and in contrast to previous studies mainly dealing with the identification of the structural problem area „violence in the life of older people“, the clinical-forensic approach set out in this work led, among others, to the following findings:

- | The victim group of older people, especially the ones who are dependent on help from others and do not participate in public life anymore, is underrepresented in the study. Against the background that the majority of examinations is initiated by the victims themselves and only to a small extent by third parties, it is assumed that there is a high number of unreported cases of offences, e.g. in the field of offences involving bodily harm which are unknown to the police or other supervisory bodies.
- | External investigations and support of the Department of Legal Medicine as professionals/experts with respect to the inspection and monitoring of health, nursing care and geriatric care systems (private/domestic care, outpatient treatment and inpatient treatment) requested by other entities and institutions dealing with older people as a form of formal social control are rare.
- | Becoming a victim is a problem of each social class, origin, age and gender. However, there are group-specific differences with regard to the forms and types of and motives and reasons for the offences as well as with regard to the offenders. Moreover, age- and gender-related differences with regard to predisposing, mediating and triggering factors for violence have been identified.
- | Elderly people constitute a specific group of patients due to age-related physical changes and herewith related health implications. Therefore, special knowledge in the field of gerontology, geriatrics and geriatric psychiatry is required, especially with regard to the correct interpretation of medical reports. Thus, group-specific factors have been identified which are characteristic for specific groups of patients or groups of victims, e.g. for those with increased vulnerability due to organic or psychosocial influences. The increased individual physical vulnerability is inevitably related to varying forms of injuries after traumatisation. Therefore, characteristic injury patterns and shaped injuries which provide insight into the origination/occurrence of certain injuries are so far missing and thus complicate the interpretation of the injuries.

| Besides the primary consequences of victimisations (suffered physical injuries as a result of the incident), also secondary consequences of victimisations (impairments on a physical, psychosocial, social and economic level resulting from physical damage) older people suffer substantially differ from those of younger people due to their better physical and mental resources at the initial state, i.e. before the violation took place.

Due to the missing or strongly limited possibilities of older people who are affected by violence and/or are serious ill, disabled or care-dependent to get help, the priority objective should be to establish an interdisciplinary collaborating supervisory institution/entity (also with regard to a proactive effect). This includes the cooperation of all parties involved in the field of healthcare, nursing care, social and nursing facilities and official supervisory bodies as well as the establishment of decentralised monitoring systems in practice. Special low-threshold advisory or help services (i.e. without any/with low requirements) and the establishment respectively modification of the existing legal framework, so that the transparent and comprehensive medical examination of all persons requiring care (domestic/private care, outpatient treatment or inpatient care) is possible, shall enable assistance or the acceptance of help. The above-described findings ultimately lead to the overall task to increase awareness of all parties involved in the identification and prevention of "violence against older people", e.g. through interdisciplinary trainings, to create a common knowledge base and to prevent and/or effectively eliminate mistakes.

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1:	Alters- und Geschlechtsverteilung der ab 60-Jährigen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	31
Tabelle 2:	Regionalgruppierung nach den Herkunftsländern der Geschädigten in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	32
Tabelle 3:	Sprachkompetenz der Geschädigten nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	33
Tabelle 4:	Art/Form der Sachverhaltserhebungen nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	34
Tabelle 5:	Untersuchungsorte der Geschädigten nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	36
Tabelle 6:	Aufschlüsselungen der angegebenen Fachrichtungen bzw. Fachabteilungen bei Untersuchungen, die im Universitätsklinikum erfolgten (nach Alter u. Geschlecht) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	36
Tabelle 7:	Auftraggeber der rechtsmedizinischen Gewaltopferuntersuchungen nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	38
Tabelle 8:	Hintergründe und Anlässe der rechtsmedizinischen Untersuchung nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	40
Tabelle 9:	Erläuterungen bei angegebenem anderem Konflikt nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	40
Tabelle 10:	Geschlecht der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	42
Tabelle 11:	Mutmaßliche Herkunft/Nationalität der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	43
Tabelle 12:	Konstellationen der Täter-Opfer-Nationalitäten in Abhängigkeit der Geschlechts- und Altersstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	44
Tabelle 13:	Mutmaßliche Herkunftsregionen (Nationalitäten) der Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	45
Tabelle 14:	Straftatbegehung durch Einzeltäter oder mehrere Beteiligte in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	46
Tabelle 15:	Bekanntschaftsgrad und Beziehungsart zwischen Opfer und Täter in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	49

Tabelle 16:	Verwandtschaftsbeziehung zwischen Opfer und mutmaßlichem Täter bzw. den mutmaßlichen Tätern, bei angegebener familiärer Beziehung bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	49
Tabelle 17:	Spezifizierung der Beziehung der beschuldigten und geschädigten Personen zueinander bei benannter „anderer Beziehung“ bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	50
Tabelle 18:	Gewaltformen/-arten in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	52
Tabelle 19:	Spezifizierung der Gewaltarten/-formen in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	52
Tabelle 20:	Auswahl häufig benutzter Tatwerkzeuge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	53
Tabelle 21:	Opfer instrumenteller Gewalt (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Tätergeschlechts bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	54
Tabelle 22:	Opfer instrumenteller Gewalt (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Tätergeschlechts und den verschiedenen, zugrundeliegenden Beziehungsarten bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	55
Tabelle 23:	Tatbestände der sexualisierten und sexuell motivierten Gewalt-handlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	57
Tabelle 24:	Formen/Tatbestandsmerkmale sexueller Gewalthandlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	57
Tabelle 25:	Angaben der Opfer von Sexualdelikten (nach Alter und Geschlecht) über den Gebrauch von Kondomen bzw. eine erfolgte Ejakulation im Ereigniszusammenhang bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	58
Tabelle 26:	Formen der Strangulation und Arten der mechanischen Asphyxie nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	60
Tabelle 27:	Angegebene Symptome der Opfer (nach Alter und Geschlecht) bei berichteter Strangulation/mechanische Asphyxie bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	60
Tabelle 28:	Art und Weise der Drosselung/Behinderung der Atmung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	61
Tabelle 29:	Orte der Gewalthandlungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	63
Tabelle 30:	Abhängigkeitssyndrome, Substanzintoxikation und psychische Alterationen im Kontext der Deliktszenarien und Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	64

Tabelle 31:	Substanzmittelkonsum der beschuldigten Personen (nach Geschlecht) im Kontext der Deliktszenarien und Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	66
Tabelle 32:	Gewaltopferwerdungen/-erfahrungen (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Alkoholkonsums der geschädigten und beschuldigten Personen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	68
Tabelle 33:	Deliktsarten (nach Alter und Geschlecht) in Abhängigkeit des Alkoholkonsums der geschädigten und beschuldigten Personen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	69
Tabelle 34:	Anwendungsfindungendes Gewaltopferschutzgesetzes (GewSchG) im Zusammenhang mit den gegebenen Untersuchungsanlässen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	70
Tabelle 35:	Anzeigenerstattung nach erlebter körperlicher Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Untersuchungsanlass und den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	71
Tabelle 36:	Anzeigeverhalten der Opfernach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit zur Nationalität der Täter bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	75
Tabelle 37:	Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur, denen in Bezug auf das Umfeld des schädigenden Ereignisses nach dem Ermittlungsstand der Polizei gleichzeitig auch ein mutmaßlicher Täterstatus zu kommt bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006 Oktober 2011.	76
Tabelle 38:	Verletzungslokalisationen infolge stumpfer ungeformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	79
Tabelle 39:	Häufigkeiten von Einzel- und Kombinationsverletzungen (hinsichtlich der Körperregion) infolge stumpfer ungeformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	79
Tabelle 40:	Verletzungslokalisationen infolge stumpfer geformter Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	80
Tabelle 41:	Verletzungslokalisationen infolge halbscharfer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	81
Tabelle 42:	Stichverletzungslokalisationen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	82
Tabelle 43:	Schnittverletzungslokalisationen nach Alter- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	83
Tabelle 44:	Die den Stich- und Schnittverletzungen zugrunde liegenden motivationalen Tathintergründe nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	84

Tabelle 45:	Fälle der scharfen Gewalt im Hinblick auf das Tätergeschlecht nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	84
Tabelle 46:	Verletzungslokalisationen infolge Schusswaffengewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	86
Tabelle 47:	Verletzungslokalisationen infolge thermischer/thermoelektrischer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	87
Tabelle 48:	Verletzungslokalisationen infolge chemischer Gewalt nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	88
Tabelle 49:	Häufigkeiten der verschiedenen Gewaltarten (isoliert oder kombiniert) nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	90
Tabelle 50:	Auftreten der einzelnen Gewaltarten in Kombination nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	91
Tabelle 51:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Hautnarben nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	93
Tabelle 52:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Frakturen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	94
Tabelle 53:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Bissverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	95
Tabelle 54:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Fesselungsverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	96
Tabelle 55:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Widerlagerverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	97
Tabelle 56:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Griffspuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	98
Tabelle 57:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Abwehrverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	98
Tabelle 58:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Ritzverletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	99
Tabelle 59:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Kratzverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	100
Tabelle 60:	Lokalisationen und Häufigkeiten von Trittverletzungen/-spuren nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	101

Tabelle 61:	Sonstige/weitere diagnostizierte und gesondert aufgeführte Verletzungsarten/-formen und deren Lokalisationen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	103
Tabelle 62:	Untersuchungsbefunde bei angegebenem Würge- u./o. Drosselungsereignis nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	104
Tabelle 63:	Strangulationstypische Untersuchungsbefunde bei fehlender somatischer Anamnese nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	106
Tabelle 64:	Entstehungszeitpunkte der Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	107
Tabelle 65:	Auftretenshäufigkeit multipler/mehrzeitiger Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer in Abhängigkeit des Konsumverhaltens (anlassbezogener eingeräumter Alkoholkonsum) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	109
Tabelle 66:	Auftretenshäufigkeit multipler/mehrzeitiger Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer in Abhängigkeit des Konsumverhaltens (anlassbezogener eingeräumter Alkoholkonsum und bestehende Suchtproblematik) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	109
Tabelle 67:	Beurteilungen der Verletzungsmuster im Kontext der geschilderten Tathergänge nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	112
Tabelle 68:	Auftretenshäufigkeiten von Verletzungen durch scharfe Gewalt unter der Annahme einer Selbstbeibringung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	113
Tabelle 69:	Übereinstimmungen von Spurenlagen und Tathergangs-Schilderungen im Kontext verschiedener Gewaltarten nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	114
Tabelle 70:	Zeitspanne zwischen Vorfall und Untersuchung in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	115
Tabelle 71:	Risiko-/Schweregradbeurteilung der Verletzungen nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	119
Tabelle 72:	Objektivierbare Hinweise für das Vorliegen eines Substanzmittelkonsums/-missbrauchs u./o. psychischen Alteration nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	121
Tabelle 73:	Objektivierung von psychischen Symptomen (nicht intendierte, nonkonforme Verhaltensweisen), persistierenden neurologischen u./o. psychischen Erkrankungen/Störungen sowie anamnestizierte Substanzmittelabhängigkeit nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	122

Tabelle 74:	Bundesweite KFN-Opferbefragung 1992: Viktimisierungsraten für Befragte über und unter 60 Jahren, Bundesrepublik Deutschland, 1987–1991 (Opfer bezogen auf 1.000 Befragte, adaptiert nach Bilsky et al. 1993).	126
Tabelle 75:	Bundesweite KFN-Opferbefragung 2005: Viktimisierungsraten für Befragte nach Alter und Geschlecht; Bundesrepublik Deutschland: 1-Jahres-Prävalenzen (für das Jahr 2004) und 5-Jahres-Prävalenzen (2000–2004); (Opfer bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe, adaptiert nach Bundesministerium für Familie 2009).	127
Tabelle 76:	KFN-Pflegekräftebefragung; Studie: „Befragung ambulanter Pflegekräfte“ 2005: 12-Monats-Prävalenz für selbstberichtete und beobachtete Kriminalitätserfahrungen (in % der Befragten, adaptiert nach Görgen und Nägele 2006).	133
Tabelle 77:	KFN- Befragung pflegender Angehöriger 2006: 12-Monats-Prävalenz für problematische Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen gegenüber den Pflegebedürftigen (in % der Befragten, adaptiert nach Bundesministerium für Familie 2009).	136
Tabelle 78:	Mögliche Viktimisierungszahlen für Hamburg, basierend auf Prävalenzschätzungen größerer epidemiologischer Studien für die Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren. Den Berechnungen liegen hierbei gerundete Werte zugrunde.....	140
Tabelle 79:	Mögliche, das Anzeigeverhalten beeinflussende, Faktoren.....	145
Tabelle 80:	Auswahl einzelner Straftatbestände nach dem StGB im Überblick, die im Kontext von Gewalt im sozialen Nahraum im Leben älterer Menschen Anwendung finden können.	149
Tabelle 81:	Anteilmäßige Verteilung der Gewaltopfer hinsichtlich ihrer Nationalitäten (deutsche, ausländische bzw. ungeklärte Staatsangehörigkeit), eingeschlossen Opfer deutscher Staatszugehörigkeit mit Migrationshintergrund (nicht-deutscher Herkunft) in der Gruppe Deutsch; entsprechend Tabelle 2 des Ergebnisteiles.....	159
Tabelle 82:	Überblick über Formen und Ausprägungen von Gewalterfahrungen.	168
Tabelle 83:	PKS: Sexualdelikte (Opfer pro 100 000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe) im Durchschnitt für die Jahre 2000-2011; adaptiert nach Bundeskriminalamt 2012.	175
Tabelle 84:	Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem individuellen Risiko, Gewalttäter oder Gewaltopfer im Rahmen des häuslichen Umfeldes zu werden.....	180
Tabelle 85:	Formen der Gewalt-/Verletzungsarten (adaptiert nach Dettmeyer et al. 2011 und ergänzt nach Püschel und Schröer 2006 und Madea und Dettmeyer 2007).	196
Tabelle 86:	Index operativer Zugangswege in der Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie und Orthopädie (Paetz 2009, Liehn et al. 2016, Durst 1998, Kerschbaumer 2013, Schmelzeisen 1997, Ruchholtz und Wirtz 2013, Siebenrock et al. 2004, Pfeil 2008).	267
Tabelle 87:	Zusammenfassender Überblick fremdbeigebrachter Verletzungen (verändert und ergänzend übernommen aus Dettmeyer et al. 2014)......	270

Tabelle 88: Opfer-Werdungs-Untersuchung: Häufigkeit von Spuren/Verletzungen bei sexuellen Nötigungen und deren Einfluss auf die Einschätzung der Sachlage.....	281
Tabelle 89: Alternstheorien nach Balcombe und Sinclair 2001 (unverändert aus Thieme und Wulf 2007).....	287

Abbildungen

Abbildung 1: Seite 1 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdelikt es sowie der Tatumstände.....	25
Abbildung 2: Seite 2 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg, zur Erfassung der Gewaltopfer und, des zuletzt erlebten Gewaltdelikt es sowie der Tatumstände.....	26
Abbildung 3: Seite 3 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdelikt es sowie der Tatumstände.....	27
Abbildung 4: Seite 4 des Basisdokumentationsbogens des Institutes für Rechtsmedizin Hamburg zur Erfassung der Gewaltopfer und des zuletzt erlebten Gewaltdelikt es sowie der Tatumstände.....	28
Abbildung 5: Jährliche Fallzahlen der untersuchten Geschädigten im Institut für Rechtsmedizin Hamburg ab 60. Jahren (n=407) (*Erfassung bis Oktober 2011).	30
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der Gewalt- und Sexualdelikte nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	31
Abbildung 7: Grafische Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung der ab 60-Jährigen bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	32
Abbildung 8: Prozentuale Häufigkeitsverteilungen regionaler bzw. überregionaler Untersuchungsorte nach Alter und Geschlecht bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	37
Abbildung 9: Anzeigebereitschaft der Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit des Bekanntschaftsgrades zum Täter (exklusive Ex-Partner) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	73
Abbildung 10: Anzeigebereitschaft der Opfer nach Alters- und Geschlechtsstruktur in Abhängigkeit der Beziehungsart zum Täter bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	73
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilungen der verschiedenen Gewaltarten in den jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen (in %) bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	77
Abbildung 12: Bewertungen der Verletzungsschwere bei Stich- und Schnittverletzungen im Halsbereich bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.....	85

Abbildung 13:Übereinstimmungen von Spurenlagen und Tathergangs-Schilderungen in Abhängigkeit der Zeitspanne zwischen Vorfall und Untersuchung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	116
Abbildung 14:Verteilung der Opfer nach Altersgruppen (einschließlich der Versuche) bei Körperverletzungsdelikten (unverändert aus Bundesministerium des Innern 2011).	125
Abbildung 15:Bundesweite KFN-Opferwerdungsbefragungen der Jahre 1992 und 2005; die Balkenlänge entspricht den erfragten Vermögens-, Gewalt-, Sexualstraftaten; Angegeben ist jeweils die zu-gehörige 12-Monats-, 5-Jahres-, Lebenszeitprävalenz in % (unverändert aus Görge et al. 2009).	128
Abbildung 16:5-Jahresprävalenz von körperlicher Gewalt in engen sozialen Beziehungen nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesland 1987–1991 (unverändert aus Greve und Wetzels 1994).	130
Abbildung 17:Versorgungsarten der Pflegebedürftigen 2001 und 2009 (adaptiert nach Statistisches Bundesamt 2003, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012).	131
Abbildung 18:Formen der Misshandlung in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Intentionen u./o. den in bestimmter Weise gegebenen Umständen (adaptiert nach Görge et al. 2012).	135
Abbildung 19:Opfergefährdungszahlen pro 100 000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe der Polizeilichen Kriminalstatistik, der Jahre 2000–2011 für vollendete Gewaltkriminalität (PKS-Summenschlüssel 892000) (adaptiert aus Bundesministerium des Innern 2011).	156
Abbildung 20:Polizeilich registrierte Opfer aller vollendeten Straftaten, Bundesrepublik Deutschland 1997–2010 (Opfer insg. bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe); Fallzahlen (erfasste vollendete Fälle) der vergangenen Jahre 1997–2010 (adaptiert aus Bundesministerium des Innern 2011).	156
Abbildung 21:Orte der Gewalthandlungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts (in %).	164
Abbildung 22:Gefährliche und schwere Körperverletzung auf Straßen, Wegen oder Plätzen: Aufgliederung der Opfer nach Alter und Geschlecht für vollendete Fälle der Jahre 2002–2011 (Opfer insg. bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe) (adaptiert nach Bundeskriminalamt 2012; PKS-Summenschlüssel 222100).	166
Abbildung 23:Auftretenshäufigkeit der Sexualdelikte nach Alter und Geschlecht der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011, einschließlich der sexuellen Nötigungen ohne unmittelbare Gewalt (bei nicht gleichzeitig vorliegendem Sexualdelikt) (Erläuterungen s. Tab. 18 und 23).	174
Abbildung 24:Täter-Opfer-Beziehungen bei angegebenem sexuellem Tatmotiv nach Alter und Geschlecht der Opfer bezogen auf den Auswertungszeitraum 2006–Oktober 2011.	177
Abbildung 25:Institutionalisierte und interdisziplinäre Versorgung von Gewaltopfern.	188

Abbildung 26:Selbstbeigebrachte Verletzungen im Bereich des Schienbeins zur Vortäuschung einer Straftat.	191
Abbildung 27:Typische äußere Befunde bei Strangulation (Petechien entsprechend den primär zu erwartenden Lokalisationen, „wo erleichtert lädiertbare Gewebe dem Blutaustritt wenig Widerstand entgegensetzen“ (Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin 2012).....	200
Abbildung 28:Formen der Strangulation/mechanischen Asphyxie.....	202
Abbildung 29:Strangulationsunfälle bei mechanischer Fixierung in der Pflege.	203
Abbildung 30:Beispiel eines würgeähnlichen Hautbefundes im Bereich der vorderseitigen Hals- und Schlüsselbeinregion bei atrophischer Altershaut.	203
Abbildung 31:Befundbeispiele bei Verletzungen durch scharfe Gewalt.....	208
Abbildung 32:Schematische Darstellung der Verletzungsmechanismen bzw. der Waffenführung bei tangentialer und senkrechter Gewalteinwirkung.	209
Abbildung 33:Beispiele von Tatwaffen bei scharfer/spitzer Gewalt.	209
Abbildung 34:Halbscharfe Gewalt – Verletzungsfolgen in Abhängigkeit der Art und Weise des einwirkenden Objekts.	212
Abbildung 35:Verletzungsbefunde infolge halbscharfer Gewalteinwirkung.	213
Abbildung 36:Kopfverletzungen infolge halbscharfer Gewalteinwirkung.	214
Abbildung 37:Bisswunden durch Tier- oder Menschenbisse.	215
Abbildung 38:Morphologische Charakteristika von Bisswunden nach Menschen- und Tierbiss.	216
Abbildung 39:Entstehungsmechanismus von Kratzverletzungen.	219
Abbildung 40:Exemplarische Kratzverletzungen.....	220
Abbildung 41:Typische Haltungen und Führungen der Arme/Hände bei Juck-/Kratzbewegungen.....	220
Abbildung 42:Nicht-konturierte Hautunterblutungen.	223
Abbildung 43:Körperregionen/-partien, die im Rahmen symptomatischer und pflegerisch unterstützender Maßnahmen beansprucht werden bzw. eine einwirkende Kraft erfahren (Bundesministerium für Gesundheit 2014, Service de Santé au Travail Multisectoriel 2006).....	228
Abbildung 44:Ausprägungen und Lokalisationen von Hautunterblutungen bei atrophischer Altershaut, in Übereinstimmung mit behandlungspflegerischen und palliativ-medizinischen Maßnahmen und Unfallereignissen aufgrund erhöhter Sturzanfälligkeit bei eingeschränkter Alltagsmobilität.	229
Abbildung 45:Hutkrempenregel: Orientierungshilfe zur Unterscheidung von Kopfverletzungen durch Schlag oder Sturz.	230
Abbildung 46:Knöcherner Schädel unterteilt in Hirn- und Gesichtsschädel in der Ansicht von lateral mit eingezeichneter Hutkrempenlinie (verändert adaptiert nach Schünke 2000).....	231
Abbildung 47:Häufige Formen und Folgen der stumpfen Gewalteinwirkung.	233
Abbildung 48:Entstehungsmechanismus doppelt konturierter Hämatome nach Schlägen mit stock-/rohrähnlichen Gegenständen.	235

Abbildung 49: Geformte Verletzungen durch „flexible“ Gegenstände.	236
Abbildung 50: Geformte Verletzungen durch „inflexible, starre“ Gegenstände.	237
Abbildung 51: Exemplarische Verletzungsmechanismen bei Fußstritten.	239
Abbildung 52: Verletzungen nach Fußstritten.	239
Abbildung 53: Entstehungsmechanismus von Griffspuren.	241
Abbildung 54: Griffspuren/-verletzungen.	241
Abbildung 55: Entstehungsmechanismen von Widerlagerverletzungen.	243
Abbildung 56: Widerlagerverletzungen.	244
Abbildung 57: Prädilektionsstellen von Liege-/Druckgeschwüren.	246
Abbildung 58: Entstehungsmechanismen von Abwehrverletzungen bei Angriffen.	249
Abbildung 59: Abwehrverletzungen.	250
Abbildung 60: Fesselungsspuren/-verletzungen.	252
Abbildung 61: Fesselung der Arme/Hände.	252
Abbildung 62: Exemplarische Fesselungsmöglichkeiten.	253
Abbildung 63: Schussverletzungen mit Angaben zur Lokalisation und Häufigkeit (ohne Geschlechter- und Altersdifferenzierung) entsprechend Tabelle 39.	255
Abbildung 64: Schussverletzungen.	256
Abbildung 65: Schussverletzung („Winkelschuss“) nach Projektilablenkung.	256
Abbildung 66: Reibungsverbrennungen.	258
Abbildung 67: Thermische Verletzungen.	260
Abbildung 68: Chemische Gewalt.	261
Abbildung 69: Operative Zugangswege/Schnittführungen in der Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Traumatologie und Orthopädie (adaptiert nach Paetz 2009, Liehn et al. 2016, Durst 1998, Kerschbaumer 2013, Schmelzeisen 1997, Ruchholtz und Wirtz 2013, Siebenrock et al. 2004, Pfeil 2008).	266
Abbildung 70: Typische Lokalisationen selbstbeigebrachter Verletzungen (verändert und ergänzend übernommen nach König, 1987).	270
Abbildung 71: Mögliche, zur Selbstverletzung verwendete Gegenstände.	271
Abbildung 72: Selbstbeigebrachte Verletzungen.	274
Abbildung 73: Entkleidungsverletzungen.	278
Abbildung 74: Entkleidungsverletzungen.	279
Abbildung 75: Spreizverletzungen im Bereich der Oberschenkel.	280
Abbildung 76: Weibliche und männliche Genitalregion mit Darstellung der diagnostisch wichtigen (verdächtigen und abklärungsbedürftigen) Strukturen.	282
Abbildung 77: Anogenitale Verletzungen/Auffälligkeiten.	283
Abbildung 78: Genitale Hauterkrankungen/-veränderungen.	285
Abbildung 79: Gesundheitliche Folgen von Gewalt und deren Auswirkung.	293
Abbildung 80: Algorithmus der Gewaltopferdiagnostik.	308

9. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
BADO	Baisdokumentation
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
EDV	elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
HeimG	Heimgesetz
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
IfR	Institut für Rechtsmedizin Hamburg
k.A.	keine Angabe
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
KK	Kriminalkommissariat
LKA	Landeskriminalamt
m	männlich
n	Fallzahlen
Nr.	Nummer
PK	Polizeikommissariat
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
s.	siehe
sog.	sogenannt
StGB	Strafgesetzbuch
Tab.	Tabelle
u./o.	und/oder
u.a.	unter anderem
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
w	weiblich
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZD 66	Zentrale Ermittlungskommissariat Süd

10. Literaturverzeichnis

- Ahne T, Ahne S, Bohnert M (2011): Rechtsmedizinische Aspekte der Notfallmedizin. Ein praxisbezogener Leitfaden. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Ahne T, Ahne S, Bohnert M (2011): Sexualdelikte. In: Ahne T, Ahne S, Bohnert M (Hrsg). Rechtsmedizinische Aspekte der Notfallmedizin. Ein praxisbezogener Leitfaden. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 179 ff.
- Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K (Hrsg) (2009): Repetitorium allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Ärztammer Hamburg (Hrsg) (2006; aktualisiert 2010): Leitfaden „Häusliche Gewalt“. Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Online: https://www.aerztekammerhamburg.org/aerzte/leitfaden_haeusl_gewalt_18_10_10.pdf (10.07.2012).
- Baker AA (1975): Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 5(8): 20-24.
- Banaschak S, Madea B (2003): Selbstbeschädigung. In: Madea B (Hrsg). *Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Berlin, Heidelberg: Springer; 268–272.
- Bange D, Körner W (Hrsg) (2002): *Handwörterbuch sexueller Missbrauch*. Göttingen. Hogrefe.
- Bartl R (2008): *Osteoporose. Prävention - Diagnostik - Therapie*. 3. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Baumann K, Linden M (2015): Verbitterungseemotionen und Posttraumatische Verbitterungsstörung. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). *Handbuch der Psychotraumatologie*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 189 ff.
- Benz D, Metter D (1989): Abwehrverletzungen bei Tötungsdelikten durch scharfe Gewalteinwirkung. *D. Z Rechtsmed* 102(5): 277–291.
- Berzlanovich A, Rásky É (2016): Ärztliche Untersuchung, Spurensicherung und gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation. In: Völkel-Kernstock S, Kienbacher C (Hrsg). *Forensische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Psychologie – Medizin – Recht – Sozialarbeit*. Wien: Springer; 107–113.
- Betz P, Eisenmenger W (1993): Zur Nachweisbarkeit von Hautrötungen beim Lebenden. *Arch. Kriminol.* 192(3-4): 80–86.

- Bilsky W, Mecklenburg E, Pfeiffer C, Wetzels P (1993): Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen. Deskriptive Analysen krimineller Opfererfahrungen: Prävalenz, Inzidenz und Anzeigeverhalten (Teil I: Screening). KFN-Opferbefragung 1992 (KFN-Forschungsberichte). Hannover.
- Blankenburg E, Sessar K, Steffen W (1978): Die Staatsanwaltschaft im Prozess strafrechtlicher Sozialkontrolle (Strafrecht und Kriminologie, Untersuchungen und Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht Freiburg im Breisgau, Bd. 5). Berlin: Dunker & Humboldt.
- Blättner B, Krüger K, Grewe HA (2012): Ein Kompetenzzentrum für Gewaltopfer im öffentlichen Gesundheitsdienst. Erste Erfahrungen der "Schutzambulanz Fulda". Fulda: Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit.
- Bleich S (Hrsg) (2000): Ökologisches Stoffgebiet CompactLehrbuch zum GK 3: Arbeitsmedizin, Hygiene, Sozialmedizin, Medizinische Statistik, Rechtsmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- Bohle HH (1981): Soziale Probleme und soziale Indikatoren. Ein Beitrag zur Diskussion der Anwendungsmöglichkeiten der Soziologie für das Problemfeld "Kriminalität". Berlin: Duncker & Humblot.
- Böhmer F, Füsgen I (Hrsg) (2008): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Bohus M, Buchheim P, Doering S, Herpertz SC, Kapfhammer HP, Linden M, Müller-Isberner R, Renneberg B, Saß H, Schmitz B, Schweiger U, Resch F, Tress W (2009): S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. Heidelberg: Steinkopff.
- Bork K, Bräuninger W (2005): Hautkrankheiten in der Praxis. Diagnostik und Therapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Bratzke H (2003): Stumpfe Gewalt. In: Madea B (Hrsg). Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Berlin, Heidelberg: Springer; 110–123.
- Brendel D (2005): Tötungen durch Ersticken, Erdrosseln und Erwürgen aus dem Sektionsgut der Rechtsmedizin Münster 1993-1999. Dissertation. Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Institut für Rechtsmedizin).
- Buddecke E, Fischer M (1992): Hämostase. In: Buddecke E, Fischer M (Hrsg). Pathophysiologie, Pathobiochemie, klinische Chemie. Für Studierende der Medizin und Ärzte. Berlin, New York: de Gruyter; 238 ff.

- Bühren V, Keel M, Marzi I (2011): Verletzungen von Genitale und Perineum. In: Bühren V, Keel M, Marzi I (Hrsg). Checkliste Traumatologie. 7. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme; 173–174.
- Bundeskriminalamt (Hrsg) (2012): PKS-Zeitreihe. Tabelle 91. Opfergefährdung (Opfer pro 100 000 Einwohner bezogen auf die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe) vollendete/versuchte Fälle. Online: http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/PksZeitreihen/pksZeitreihen__node.html?__nnn=true (07.08.2012).
- Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2011): Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. Online: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/PKS2011.pdf?__blob=publicationFile (11.07.2012).
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg) (2005): Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht. Online: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-heimaufsicht-zusammenfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (11.03.2014).
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg) (2009): "Sicherer Hafen oder "gefährvolle Zone"? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2014): Pflege zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege. 10. aktualisierte Auflage (Stand Juli 2014). Online: <https://www.familienservice.uni-mainz.de/files/2015/08/Pflegen-zu-Hause-2015.pdf> (21.11.2017).
- Burston GR (1975): Granny-battering. Br Med J, 3: 592.
- Burston GR (1977): Do your elderly patients live in fear of being battered? Modern Geriatrics, 7(5): 54–5.
- Buschmann C (2015): Dokumentation von Gewaltformen. In: Ottomann C, Seidenstücker K-H (Hrsg). Maritime Medizin. Praxiswissen für Schiffsärzte und Ärzte im Offshore-Bereich. Berlin, Heidelberg: Springer; 67 ff.
- Ceumern-Lindenstjerna I-A (2008): Neuropsychologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Aufmerksamkeitsprozesse und ihre Bedeutung für

die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Brunner R, Resch F (Hrsg). Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 31–48.

Clages H (2004): Sexualstraftaten. In: Clages H (Hrsg). Der rote Faden. Grundsätze der Kriminalpraxis. 11. Aufl. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Kriminalistik Verlag; 514 ff.

Cornelißen, Waltraud (Hrsg) (2005): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.

Decalmer P, Glendenning Frank (Hrsg) (1997): The mistreatment of elderly people. 2. Aufl. London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Dettmeyer RB, Schütz HF, Verhoff MA (2011): Rechtsmedizin. 1. Aufl. Heidelberg: Springer.

Dettmeyer RB, Schütz HF, Verhoff MA (2014): Klinische Rechtsmedizin. In: Dettmeyer RB, Schütz HF, Verhoff MA (Hrsg). Rechtsmedizin. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 111–118.

Deuß U (2005): Einleitung. Zur Situation der Osteoporose in Deutschland. In: Peters KM, Deuß U (Hrsg). Osteoporose. Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie. Darmstadt: Steinkopff; 1 ff.

Dirr F (2004): Kriminalität im Hell- und Dunkelfeld - Kriminalitätsstatistik im Überblick. Studienarbeit. Eberhard-Karls-Universität Tübingen (Institut für Soziologie).

Dölling D, Feltes T, Heinz W, Kury H (Hrsg) (2003): Kommunale Kriminalprävention. Analysen und Perspektiven. Ergebnisse der Begleitforschung zu den Pilotprojekten in Baden-Württemberg. Holzkirchen.

Dudeck M, Bernheim D (2015): Traumafolgen nach anhaltender sexueller und anderer krimineller Gewalt. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 317 ff.

Durst J (1998): Allgemeine operationstechnische Prinzipien. In: Rohen JW, Durst J (Hrsg). Bauchchirurgie. Operationslehre mit topographischer Anatomie - Standards der Viszeralchirurgie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 279–308.

Eastman M (1989): Studying Old Age Abuse. In: Archer J, Browne KD (Hrsg). Human Aggression: Naturalistic Approaches. London: Routledge.

- Eatsman M (1984): Old Age Abuse. London: Age concern England.
- Eckermann C, Kujath P, Nolde J (2004): Postoperative und posttraumatische Infektionen. In: Adam D, Doerr HW, Link H, Lode H (Hrsg). Die Infektiologie. Berlin: Springer; 1363-1371.
- Eckhardt A (1996): Artificielle Störungen. Dtsch Ärztebl 93(24): A-1622–1626.
- Eisenmenger W (2004): Spitze, scharfe und halbscharfe Gewalt. In: Brinkmann B, Madea B (Hrsg). Handbuch gerichtliche Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 571–591.
- Ely SF, Hirsch CS (2000): Asphyxial deaths and petechiae. A review. J Forensic Sci 45(6): 1274–1277.
- Fattah EA (1993): Internationaler Forschungsstand zum Problem "Gewalt gegen alte Menschen" und Folgen von Opfererfahrung (KFN-Forschungsbericht, Nr. 10). Hannover: Kriminologisches Institut Niedersachsen.
- Feltes T (1991): Der staatliche Strafanspruch. Überlegungen zur Struktur, Begründung und Realisierung staatlichen Strafens. Eine Untersuchung im Zusammenhang mit der Sanktionsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der empirischen Bedeutung staatlichen Strafens. Habilitationsschrift. Eberhard-Karls-Universität Tübingen (Juristische Fakultät).
- Fieguth A (2008): Folgen von Gewalt aus rechtsmedizinischer Sicht. In: Lob G, Richter M, Pühlhofer F, Siegrist J (Hrsg). Prävention von Verletzungen. Risiken erkennen, Strategien entwickeln – eine ärztliche Aufgabe. Stuttgart, New York: Schattauer; 39–51.
- Freyberger J, Krausz M (2015): Traumatisierung und Sucht. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 245 ff.
- Gahr B, Grass H, Breitmeier D, Kleemann WJ (2005). Untersuchung von Gewaltopfern ("Lebendbegutachtungen") in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. Arch Kriminol 216(1-2):7–14.
- Gawenda M (1996): Therapeutische Sofortmaßnahmen und Behandlungsstrategien bei Bissverletzungen. Dtsch Ärztebl. 93 (43): A 2776–80.
- Gelles RJ (2002): Gewalt in der Familie. In: Heitmeyer W, Hagan J (Hrsg). Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 1043–1077.
- Gerok W, Brandstädter J (1994): Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudin-

ger UM (Hrsg). Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin, New York: de Gruyter; 356-385.

Geserick G, Kämpfe U (1990): Zur Bedeutung von Stauungsblutungen bei der gewaltsamen Asphyxie. In: Brinkmann B, Püschel K (Hrsg.), Ersticken. Fortschritte in der Beweisführung. Festschrift für Werner Janssen. Berlin, Heidelberg: Springer; 73–85.

Görge T (2006): Nahraumgewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen. In Zentrale Geschäftsstelle Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes & Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention: Geborgenheit schenken, Schutz bieten: Sicherheit für Senioren: Expertenworkshop im Rahmen des 10. Deutschen Präventionstages 2005 zum Thema "ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer". Stuttgart: Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes; 11–33.

Görge T, Herbst S, Kotlenga S, Nägele B, Rabold S (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Senioren Frauen und Jugend.

Görge T, Herbst S, Nägele B, Newig A, Kimmelmeier I, Kotlenga S, Mild N, Pigors K, Rabold S (2005a): "Ich habe gehofft, das wird mit den Jahren": Sexuelle Gewalterfahrungen älterer Frauen (KFN-Materialien für die Praxis, Nr.1). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Görge T, Kreuzer A, Nägele B, Krause S (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 217). Stuttgart: Kohlhammer.

Görge T, Nägele B (2003): Ältere Menschen als Opfer sexualisierter Gewalt (KFN-Forschungsbericht, Nr. 89). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Görge T, Nägele B (2006): Wehrlos im Alter? Strategien gegen Gewalt in engen persönlichen Beziehungen älterer Menschen. Dokumentation einer Fachtagung und eines Expertenforums am 14. und 15.6.2006 in Hannover (KFN-Materialien für die Praxis, Nr. 2). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Görge T, Newig A, Nägele B, Herbst S (2005b): "Jetzt bin ich so alt und das hört nicht auf": Sexuelle Viktimisierung im Alter (KFN-Forschungsberichte, Nr. 95). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

- Grassberger M, Püschel K (2013): Forensische Gerontologie – Gewalt und alte Menschen. In: Grassberger M, Türk EE, Yen K (Hrsg). Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien, New York: Springer; 234–257.
- Grassberger M, Yen K (2013): Allgemeine klinisch-forensische Traumatologie. In: Grassberger M, Türk EE, Yen K (Hrsg). Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien, New York: Springer; 179–220.
- Greitemann B (2009): Rehabilitation und Physiotherapie. In: Raschke MJ, Stange R (Hrsg). Alterstraumatologie. Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer; 146–170.
- Greve W, Wetzels P (1994): Opfererfahrungen und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen (KFN-Forschungsbericht, Nr. 34). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Hach W (2007): VenenChirurgie. Leitfaden für Gefäßchirurgen, Angiologen, Dermatologen und Phlebologen. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hamp T, Weidenauer D (Hrsg) (2012): Lehrbuch Tertiäre Notfall- und Intensivmedizin. 2. Aufl. Wien, New York: Springer.
- Hansen G (1965): Gerichtliche Medizin. 2., Auflage. Leipzig: Thieme.
- Hartkamp N, Wöller W, Ott J, Langenbach M (2002): Borderline-Persönlichkeitsstörungen (F60.31) (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus). In: Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart, New York: Schattauer; 123 ff.
- Heide S, Kleiber M (2006): Selbstbeschädigung – eine rechtsmedizinische Betrachtung. Dtsch Ärztebl 103(40): A 2627– A 2633.
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2016): Befunde und Klassifikation. In: Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (Hrsg). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 157 ff.
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (Hrsg) (2008): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Heidelberg: Springer.
- Herter D, Lerchenberger M, Khandoga A (2015): Spezielle Wunden, Schuss- und andere penetrierende Verletzungen. In: Rentsch M, Khandoga A, Angele M, Werner J (Hrsg). Komplikationsmanagement in der Chirurgie: Allgemeinchi-

urgie – Viszeralchirurgie – Thoraxchirurgie. Berlin, Heidelberg: Springer; 105 ff.

Hirsch RD (2002): Erfüllen Pflegeheime die Bedürfnisse der Menschen? Forum-Sozial 4: 16–19.

Hirsch RD (2003): Gewalt gegen alte Menschen. Ein Überblick zur Situation in Deutschland. In: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (Hrsg). Workshop Reader „Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen“. Bonn.

Hirsch RD, Brendenbach C (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Ergebnisse der Bonner HsM-Studie. Z Gerontol Geriat 32: 449–455.

Hirsch RD, Kranich M. (1999): Gewalt gegen ältere Menschen im öffentlichen Raum - Ergebnisse der Bonner HsM-Studie. Z Gerontol Geriat 12(3): 169–179.

Hörl J, Schimany P (2004): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Ein Zukunftsthema für die Generationenbeziehungen?. ZfF. 15(2): 194–215.

Hüner H (1965): Schädigung durch äußere Hitzeeinwirkung. In: Böttger G, Gerlach J, Gieseler H et al. (Hrsg). Traumatologie in der chirurgischen Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 85–103.

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

Jansen G (Hrsg) (2012): Zeuge und Aussagepsychologie (Praxis der Strafverteidigung, Bd. 29). Heidelberg: C.F. Müller.

Kamolz L-P, Herndon DN, Jeschke MG (Hrsg) (2009): Verbrennungen: Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas. Wien, New York: Springer.

Kerschbaumer F, Weise K, Wirth CJ (Hrsg) (2013): Operative Zugangswege in Orthopädie und Traumatologie. 4. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.

Klimke D (2008): Wach- & Schließgesellschaft Deutschland. Sicherheitsmentalitäten in der Spätmoderne. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Krutmann J, Diepgen T, Billmann-Krutmann C (Hrsg) (2008): Hautalterung. Grundlagen, Prävention, Therapie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.

- Kurrle SE, Sadler PM, Lockwood K, Cameron ID (1997): Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four Aged Care Assessment Teams. *Med. J. Aust.* 166 (3): 119–122.
- Kuwert P, Glaesmer H, Knaevelsrud C (2015): Trauma und Alter. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). *Handbuch der Psychotraumatologie*. 2. Aufl. Stuttgart.: Klett-Cotta; 469 ff.
- Landeghem F (2005): Neuropathologie von traumatischen Läsionen des ZNS. In: Wallesch C-W, Unterberg A, Dietz V (Hrsg). *Neurotraumatologie*. Stuttgart, New York: Thieme; 21–33.
- Landeskriminalamt Hamburg (Hrsg) (2012): Polizei Hamburg: Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. Online: <http://www.hamburg.de/contentblob/3315300/data/polizeiliche-kriminalstatistik-2011-do.pdf> (10.07.2012).
- Letz B (1883): Über die Gefährlichkeit der Stichwunden. Dissertation. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.
- Liehn M, Steinmüller L, Bröker S, Engel U, Schimmelpenning H, Weise R, Preuth M (2016): Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie. In: Liehn M, Lengersdorf B, Steinmüller L, Döhler R (Hrsg). *OP-Handbuch. Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf*. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 37–174.
- Lignitz E, Strauch H (1990): Halskompression vor oder nach Todeseintritt durch andere Gewalteinwirkung. In: Brinkmann B, Püschel K (Hrsg). *Ersticken. Fortschritte in der Beweisführung. Festschrift für Werner Janssen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 86–95.
- Lubatsch, Heike (2004): Dekubitusmanagement auf der Basis des Nationalen Expertenstandards. Ein Qualität entwickelndes Pflegemanagement. Hannover: Schlüter.
- Madea B, Dettmeyer R (2007): *Basiswissen Rechtsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mahler J, Grabe HJ (2015): Trauma und Depression. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). *Handbuch der Psychotraumatologie*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 264 ff.
- Mätzler A (2009): Todesermittlung. Polizeiliche Aufklärungsarbeit, Grundlagen und Fälle. 4. Aufl. Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Maune S (2009): Verbrennungstrauma der oberen Atemwege. In: Wappler F, Spilker G (Hrsg). *Verbrennungsmedizin. Vom Unfallort bis zur Rehabilitation*. Stuttgart, New York: Thieme; 117 ff.

- Maxeiner H (2007): Gewaltsame Erstickung. In: Madea B (Hrsg). Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Berlin, Heidelberg: Springer; 149–169.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg) (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.
- Middeke M (2014): Haut und Hautanhangsgebilde. In: Fießl H, Middeke M (Hrsg). Anamnese und klinische Untersuchung. 5., Auflage. Stuttgart: Thieme; 381 ff.
- Nyberg E, Stieglitz R-D (2009): Diagnostik selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl C, Stiglmayer C (Hrsg). Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 29–38.
- Oberlies D (2005): Erledigungspraxis in Fällen häuslicher und sexueller Gewalt. Eine Aktenstudie bei den Staatsanwaltschaften des Landes Sachsen-Anhalt. Fachhochschule Frankfurt am Main. Online: <https://www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4/kontakt/professorinnen/dagmar-oberlies/veroeffentlichungen.html> (19.11.2017).
- Oehmichen M, Banaschak S, ;Madea B (2006): Vitale Reaktionen und Zeitschätzung. In: Madea B (Hrsg). Praxis Rechtsmedizin, 2. aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 103–111.
- Oehmichen M, Meißner C (2007): Genetische Anlage oder Folge von Umwelteinflüssen? Das „natürliche“ Altern und der „natürliche“ Tod. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 60 (3): 65–71.
- Ohl D (2002): Häusliche Gewalt – Beschreibung eines gesellschaftlichen Problems. In: Landeskommision Berlin gegen Gewalt (Hrsg). Berliner Forum Gewaltprävention. Themenschwerpunkt: Häusliche Gewalt. Berlin, Nr.1/2002: 10–20.
- Paetz B (Hrsg) (2009): Chirurgie für Pflegeberufe. 21. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Pechlaner C (2010): Gerinnungsstörungen und Antikoagulationstherapie. In: Ledochowski M (Hrsg). Klinische Ernährungsmedizin. Wien, New York. Springer: 289–298.
- Petermann F (2011): Diskussion zu dem Beitrag Ärztlich-therapeutisches Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen. Dtsch Ärztebl 108 (25): 432.

- Petermann F, Winkel S (2009): Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten (Klinische Kinderpsychologie, Band 9). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Petersen EE (2011): Infektionen der Vulva (Vulvitis). In: Petersen EE (Hrsg). Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Lehrbuch und Atlas. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 89 ff.
- Pfeil J (Hrsg) (2008): Hüftchirurgie. Steinkopff.
- Piatek S (2006): Wundarten. In: Lippert H (Hrsg). Wundatlas. Kompendium der komplexen Wundbehandlung. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 7–27.
- Pillemer K, Moore DW (1989): Abuse of patients in nursing homes. Findings from a survey of staff. *The Gerontologist* 29 (3): 314–320.
- Pils K (2006): Sturz - Risikoerfassung und Prävention. Kongressbericht. *European Journal of Geriatrics* 8(3): 178.
- Pollak S (2003): Körperverletzung. In: Madea B (Hrsg). *Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Berlin, Heidelberg: Springer; 279 ff.
- Prahlow JA (2010): *Forensic Pathology for Police, Death Investigators, Attorneys, and Forensic Scientists*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.
- Prahlow JA, Byard RW (2012): *Atlas of forensic pathology*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.
- Prantl H (2014): Verfassungsklage auf ein würdiges Altern. Der Sozialverband VdK will wegen „grundrechtswidriger Zustände“ im Pflegesystem Karlsruhe anrufen. Gleich zehn Musterklagen sollen mehr Hilfe und bessere Betreuung für Senioren erzwingen. *Südd. Zt.* 70(94): 1.
- Püschel K (1992): Morphologie und Rekonstruktion des Trauma: Vortäuschung einer Straftat durch selbstbeigebrachte Verletzungen. Teil 1 (Verletzungen an Brust und Bauch). *hautnah dermatol* (2): 196–206.
- Püschel K (2008): Elder Abuse and Gerontocide. In: Ruttly GN (Hrsg): *Essentials of Autopsy Practice. New Advances, Trends and Developments*. London: Springer; 77–111.
- Püschel K, Heinemann A (2017): Von den Toten lernen für das Leben. Vom sogenannten Dekubitus-Skandal zu einer evidenzbasierten Qualitätssicherung in der Altenpflege. In: Sielaff M, Püschel K (Hrsg). *Mit Druck umgehen*. 20

Jahre Dekubitus-Monitoring für die Pflege in Hamburg. Hamburg: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.; 45–68.

Püschel K, Kleiber M, Erfurt C (1994): Morphologie und Rekonstruktion des Trauma: Vortäuschung einer Straftat durch selbstbeigebrachte Verletzungen. Teil 2 (Symbolhafte Darstellungen aus der Gewaltszene als kutane Artefakte). *hautnah dermatol* (10): 447–452.

Püschel K, Schröder J (2006): Die Bedeutung rechtsmedizinischer Untersuchungsergebnisse bei der Erstellung von Fallanalysen. In: Musolf C, Hoffmann J (Hrsg). Täterprofile bei Gewaltverbrechen. Mythos, Theorie, Praxis und forensische Anwendung des Profiling. Berlin: Springer; 177–206.

Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U (2004): Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. *Dtsch Arztebl* 101(40): A2682-2688.

Reich O, Stief CG (2007): Verletzungen des Urogenitalsystems. In: Wirth CJ, Mutschler W, Kohn D, Pohlemann T (Hrsg). *Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie*. 1. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme; 418–425.

Remschmidt H, Schmidt MH (2000): Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg). *Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 3. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 197.

Renteln-Kruse W (2017): Dekubitus – die geriatrische Perspektive. Zur Verletzlichkeit alter Patientinnen und Patienten. In: Sielaff M, Püschel K (Hrsg). *Mit Druck umgehen. 20 Jahre Dekubitus-Monitoring für die Pflege in Hamburg*. Hamburg: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.; 13–18.

Robert-Koch-Institut (Hrsg) (2010): *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Ruchholtz S, Wirtz DC (Hrsg) (2013): *Orthopädie und Unfallchirurgie*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Sachsse U (2011): Selbstverletzendes Verhalten (SVV) als somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg, OF, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 384–389.

Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg) (2013): *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.

- Sauer M (2011): Partizipation und Engagement türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse der elften Mehrthemenbefragung 2010. Eine Analyse im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung). Essen: Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung.
- Schäfer I (2006): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: Schäfer I, Krause M (Hrsg). Trauma und Sucht. Konzepte, Diagnostik, Behandlung. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 11–32.
- Schäfer I (2015): Traumatisierung und Psyche. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 255 ff.
- Schimpl G (2006): Bauchtrauma. In: Weinberg A-M, Tscherne H (Hrsg). Tscherne Unfallchirurgie. Unfallchirurgie im Kindesalter - Teil 2: Untere Extremität, Wirbelsäule, Körperhöhlen, Besonderheiten des kindlichen Skelettes. Berlin, Heidelberg: Springer; 869–882.
- Schmeißer S (2000): Selbstverletzung. Symptome, Ursachen, Behandlung. Münster [u.a.]: Waxmann.
- Schmelzeisen H (1997): Frakturen, Luxationen und Kapsel-Band-Rupturen des Schultergürtels und der oberen Extremität. In: Dust J (Hrsg). Traumatologische Praxis in einem Band. Standards in Diagnostik und Therapie für alle Fachgebiete. Stuttgart, New York: Schattauer; 429–460.
- Schmidt-Matthiesen H (2005): Differentialdiagnostische Probleme. In: Schmidt-Matthiesen H, Wallwiener D (Hrsg). Gynäkologie und Geburtshilfe. Lehrbuch für Studium und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer; 465.
- Schneider B, Wächtler C, Schaller S, Erlemeier N, Hirsch R (2014): Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In: Lindner R, Hery D, Schaller S, Schneider B, Sperling U (Hrsg). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen: Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer; 35 ff.
- Schneider H-D, Sigg E (1990): Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz. Bericht 2/1989 der Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz.

- Schneider HJ (1998): Vergewaltigung. In: Sieverts R, Schneider HJ (Hrsg). Handwörterbuch der Kriminologie. 5. Bd., Nachtrags- und Registrierband (2. Aufl.). Berlin: de Gruyter; 524–561.
- Schneider HJ (2009): Vergewaltigung. In: Schneider HJ (Hrsg). Internationales Handbuch der Kriminologie. Band 2. Besondere Probleme der Kriminologie. Berlin: de Gruyter; 813–864.
- Schünke M (2000): Funktionelle Anatomie - Topographie und Funktion des Bewegungssystems. Stuttgart, New York: Thieme.
- Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (2012): Schädigung durch Strangulation. Online: https://www.sgrm.ch/inhalte/Forensische-Medizin/Strangulation_final_rev.pdf (01.10.2013).
- Schwind H-D, Alhorn W, Eger H-J, Jany U, Pudel V, Herold H, Weiß R (1975): Dunkelfeldforschung in Göttingen 1973/74. Eine Opferbefragung zur Aufhellung des Dunkelfeldes und zur Erforschung der Bestimmungsgründe für die Unterlassung von Strafanzeigen (BKA-Forschungsreihe, Bd. 2). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Schwithal B (2004): Weibliche Gewalt in Partnerschaften. Eine synontologische Untersuchung. Inaugural-Dissertation. Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Philosophische Fakultät).
- Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J (2004): Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. Rechtsmedizin 14: 183–8.
- Service de Santé au Travail Multisectoriel (Hrsg) (2006): Rückenschonende Kranken- und Altenpflege. Luxembourg. Online: <http://www.sante.public.lu/publications/impacts-milieu-vie/sante-travail/soignez-protegeant-dos/soignez-protegeant-dos-de.pdf> (08.03.2013).
- Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker J (2004): Abuse and neglect. A ten-year review of mortality and morbidity in our elders in a large metropolitan area. J Forensic Sci 49(1): 122–127.
- Siebenrock K-A; Leunig M, Beck M, Ganz R (2004): Trauma des Beckens und Hüftgelenks. In: Tschauner C (Hrsg). Orthopädie und orthopädische Chirurgie. Becken, Hüfte. Stuttgart: Thieme; 459 ff.
- Siemieniec A, Kildal D (2017): Traumatische Fremdkörper. In: Kildal D (Hrsg). Medizinische Fremdkörper in der Bildgebung. Kopf, Extremitäten und Wirbelsäule. Berlin: Springer; 553–567.

- Sirgist T(Hrsg) (2010): Rechtsmedizin, Skriptum - Teil 1. 13. überarbeitete Version 2010. Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital St. Gallen. Online: http://www.rechtsmedizin.kssg.ch/gn/downloads/_jcr_content/Par/downloadlist_4/DownloadListPar/download_0.ocFile/Skript_ReMed_Teil1_2010.pdf (15.11.2015).
- Spitzer C, Wingenfeld K, Freyberger HJ (2015): Geschlechtsspezifische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg). Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 92 ff.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg) (2012): Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Online: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/pflegestatistik_kreisvergleich.pdf (12.07.2012).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg) (2011): Statistik informiert (VII/2011). Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2010. Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - Begleitheft zur Pressekonferenz am 18. November 2009. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile (12.07.2012).
- Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Hrsg) (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeeinrichtungen. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege1Bericht2001.pdf?__blob=publicationFile (12.07.2012).
- Stemmer-Lück M (2009): Arten von Traumatisierungen. In: Stemmer Lück (Hrsg). Verstehen und behandeln von psychischen Störungen: psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 265.
- Stich R, Bauer KH (1958): Nicht-mechanische (thermische, chemische, elektrische) Verletzungen. In: Stich R, Bauer KH (Hrsg). Lehrbuch der Chirurgie. 16./17. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 39–48.

- Thiede R (2012): Hautveränderungen bei Diabetes mellitus. In: Haak T, Palitzsch K-D (Hrsg). Diabetologie für die Praxis. Fallorientierte Darstellung - Diagnostik und Therapie. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 246 ff.
- Thieme H, Wulf D (2007): Altersbedingte neurologische Erkrankungen und ihre Besonderheiten bei physiotherapeutischer Intervention. In: Van den Berg F, Wulf D (Hrsg). Angewandte Physiologie. Bad. 6. Alterungsprozesse und das Alter verstehen. Stuttgart: Thieme; 91–124.
- Thomas C (2006): Histopathologie. Lehrbuch und Atlas zur Befunderhebung und Differenzialdiagnostik. 14. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Tiller F-W, Stein B (Hrsg) (2005): Das klinische Labor. Laborparameter, Funktionstest, Präanalytik, Mikrobiologie, Humangenetik. 2. Aufl. Landsberg: Ecomed Medizin.
- Wahle H (1965): Katamnestische Erhebungen. Medizinischer Teil. In: Wahle H (Hrsg). Das Schicksal der Querschnittsgelähmten aus medizinischer und sozialer Sicht. Wien, New York: Springer; 17–27.
- Weber R, Fontana A (2005): Status febrilis. In: Sigenthaler W (Hrsg). Siegenthalers Differenzialdiagnose. Innere Krankheiten - vom Symptom zur Diagnose. 19., Aufl. Stuttgart, New York: Thieme; 118 ff.
- Weihing I (2003): Viktimologie: Sexualdelikte und die Folgen für die Opfer. Studienarbeit. Universität Augsburg (Sozialwissenschaftliche Fakultät).
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO.
- Wetzels P, Greve W, Mecklenburg E, Bilsky W, Pfeiffer C (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 105). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilczkowiak IU (2001): Hautverletzungen und Hautschäden. In: Rost R (Hrsg). Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 572–579.
- Wilsdorf S (2012): Gewalt rechtzeitig erkennen und benennen, Arbeitskreis Häusliche Gewalt der Ärztekammer. Dtsch. Ärztebl. 65 (4): 18 ff.
- Wirth I, Schmeling A (2012): Gewaltsamer Tod. In: Wirth I, Schmeling A (Hrsg). Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis. 3. Aufl. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Kriminalistik Verlag; 72 ff.

- Wirth I, Strauch H (2006): Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis. 2. Aufl. Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- Wirth, Ingo (Hrsg.) (2011): Kriminalistik Lexikon. Grundlagen der Kriminalistik. 4. Aufl. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Kriminalistik Verlag; 285.
- Zentrale Geschäftsstelle Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Hrsg) (2005): Geborgenheit schenken, Schutz bieten: Sicherheit für Senioren. Expertenworkshops im Rahmen des 10. Deutschen Präventionstages zum Thema "ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer".
- Ziegler D, Kudlacek D, Fischer T (2011): Zur Wahrnehmung und Definition von Sicherheit durch die Bevölkerung. Erkenntnisse und Konsequenzen aus der kriminologisch-sozialwissenschaftlichen Forschung (Schriftenreihe Sicherheit, Nr. 5). Berlin: Forschungsforum Öffentliche Sicherheit.
- Zimmer G (2009): Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Zimmerli W (2008): Infektionen nach Bissverletzungen. In: Schoenenberger RA, Haefeli WE, Schifferli J (Hrsg). Internistische Notfälle. Sicher durch die Akutsituation und die nachfolgenden 48 Stunden. 8., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Thieme; 282.
- Zinka B, Fieseler S (2009): Selbstverletzungen aus rechtsmedizinischer Sicht. NeuroTransmitter (2): 46–54

11. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel für die Überlassung dieses Themas, seine freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit und dafür, dass er in mir das Interesse für wissenschaftliches Arbeiten und Forschen geweckt hat. Besonders bedanken will ich mich auch für die wissenschaftliche Freiheit während des Verfassens dieser Arbeit und anregende Diskussionen, was maßgeblich zum Gelingen dieser Dissertationsschrift beitrug.

Ich möchte mich auch sehr herzlich bei Frau Dr. med. Anke Klein für die Betreuung und die unkomplizierte Zusammenarbeit bedanken.

Ebenso gilt mein Dank allen, die mit ihrem Wissen und der Zurverfügungstellung von Dokumenten und Unterlagen meine Arbeit unterstützt haben, dabei ist insbesondere Frau Priv.-Doz. Dr. med. Dragana Seifert zu danken. Ein besonderer Dank gilt auch allen Mitarbeitern und ärztlichen Kollegen des Institutes für die außerordentlich gute Zusammenarbeit. Diese Arbeit wäre ohne ihre Hilfe nicht möglich gewesen.

Mein herzlichster Dank gilt vor allem meiner Familie für ihre Unterstützung, ihren Rückhalt und die Ermöglichung meines Studiums. Mein ganz besonderer Dank geht hierbei an meine Schwester Dr. jur. Claire Dietz, für jedwede Unterstützung in allen Lebenslagen, die sie jederzeit zu geben bereit ist. Ebenso gilt ein ganz besonderer Dank meiner Ehefrau Laura Dietz, die mir in den letzten Jahren, insbesondere im Hinblick auf die zeitintensiven und vielfältigen beruflichen Verpflichtungen, zu jeder Zeit mit viel Verständnis und Unterstützung zur Seite stand.

12. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

12. Eidesstattliche Erklärung

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

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

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

Unterschrift: