

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Matthias Graw

**Datenerhebung und -auswertung an der Opferschutzambulanz
des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München in den Jahren
2010 bis 2013**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Stefanie Kristin Mayer

aus

München

2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Orsolya Genzel-Boroviczény
PD Dr. phil. Dipl.- Psych. Matthias Weigl

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. med. Claudia Helmreich

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 09.11.2017

„Das Erste, das der Mensch im Leben vorfindet, das Letzte, wonach er die Hand ausstreckt, das Kostbarste, was er im Leben besitzt, ist die Familie.“

Adolph Kolping

Gewidmet meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung und Fragestellung	06
2 Material und Methoden	19
3 Ergebnisse	32
3.1 Vorstellungen in der Ambulanz	32
3.1.1 Opfer	32
3.1.1.1 Anzahl der Opfer	32
3.1.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung	32
3.1.1.3 Migrationshintergrund	33
3.1.2 Täter	34
3.1.2.1 Anzahl der Täter	34
3.1.2.2 Geschlechts- und Altersverteilung	34
3.1.2.3 Migrationshintergrund	35
3.1.3 Vorfalsschilderung	36
3.1.3.1 Vorfallsort	36
3.1.3.2 Vorfallszeit	37
3.1.3.3 Vorfalshäufigkeit	38
3.1.3.4 Täter-Opfer-Beziehung	39
3.1.3.5 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen	40
3.1.3.6 Gewaltkategorie	40
3.1.4 Allgemeine und gynäkologische Anamnese der Opfer	48
3.1.4.1 Schwangerschaft und Geburtenanzahl	48
3.1.4.2 Vorerkrankungen und Infektionen	49
3.1.4.3 Medikation	49
3.1.4.4 Weitere gynäkologische Anamnese	49
3.1.5 Körperliche Untersuchung der Opfer	50
3.1.5.1 Zeit zwischen letztem Tattag und Untersuchung	50
3.1.5.2 Zugang zur Gewaltopferambulanz	51
3.1.5.3 Untersuchungszeit und -dauer	52
3.1.5.4 Untersuchungstechnik	53
3.1.5.5 Patientenverhalten	53
3.1.5.6 Fotodokumentation	53
3.1.5.7 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen	53

3.1.6 Befunderhebung.....	54
3.1.6.1 Verletzungsart.....	54
3.1.6.2 Verletzungsalter.....	54
3.1.6.3 Körperregionen.....	55
3.1.6.4 Spurensicherung.....	56
3.1.6.5 Einschätzung.....	57
3.1.7 Procedere.....	58
3.2 Telefonberatungen.....	60
3.2.1 Opfer.....	60
3.2.1.1 Anzahl der Opfer.....	60
3.2.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung.....	60
3.2.2 Täter.....	60
3.2.2.1 Anzahl der Täter.....	60
3.2.2.2 Geschlechts- und Altersverteilung.....	61
3.2.3 Vorfalsschilderung.....	61
3.2.3.1 Vorfallsort.....	61
3.2.3.2 Vorfallszeit.....	62
3.2.3.3 Vorfalshäufigkeit.....	62
3.2.3.4 Täter-Opfer-Beziehung.....	62
3.2.3.5 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen.....	63
3.2.3.6 Beratungskategorie.....	63
3.2.4 Beratung der Opfer.....	66
3.2.4.1 Zeit zwischen letztem Tattag und Beratung.....	66
3.2.4.2 Zugang zur Gewaltopferambulanz.....	66
3.2.4.3 Beratungszeit und -dauer.....	67
3.2.5 Procedere.....	68
4 Diskussion.....	69
4.1 Diskussion der Methode.....	69
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....	70
5 Ausblick.....	101
6 Zusammenfassung.....	105
7 Literatur- und Abbildungsverzeichnis.....	107
8 Anlagen.....	114
Danksagung.....	153

1 Einleitung und Fragestellung

Hinführung

Laut einer im März 2014 veröffentlichten Studie durch die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte hat jede dritte befragte Frau seit ihrem 15. Lebensjahr mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014). Die zwischen April und September 2012 durchgeführte Befragung von 42.000 Frauen im Alter von 18 bis 74 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) mittels eines Standardfragebogens durch weibliche Interviewerinnen weist weitere erschreckende Zahlen auf: „Jede zehnte Frau hat seit ihrem 15. Lebensjahr eine Form der sexuellen Gewalt erfahren und jede zwanzigste wurde vergewaltigt [...]. Etwas mehr als jede fünfte Frau hat körperliche und/oder sexuelle Gewalt entweder von dem/der derzeitigen PartnerIn erfahren [...]. Von den Frauen, die von ihrem/ihrer derzeitigen PartnerIn vergewaltigt wurden, geschah dieser Übergriff bei einem Drittel mindestens sechs Mal. Jede dritte Frau hat laut eigenen Angaben psychische Gewalt in der Partnerschaft [...] erlebt“ (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014, S.10-22). Am häufigsten betroffen sind Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren. Lediglich 13% der Betroffenen meldeten jedoch ihren schwerwiegendsten Vorfall der Polizei. Als Gründe hierfür wurden oft Scham, Angst vor Schuldzuweisungen und mangelnde Unterstützungsangebote angegeben (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014). Bereits eine 2004 erhobene Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ an 10.264 Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren zeigte ähnliche Ergebnisse: Etwa der Hälfte der Frauen, die seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben (40%), ist dies durch den (Ex-) Partner widerfahren. 60% der Betroffenen berichteten von mehrmaligen Gewalthandlungen. Unbekannte Täter und flüchtige Bekannte wurden deutlich seltener genannt. So fand auch der Übergriff überwiegend in der eigenen Wohnung statt (70%). Typische „Angstorte“ v.a. sexueller Gewalt wie öffentliche Parks und Straßen wurden von einem Viertel angegeben (BFSFJ 2012). Darüber hinaus war etwa jede fünfte bis siebte Frau, die zum Befragungszeitpunkt in einer Paarbeziehung lebte, psychisch-verbaler Gewalt, Kontrolle und Dominanz durch den aktuellen Partner ausgesetzt (BFSFJ 2008). Die Bundesstudie im Rahmen eines Aktionsplans zur Bekämpfung von „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ untersuchte zudem die Hintergründe der Übergriffe: Als häufigster Zeitpunkt für das erste Auftreten von Gewalt wurde der Umzug in ein gemeinsames Heim genannt. Die Hälfte der Opfer berichtete über eine Zunahme der Vorfalshäufigkeit und Schwere der Gewaltform mit

der Zeit. Anfangs bestand diese zumeist „nur“ aus wütendem Wegschubsen und/oder Ohrfeigen. Es konnte abschließend festgestellt werden, dass bei türkischen Frauen die Rate der in einer Partnerschaft erlebten Gewalt höher ist (LAMNEK ET AL. 2013). Trotz dieser zwei aktuellen und umfangreichen Studien mangelt es weiterhin an verlässlichen und vergleichbaren Daten (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014). Auch GRASSBERGER ET AL. (2013) meinen hierzu, dass gerade bei sexueller Gewalt oder auch Gewalt im häuslichen Bereich ein sehr hohes Dunkelfeld bestünde. Denn bei diesen Delikten sei die Anzeigeneigung trotz steigender Tendenz in den letzten Jahren noch immer relativ gering. Ebenso sei davon auszugehen, dass Täter und auch Opfer aus Scham oder Angst selbst bei vertraulichen Befragungen nicht oder nicht vollständig berichten würden.

Dies ist zum großen Teil auch der Fall im Bereich „Gewalt gegen Männer“. Bis jetzt existiert zu dieser Thematik lediglich eine 2004 durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte Pilotstudie an rund 200 Männern. Hier gab jeder vierte befragte Mann an, „körperlichen Übergriffen in der Partnerschaft ausgesetzt gewesen zu sein, die allerdings in Häufigkeit und Schwere deutliche Unterschiede zu der von Frauen erlebten höheren Gewaltintensität in Partnerschaften aufweisen“ (RKI 2008, S.13). Die Übergriffe bestanden zumeist aus wütendem Wegschubsen. Etwa zu zehn Prozent wurden Ohrfeigen, Beißen, Kratzen oder Treten genannt (SCHWITHAL 2004). Eine bedeutsamere Rolle spielt jedoch psychische Gewalt wie Beleidigung und Demütigung, die soziale und auch finanzielle Kontrolle durch die PartnerInnen (JUNGNITZ ET AL. 2007). Fünf der befragten 200 Männer gaben an, dass ihre Partnerin ihnen ihre sexuellen Bedürfnisse aufgedrängt habe, einer wurde zu sexuellen Handlungen gezwungen (SCHWITHAL 2004). Häufiger kommt es im Kontext homosexueller Kontakte zu sexuellen Übergriffen, oftmals nach Alkoholkonsum (GRASSBERGER ET AL. 2013). Jedoch liegt in beiden Fällen eine dürftige Literaturlage vor, da diese Thematik wohl mit am stärksten tabuisiert ist (JUNGNITZ ET AL. 2007). Hinsichtlich des Alters sind junge Männer bis 25 Jahre (vergleichbar mit den Frauen) in der Gruppe als Opfer überrepräsentiert. Hier wird als Vorfalldort häufig das familiäre Umfeld angegeben. „Mit Ausnahme der jungen Männer spielt in allen Altersgruppen [jedoch] Gewalterfahrung durch Fremde eine herausragende Rolle“ (DÖGE 2011, S. 81). Dies geschieht zumeist in der Öffentlichkeit und Freizeit. Eine Metaanalyse hinsichtlich Gewaltanwendung durch Frauen und Männer in einer Partnerschaft zeigt schließlich, dass Frauen weniger schwere Gewaltformen gebrauchen und dass das Ausmaß der psychischen Gewalt bei beiden Geschlechtern vergleichbar ist. In Bezug auf sexuelle Gewaltformen sind Frauen stärker betroffen, ebenso hinsichtlich erkennbarer Verletzungen. In den meisten Fällen (zwei Drittel) wird

die Gewalt von beiden Partnern wechselseitig ausgeübt (LAMNEK ET AL. 2013). Hinsichtlich der Vorfallshintergründe lässt sich sagen, „dass Gewalt gegen Männer [...] in der Regel aus legitimen Motiven (Verteidigung, Rache) heraus geschieht, während Gewalt gegen Frauen aus illegitimen Motiven heraus geschieht“ (GEMÜNDEN 1996, S.18). Diese Aussage führt jedoch dazu, dass Männer fälschlicherweise selbst dafür verantwortlich gemacht werden, wenn sie Opfer von Gewalthandlungen ihrer Frauen werden, deren Motive ausschließlich als legitime Notwehr oder Selbstverteidigung angegeben werden (LAMNEK ET AL. 2013). GEMÜNDEN (1996) deklariert, dass Gewalt gegen Frauen dennoch das größere Problem sei, weil Frauen schwerer verletzt würden und die „übrigen Konsequenzen“ für sie größer seien. Jedoch stellen gesundheitliche Auswirkungen von „Gewalt gegen Männer“ laut RKI (2008) ein vernachlässigtes Gebiet der Forschung dar, ebenso die Tatsache, dass Frauen leichter Gebrauch von Hilfsangeboten machen und darin eine geringere Schwelle sehen als Männer (LAMNEK ET AL. 2013), so dass hier keine Rückschlüsse auf die Folgen von Gewalt an Männern gezogen werden können. Des Weiteren gibt es kein dauerhaft organisiertes Bemühen von Seiten der männlichen Opfer, die Thematik in die Massenmedien einzubringen im Gegensatz zu „Gewalt gegen Frauen“, welche durch die Frauenbewegung an die Öffentlichkeit gebracht wurde (GEMÜNDEN 1996). Da „Gewalt gegen Männer“ auch im Widerspruch zur männlichen Geschlechterrolle steht und sich nicht mit den typischen Rollenattributen wie Stärke, Überlegenheit und Unabhängigkeit vereinbaren lässt, verhindert dies ebenfalls die Anerkennung als soziales Problem (GEMÜNDEN 1996, LAMNEK ET AL. 2013).

Die Folgen dieser durch die Studien ermittelten Gewalterfahrungen sind gravierend: „Nach Angaben der WHO gilt Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt, als eines der weltweit größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder, was bis vor wenigen Jahren in Deutschland noch kaum im öffentlichen Bewusstsein verankert war“ (RKI 2008, S. 7). Der Europarat gibt weiter an, dass häusliche Gewalt die Hauptursache für den Tod oder die Gesundheitsschädigung bei Frauen zwischen 16 und 44 Jahren sei und damit noch vor Krebs oder Verkehrsunfällen rangiere (SCHÖNEWALD 2013). Der Tod der Betroffenen erfolgt jedoch nicht durch die Tat an sich, denn insgesamt kommt es in einer vergleichsweise geringen Anzahl zur Realisierung der angekündigten Bedrohung bzw. des Gewaltdelikt (KELLER 2008), sondern durch die steigende Suchtmittelabhängigkeit, Suizidalität, Depressivität, Essstörungen und andere die Gesundheit beeinträchtigenden Verhaltensweisen wie eingeschränkte körperliche Aktivität, Selbstverletzung oder auch häufige Partnerwechsel in Verbindung mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr (HEILIGER 2000, RKI 2008).

Definitionen

„Unter Gewalt im sozialen Nahraum eines Menschen ist die Gewaltanwendung zwischen Personen zu verstehen, die in einer auf gegenseitige Sorge und Unterstützung angelegten personenbezogenen Gemeinschaft zusammenleben. Folglich fallen darunter alle Personen innerhalb einer Familie, in Partnerschaften, aber auch in Verwandtschaftsbeziehungen (s. Abb. 1). Mit umfasst wird ferner die Gewaltanwendung, die während oder nach der Trennung erfolgt und noch in unmittelbarem Bezug zur früheren Lebensgemeinschaft steht“ (SCHMIDBAUER 2013, S. 22). Unter Gewaltanwendung wird ferner das Zufügen oder Androhen von psychischem, physischem oder sexuellem Leid verstanden (GRASSBERGER ET AL. 2013).



Abb. 1 Häusliche Gewalt (GRASSBERGER ET AL. 2013)

Familiäre und Gewalt außerhalb des familiären Nahbereichs lässt sich laut der LANDESKOMMISSION BERLIN GEGEN GEWALT (2002) einteilen in (s. Abb. 2):

1) Körperliche Gewalt

Körperliche Gewalt besteht z.B. aus Schubsen, Stoßen, Schlägen, Tritten, Angriffen mit Gegenständen. Sichtbare Verletzungen sind zumeist Quetschungen, Blutergüsse, ausgeschlagene Zähne und/oder Frakturen.

2) Sexuelle Gewalt

Die häufigste Form der sexuellen Gewalt stellt die Vergewaltigung dar. Dies meint, dass „der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere, wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind“ (§177 StGB, MADEA 2013, S. 253). Das Eindringen in den Körper kann mit dem Genitale, Finger und/oder Gegenständen in Vagina, After und/oder Mund erfolgen. Weitere Unterformen stellen die sexuelle Nötigung und der sexuelle Missbrauch dar.

3) Psychische Gewalt

Diese Art der Gewaltanwendung umfasst Einschüchterungen, Beleidigungen, Drohungen, Eifersucht, Isolation und Sachbeschädigung. Laut oben genannter EU-Studie besteht psychische Gewalt zumeist darin, dass „eine Frau von dem Partner/der Partnerin unter vier Augen herabgesetzt oder gedemütigt wird, dass der/die Partner/Partnerin darauf besteht, zu wissen, wo sie sich aufhält, und zwar so, dass dies über ein gewöhnliches Interesse hinausgeht, sowie wütend zu werden, wenn sie mit anderen Männern/Frauen spricht“ (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014, S. 25).

4) Ökonomische Gewalt

umfasst die Einteilung von Haushaltsbudget und das Verhindern der Berufsausübung.

5) Emotionale Gewalt

bedeutet die Kontrolle in beinahe allen Lebensbereichen sowie die emotionale Zurückweisung und das Verweigern der Anerkennung einer Person.

6) Soziale Gewalt

Der Ausübende setzt meist Kinder als Druckmittel ein, beansprucht die alleinige Entscheidungs- und Verfügungsmacht über alle Familienmitglieder, wertet sämtliche Äußerungen ab und stellt Personen bloß.

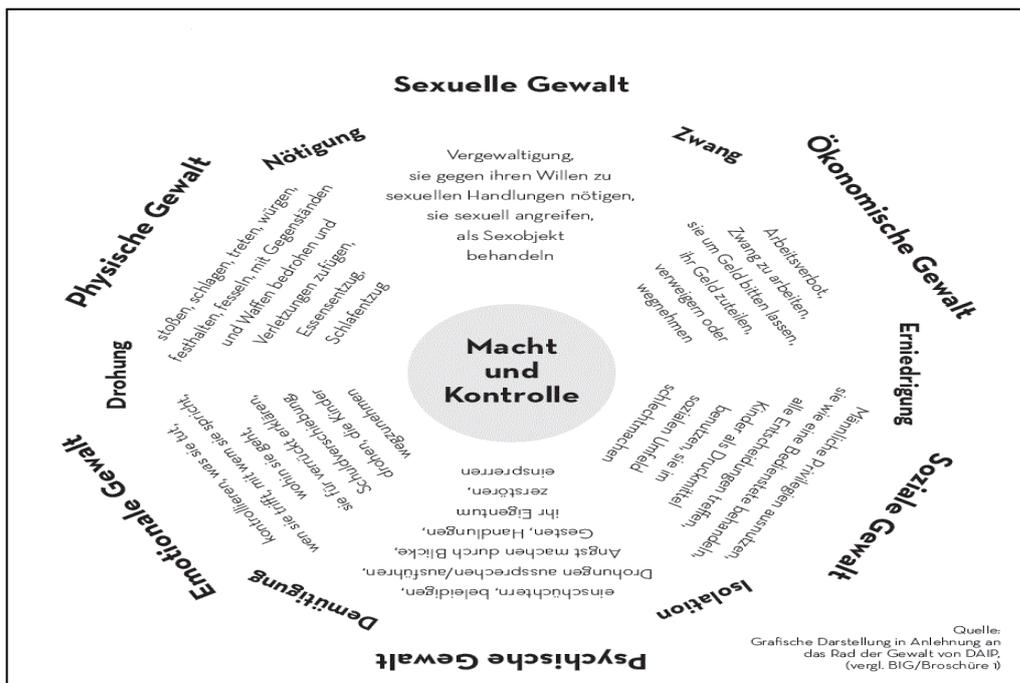


Abb. 2 Rad der Gewalt (FRAUENHAUS GERA 2014)

Bezüglich intimer Partnergewalt lässt sich laut BRZANK (2012) zudem die Art der Gewaltbeziehung charakterisieren: Unter dem Begriff der „short history of violence“ werden Beziehungen verstanden, in denen die Gewalt noch nicht lange andauert und v.a. sexuelle und/oder körperliche Gewalt wie Schlagen, Treten und/oder Würgen

aufgetreten ist, die aber noch nicht zu schweren Verletzungen geführt hat. „Partner terrorism“ beschreibt Gewalt, die bereits über mehrere Jahre ausgeübt wird (mind. fünf bis zehn Jahre) und deren System aus körperlichen Misshandlungen, Drohungen, Isolation und Abhängigkeit zu oft gravierenden (Verletzungs-) Folgen führt. „Mental torment“ umfasst Fälle, bei denen v.a. physische Gewalt durch den Partner schon länger zurückliegt (mind. sieben Jahre), jedoch eine Verlagerung auf psychische Misshandlungen stattgefunden hat, an dieser hauptsächlich ältere Frauen ab 55 Jahren leiden. Eine letzte Beziehungsart ist die „episode in the past“. Diese besagt, dass die Partnergewalt eine Episode der Vergangenheit darstellte (vor mehr als sieben bis zehn Jahren) und sowohl Folgen als auch Auswirkungen nicht sehr massiv waren. Gewalttaten v.a. im häuslichen Bereich lassen sich in ein zyklisches Schema einordnen: Zunächst gibt es die sog. Spannungsbildung. Es kommt zu ersten kleineren Gewaltausbrüchen, das Opfer erklärt sich diese mit dem Stress des Täters und entschuldigt sich sogar für vermeintliches Fehlverhalten. Dies kann ein paar Wochen bis einige Jahre andauern. Die folgende Phase der akuten Misshandlung geschieht unkontrolliert und ohne Motiv, die körperlichen und seelischen Folgen sind meist gravierend. Auf diese hin folgt die Phase „liebevolle Zerknirschung“, der Täter bereut seine Tat, verspricht Besserung und das Opfer glaubt so wieder an eine bessere Zukunft. Es folgt jedoch der nächste Gewaltexzess und die Frequenz der Übergriffe wird weiter verkürzt (KELLER 2008). Im angloamerikanischen Raum spricht man von tension building phase – violent phase – honeymoon phase – tension building phase (ROSS 2010).

Historisches

Erst Ende der 1970er Jahre wurde die Thematik „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ durch Aktionen der Neuen Frauenbewegung und Berichte von Betroffenen öffentlich gemacht (BRÜCKNER 2002). Bis dato war die Anwendung von Gewalt im familiären Bereich über Jahrhunderte hinweg gesellschaftlich akzeptiert und toleriert (FRANKE ET AL. 2004). 1972 wurde schließlich das erste Frauenhaus, eine Zufluchtsstätte für misshandelte Frauen und deren Kinder, in London gegründet, vier Jahre später in Berlin. Es dauerte jedoch nahezu weitere 20 Jahre bis sexualisierte und v.a. häusliche Gewalt als gesellschaftliches, über alle sozialen Schichten, Altersstufen und Ethnizitäten hinweg reichendes Problem anerkannt wurde (BRZANK 2012, RKI 2008). 1993 schließlich wurde in der UN-Weltkonferenz für Menschenrechte „Gewalt gegen Frauen“ als Menschenrechtsverletzung offiziell anerkannt. Der Tatbestand der Vergewaltigung in der Ehe ist 1997 in das Strafgesetzbuch aufgenommen worden. Aktuell wird gegen die Problematik mit dem 2002 verabschiedeten Gewaltschutzgesetz, das

einen Platzverweis des Täters aus der gemeinsamen Wohnung und ein zehntägiges Kontaktverbot ermöglicht, der 2011 beschlossenen Istanbul-Konvention, die sich mit unterschiedlichen Formen von Gewalt gegen Frauen wie psychischer Gewalt, Stalking, körperlicher Gewalt und sexueller Gewalt beschäftigt und der EU-Opferschutzrichtlinie von 2012, die Mindeststandards für die Rechte, den Schutz und die Unterstützung von Opfern von Straftaten in der EU festlegt, vorgegangen (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014, LAMNEK ET AL. 2013). Der deutsche Bundesrat will schließlich mit einem Gesetzentwurf dazu beitragen, Gewalttäter zur Teilnahme an qualifizierten Täterprogrammen zu bewegen. Der Beschuldigte soll innerhalb eines Jahres an einem Täterprogramm teilnehmen. Geschieht dies nicht, droht eine Anklage (BARTHOLOMÄUS 2010). Bedingt durch ein fehlendes Bestreben zur öffentlichen Anklage von durch (häusliche) Gewalt betroffenen Männern, ist deren Problematik weit weniger gesetzlich und gesellschaftlich geächtet.

Prävention

Prävention auf dem Gebiet der Gewalt geschieht auf drei Arten: Die Primärprävention versucht Gewalt zu verhindern und stellt damit die größte Herausforderung dar. Es wird versucht, betroffene Frauen durch Projekte aktiv zu unterstützen. Auch die Dokumentation ihrer Verletzung zur Strafverfolgung gehört zu diesem Bereich. Sekundärprävention stellen Notfallangebote und gesundheitliche Versorgung (wie z.B. Behandlung von Infektionen nach einer Vergewaltigung) als Antwort auf die Gewalttat dar. Die Tertiärprävention umfasst die Minderung von Traumata, chronischen Erkrankungen und die Rehabilitation. 2012 wurde eine Bestandsaufnahme des gesamten präventiven Hilfesystems in der Bundesrepublik durchgeführt (s. Abb. 3). Diese zeigt, dass es mehr als 350 Frauenhäuser und über 40 Schutzwohnungen mit mehr als 6800 Plätzen gibt, die jährlich rund 15000 bis 17000 Frauen mit ihren Kindern Schutz und Beratung bieten. Hinzu kommen 750 Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen und zirka 80 bis 100 Angebote für Täter häuslicher Gewalt (SCHÖNEWALD 2013). Dazu gibt es landesweite und kommunale Hotlines. 2013 wurde das erste bundesweite Hilfetelefon für Frauen gestartet. Hier wird neben Themen wie häuslicher Gewalt auch zu Zwangsverheiratung, Stalking, Prostitution oder Genitalverstümmelung beraten. Dennoch meldete nur jedes dritte Opfer von Gewalt in der Partnerschaft und jedes vierte von Gewalt außerhalb der Familie den Vorfall der Polizei oder einer anderen Einrichtung (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014).

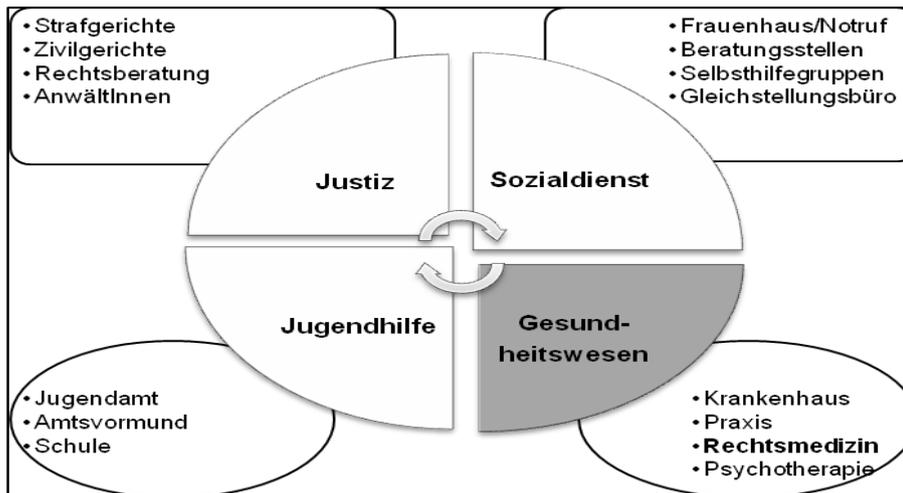


Abb. 3 Hilfseinrichtungen (SEITH 2003)

Da Umfragen ergaben, dass sich Frauen bei ihrer Suche nach Hilfe im professionellen System am ehesten an eine Einrichtung im Gesundheitswesen wenden (Ärzte und Ärztinnen wurden als erste Ansprechperson genannt, gefolgt von Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen sowie der Polizei), wurden vermehrt Projekte angeregt, das Gesundheitssystem hinsichtlich der Versorgung und Beratung von Gewaltopfern zu stärken (RKI 2008). 1999 wurde als erstes Projekt in Deutschland S.I.G.N.A.L¹ ins Leben gerufen. Hier wurden Fortbildungskonzepte für die Ärzte und Pflegekräfte des Berliner Universitätsklinikums Benjamin Franklin entwickelt, gerichtsverwertbare Dokumentationsbögen erstellt und Kontakte mit anderen Hilfseinrichtungen aufgebaut (RKI 2008). 2007 wurde im Rahmen des Aktionsplans II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen das Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)“ organisiert. Ziel war die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Frauen, die Gewalt erlebt haben, durch niedergelassene Hausärzte und Frauenärzte (GRAß 2012). Hier wurde Wert auf das Erkennen und den Umgang mit Gewaltopfern, auf die sachgerechte Dokumentation und die Vernetzung zwischen ärztlicher Versorgung und bestehenden Opferschutzeinrichtungen gelegt (BÜHRING 2012, RITZ-TIMME & GRAß 2009). Auch innerhalb der Rechtsmedizin erhielt die Thematik (häusliche) Gewalt nun eine zunehmende Bedeutung, da sie Spezialist auf dem Gebiet der sachgerechten und gerichtsverwertbaren Dokumentation von Gewalttaten ist.

¹ **S**prechen Sie die Patienten an.

Interview mit konkreten einfachen Fragen.

Gründliche Untersuchung neuer und alter Verletzungen.

Notieren und Dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben.

Aklären des aktuellen Schutzbedürfnisses.

Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten.

Klinische Rechtsmedizin

So heißt es in HEINEMANN (2006, S. 2173): „Die Untersuchungen körperlich verletzter Gewaltopfer, die Dokumentation der Verwundungen, die Sicherung biologischer Spuren und die gutachterliche Bewertung der erhobenen Befunde für die Justiz sind elementare Aufgaben der [klinischen] Rechtsmedizin.“ Therapeutische Maßnahmen werden nicht geleistet, vielmehr die Analyse von Verletzungen, d.h. die Art der Beibringung (Unfall, Fremd-, Selbstbeibringung), ihrer Ursache, die Rekonstruktion des Geschehens und der Motivation sowie das Abschätzen möglicher Folgen (z.B. Infektionsgefahr) (OEHMICHEN ET AL. 2004). Weitere Fallgruppen und Leistungen der klinischen Rechtsmedizin sind laut GRASSBERGER ET AL. (2013):

Tab. 1 Fallgruppen der klinischen Rechtsmedizin (GRASSBERGER ET AL. 2013)

Untersuchung lebender Opfer (Geschädigter)
Untersuchung von Tatverdächtigen (Beschuldigten)
Untersuchung von Selbstverletzungen und -beschädigungen
Untersuchung von Verletzten/Beteiligten nach Verkehrsunfällen
Untersuchung auf Fahrtüchtigkeit
Beurteilung hinsichtlich der Schuldfähigkeit
Medizinische Beurteilung der Gewahrsams-, Haft- und Verhandlungsfähigkeit
Medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
Erstattung von Untersuchungsberichten, Attesten und Gutachten
Mitwirkung im Beweisverfahren als Zeuge oder Sachverständiger
Überwachung/Betreuung von Personen im Polizeigewahrsam
Forensische Altersdiagnostik
Untersuchung und medizinische Beurteilung bei Verdacht auf Behandlungsfehler

Die Sinnhaftigkeit der Einbindung rechtsmedizinischer Fachkompetenzen in die Versorgungsstrukturen für Opfer von Gewalt gründet sich auf folgende Aspekte:

- 1) In der Rechtsmedizin subsumieren sich Fachwissen und Erfahrungsschatz zur Feststellung und Beurteilung von Folgen der Gewalt am menschlichen Körper.
- 2) Durch den universitären Verbund der Institute für Rechtsmedizin werden in der Regel intensive Kontakte zu den anderen medizinischen Fachbereichen gepflegt, die den interdisziplinären Austausch fördern und die Aspekte der therapeutisch tätigen Ärzteschaft in die Arbeit der Rechtsmedizin einfließen lassen.
- 3) Von besonderer Bedeutung sind die vielfältigen Kooperationen und Kontakte mit den Ermittlungsbehörden und das Verständnis für bzw. das Wissen um die Anforderungen an medizinische Dokumente im Kontext der juristischen Verfahrensweisen.
- 4) Ebenso sind die verschiedenen, bereits bestehenden Vernetzungen von rechtsmedizinischen Institutionen mit Organisationen im sozialen Beratungsnetz von großem Nutzen (OEHMICHEN ET AL. 2004) (s. Abb. 4).

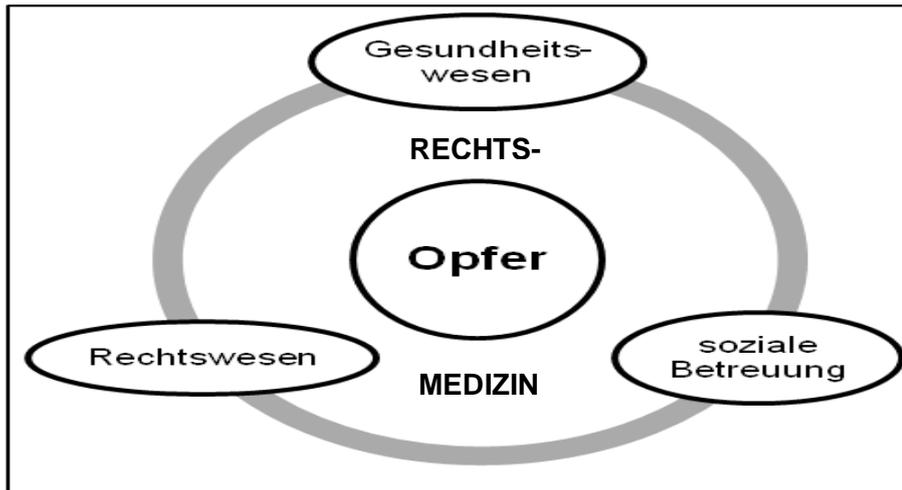


Abb. 4 Netzwerk (OEHMICHEN ET AL. 2014)

Durch die beratende Funktion einerseits und die konkrete rechtsmedizinische Opferuntersuchung sowie Verletzungsdokumentation andererseits werden die Angebote für die Opfer sehr vielfältig. Sie können sich sowohl rechtsmedizinisch untersuchen lassen als auch beim Arzt ihres Vertrauens eine notfallmäßige Behandlung beanspruchen, ohne dass die Qualität der Versorgung und Befunddokumentation hinsichtlich rechtlicher Belange leidet (GRAß & ROTHSCCHILD 2004). Denn die Verletzungen des Gewaltopfers spielen eine zentrale Rolle in der Beweisführung vor Gericht. Die Schwere der physischen und psychischen Verletzungen kann sich ebenso auf das Strafmaß auswirken (MADEA & DETTMAYER 2007). Erwähnt sei aber noch, dass der Bereich der klinischen Rechtsmedizin nicht nur Beweise sammelt, die einen Täter überführen können, sondern auch solche, die einen Tatverdächtigen entlasten (SCHÖNEWALD 2014).

Für die Etablierung einer Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt in einem rechtsmedizinischen Institut bestehen folgende praktische Empfehlungen (FIRLE ET AL. 1996, SCHRÖDER & BERTHEL 2005, GRAß & ROTHSCCHILD 2004):

- 1) Gute Erreichbarkeit und Lage der Einrichtung für 24 Stunden.
- 2) Niedrigschwelligkeit (d.h. Untersuchung auch ohne vorherige polizeiliche Anzeige).
- 3) Kostenneutralität.
- 4) Professionalität des Beratungsangebots.
- 5) Schulungsangebote, da eine flächendeckende Versorgung nicht realisierbar ist.
- 6) Darstellung des Beratungsangebots nach außen.
- 7) Kooperation mit anderen Einrichtungen.

Als Arbeitsprinzipien für die Beratung von Gewaltopfern werden Vertraulichkeit, Akzeptanz, die Balance zwischen Empathie und Konfrontation, eine klare Haltung zur Gewalt sowie die Stärkung des Selbstwertgefühls angeregt (FIRLE ET AL. 1996).

Mögliche Probleme einer forensisch-klinischen Begutachtung in einer Opferschutzambulanz sehen GRASSBERGER ET AL. (2013) in der Latenz zwischen Vorfall und Untersuchung, den gemischten Verletzungsbildern aus Alltags-, Selbst- und Misshandlungsverletzungen, der spurenarmen Gewalteinwirkung, der eingeschränkten Aussagefähigkeit der Betroffenen aufgrund von Angst, Sprachbarrieren oder Verdrängung und im Zurückziehen von Anzeigen.

Opferschutzambulanz in München

Ein derartiges Angebot in Form einer Opferschutzambulanz an einem Institut für Rechtsmedizin existiert in Deutschland bislang in Düsseldorf, Gießen, Greifswald, Halle, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Kiel, Leipzig, Lübeck, Mainz, Münster, Rostock und München (SCHÖNEWALD 2014). Letztere wurde im Rahmen des oben genannten Projektes „MIGG“, das zur Unterstützung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung von Gewaltopfern angelegt wurde, etabliert. 2009 wurde ein erster Kontakt zum Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration aufgenommen. Der Antrag auf Förderung einer Ambulanz für Gewaltopfer wurde jedoch zunächst nur für den Bereich der kindlichen und jugendlichen Gewaltopfer für drei Jahre bewilligt. Im März 2010 schließlich wurde die Ambulanz für erwachsene Gewaltopfer, im April 2011 die Opferschutzambulanz für Kinder und Jugendliche am Institut für Rechtsmedizin der Universität München eröffnet. Mit Anzeigenschaltungen in Zeitungen (z.B. Gewerkschaft der Polizei), Vorträgen auf Kongressen, bei „Runden Tischen“, beim Krimifestival 2013 in München etc. und dem Versenden von Info-Flyern (in deutscher, türkischer, serbokroatischer und arabischer Sprache) per Post an die niedergelassenen Gynäkologen, Kinder- und Jugendmediziner sowie Allgemeinmediziner des Regierungsbezirks Bayern wurde das neue Angebot im „Netzwerk gegen Gewalt“ der Öffentlichkeit mitgeteilt (s. Anlage 6, S. 150). Die fünf Mitarbeiterinnen und zwei Mitarbeiter der Ambulanz unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel sind 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr persönlich für Opfer von Gewalt erreichbar. Sollte eine sofortige Untersuchung nicht möglich sein (beispielsweise nachts oder an Wochenenden), besteht dennoch die Möglichkeit eines ersten Gesprächs durch das 24 h-Beratungsangebot per Telefon, in dem ein für die körperliche Untersuchung notwendiger zeitnaher Termin vereinbart werden kann, bereits einige Verhaltensmaßnahmen für die Zeit bis zur Untersuchung geraten werden und/oder eine Überweisung in eine weitere Einrichtung (wie z.B. Frauenhaus oder gynäkologische Ambulanz zur Postexpositionsprophylaxe) organisiert werden können. In der Telefonberatung werden zudem allgemeine Fragen zum Untersuchungsablauf, zur Dokumentation nach Gewalttaten (meist durch medizinische Einrichtungen gestellt)

und generell zur Möglichkeit eines Vortrages auf einer Veranstaltung beantwortet und/oder Flyerbestellungen angenommen. Nach der nötigen Terminvereinbarung per Telefon durch die Geschädigten selbst oder eines anderen Zuweisungsweges (rechtliche/medizinische/soziale Einrichtung) werden alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von einer erfolgten Anzeige, von einem Aufenthaltsstatus in der BRD, vom Wohnort und Alter zum vorangegangenen Geschehen befragt und körperlich untersucht. Es erfolgt eine Dokumentation der ggf. vorhandenen Verletzungen in Wort und Bild, falls sinnvoll und gewünscht eine Sicherung und Asservierung biologischer Spuren für zwei Jahre im Institut (ausgenommen Kleidung) und die Vorbereitung auf eine toxikologische Laboruntersuchung. Nach der Untersuchung findet ein Beratungsgespräch statt, in dem eine Weitervermittlung an Opfer- oder Rechtsberatungsstellen, die Überweisung in ein Krankenhaus oder eine Praxis organisiert werden kann und Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wird. Der volljährige Patient ohne Überweisung durch eine rechtliche Einrichtung (d.h. ohne vorher erfolgte Anzeige) kann nun selbst entscheiden, ob für dessen Befunde gegen Entgelt ein gerichtsverwertbares Gutachten erstellt werden soll, das er entweder persönlich verwahrt oder das an Behörden, Anwälte oder Gerichte geschickt wird und somit eine Anzeige des Vorfalls erfolgt. Möchte er Letzteres nicht, hat er noch die Möglichkeit eines privaten Untersuchungsauftrags für die Auswertung der gesicherten biologischen Spuren (z.B. Haare) und/oder der ggf. asservierten Blutproben im Rahmen einer chemisch-toxikologischen Untersuchung, um einerseits Gewissheit über bestimmte Vorfallsumstände zu erlangen und andererseits um sämtliche Ergebnisse der Untersuchung für eine mögliche Anzeige und einen Gerichtsprozess zu einem späteren Zeitpunkt zu besitzen. Angesichts der ärztlichen Schweigepflicht darf bei volljährigen Patienten zu keinem Zeitpunkt, außer es ist durch den Betroffenen ausdrücklich gewünscht und unterzeichnet oder es liegt eine auf ein Aktenzeichen bezogene Befreiung davon vor, der Polizei ein Hinweis zum Vorfall und den Untersuchungsergebnissen gegeben werden. Sämtliche Beratungsgespräche per Telefon und körperliche Untersuchungen und deren Befunde werden auf einheitlichen Dokumentationsbögen festgehalten und ebenso wie die erfolgte Dokumentation per Fotografie sicher verwahrt. Zudem erfolgt eine Übertragung der Daten in ein institutsinternes Computer-Programm, um dadurch einen schnelleren und übersichtlicheren Zugriff bei möglichen Anfragen zum Vorfall, zur Erstellung eines Gutachtens und für Auswertungen zu erreichen. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Dissertation ermöglicht. In wöchentlichen Treffen des Ambulanzteams werden vergangene Fälle, Vorschläge zur Verbesserung von Untersuchungs- oder Dokumentationsablauf und weitere Projekte zur öffentlichen Verbreitung des Ambulanz-Angebots evaluiert.

Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es primär darzustellen, inwieweit das niederschwellige Angebot der Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München seit der Etablierung im Jahre 2010 bis einschließlich 2013 durch erwachsene Gewaltopfer genutzt wurde. Hierfür wurden die Bereiche Opfergruppen, Täterprofil, Vorfalls-umstände, Untersuchungsablauf bzw. Beratung, Untersuchungsergebnisse und Procedere einheitlich aufbereitet, retrospektiv analysiert, vervollständigt und statistisch ausgewertet. Resultierend aus dieser Bearbeitung wurden im weiteren Verlauf sowohl Untersuchungs- und Beratungsabläufe innerhalb der Opferschutzambulanz als auch Maßnahmen zur öffentlichen Verbreitung des Angebots der Ambulanz modifiziert und auf diese spezielle Datenlage hin abgestimmt. In diesem Rahmen wurden auch die bestehenden Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und Telefonberatungen problembasiert überarbeitet sowie ein übersichtliches und hinsichtlich Übertragungs- und Zugriffszeit effizientes elektronisches Protokollformat, vorrangig zur Erstellung von rechtsmedizinischen Gutachten, gestaltet. Abschließend wurde das den Patienten mit auf den Weg gegebene Informationsmaterial bezüglich geeigneter Hilfseinrichtungen angepasst und aktualisiert.

2 Material und Methoden

Material

Zur Verfügung standen 138 Dokumentationsbögen von körperlichen Untersuchungen und 199 Protokolle von Telefonberatungen. Als Zeitfenster für die retrospektive Analyse wurden die Jahre 2010 seit Gründung der Ambulanz bis einschließlich 2013 betrachtet. Des Weiteren bestanden einige mit Microsoft Excel angefertigte Tabellen mit Daten aus den Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und Beratungsprotokollen. Die Tabellen enthielten jedoch keine einheitlichen Begrifflichkeiten, waren in den meisten Teilen unvollständig und ungeordnet. Das wurde zum Anlass für die Idee der Gestaltung eines praktisch relevanten elektronischen Protokollformats genommen, welches sogleich für die Anfertigung der vorliegenden Dissertation genutzt und erprobt wurde. Im Kapitel Ausblick folgt eine nähere Betrachtung der ursprünglichen tabellarischen Vorlage im Vergleich zum Ist-Zustand bei Abschluss der Dissertation (s. Anlage 1, S. 114 und Anlage 2, S. 130). Des Weiteren wurden zusätzlich die bereits bestehenden Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und die Protokolle der Telefonberatungen hinsichtlich in der Praxis aufgetretener Missverständnisse bei Begrifflichkeiten, Layout und fehlender (für eine gerichtsverwertbare und vollständige Dokumentation jedoch relevante) Informationen sowie Einheit in Anlehnung an das elektronische Protokollformat überarbeitet (s. Anlage 3, S. 135 und Anlage 4, S. 145). Abschließend wurde auch der Informationsbogen, der den Patienten nach erfolgter Untersuchung mitgegeben wird, auf einen aktuellen Stand gebracht (s. Anlage 5, S. 147). Dies wird im Kapitel Ausblick genauer erläutert.

Methoden – Chronologie

Zunächst wurden die bestehenden Excel-Tabellen der Jahre 2010 bis 2013 in eine Datei zusammengefasst, alle verfügbaren Protokolle in Papierform gesichtet und die zahlreichen leeren Zellen mit den relevanten Daten gefüllt. Zeitgleich wurden einheitliche Begrifflichkeiten festgelegt (z.B. „unbekannt“, „keine Angabe“, „nicht zutreffend“), weitere notwendige Spalten ergänzt und ggf. Kategorien erstellt, die eine spätere Auswertung erleichtern und der besseren Übersicht dienen. Diese wurden in Anlehnung an die bestehende Literatur und gemäß Sinnhaftigkeit geschaffen und ständig evaluiert ebenso wie die neu hinzugefügten Spalten, die das Eintragen eines größeren Informations- und Datenvolumens ermöglichen. Um die Kategorien einheitlich und verständlich darzustellen, wurde den jeweiligen Zellen eine Datenliste vorgegeben, aus dieser der entsprechende Kategorie-Begriff ausgewählt werden kann. Sollten in der Praxis in den Folgejahren weitere Kategorien notwendig sein, können diese

vorgefertigten Datenlisten, die am Ende der Tabellen-Datei mit Erklärung zu relevanten Begrifflichkeiten aufgeführt sind, jederzeit ergänzt werden. Schließlich wurden die einzelnen Spalten nach der Begriffsreihenfolge in den Protokollen geordnet, so dass in den folgenden Jahren ab 2013 die Übertragung der auf Papier vorhandenen Daten in das elektronische Protokollformat zeitlich effizient geschehen kann. Die elektronischen Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und die Protokolle der Telefonberatungen wurden hinsichtlich der Begrifflichkeiten und Kategorien einheitlich gestaltet. Für die Auswertung der Daten der körperlichen Untersuchungen wurde eine Gliederung nach den Bereichen Opfergruppen, Täterprofil, Vorfallsumstände, Anamnese, Untersuchung, Befunderhebung und Procedere erstellt. Bei den Telefonberatungen wurden ebenso die Opfergruppen, das Täterprofil, die Vorfallsumstände, der Beratungsinhalt und das Procedere betrachtet. Die den einzelnen Themenbereichen zugehörigen Begrifflichkeiten werden anschließend genauer erläutert. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe des Pivot-Table-Formats ausgewertet. Hier konnten erneut die Einheit der Begriffe, die Vollständigkeit der Daten und die Sinnhaftigkeit der Kategorien evaluiert werden.

Methoden – Auswertung

Folgend werden die für die Auswertung betrachteten Themen Opfergruppen, Täterprofil, Vorfallsumstände, Anamnese, Untersuchung/Beratung, Befunderhebung und Procedere aufgeführt und diesen die zugehörigen Datensätze aus den Protokollen und Excel-Spalten zugeordnet. Zusätzlich werden die für diese Arbeit neu erstellten Kategorien spezifiziert und Relevantes erläutert. Eine Übersicht über das entworfene elektronische Protokollformat mit allen vorgegebenen Begriffen und einem eingetragenen Musterfall befindet sich in Anlage 1, S. 114 und Anlage 2, S. 130. **Fett** hinterlegt sind im Folgenden die im Rahmen der Dissertation neu erarbeiteten Begrifflichkeiten.

Zunächst sei auf drei einheitliche allgemein gültige Begriffe hingewiesen, die sowohl im elektronischen Protokollformat der körperlichen Untersuchungen als auch der Telefonberatungen verwendet werden (sollen). **Unbekannt** bedeutet „der Patient weiß es selbst nicht (z.B. die Art des Übergriffs ist dem Opfer unbekannt, da durch den Einfluss von sog. K.O.-Mitteln eine Erinnerungslücke für einen gewissen Zeitraum besteht).“ Wird in der Zelle **keine Angabe** angegeben, meint dies, dass im bei der Untersuchung oder Beratung ausgefüllten Dokumentationsbogen in Papierform dieser Fakt nicht aufgeführt ist (z.B. fehlende Körpergröße/-gewicht). Natürlich besteht auch die Möglichkeit, dass der Patient darüber Bescheid weiß, aber aus diversen Gründen keine Angaben über den Täter beispielsweise machen möchte. Schließlich sei noch

nicht zutreffend erwähnt, was in denjenigen Zellen eingegeben ist bzw. eingegeben werden soll, deren Informationsinhalt nicht relevant ist für den speziellen Fall. Zum Beispiel ist es für ein körperliches Delikt nicht notwendig, genaue Details zu Verhütung oder dem Zeitraum des letzten freiwilligen Geschlechtsverkehrs zu erfassen. Ebenso wird, falls bei der Telefonberatung eine allgemeine Frage zur Organisation der Gewaltopferambulanz gestellt oder eine Flyerbestellung aufgegeben wird, beispielhaft in der Zeile zum Thema Täter *nicht zutreffend* eingetragen.

Zur abschließenden Auswertung der Ergebnisse mit dem pivot-table-Format ist anzumerken, dass bei der Berechnung der Prozentsätze aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auf eine Dezimalstelle gerundet wurde. Daher kann es möglich sein, dass die Summe der Prozentsätze im Textteil und den entsprechenden Diagrammen nicht exakt 100% ergibt.

Vorstellungen in der Ambulanz

1) Opfergruppen

Bereich	Zugehörige Datensätze
Anzahl der Opfer	Nummer, Nachname, Vorname, Zweitkontakt
Geschlechts-/Altersverteilung	Geschlecht, Geb.datum, Alter, Jahrzehnt
Migrationshintergrund	Verständigung, Migrationshintergrund, Migrationshintergrund-Kategorie, Begleitung, Begleitung-Kat.

Im Bereich **Opfergruppen** werden alle Angaben über die Person des Opfers erfasst.

Zu diesen gehören:

- Identität (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Alter mit Kategorisierung in Jahrzehnte (s. Anlage 1, S. 114)).
- Sprachliche Verständigung bei der Untersuchung und Migrationshintergrund (Angabe der genauen Nationalität und Kategorisierung in *Migration ja/nein/keine Angabe*).
- Ggf. begleitende Personen (z.B. Kind der/s Geschädigten (s. Anlage 1, S.114)).
- Möglicher Zweitkontakt (Kategorisierung in *Zweitkontakt ja/nein/unbekannt/keine Angabe*).

2) Täterprofil

Bereich	Zugehörige Datensätze
Anzahl der Täter	Anzahl
Geschlechts-/Altersverteilung	Geschlecht, Alter, Jahrzehnt
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund, Migrationshintergrund-Kat.

Das **Täterprofil** umfasst:

- Anzahl der Täter.
- Geschlecht (auch Kombination *weiblich + männlich*, s. Anlage 1, S. 114).
- Alter (und die Einordnung in ein Jahrzehnt (s. Anlage 1, S. 114)).
- Nationalität und die Kategorisierung des Migrationshintergrunds (*Migration ja/nein/unbekannt/ keine Angabe*).

3) Vorfallsumstände

Bereich	Zugehörige Datensätze
Vorfallsort	V-Ort, V-Ort-Kategorie
Vorfallszeit	V-Datum von/bis, V-Monat , V-Uhrzeit von/bis, Tageszeit V-Beginn
Vorfallshäufigkeit	V-Häufigkeit, mehrmalig-Kategorie
Täter-Opfer-Beziehung	Täter, Täter-Kategorie
Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen	BtM/Alkoholabusus zur Tatzeit
Gewaltkategorie	Anamnese, Anamnese-Kategorie, Amnesie, psychische Gewalt, Gegenstand, Kinder anwesend , Art des Übergriffs
	Penetrationsgegenstand-Kategorie, Penetrationsort-Kategorie , Kondom, Ejakulation, Ejakulationsort , Gleitmittel, Nachtatverhalten, Art des Nachtatverhaltens

Die **Vorfallsumstände** werden zunächst mit dem genauen **Vorfallsort** und dessen Kategorien beschrieben. Diese umfassen angelehnt an JÄGER (2000):

- Eigene Wohnung des Opfers.
- Fremde Wohnung des Täters.
- Sonstige Räume/Gebäude (z.B. Hotel, Diskothek, Restaurant, öffentliche Toilette).
- Grundstück (zu einem Gebäude und/oder mit z.B. einem Zaun abgegrenzt).
- Auto.
- Straße (z.B. Gehweg).
- Offenes Gelände/Wald.
- Mehrere Vorfallsorte (z.B. Wald und Auto).
- Unbekannt.
- Keine Angabe.

Die **Vorfallszeit** wird angegeben mit:

- Datum und Monat (zusätzliche Angabe für die Auswertung).
- Uhrzeit des Vorfallesbeginns und -endes.
- Tageszeit des Vorfallesbeginns (Kategorisierung in *vormittags* (07.00-11.59 Uhr)/*mittags* (12.00-13.59 Uhr)/*nachmittags* (14.00-17.59 Uhr)/*abends* (18.00-23.59 Uhr)/*nachts*(24.00-06.59 Uhr)).

Die **Vorfalshäufigkeit** umfasst die Kategorien:

- Einmaliger Vorfall.
- Mehrmaliger Vorfall (Angabe des genauen Zeitraums in Monaten und Jahren (s. Anlage 1, S. 114)).
- Vorfalshäufigkeit unbekannt.
- Keine Angabe.

Im Bereich der Vorfalsumstände wird insbesondere auf die genaue **Täter-Opfer-Beziehung** eingegangen. Hierfür gibt es nach JÄGER (2000) und SCHRÖDER & BERTHEL (2005) die Kategorien:

- Partnerbeziehung.
- Ex-Partnerbeziehung.
- Familiäre Beziehung.
- Nähere Bekanntschaft (z.B. Freunde, Arbeitskollegen, Vermieter, Nachbarn, Mitbewohner).
- Flüchtige Bekanntschaft (gerade eben kennen gelernt, z.B. in einer Diskothek).
- Polizei.
- Fremdtäter (unbekannte Person),.
- Unbekannter Täter (es besteht eine Erinnerungslücke (Amnesie), ob es einen Täter gegeben hat ist fraglich).
- Keine Angabe.

Sollte die Tat unter dem **Einfluss zentral wirksamer Substanzen** (Alkohol, Drogen, psychotrope Medikamente) geschehen sein, wird dies vermerkt mit: *ja/nein/Verdacht* (Erinnerungslücke meist durch sog. K.O.-Mittel)/*unbekannt/keine Angabe*.

Die Vorfalsschilderung des Opfers wird abschließend in eine **Gewaltkategorie** eingeteilt. Zunächst sind hierfür relevant:

- Art der Gewalteinwirkung (z.B. *stumpfe Gewalt* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Amnesie zum Vorfallszeitpunkt.

- Psychische Gewalt.
- Vorhandene Gegenstände bei der Gewaltausübung.
- Anwesenheit von Kindern zur Tatzeit (*ja/nein/unbekannt/keine Angabe*).

Für den Bereich der **sexuellen Delikte** sind zusätzlich relevant:

- Penetrationsgegenstand (z.B. *Penis/Finger/Gegenstand* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Penetrationsort (z.B. *Scheide/Scheide + After/Scheide + Mund* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Benutzung eines Kondoms und Gleitmittel.
- Ejakulationsort (z.B. *Scheide/After/Mund* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Art des Nachtatverhaltens (z.B. *alles* (meint *gewaschen + Urin gelassen + Mund gespült + Stuhlgang*) (s. Anlage 1, S. 114)).

Sollte es sich um einen körperlichen Übergriff handeln, ist stets wie oben angegeben *nicht zutreffend* einzutragen.

Die Art des Übergriffs bzw. Gewaltform wird daraufhin angegeben mit:

- Körperliche Gewalt.
- Sexuelle Gewalt.
- Körperlich + sexuelle Gewalt (körperliche und sexuelle Gewalt wurden unabhängig voneinander ausgeübt).
- Unbekannt + sexuelle Gewalt (es bestand eine Amnesie zum Tatzeitraum, jedoch bestehen Symptome, die auf einen sexuellen Übergriff hinweisen).
- Unbekannt + körperliche Gewalt (entsprechend Symptome, die körperliche Gewalt vermuten lassen).

4) Allgemeine und gynäkologische Anamnese der Opfer

Bereich	Zugehörige Datensätze
Schwangerschaft/Geburten	Aktuelle Schwangerschaft, Anzahl der Geburten
Vorerkrankungen/Infektion	Vorerkrankungen, VE-Kategorie , Infektionen, Pflege/Ernährungszustand, Körpergröße, Körpergewicht
Medikation	Medikation, Medikation-Kategorie
Weitere gynäkologische Anamnese/ allg. gyn. Untersuchungsbefunde	Gyn. Krankheiten, letzte Periode, letzter freiwilliger Geschlechtsverkehr, Verhütung, Reifungsperiode, Hymen, Tanner-Stadium

In diesem Bereich werden die **patientenbezogene Anamnese und allgemeine Feststellungen** zusammengefasst. Hierzu gehören:

- Angabe einer aktuellen Schwangerschaft.

- Anzahl der bisherigen Geburten.
- Vorerkrankungen (z.B. *internistische Vorerkrankungen* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Aktuell bestehende Infektionen.
- Aktuelle Medikation (z.B. *psychische Medikation* (s. Anlage 1, S. 114)).

Im Freitext wird der Pflege- und Ernährungszustand (z.B. *adäquat* oder *vernachlässigt*), die Körpergröße in cm und das Körpergewicht in kg angegeben.

Im Falle eines **sexuellen Deliktes** sind weitere Informationen wichtig wie:

- Gynäkologische Krankheiten.
- Letzte Monatsblutung.
- Zeitraum des letzten freiwilligen Geschlechtsverkehrs (s. Anlage 1, S. 114).
- Angaben zur Verhütung (Kategorisierung in *hormonell/ Kondom/Sonstiges* (z.B. *mechanisch durch Spirale/nicht/keine Angabe/nicht zutreffend*).
- Feststellung von: Reifungsperiode/Hymen/Jungfräulichkeit/Tanner-Stadium.

5) Körperliche Untersuchung der Opfer

Bereich	Zugehörige Datensätze
Zeit zwischen letztem Tattag und Untersuchung	Zeit letzter Tattag und Untersuchung, Zeitintervall-Kategorie
Zugang zur Gewaltopferambulanz	Auftraggeber, Auftraggeber-Kategorie , Info von, Info von-Kategorie
Untersuchungszeit/-dauer	U-Datum, U-Jahr , U-Uhrzeit von/bis, U-Uhrzeit-Kategorie , U-Dauer , U-Dauer-Kategorie
Untersuchungstechnik	Untersuchungstechnik
Patientenverhalten	Verhalten bei U, Verhalten-Kategorie
Fotodokumentation	Fotodokumentation
Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen	BtM/Alkoholabusus bei Untersuchung

Folgende Informationen bezüglich der **körperlichen Untersuchung** werden erfasst:

- Zeitintervall zwischen dem letzten Tattag und der aktuellen Untersuchung (automatische Berechnung durch Excel, Einordnung in ein Schema von Stunden, Tagen, Wochen, Monaten und Jahren nach JÄGER (2000) (s. Anlage 1, S. 114)).
- Angabe des Auftraggebers und Informationsquelle (Kategorien *privat* (der/die Geschädigte kommt auf eigenen Wunsch und hat den Kontakt selbst durch Internet, Flyer etc. erfahren)/*medizinische Einrichtung* (Krankenhaus, ärztliche Praxis, Psychotherapie)/*soziale Einrichtung* (Frauenhaus, -notruf, Beratungsstellen, Jugendamt, Schule)/recht-

liche Einrichtung (Polizei, Gericht)/mehrere/unbekannt/keine Angabe).

- Untersuchungsdatum und Untersuchungsjahr (zusätzlich für die Auswertung).
- Start- und Enduhrzeit der Untersuchung.
- Tageszeit der Untersuchung (s. Anlage 1, S. 114).
- Untersuchungsdauer (Kategorien in Minuten und Stunden (s. Anlage 1, S. 114)).

Der Vorgang einer körperlichen Untersuchung an sich wird beschrieben mit:

- Untersuchungstechnik (z.B. *Stuhl/Seitenlage* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Verhalten des Patienten (z.B. *emotional + kooperativ* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Möglicher Konsum zentral wirksamer Substanzen zum Untersuchungszeitpunkt.
- Ggf. durchgeführte Fotodokumentation.

6) Befunderhebung

Bereich	Zugehörige Datensätze
Verletzungsart	Befunde
Verletzungsalter	Frisch, alt
Körperregionen	Anzahl Körperregionen, Kopf/Gesicht/Hals/Thorax/Abdomen/Extremitäten/ Genitalbereich, Genitalbefund, Analbefund
Spurensicherung	Körperöffnung, Körperoberfläche, Körperflüssigkeiten, Gegenstände, Asservierung bei Person
Einschätzung	Einschätzung

Im Freitext werden sämtliche **Befunde** aufgelistet. Körperliche Schäden werden nach SCHRÖDER & BERTHEL (2005) beschrieben mit:

- Verletzungsart (im Freitext z.B. Hämatom, Fissur).
- Verletzungsalter (frische/alte Verletzungen mit *ja/nein/unbekannt/keine Angabe*).
- Lokalisation (*Kopf/ Gesicht/Hals/Thorax mit Rücken/Abdomen/obere Extremität I/II/ untere Extremität I/II/Genitalbereich* (s. Anlage 1, S. 114)).
- Anzahl der betroffenen Körperregionen insgesamt.

Rechtsmedizinisch betrachtet sind ebenfalls die gesicherten **biologischen Spuren** von großer Bedeutung. Aufgeführt werden:

- Ort der Spurenentnahme (z.B. Scheide/After/Mundhöhle (s. Anlage 1, S. 114)).
- Sicherstellen einer Haarprobe.
- Abstrich von der Hautoberfläche.

- Sicherstellen von Körperflüssigkeiten (z.B. *Urin + Blut* (s. Anlage 1, S. 114)).
 - Spurensicherung an Gegenständen und ggf. Asservierung (*ja/nein/keine Angabe*).
- Es besteht auch die Möglichkeit die Begrifflichkeiten *nicht durchgeführt* und *nicht zutreffend* einzutragen (z.B. bei einem körperlichen Delikt).

Abschließend zur Befunderhebung wird eine **Einschätzung des Übergriffs** durch den Untersucher abgegeben. Hier stehen die Schlagworte *unwahrscheinlich*, *möglich*, *wahrscheinlich* oder *sehr wahrscheinlich* zur Auswahl, die im Rahmen dieser Dissertation überarbeitet wurden, da bisweilen einige Unklarheiten in der Praxis zu diesen Begrifflichkeiten bestanden:

Unwahrscheinlich: es konnten keine Befunde festgestellt werden, die Schilderung des Vorfalls klingt nicht plausibel hinsichtlich fehlender Verletzungen.
Möglich: die Schilderung des Vorfalls ist glaubhaft ohne <u>entsprechende</u> Befunde.
Wahrscheinlich: es bestehen Befunde gemäß Anamnese, jedoch unspezifische.
Sehr wahrscheinlich: eindeutige spezifische Befunde.

7) Procedere

Bereich	Zugehörige Datensätze
Überweisung und vorherige Hospitalisierung	Sonstiges, Überweisung , Krankenhaus vorher , Info an, Info an-Kategorie
Untersuchungsauftrag	U-Auftrag privat
Gutachten und Aktenzeichen	Gutachten , Aktenzeichen
Anzeigewunsch	Anzeige-Diskussion

Für den Bereich **Procedere** stand bisher lediglich das Textfeld „Sonstiges“ zur Verfügung. Für die bessere Übersicht und weitere wichtige Informationen gibt es nun die Spalten:

- Überweisung (z.B. in ein Krankenhaus).
- Vorheriger Krankenhausaufenthalt.
- Information an (d.h. wer Kenntnis von den Untersuchungsergebnissen bzw. dem angefertigten Gutachten erhalten soll).

Mit *ja/nein/unbekannt/keine Angabe* kann zusätzlich angegeben werden:

- Erfolgen eines privaten Untersuchungsauftrags (z.B. von gesicherten Spuren).
- Erstellung eines Gutachtens zum Fall.
- Aufführung eines polizeilichen Aktenzeichens.
- Diskussion einer Anzeige mit dem Untersucher nach der erfolgten Beratung.

Telefonberatungen

1) Opfergruppen

Bereich	Zugehörige Datensätze
Anzahl der Opfer	Anzahl
Geschlechts-/Altersverteilung	Geschlecht Betroffener, Alter, Jahrzehnt

Entsprechend dem Bereich **Opfergruppen** im Protokoll der körperlichen Untersuchungen werden hier erfasst:

- Anzahl der Anrufer insgesamt.
- Durch den Anrufer angegebenes Geschlecht des/der Betroffenen (falls er/sie nicht selbst der/die Geschädigte ist).
- Alter des Geschädigten (Einteilung in Jahrzehnte oder Begrifflichkeit *nicht zutreffend* bei einer sonstigen Anfrage (s. Anlage 2, S. 130)).

2) Täterprofil

Bereich	Zugehörige Datensätze
Anzahl der Täter	Anzahl
Geschlechts-/Altersverteilung	Geschlecht, Jahrzehnt

Das **Täterprofil** beinhaltet hier:

- Anzahl der Täter (oder *unbekannt/keine Angabe/nicht zutreffend*).
- Geschlecht (s. Anlage 2, S. 130).

Ein Migrationshintergrund des Täters wird im Telefongespräch nicht erfragt, jedoch soll zukünftig zumindest auf das Alter geachtet und dieses in das überarbeitete Protokoll eingetragen werden.

3) Vorfallsumstände

Bereich	Zugehörige Datensätze
Vorfallsort	V-Ort-Kategorie
Vorfallszeit	V-Datum, V-Monat
Vorfallshäufigkeit	V-Häufigkeit, mehrmalig-Kategorie
Täter-Opfer-Beziehung	Täter-Kategorie
Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen	BtM/Alkoholabusus zur Tatzeit
Beratungskategorie	Anamnese, Beratungskategorie

Die Vorfalsumstände werden zunächst mit der Kategorie des **Vorfallsorts** beschrieben (JÄGER 2000). Diese umfasst:

- Eigene Wohnung des Opfers.
- Fremde Wohnung des Täters.
- Sonstige Räume/Gebäude (z.B. Hotel, Diskothek, Restaurant, öffentliche Toilette).
- Grundstück (zu einem Gebäude und/oder mit z.B. einem Zaun abgegrenzt).
- Auto.
- Straße (z.B. Gehweg).
- Offenes Gelände/Wald.
- Mehrere Vorfallsorte (z.B. Wald und Auto).
- Unbekannt.
- Keine Angabe.
- Nicht zutreffend.

Die **Vorfallszeit** wird angegeben mit:

- Datum und Monat (zusätzlich für die Auswertung).

Die **Vorfallshäufigkeit** meint:

- Einmalig.
- Mehrmalig (zukünftig auch Erfragen des genauen Zeitraumes).
- Unbekannt.
- Keine Angabe.
- Nicht zutreffend.

Im Bereich der Vorfalsumstände wird insbesondere auf die genaue **Täter-Opfer-Beziehung** eingegangen. Hierfür gibt es nach JÄGER (2000) und SCHRÖDER & BERTHEL (2005) die Kategorien:

- Partnerbeziehung.
- Ex-Partnerbeziehung.
- Familiäre Beziehung.
- Nähere Bekanntschaft (z.B. Freunde, Arbeitskollege, Vermieter, Nachbar, Mitbewohner).
- Flüchtige Bekanntschaft (gerade eben kennengelernt, z.B. in einer Diskothek).
- Polizei.
- Fremdtäter (unbekannte Person).
- Unbekannter Täter (es besteht eine Erinnerungslücke (Amnesie), ob es einen Täter gegeben hat ist fraglich).

- Keine Angabe.
- Nicht zutreffend.

Sollte die Tat unter dem **Einfluss zentral wirksamer Substanzen** (Alkohol, Drogen, psychotrope Medikamente) geschehen sein, kann dies vermerkt werden mit: *ja/nein/Verdacht* (Erinnerungslücke meist durch sog. K.O.-Mittel)/*unbekannt/keine Angabe/nicht zutreffend*.

Die Vorfalsschilderung des Opfers bzw. des Anrufers wird abschließend einer **Beratungskategorie** zugeteilt ähnlich der Kategorie „Art des Übergriffs“ aus dem Bereich der Vorstellung zu einer körperlichen Untersuchung in der Ambulanz. Diese umfasst:

- Körperliche Gewalt.
- Sexuelle Gewalt.
- Körperliche und sexuelle Gewalt (unabhängig voneinander ausgeübt).
- Sonstiges (allgemeine Anfragen zur Ambulanz, Vorträgen etc.).
- Unbekannt.
- Keine Angabe.

4) Beratung

Bereich	Zugehörige Datensätze
Zeit zwischen letzter Tat und Beratung	Zeit zwischen Vorfall und Telefonat-Kategorie
Zugang zur Gewaltopferambulanz	Name Anrufer, Institution, Institution-Kategorie , Info von, Info von-Kategorie, Folgeanruf, Verständigung
Beratungszeit/-dauer	TEL-Datum, TEL-Jahr, TEL-Uhrzeit, Uhrzeit-Kategorie , TEL-Dauer, Dauer-Kategorie

Bedeutend für die anschließende **Beratung** sind:

- Angabe des Zeitintervalls zwischen dem letzten Tattag und dem Anruf (Schema von Stunden, Tagen, Wochen, Monaten und Jahren (JÄGER 2000) (s. Anlage 2, S. 130)).
- Name des Anrufers (kann jedoch auch anonym sein).
- Zugehörige „Institution“ des Anrufers (Kategorien *privat* (der/die Geschädigte ruft selbst an oder ein/e Angehöriger/e)/*medizinische Einrichtung* (Krankenhaus, ärztliche Praxis, auch Psychotherapeuten, Psychologen)/*soziale Einrichtung* (Frauenhaus/-notruf, Beratungsstellen, Jugendamt, Schule)/*rechtliche Einrichtung* (Polizei, Gericht)/ *mehrere/unbekannt/keine Angabe*).

- Information über die Telefonberatung bzw. die Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München (bedeutsam für weitere Projekte zur Verbreitung des Angebots dieser Ambulanz in die Öffentlichkeit). Dazu wird eingegeben: *privat* (die Information stammt z.B. aus dem privaten Umfeld des Geschädigten)/ *Flyer/Zeitung/Internet/Vortrag/medizinische Einrichtung/soziale Einrichtung/rechtliche Einrichtung/unbekannt/keine Angabe*.

Zum Telefonat selbst werden erfasst:

- Datum und Jahr (zusätzlich für die Auswertung).
 - Startuhrzeit.
 - Tageszeit des Telefonats (z.B. *vormittags/nachmittags* (s. Anlage 2, S. 130)).
 - Dauer und Kategorie hierzu in Minuten (s. Anlage 2, S. 130).
- Zukünftig wird noch vermerkt, ob bereits ein Anruf erfolgte und ob eine sprachliche Verständigung gut möglich war.

5) Procedere

Bereich	Zugehörige Datensätze
Procedere	Procedere, Procedere-Kategorie

Das **Procedere** wird im Freitext angegeben und zur besseren Übersicht und Auswertung kategorisiert in:

- Beurteilung (von angegebenen Befunden oder zugeschickten Fotos).
- Procedere bei Gewalt (hier wird der Ablauf einer körperlichen Untersuchung erklärt, Tipps zur Spurensicherung gegeben etc.).
- Überweisung in *medizinische/soziale/rechtliche/mehrere Einrichtungen*.
- Infomaterial (relevante Telefonnummern und Einrichtungen werden zugesandt oder weitergegeben).
- Terminvereinbarung (für eine körperliche Untersuchung in der Ambulanz).
- Flyer (Flyerbestellung für eine Einrichtung).
- Sonstige Auskunft (bei allgemeinen Fragen).
- Keine Angabe.

3 Ergebnisse

3.1 Vorstellungen in der Ambulanz

3.1.1 Opfer

3.1.1.1 Anzahl der Opfer

Insgesamt wurden seit der Gründung der Opferschutzambulanz für Erwachsene am Institut für Rechtsmedizin der Universität München Anfang 2010 bis einschließlich Ende 2013 138 Opfer nach einer Gewalttat körperlich untersucht. Im Vergleich zu 2010 hat sich die Anzahl der Patienten in den Jahren 2011 und 2012 nahezu verdoppelt (jeweils 43 Untersuchungen), in 2013 waren die Zahlen etwas rückläufig (32 Untersuchungen) (s. Abb. 5). Vier der weiblichen Opfer hatten bereits einen Zweitkontakt zur Ambulanz aufgenommen.

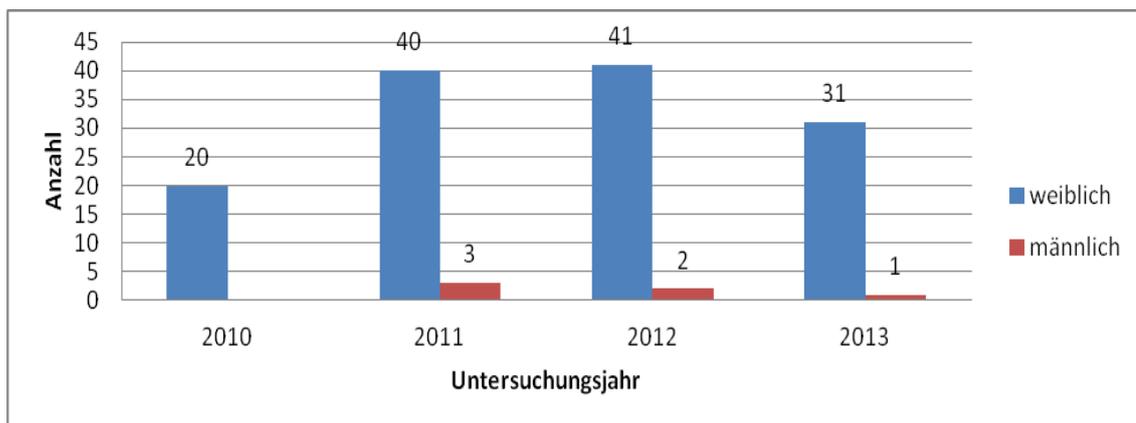


Abb. 5 Anzahl der Opfer 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung

132 Patienten waren weiblichen, sechs männlichen Geschlechts. Wie Abb. 6 zeigt, waren die Opfer am häufigsten in der Altersdekade zwischen 21 und 30 Jahre vertreten (37% der 138 erfassten Patienten). 33,3% der Opfer waren 31- bis 40-, 9,1% 18- bis 20- und ebenso 9,1% 41- bis 50-jährig. 8,3% waren in der Dekade 51 bis 60 und 3% in der Dekade über 60 Jahre alt (s. Material und Methoden, S. 21). Bei den männlichen Patienten verteilte sich die Quote entsprechend der der Frauen: mehrheitlich waren die Männer in der Lebensdekade zwischen 21 und 30 Jahre (drei Männer), alle weiteren Opfer befanden sich in der Altersgruppe der 31- und 60-Jährigen. Das Durchschnittsalter insgesamt betrug 33 Jahre, das der weiblichen Geschädigten 34 Jahre, der Männer 35 Jahre.

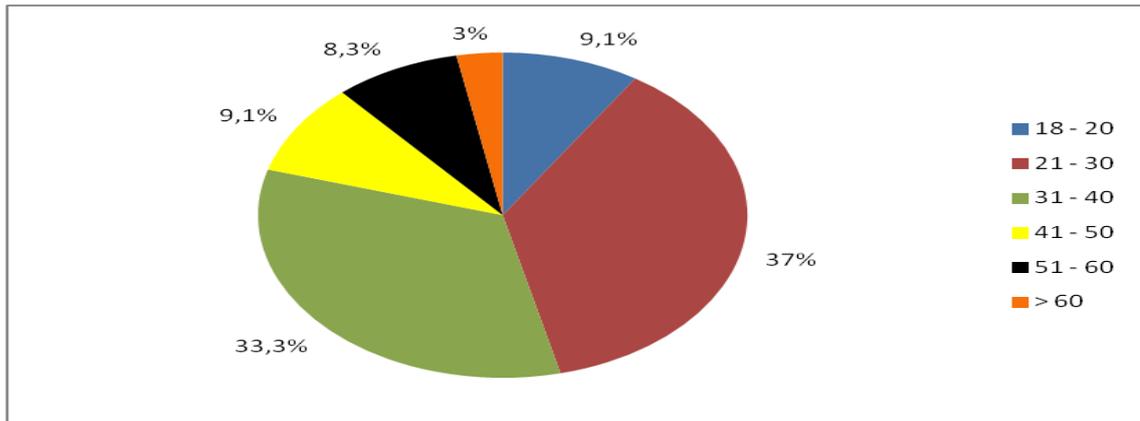


Abb. 6 Altersverteilung der weiblichen Opfer 2010 bis 2013 (n=132)

3.1.1.3 Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund wurde in 21,7% der Fälle erfasst (30 Geschädigte), 64 Patienten hatten keinen erkennbaren (46,4%) und bei 44 (31,9%) wurden im Dokumentationsbogen dazu keine Angaben gemacht. Bei den Nationalitäten der Opfer mit der Kategorie *Migrationshintergrund ja* trat am häufigsten türkisch (fünf von 30), gefolgt von rumänisch (drei von 30) auf. Irakischer, afrikanischer, italienischer und kroatischer Herkunft waren jeweils zwei Geschädigte. Die übrigen Nationalitäten waren brasilianisch, chinesisch, griechisch oder thailändisch.

Migrationshintergrund und sprachliche Verständigung

70% der Opfer mit Migrationshintergrund konnten gut Deutsch, 23% schlecht Deutsch und 7% verständigten sich mit der Untersucherin auf Englisch. Die Patienten in der Kategorie *keine Angabe* konnten meist gut Deutsch, 6,8% verständigten sich mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen (s. Abb. 7).

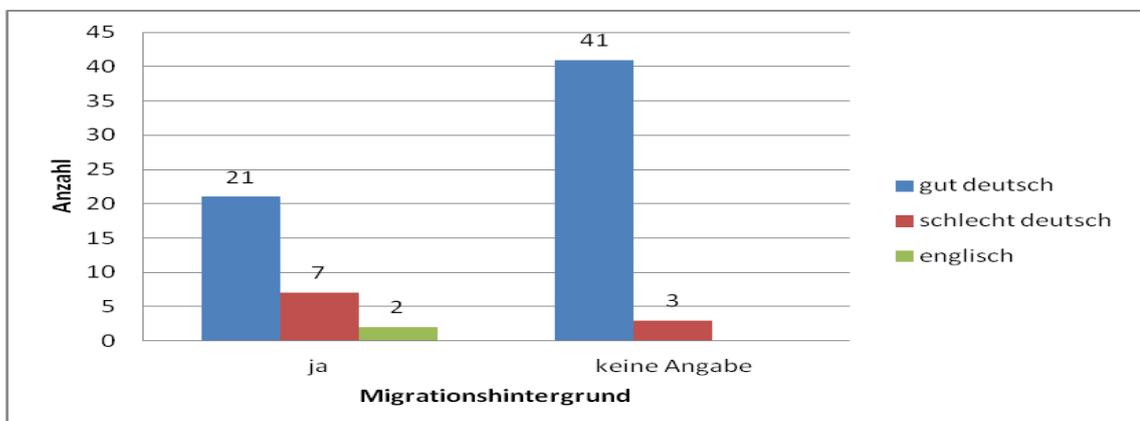


Abb. 7 Migrationshintergrund und Verständigung 2010 bis 2013 (n=74)

Begleitung

Schließlich wurde erfasst, ob eine begleitende Person bei der Untersuchung anwesend war. Diese konnte zuvor in eine Gruppe (z.B. *Partner, Kind, Partner + Kind, Familienangehöriger/e* etc.) eingeordnet werden (s. Material und Methoden, S. 21). In Begleitung erschienen 61 Patienten, 71 waren ohne Begleitung und bei sechs Personen wurden keine Angaben im Dokumentationsbogen gemacht. Im Falle eines Migrationshintergrundes wurden die Geschädigten etwas häufiger begleitet als Personen mit deutscher Nationalität. Häufigste Begleitung waren eine Freundin oder ein guter Freund, gefolgt von Familienangehörigen (diese waren bei deutschen Patientinnen häufiger dabei), dem eigenen Kind (dieses wurde vor allem von ausländischen Mitbürgerinnen zur Untersuchung mitgenommen), einem medizinischen Mitarbeiter (dieser war ausschließlich bei deutschen Patientinnen mit anwesend), der Kombination *Partner + Kind* und einem sozialen Mitarbeiter, der in Fällen mit Migrationshintergrund häufiger beistand.

3.1.2 Täter

3.1.2.1 Anzahl der Täter

Insgesamt waren an den 138 geschilderten Delikten 154 Täter beteiligt. In 76,8% der Fälle gab es einen Haupttäter, in 5,1% zwei oder drei, vier oder fünf Täter gab es in jeweils 0,7% der Fälle. In 10,9% war die Anzahl der Täter dem Opfer unbekannt, keine Angabe erfolgte bei 2,9% der Geschädigten. Keine Angabe zur genauen Anzahl, aber das Stichwort *mehrere* kam in 2,2% der Übergriffe vor (s. Abb. 8).

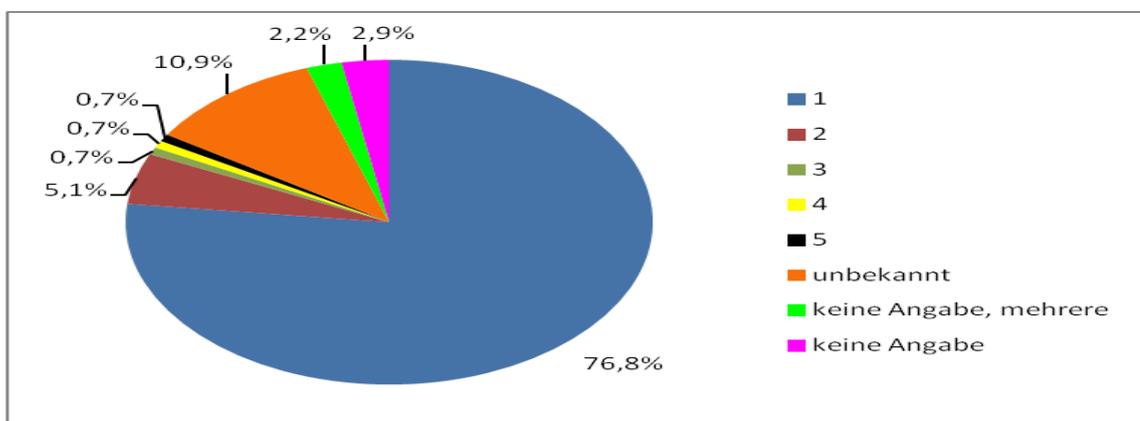


Abb. 8 Anzahl der Täter 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.2.2 Geschlechts- und Altersverteilung

Wie Abb. 9 zeigt sind die Täter in den 138 Fällen überwiegend männlich (75,4%), es folgt der Anteil der weiblichen Täter (6,5%) und die Kombination *weiblicher + männlicher Täter* zu beinahe gleichen Teilen (5,1%). In 10,9% war den Opfern das

Geschlecht des Täters unbekannt (z.B. im Rahmen eines K.O.-Mittel-Missbrauchs), in 2,2% der Fälle lagen keine Angaben vor (s. Material und Methoden, S. 22).

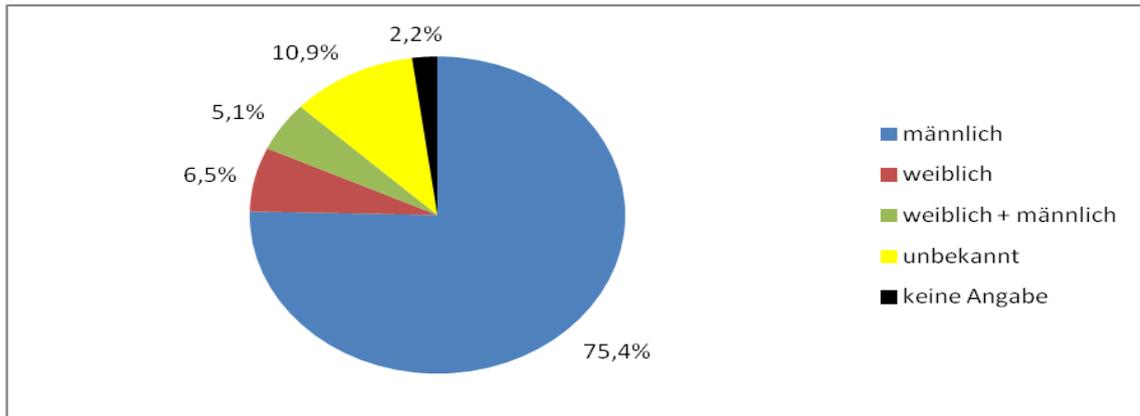


Abb. 9 Geschlecht der Täter 2010 bis 2013 (n=138)

Die Täter waren zumeist zwischen 21 und 30 Jahre alt, gefolgt von den 31- bis 50-Jährigen, die wenigsten Täter waren zwischen 18 und 20 Jahre alt. Unbekannt war das Alter in 18,8% der Fälle. Meistens gab es hierzu jedoch keine Angaben (63,8%) (s. Abb. 10).

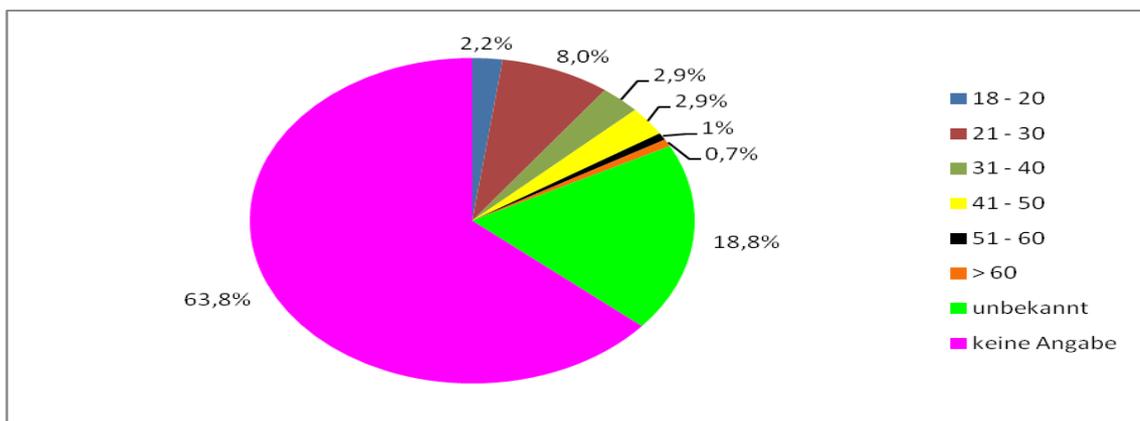


Abb. 10 Altersverteilung der Täter 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.2.3 Migrationshintergrund

In jeweils 9,4% der Fälle wurde ein Migrationshintergrund des Täters mit *ja* oder *nein* beantwortet. In 26 Fällen war dies unbekannt (18,8%), keine Angabe wurde im Dokumentationsbogen in 62,3% der Fälle gemacht. Die Täter mit bekanntem Migrationshintergrund waren meist türkischer (sechs Fälle) oder kroatischer Herkunft (zwei Fälle). Die übrigen Nationalitäten waren beispielsweise irakisch, italienisch oder russisch.

Migrationshintergrund Täter und Opfer

Der Zusammenhang zwischen Täter mit bzw. ohne Migration und sein Opfer mit bzw. ohne Migration zeigte in vier der 138 Fälle auf, dass Täter wie sein Opfer einen Migrationshintergrund hatten. In zwei Fällen hatte nur das Opfer einen Migrationshintergrund, in fünf der 138 Fälle war der Täter ein Migrant, das Opfer deutsch. Dadurch, dass in den meisten Fällen keine Angabe zur Nationalität des Täters erfolgte, konnte unter anderem kein auffallend häufiger Bezug zwischen einem Täter mit Migration und einem Opfer deutscher Nationalität hergestellt werden.

3.1.3 Vorfalsschilderung

3.1.3.1 Vorfallsort

Wie Abb. 11 aufzeigt, wurde die eigene Wohnung des Opfers in über der Hälfte der Fälle (55,8%) als Tatort angegeben, weitere Orte waren *sonstige Räume/Gebäude* (z.B. Diskothek, Restaurant, öffentliche Toilette) und fremde Täter-Wohnungen. *Straße* oder *Grundstück* wurde in 6,5% und 2,9% der Fälle als Tatort genannt. *Auto, offenes Gelände bzw. Wald* und *unbekannter Ort* traten in je 0,7% der Fälle auf, *mehrere Orte* in 2,9% (Begrifflichkeiten s. Material und Methoden, S. 22). Fünf Geschädigte machten keine Angabe zum Vorfallsort (3,6%).

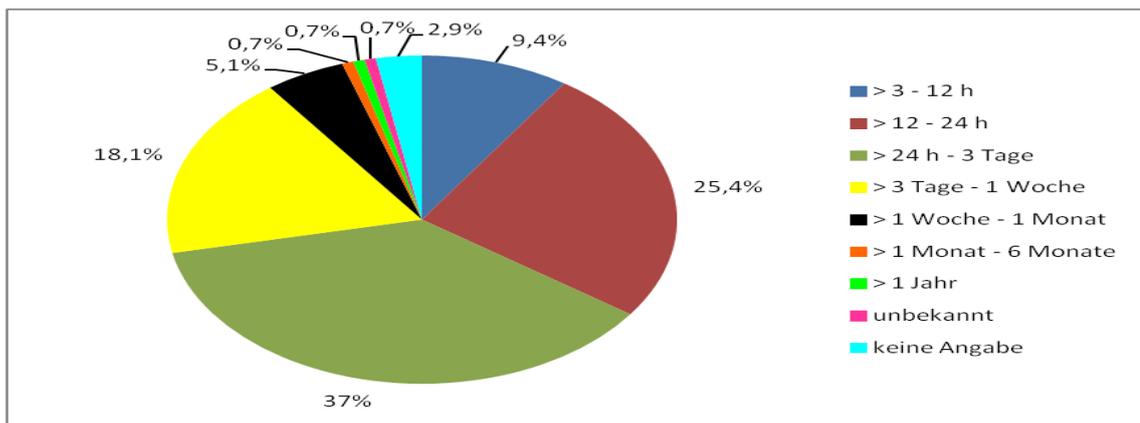


Abb. 11 Vorfalssort 2010 bis 2013 (n=138)

Vorfalssort und Alter der Opfer

Abb. 12 zeigt im Folgenden die Korrelation zwischen den genannten Vorfalssorten und dem Alter der Opfer. Auffallend ist, dass bei den Opfern ab dem 21. Lebensjahr der Großteil der Übergriffe in der eigenen Wohnung des Opfers verübt wurde. Die jüngeren Opfer verlassen mehr das häusliche Umfeld und erleben Übergriffe zumeist in einer fremden Wohnung oder *sonstigen öffentlichen Gebäuden*.

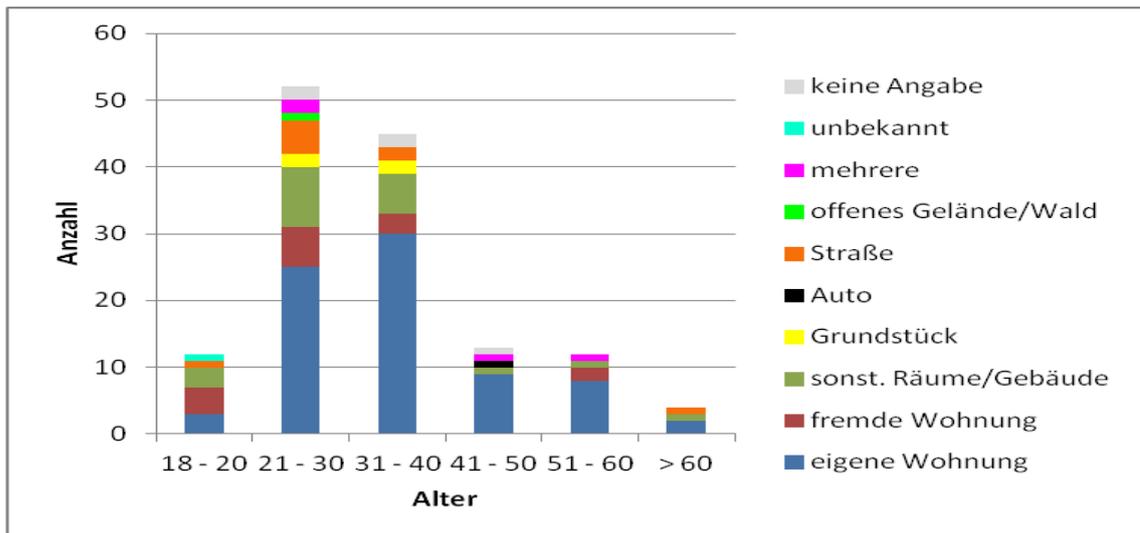


Abb. 12 Alter des Opfers und Vorfallsort 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.3.2 Vorfallszeit

Die Mehrzahl der Fälle zeigte, dass der Vorfallszeitpunkt zwischen 18 Uhr und 06.59 Uhr, damit *abends* und *nachts*, gelegen war (für die zeitliche Einteilung s. Material und Methoden, S. 23). Die weiteren Vorfälle ereigneten sich zu den anderen genannten Tageszeiten in einem etwa gleichen Verhältnis. In 20,3% der Fälle wurde zur Tatzeit keine Angabe durch die Person oder den Untersucher gemacht (s. Abb. 13).

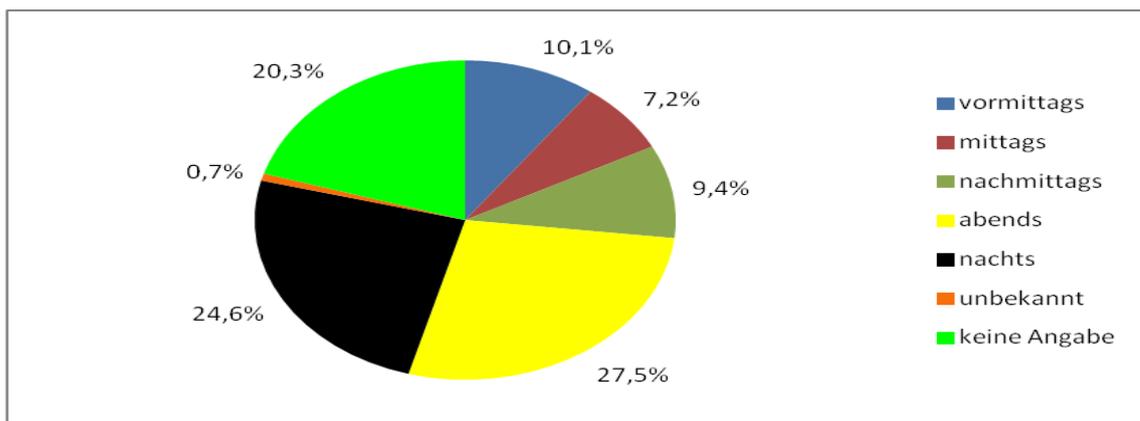


Abb. 13 Vorfallszeit 2010 bis 2013 (n=138)

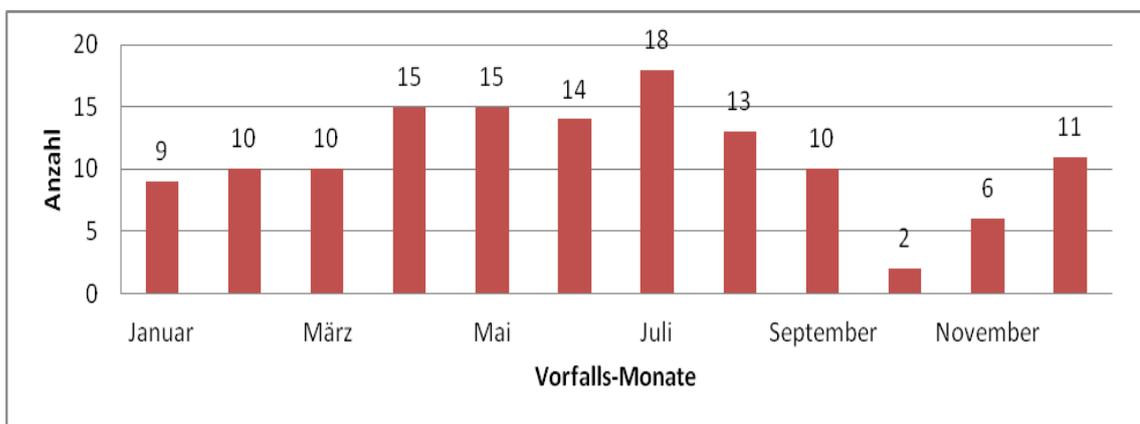
Vorfallszeit und Vorfallsort

Der Bezug von Tatzeit und Vorfallsort lässt erkennen, dass vormittags, abends und nachts die eigene Wohnung des Opfers am häufigsten als Tatort genannt wurde. Besonders nachts wurden zusätzlich eine fremde Täter-Wohnung oder *sonstige öffentliche Räume/ Gebäude* durch das Opfer angegeben. Die Vorfallsorte *Straße* und *Grundstück* kamen beinahe zu allen Tages- und Nachtzeiten vor (s. Tab. 2).

Tab. 2 Vorfallszeit und Vorfallsort 2010 bis 2013 (n=133, ohne *keine Angabe*)

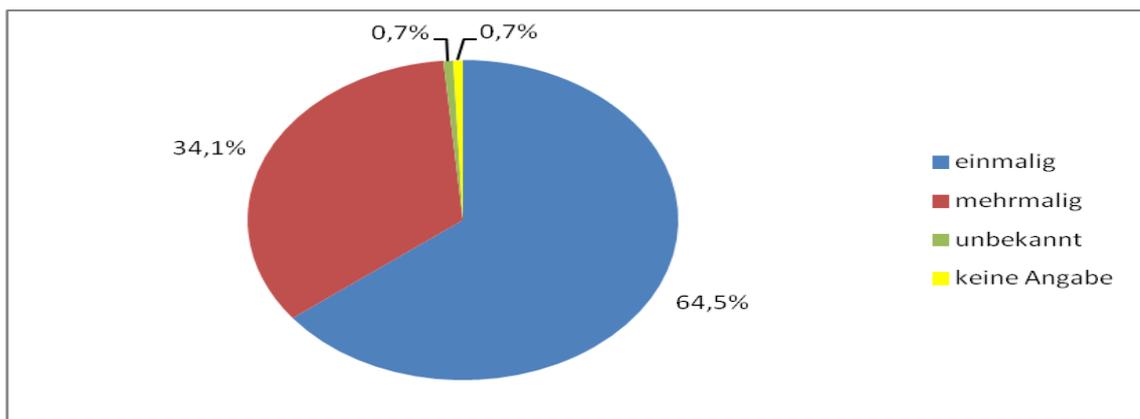
Uhrzeit	Eigene Whg.	Fremde Whg.	Sonstige Räume	Auto	Straße	Grundstück	Wald	Mehr. Orte	Unb.
07-11.59	11	1	1	-	-	1	-	-	-
12-13.59	4	1	3	-	2	-	-	-	-
14-17.59	8	4	-	-	-	-	-	-	-
18-23.59	27	1	4	-	3	2	-	-	1
24-06.59	11	6	10	1	4	1	-	1	-
Unb.	-	-	1	-	-	-	-	-	-

Die Vorfälle traten zudem am häufigsten im Zeitraum April bis August auf. Am wenigsten Übergriffe gab es in den Monaten Oktober und November (s. Abb. 14).

**Abb. 14 Vorfallsmonate 2010 bis 2013** (n=133)

3.1.3.3 Vorfalshäufigkeit

64,5% der Geschädigten gaben einen einmaligen Vorfall an, 34,1% erlebten bereits mehrmalige Übergriffe, bevor sie sich für einen Besuch in der Ambulanz entschieden. In einem Fall war die Vorfalshäufigkeit unbekannt, eine Person machte keine Angaben (s. Abb. 15).

**Abb. 15 Vorfalshäufigkeit 2010 bis 2013** (n=138)

Die 49 Patienten (34,1%), die mehrmalige Vorfälle schilderten, wurden zum genauen Zeitraum der bisher erlebten Übergriffe befragt (s. Material und Methoden, S. 23). 22,4% der Opfer gaben *null bis sechs Monate*, jeweils 10,2% *sechs Monate bis ein Jahr* oder *drei bis fünf Jahre*, 6,1% *ein Jahr bis zwei Jahre* und 4,1% den Zeitraum *11 bis 20 Jahre* an. Ein Opfer nannte *über 20 Jahre*, in einem Fall war die Zeit unbekannt und in fast der Hälfte der Fälle gab es keine Angaben hierzu (s. Abb. 16).

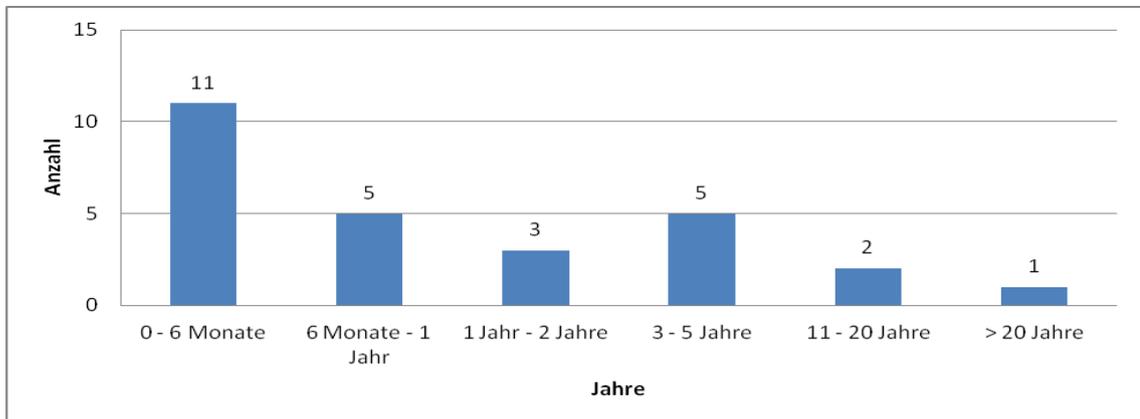


Abb. 16 Zeiträume der Vorfalshäufigkeit 2010 bis 2013 (n=27)

3.1.3.4 Täter-Opfer-Beziehung

Neben der Anzahl, dem Geschlecht und dem Alter der Täter wurde die genaue Beziehung zwischen Täter und Opfer untersucht. In 38,4% der 138 Fälle waren es *Partnerbeziehungen*, weiterhin *nähere Bekanntschaften* (14,5%), *Fremdtäter* (12,3%), *unbekannte Täter* (10,9%) und *Ex-Partner-Beziehungen* (8,7%). Am wenigsten wurde die Tat durch *flüchtige Bekannte* (5,8%), die *Familie* (4,3%) oder *Polizisten* berichtet (s. Abb. 17).

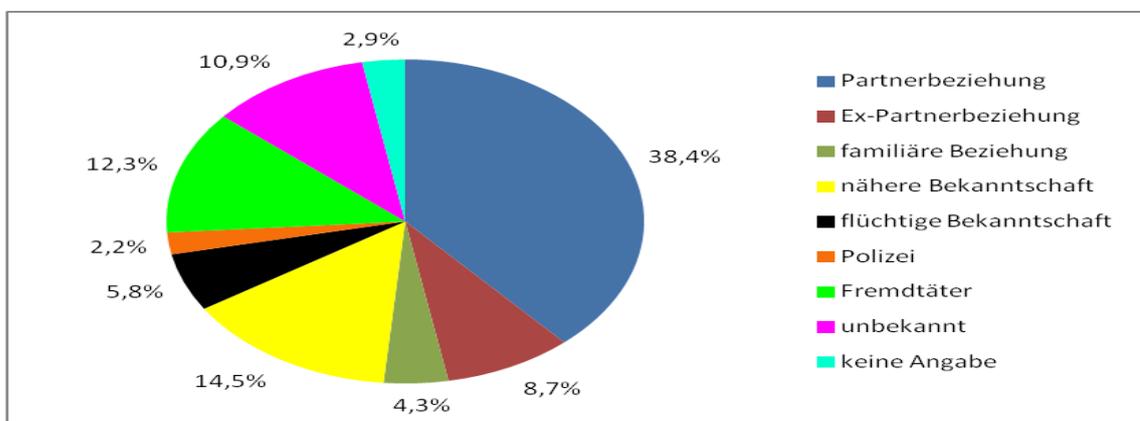


Abb. 17 Täter-Opfer-Beziehung 2010 bis 2013 (n=138)

Täter-Opfer-Beziehung und Vorfallsort

Hinsichtlich des Vorfallsorts fällt auf, dass die Übergriffe in der aktuellen Partnerschaft fast ausschließlich in der eigenen Wohnung des Opfers, die in einer Ex-Partner-

beziehung auch in der Wohnung des entsprechenden Ex-Partners verübt wurden. Gewalttaten durch nähere Bekanntschaften wurden in der Wohnung ihrer Opfer, in der Täter-Wohnung und *sonstigen Räumen/Gebäuden* vollzogen. Fremdtäter verübten ihre Tat überwiegend auf öffentlichen Straßen, jedoch auch in der Wohnung des Opfers selbst und der Täter-Wohnung. Bei den für die Opfer unbekanntem Tätern (beispielsweise im Rahmen eines K.O.-Mittel-Missbrauchs) kamen *sonstige Räume/Gebäude* sowie *mehrere Vorfallsorte* vor.

3.1.3.5 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen

Im Folgenden wird der Einfluss von Opfer und/oder Täter durch zentral wirksame Substanzen zur Tatzeit betrachtet. In 18% der Fälle wurde von den Geschädigten bejaht, dass sie und/oder der Täter einen solchen Einfluss hatten. 62,3% gaben an, dass weder sie noch der Täter Alkohol, Drogen und/oder Medikamente konsumiert hätten, bei 18,1% der Opfer bestand ein Verdacht aufgrund der Vorfalsschilderung. Bei je 0,7% der Fälle wurde *unbekannt* oder *keine Angabe* vermerkt (s. Abb. 18). In vier Fällen wurde der Täter bewusst als „Trinker“, „Konsument von Tavor“ etc. durch die Opfer beschrieben. Eine Vielzahl der Vorfälle trat auch nach gemeinsamem Alkohol- und/oder Drogenkonsum auf, am häufigsten wurde jedoch der eigene Alkoholkonsum der Opfer und die mögliche Verabreichung von K.O.-Mitteln erfasst.

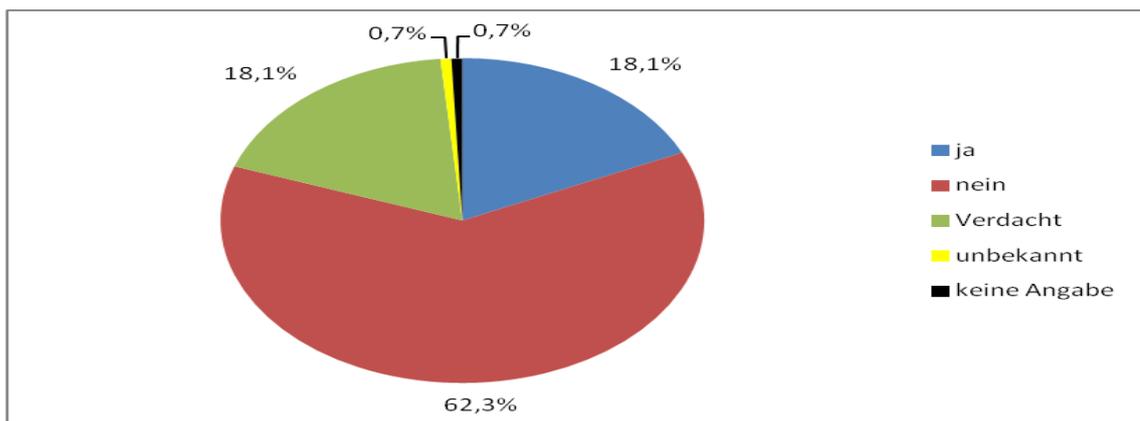


Abb. 18 Einfluss zentral wirksamer Substanzen zur Tat 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.3.6 Gewaltkategorie

Art des Übergriffs allgemein

Über die Hälfte der geschilderten Vorfälle umfassten körperliche, 18,1% rein sexuelle Gewalt. *Körperlich + sexuelle Gewalt* trat etwa gleich oft auf wie *unbekannte Übergriffe* und *unbekannte Übergriffe mit dem Verdacht auf eine sexuelle Tat* (s. Material und Methoden, S. 24) (s. Abb. 19). Die sechs männlichen Geschädigten erlitten meist *körperliche, körperlich + sexuelle Gewalt*, einen *unbekannten Übergriff* und einen *unbekannten Übergriff mit sexuellem Verdacht*.

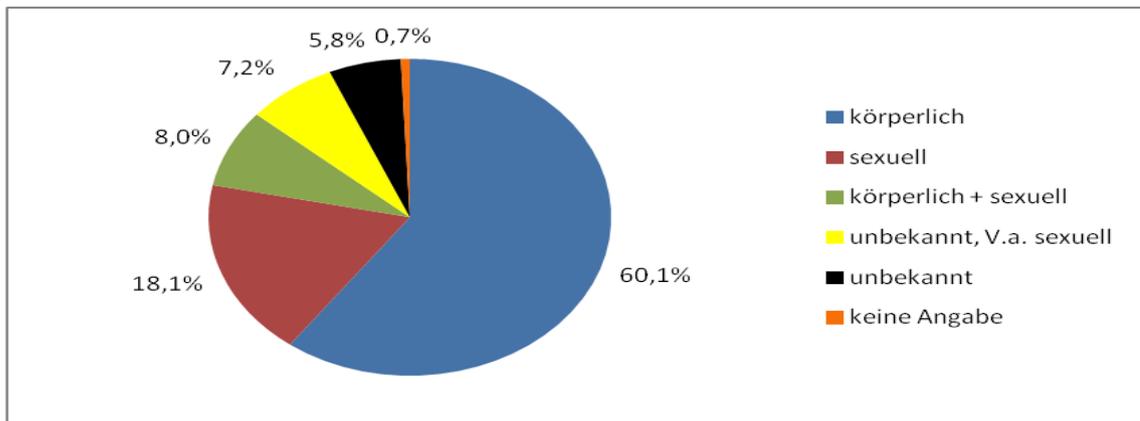


Abb. 19 Art des Übergriffs 2010 bis 2013 (n=138)

Abb. 20 stellt den Verlauf der Übergriffsarten im Laufe der Jahre 2010 bis 2013 dar. Hier fällt besonders der Anstieg der angezeigten körperlichen Delikte auf, ebenso die konstante Anzahl der rein sexuellen Delikte. Die Übergriffe unbekannter Art mit einem möglichen sexuellen Hintergrund sind dagegen rückläufig.

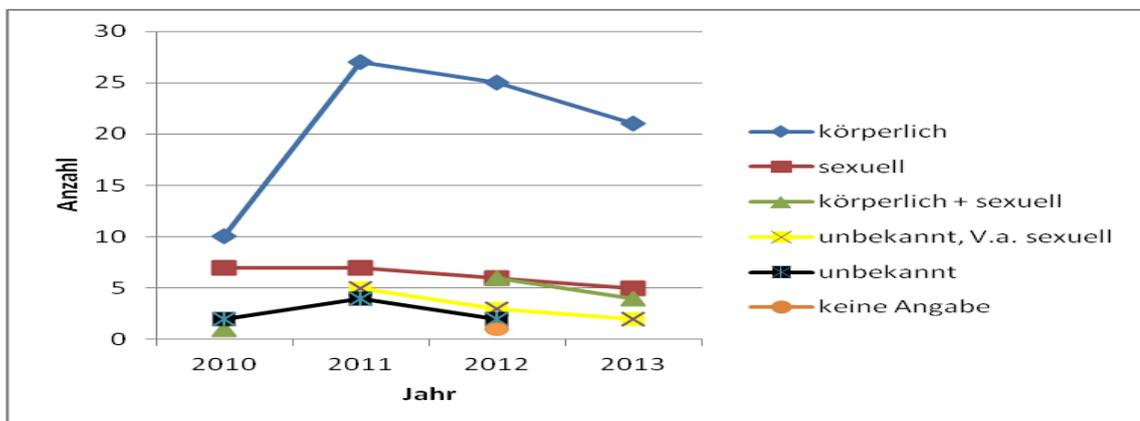


Abb. 20 Art des Übergriffs und Untersuchungs Jahre 2010 bis 2013 (n= 138)

Art des Übergriffs und Alter der Opfer

Korreliert man die Art des Übergriffs mit dem Alter der Opfer fällt auf, dass die überwiegende Anzahl der sexuellen Delikte in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen verübt wurde. Im Alter zwischen 21 bis 30 Jahre erlebten die Geschädigten gleich häufig körperliche Gewalt und Gewalt mit sexueller Beteiligung (*sexuell/körperlich + sexuell/unbekannt + V.a. sexuell*). Bei den 31- bis 40-Jährigen gab es zumeist körperliche Übergriffe, ebenso in den nachfolgenden Altersdekaden. Hier traten aber Übergriffe *unbekannter Art* nicht mehr auf (s. Abb. 21).

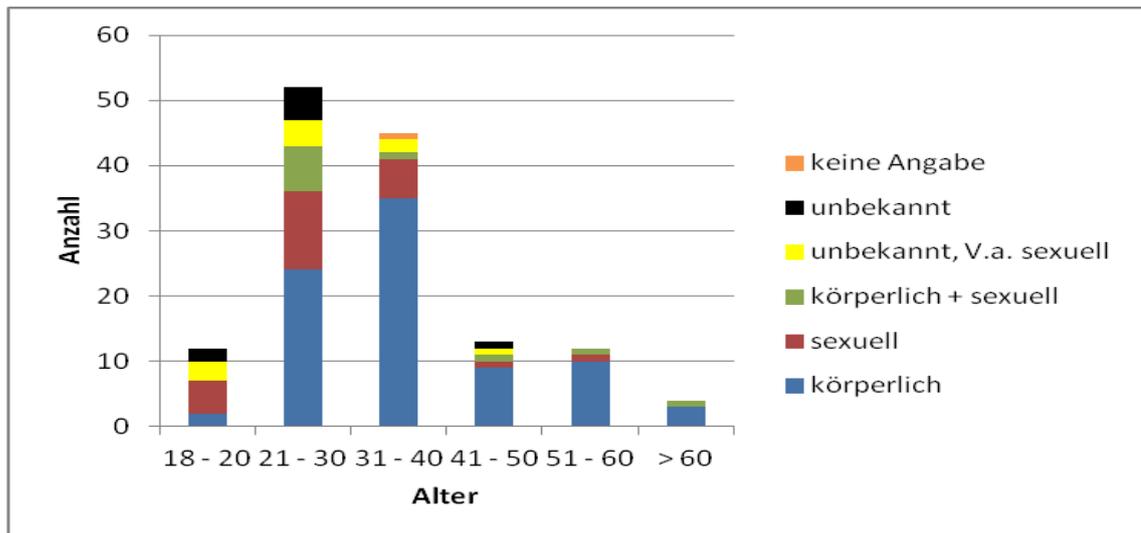


Abb. 21 Art des Übergriffs und Alter des Opfers 2010 bis 2013 (n=138)

Art des Übergriffs und Migrationshintergrund

Opfer mit gesichertem Migrationshintergrund berichteten fast nur von körperlicher Gewalt (25 der 30 Fälle), rein sexueller Natur war ein Vorfall. Bei den 64 Patienten deutscher Nationalität wurden in der Hälfte der Fälle körperliche Übergriffe geschildert, bei 14 Personen eine sexuelle Tat. Die übrigen Vorfälle sind den weiteren Kategorien zuzuordnen wie *körperlich + sexuell*, *unbekannt* und *V.a. sexuell*, *unbekannt* und *keine Angabe*.

Täter ohne Migrationshintergrund wurden häufiger körperlicher Delikte, Täter mit Migrationshintergrund dagegen *körperlich + sexueller Gewalt* beschuldigt.

Art des Übergriffs und Täterprofil

Zwei Täter traten ausschließlich bei Übergriffen körperlicher Gewalt auf, in den Fällen mit drei oder vier Tätern verübten diese ein Sexualdelikt und fünf Täter traten zusammen bei einem körperlichen Überfall auf.

Hinsichtlich des Tätergeschlechts fiel auf, dass die weiblichen Täterinnen fast ausschließlich körperliche Delikte verübten, einmal *körperliche + sexuelle Gewalt*. *Weibliche + männliche Täter* gab es nur bei körperlichen Übergriffen. Männliche Täter und unbekannte Täter kamen in allen Kategorien von Gewaltarten vor (s. Abb. 22).

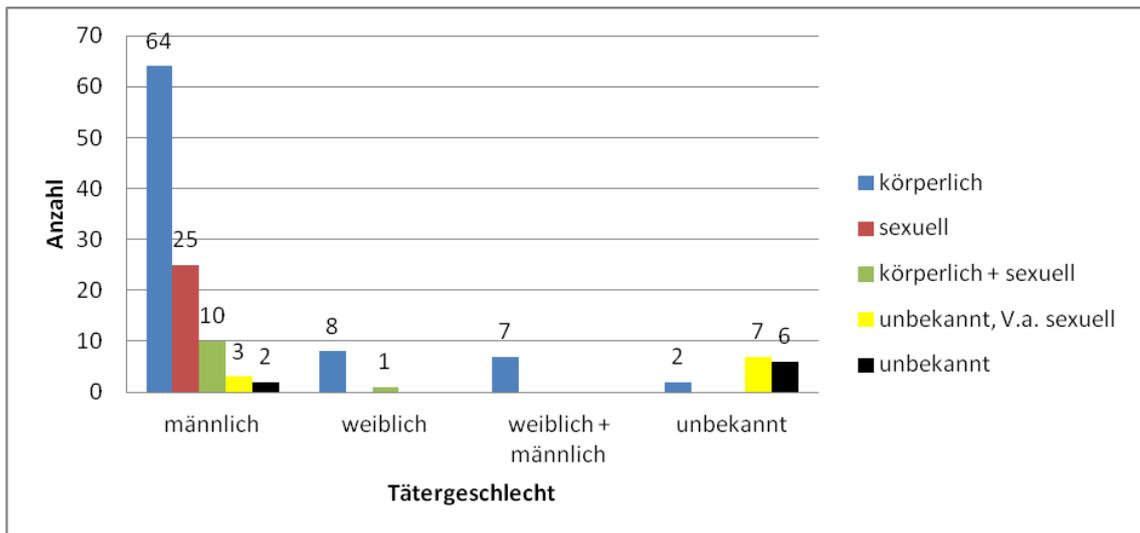


Abb. 22 Art des Übergriffs und Geschlecht des Täters 2010 bis 2013 (n=135)

Betrachtet man die Korrelation zwischen dem Alter der Täter und der Art des Übergriffs fällt auf, dass die 18- bis 20-Jährigen ausschließlich körperliche Gewalt verübten, ebenso die 31- bis 40-Jährigen. Bei der meist genannten Altersgruppe *21 bis 30 Jahre*, traten in acht der 11 Fälle körperliche, in zwei Fällen rein sexuelle Delikte und in einem Fall ein *körperlich + sexueller* Übergriff auf (s. Abb. 23).

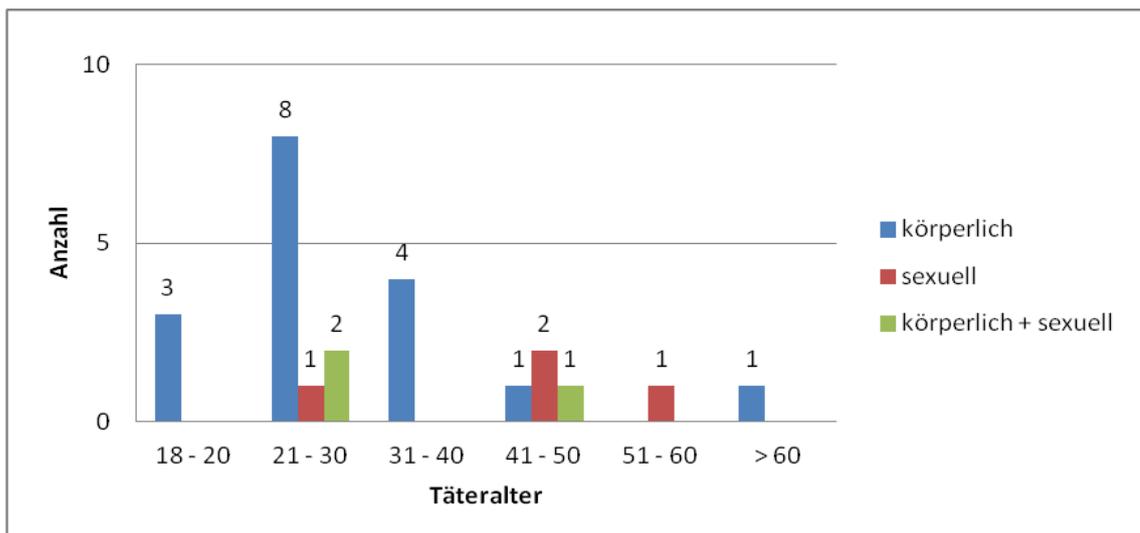


Abb. 23 Art des Übergriffs und Alter des Täters 2010 bis 2013 (n=24)

Art des Übergriffs und Täter-Opfer-Beziehung

Die genaue Täter-Opfer-Beziehung lässt sich ebenso in Zusammenhang mit der Art des Übergriffs stellen. Abb. 24 macht deutlich, dass in einer Partnerbeziehung erheblich mehr körperliche Übergriffe erfolgten als sexuelle, ebenso in einer Ex-Partnerbeziehung. Durch nähere Bekanntschaften wurden zu gleichen Teilen körperliche und sexuelle Vorfälle ausgeübt, flüchtige Bekanntschaften verübten vor allem sexuelle Delikte. Fremdtäter erscheinen in den Kategorien *körperlich* und *sexuell*

gleich oft. Den unbekanntem Tätern wurden die für die Opfer unbekanntem Vorfälle zugeordnet (z.B. im Rahmen eines K.O.-Mittel-Missbrauchs).

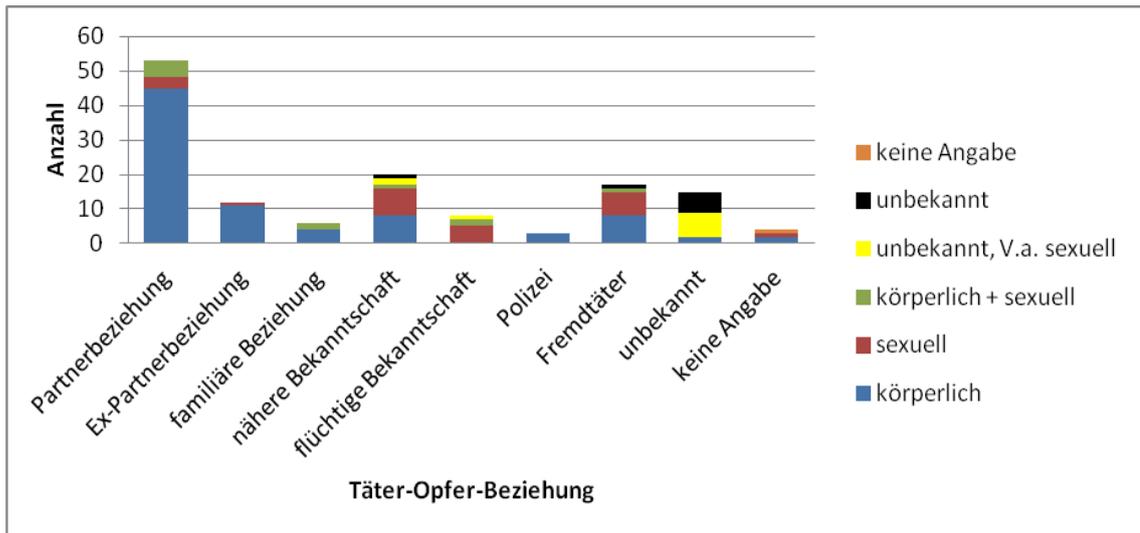


Abb. 24 Art des Übergriffs und Täter-Opfer-Beziehung 2010 bis 2013 (n=138)

Art des Übergriffs und Vorfallsort

Bezüglich des Vorfallsorts traten körperliche Delikte überwiegend in der eigenen Wohnung des Opfers, in *sonstigen Räumen/Gebäuden*, auf der Straße, in der fremden Täter-Wohnung und auf einem Grundstück auf. Sexuelle Delikte wurden ebenfalls meist im eigenen Heim verübt, einer für das Opfer fremden Wohnung und in sonstigen Räumen/Gebäuden. *Körperlich + sexuelle* Gewalt wurde nahezu nur in der eigenen Wohnung erlitten, ein *unbekannter Übergriff mit sexueller Komponente* zumeist in *sonstigen Räumen/Gebäude* (s. Tab. 3).

Tab. 3 Art des Übergriffs und Vorfallsort 2010 bis 2013 (n=133)

Übergriff	Eigene Whg.	Fremde Whg.	Sonstige Räume	Auto	Straße	Grundstück	Wald	Mehr. Orte	Unb.
körperlich	57	5	10	-	7	2	-	1	-
sexuell	11	7	4	-	-	1	1	-	-
körperl.+ sexuell	7	1	1	-	-	-	-	-	-
unbek.+ V.a. sex.	1	1	4	-	1	1	-	2	-
unbek.	1	1	2	1	1	1	-	1	1

Art des Übergriffs und Vorfallzeit

Die abschließende Korrelation der Art des Übergriffs mit der Vorfallszeit zeigt, dass körperliche Delikte in der Hälfte der Fälle zur Abend- und Nachtzeit auftraten, rein sexuelle ebenfalls zur Hälfte nachts, *unbekannte + sexuelle* fast ausschließlich nachts. *Körperlich + sexuelle* Vorfälle ereigneten sich dagegen wie die *unbekannten Übergriffe* während der gesamten Tageszeit.

Gewalteinwirkungen allgemein

Laut der Vorfalsschilderung der Patienten konnten auch spezifische Gewalteinwirkungen herausgearbeitet werden. In einem Drittel der 138 Fälle wurde stumpfe Gewalt aufgeführt, gefolgt von stumpfer Gewalt in Kombination mit Gewalt gegen den Hals, rein sexuellen Übergriffen und *stumpfer Gewalt + sexueller Übergriff* (beide Arten der Gewalteinwirkung wurden unabhängig voneinander ausgeführt, s. Kategorie „Art des Übergriffs“ *körperlich + sexuell*). Die übrigen Angaben verteilten sich gemäß Tab. 4. 13% der Gewaltformen waren unbekannt, *Sonstiges* sowie *keine Angabe* wurden in je 0,7% der Fälle angegeben.

Tab. 4 Gewalteinwirkungen 2010 bis 2013 (n=138)

Stumpfe Gewalt:	34,1%
Stumpfe Gewalt + Gewalt gegen den Hals:	21,7%
Stumpfe Gewalt + scharfe Gewalt:	2,2%
Stumpfe Gewalt + sexueller Übergriff:	5,8%
Sexueller Übergriff:	18,1%
Sexueller Übergriff + Gewalt gegen den Hals:	1,4%
Sexueller Übergriff + thermische Gewalt:	0,7%
Scharfe Gewalt:	0,7%
Thermische Gewalt:	0,7%

Psychische Gewalt

11,6% der geschilderten Vorfälle beinhalteten ausdrücklich psychische Gewalt. Dies trat vor allem in den Kategorien *stumpfe Gewalt* und *stumpfe Gewalt + Gewalt gegen den Hals* auf.

Tatwerkzeug

In 20,3% aller Übergriffe wurde ein Gegenstand mit verwendet. Dies ereignete sich vor allem beim Ausüben stumpfer Gewalt, *stumpfer Gewalt + Gewalt gegen den Hals* und scharfer Gewalt, aber auch in zwei Fällen rein sexueller Übergriffe sowie sexueller Übergriffe in Kombination mit einer weiteren Gewaltart. Als Gegenstände wurden oft

Haushaltswaren benannt wie Getränkedosen, Plastikflaschen, Gürtel, Zigaretten, Wasserkocher, Toaster, Schlüsselbund, Stühle, Messer und eine Stange. Bei den sexuellen Delikten wurde mit den eigenen Hemden oder Büstenhaltern Gewalt gegen den Hals ausgeübt. Dies geschah bis auf einen Fall (Hotel) in der eigenen Wohnung.

Amnesie

Eine Amnesie zum Tatzeitpunkt bestand in 18,1% der Fälle. Hier wurde zumeist die Gewalteinwirkung *unbekannt* und in neun Fällen ein sexuelles Delikt, das nach der Amnesie vom Opfer erkannt wurde, angegeben.

Anwesenheit von Kindern

In sechs Fällen waren Kinder beim Ausüben der Tat anwesend (in den Kategorien *stumpfe Gewalt*, *stumpfe Gewalt + Gewalt gegen den Hals*, *stumpfe Gewalt + scharfe Gewalt*).

Auslöser von Gewalttaten

Die Ursachen und Auslöser dieser Gewalttaten lassen sich vereinzelt aus den Vorfallschilderungen der Opfer ableiten. So wurde von einem Streit um das Sorgerecht oder die religiöse Erziehung der Kinder berichtet, häufig war Eifersucht oder das Antreffen auf eine/n andere/n Frau/Mann der Hintergrund, ebenso wie das Verweigern von ehelichem Geschlechtsverkehr (z.B. auch aufgrund einer Schwangerschaft).

Drei weibliche Opfer erlitten bereits in der Kindheit sexuelle Übergriffe.

Bezüglich der sexuellen Delikte ging häufig ein Besuch einer Diskothek mit Alkoholkonsum oder einer anderen Party mit der anschließenden Mitnahme eines Bekannten in die eigene Wohnung voraus.

Drei der Täter befanden sich laut der Opfer in der Vergangenheit schon einmal im Gefängnis für mehrere Jahre (wegen Drogenhandel, Bandenkriminalität, Mord), zwei Täter waren zur Tatzeit in psychischer Behandlung. In einem Fall stand Ausländerfeindlichkeit im Vordergrund.

Sexuelle Gewalt

Penetrationsgegenstand

Wichtig ist zunächst der Gegenstand oder das Körperteil, mit dem eine Penetration durchgeführt worden ist. In beinahe der Hälfte der Fälle wurde *Penis* angegeben, zudem die Kombination *Penis + Finger*, *Finger*, *Finger + Gegenstand*. In 42,6% der Fälle war der Penetrationsgegenstand dem Opfer unbekannt. Bei den beiden männlichen Opfern wurde dieser ebenso mit *unbekannt* angegeben (s. Abb. 25).

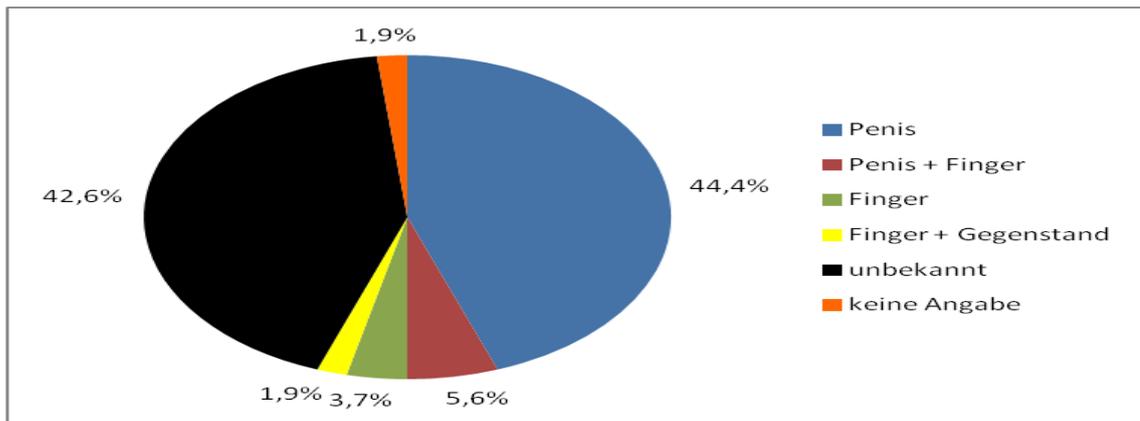


Abb. 25 Penetrationsgegenstände 2010 bis 2013 (n=54)

Penetrationsort

Zudem wird der Penetrationsort erfragt. In fast einem Drittel handelte es sich um die Scheide, des Weiteren um *Scheide + After* (13%), *Scheide + After + Mund* (7,4%), *Scheide + Mund* (3,7%), *After* und *Mund* (je 1,9%). In 40,7% der Fälle war der Penetrationsort unbekannt. Die beiden männlichen Opfer gaben *After* bzw. *unbekannt* an. 3,7% machten keine Angabe (s. Abb. 26).

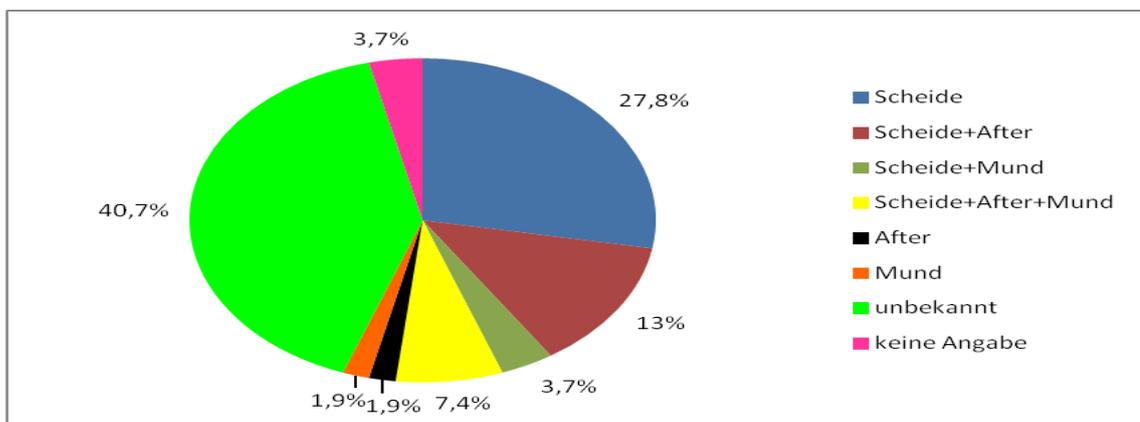


Abb. 26 Penetrationsorte 2010 bis 2013 (n=54)

Ejakulationsort

Ebenso bedeutend ist der Ejakulationsort. In den meisten Fällen war dies die Scheide (13%), je ein Opfer gab *Mund*, *Gesicht*, *Körper* oder *Bett* an, zwei verneinten eine Ejakulation, bei 63% wurde *unbekannt* im Untersuchungsbogen vermerkt. In 13% der Fälle wurden keine Angaben im Protokoll gemacht.

Kondombenutzung

Ein Kondom wurde in 11,1% der Fall benutzt, 31,5% der Geschädigten gaben dazu *nein* an, in 51,6% der Fälle war es unbekannt. In einem Fall wurde ein Gleitmittel verwendet, 13 Patienten verneinten dies bewusst.

Nachtatverhalten

Über 50% der Opfer führten ein Nachtatverhalten durch, lediglich 16,7% haben *nein* angegeben (s. Material und Methoden, S. 24) (s. Abb. 27).

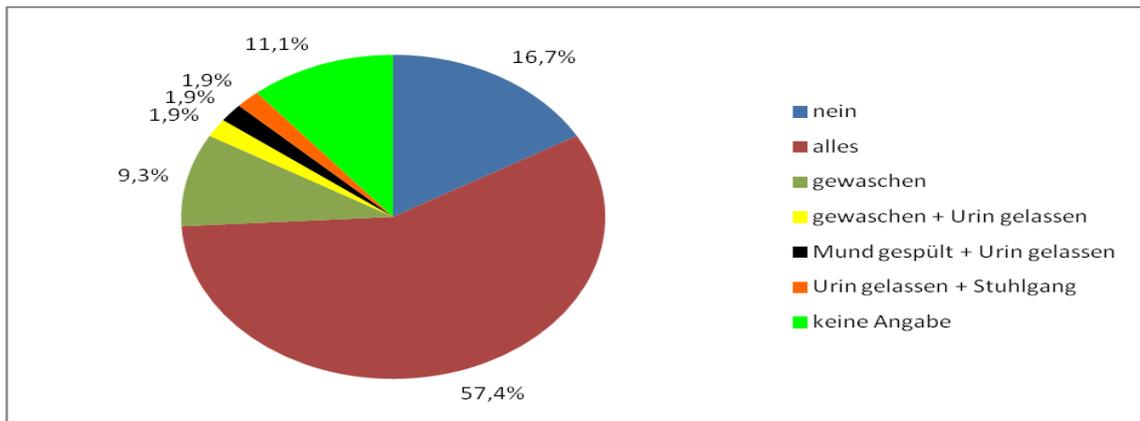


Abb. 27 Nachtatverhalten des Opfers 2010 bis 2013 (n=54)

3.1.4 Allgemeine und gynäkologische Anamnese der Opfer

3.1.4.1 Schwangerschaft und Geburtenanzahl

Zum Tatzeitpunkt waren vier Frauen aktuell schwanger, bei weiteren vier war eine Schwangerschaft laut den Aussagen der Opfer nicht auszuschließen, also *unbekannt*. 59 Geschädigte gaben definitiv *nein* an, meistens wurden aber im Protokoll keine Angaben zu einer aktuellen Schwangerschaft gemacht.

Hinsichtlich der Geburtenanzahl ist festzustellen, dass 18,2% der 132 weiblichen Opfer bis zur Tat keine Kinder, 9,8% zwei, 9,1% ein Kind, fünf Frauen drei und eine vier Kinder hatten. In über der Hälfte der Fälle erfolgte jedoch keine Angabe hierzu. In Abhängigkeit von einer Partner- oder Ex-Partnerbeziehung, in der gewalttätige Übergriffe erfolgten, fällt auf, dass es in der aktuellen Partnerbeziehung überwiegend zwei Kinder gab. In einer Ex-Partnerbeziehung wurden insgesamt deutlich weniger Kinder genannt (s. Abb. 28).

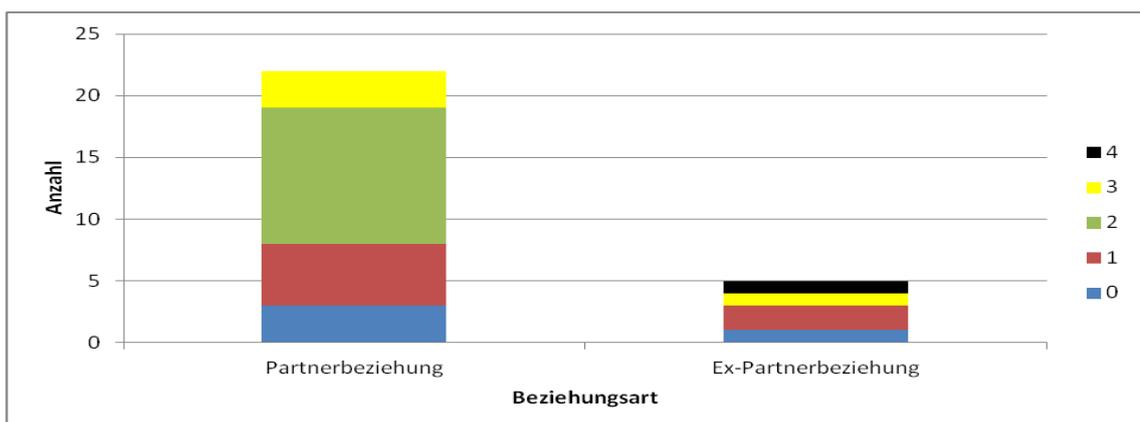


Abb. 28 Geburtenzahl und Partner-/Ex-Partnerbeziehung 2010 bis 2013 (n=27)

3.1.4.2 Vorerkrankungen und Infektionen

Etwa 40,6% der Geschädigten haben Vorerkrankungen zu Protokoll gegeben. Fasst man diese in Kategorien zusammen, wird ersichtlich, dass rein internistische Krankheiten (z.B. arterielle Hypertonie) am häufigsten auftreten (28,6%), gefolgt von rein psychischen und neurologischen Erkrankungen. Die übrigen Krankheiten sind der Gynäkologie, Dermatologie, Orthopädie oder z.B. dem *internistisch + gynäkologischen* Gebiet zuzuordnen (s. Material und Methoden, S. 25). Unter zur Untersuchungszeit aktuellen Infektionen (z.B. HPV) litten vier der 138 Geschädigten, bei 49,3% wurden jedoch keine Angaben hierzu gemacht.

Vorerkrankungen und Täter-Opfer-Beziehung

Setzt man die Krankheiten aus dem psychischen, gynäkologischen, dermatologischen und internistischen Formenkreis in Korrelation mit den Vorfällen in einer Partner-/Ex-Partner-/oder familiären Beziehung, zeigt sich, dass beinahe die Hälfte dieser Erkrankungen in diesen Gewaltbeziehungen auftraten. Die durch die Opfer angegebenen internistischen Erkrankungen treten fast ausschließlich in einer Partnerbeziehung auf, ebenso die Hälfte der genannten neurologischen und ein Viertel der psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen .

3.1.4.3 Medikation

Unter den insgesamt 57 angegebenen Medikamentenarten der Opfer stehen Kontrazeptiva an erster Stelle, etwa ein Viertel stellen psychische, 17,5% internistische und 15,8% analgetische Medikamente dar, die übrigen umfassen Kombinationen untereinander.

Medikation und Täter-Opfer-Beziehung

In einer häuslichen Täter-Opfer-Beziehung wurden 40,4% der gesamten angegebenen Medikation eingenommen, genauer 70% der internistischen, 66,7% der analgetischen und 46,2% der psychischen Medikamente.

3.1.4.4 Weitere gynäkologische Anamnese

Die gynäkologische Anamnese umfasst zusätzlich den Zeitraum des letzten freiwilligen Geschlechtsverkehrs, die letzte Monatsblutung, die Art der Verhütung, die Feststellung des Tanner-Stadiums, der Reifungsperiode und der Beschaffenheit des Hymens. Diese Informationen sind unter anderem bedeutend für die spätere körperliche Untersuchung, Spurensicherung und weitere Beratung. Auf eine Auswertung dieser statistisch irrelevanten anamnestischen Daten wurde verzichtet.

3.1.5 Körperliche Untersuchung der Opfer

3.1.5.1 Zeit zwischen letztem Tattag und Untersuchung

Abb. 29 zeigt, dass über ein Drittel der Geschädigten die Ambulanz in einem Zeitraum von *24 h bis drei Tage* nach einer Tat aufsuchte, ein Viertel innerhalb von *12 bis 24 h*, 18,1% erreichten diese nach *drei Tagen bis eine Woche*, 9,4% nach *drei bis 12 h* und 5,1% warteten *bis zu einem Monat*. Je 0,7% nahmen *bis zu einem halben Jahr* nach der Tat oder sogar *über ein Jahr* danach erst Kontakt zur Ambulanz auf (s. Material und Methoden, S. 25).

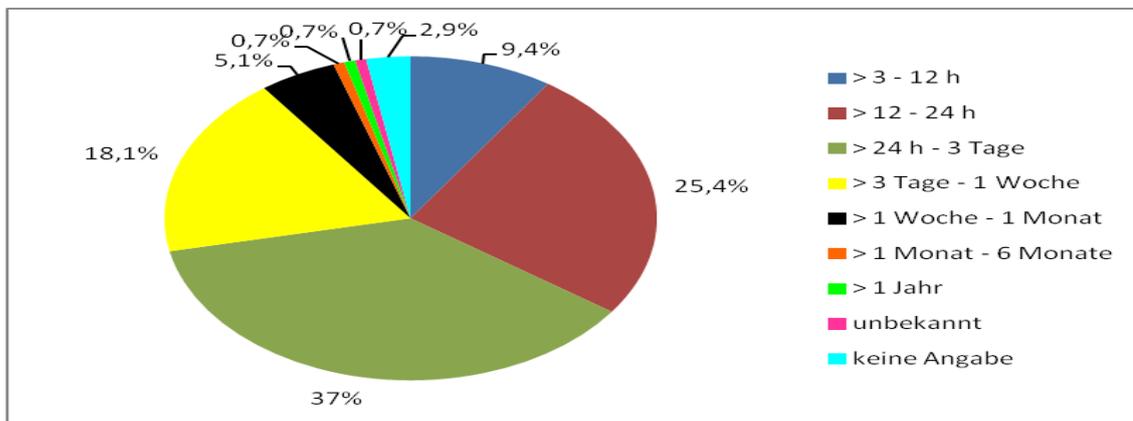


Abb. 29 Zeitintervall von letzter Tatzeit zur Untersuchung 2010 bis 2013 (n=138)

Zeitintervall und Art des Übergriffs

Hinsichtlich der Art des erlittenen Übergriffs fällt auf, dass überwiegend im Zeitraum ab 12 h bis eine Woche körperliche Delikte gemeldet, im Zeitraum ab *24 h bis drei Tage* nach der Tat dagegen sexuelle Delikte und Delikte *körperlich + sexueller Gewalt* angegeben werden. Die Geschädigten eines *unbekannten oder unbekanntes Vorfalls mit sexuellem Verdacht* ließen eine körperliche Untersuchung noch früher vornehmen (im Zeitraum von *12 bis 24 h*).

Zeitintervall und Täter-Opfer-Beziehung

In Abhängigkeit der Täter-Opfer-Beziehung lässt sich erkennen, dass die Mehrzahl der Opfer einer Partnerbeziehung innerhalb von *24 h bis drei Tage* untersucht wurde, ebenso die Opfer einer näheren Bekanntschaft. Diejenigen Opfer einer Ex-Partnerbeziehung meldeten sich *ab drei Tage* nach dem Vorfall. Die durch eine flüchtige Bekanntschaft Geschädigten suchten die Ambulanz in einem Zeitraum von *bis zu einem Monat* auf. Handelte es sich bei den Tatverdächtigen um Polizeibeamte dauerte dies *bis zu einer Woche*, bei einem Fremdtäter *bis zu drei Tage* und bei unbekanntes Tätern *bis zu maximal 24 h*. Die Zeitintervall *über ein Jahr* bis zur Meldung wurde von einem Opfer in einer gewalttätigen Partnerbeziehung angegeben (s. Abb. 30).

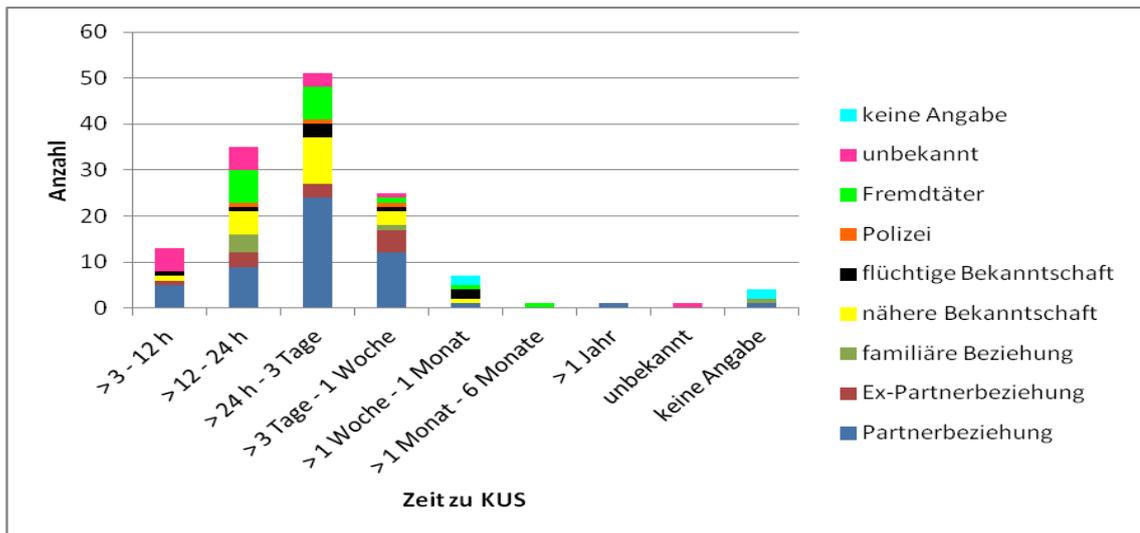


Abb. 30 Zeit zur Untersuchung und Täterbeziehung 2010 bis 2013 (n=138)

Zeitintervall und Nachtatverhalten

Diejenigen Opfer, die ein Nachtatverhalten zu Protokoll gaben suchten zumeist im Zeitraum *ab 24 h bis drei Tage* die Ambulanz auf. Diejenigen ohne Nachtatverhalten taten dies wesentlich früher, vor allem in den Zeiten *drei bis 12 h* und *12 bis 24 h*.

3.1.5.2 Zugang zur Gewaltopferambulanz

Auftraggeber einer Untersuchung war in 59,4% der Fälle der/die Geschädigte selbst, in 18,1% eine medizinische, in 12,3% eine rechtliche, in 8,7% eine soziale Einrichtung und in 1,4% waren es *mehrere Auftraggeber* (s. Material und Methoden, S. 25). In den einzelnen Jahren 2010 bis 2013 fällt auf, dass die privaten Aufträge bis 2012 anstiegen und wieder leicht abfielen, die einer medizinischen Einrichtung 2011 ihren Spitzenwert erreichten, die einer rechtlichen Einrichtung 2011 ihren Spitzenwert erreichten, die einer rechtlichen Einrichtung bis 2013 leicht angestiegen sind und die einer sozialen Einrichtung im Laufe der Jahre schwankten (s. Abb. 31).

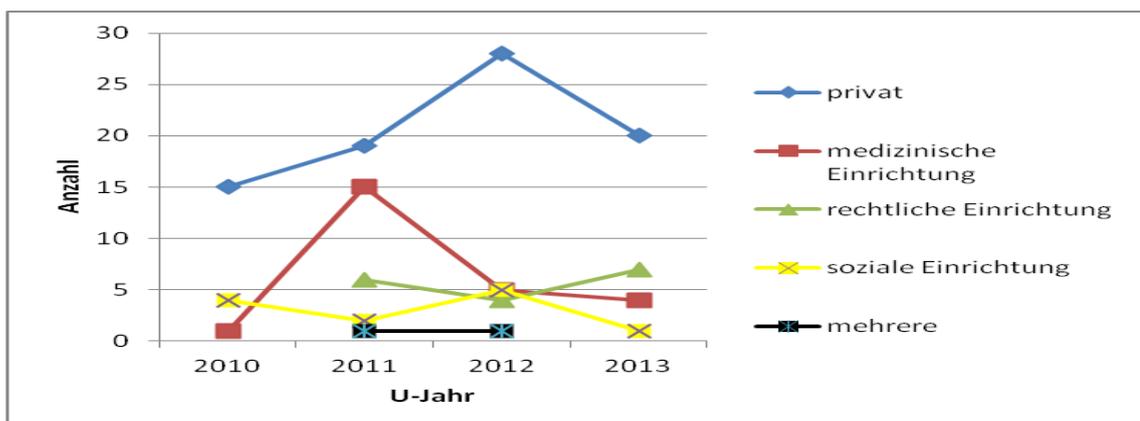


Abb. 31 Auftraggeber 2010 bis 2013 (n=138)

Die Information zum Angebot der Opferschutzambulanz für eine Privatperson stammte in 74,4% der Fälle von einer eigenen Recherche des Opfers (z.B. Flyer, Zeitung). 15,9% der Patienten erhielten Auskünfte von einer medizinischen, 1,2% von einer rechtlichen Einrichtung und 8,5% informierten sich bei einer sozialen Institution über die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Untersuchung. Abb. 32 stellt dies im Laufe der Jahre 2010 bis 2013 dar.

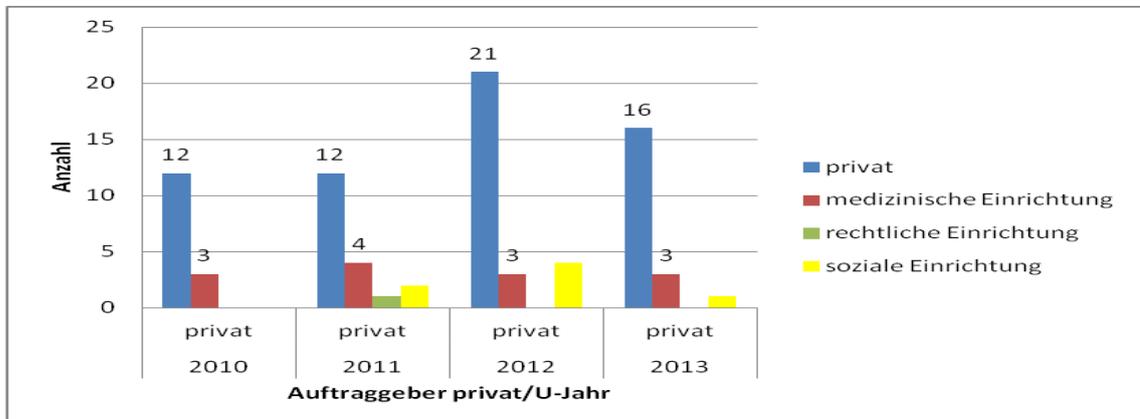


Abb. 32 Privater Auftraggeber und Informationswege 2010 bis 2013 (n=82)

3.1.5.3 Untersuchungszeit und -dauer

In über 50% der Fälle fand die Untersuchung zur Nachmittagszeit statt, ein Viertel fand *vormittags* statt, 13% *mittags* und 5,1% *abends*. In 3,6% der Fälle wurden keine Angaben gemacht, eine Untersuchung fand außerhalb des Instituts statt.

Eine Untersuchung dauerte durchschnittlich 51 Minuten (n=25). 113 Mal wurde keine Angabe zur Dauer vermerkt, die verbleibenden Daten zeigen, dass 6,5% der Kategorie *46 bis 60 min*, je 4,3% *16 bis 30 min* bzw. *31 bis 45 min*, 2,2% *1 h bis 1,25 h* und 0,7% *bis 2 h* zugeordnet wurden (s. Material und Methoden, S. 26) (s. Abb. 33). Die Korrelation der Art des Übergriffs mit der Untersuchungsdauer ergibt keine Tendenzen, beispielsweise ob die Untersuchung bei einem sexuellen Delikt wesentlich länger dauerte.

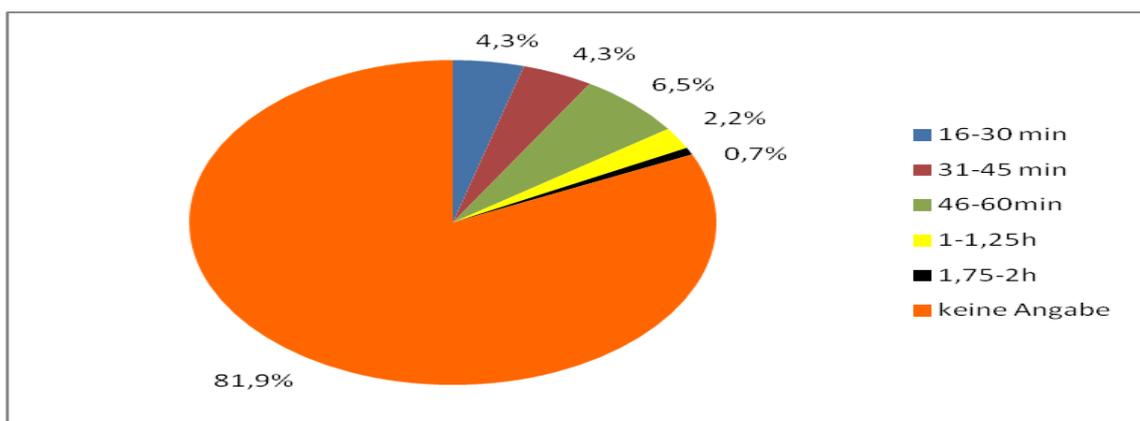


Abb. 33 Untersuchungsdauer 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.5.4 Untersuchungstechnik

Als Untersuchungstechnik wurde in 31,2% der Fälle der gynäkologische Stuhl gewählt, bei je 0,7% *Stuhl + Rückenlage* und bei je 1,4% *Seitenlage*. Zwei Patienten haben eine Untersuchung verweigert, bei 89 wurde keine spezifische Untersuchungstechnik verwendet. Hierbei handelt es sich um die 83 körperlichen Übergriffe, zwei sexuelle und die Kategorien *körperlich + sexuell, unbekannt + V.a. sexuell, unbekannt* und *keine Angabe*.

3.1.5.5 Patientenverhalten

Das Verhalten der Patienten bei den Untersuchungen war in 70,3% der Fälle *kooperativ*, in 21,7% waren diese *emotional* und 5,1% hatten *Schmerzen*. Eine Geschädigte war nicht kooperativ und einmal erlitt eine Patientin einen epileptischen Anfall während der körperlichen Untersuchung.

3.1.5.6 Fotodokumentation

Eine zusätzliche Dokumentation der Verletzungen per Fotografie erfolgte in 70,3% der Vorfälle, in 15,9% wurde keine durchgeführt und in 13,8% gab es keine Angaben dazu. Tendenziell wurden eher die Folgen von körperlichen und *körperlich + sexuellen* Übergriffe fotografisch festgehalten sowie die meisten Fälle aus der Kategorie *unbekannt + V.a. sexuell*.

3.1.5.7 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen

78,3% der Patienten hatten zum Untersuchungszeitpunkt keinen Einfluss durch zentral wirksame Substanzen, bei 6,5% wurde ein Substanzmissbrauch vermerkt, in zwei Fällen bestand ein Verdacht (s. Abb. 34). Als psychisch auffällig wurden fünf Geschädigte beschrieben. Im Zusammenhang mit einem BtM-Einfluss zur Tatzeit konnte gezeigt werden, dass dieser in zwei Fällen sowohl zur Tatzeit als auch bei der Untersuchung bestand, in einem Fall bestand beides Mal ein Verdacht aufgrund der Vorfallsschilderung und/oder des Verhaltens des Patienten zum Untersuchungszeitpunkt, in drei Fällen bestand dieser zur Tatzeit sowie ein gesicherter Einfluss bei der Untersuchung, in einem Fall bestand zur Tatzeit ein gesicherter Einfluss und bei der Untersuchung ein Verdacht.

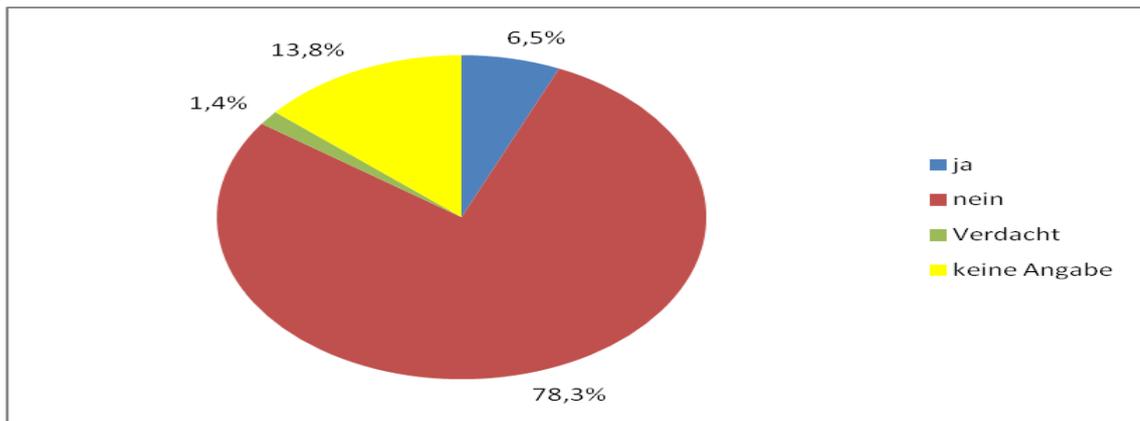


Abb. 34 BtM-Einfluss zum Untersuchungszeitpunkt 2010 bis 2013 (n=138)

3.1.6 Befunderhebung

3.1.6.1 Verletzungsart

Bei der Beschreibung der Befunde finden sich bei den körperlichen Delikten überwiegend Hämatome, Schürfungen, Kratzer, Schwellungen, Einblutungen (z.B. der Lippe) und/oder Narben. In einigen Fällen wurden punktförmige Blutungen in der Haut, in den Augenlidern oder am Ohr gefunden, Würgemale am Hals, eine Fraktur des Fingers oder des Nasenbeins, ein abgebrochener Schneidezahn, eine beidseitige Trommelfellruptur und eine Commotio cerebri.

Die sexuellen Übergriffe verursachten häufig Ausfluss, Schleimhautdefekte/-risse, Rötungen, Blaufärbung des Hymenalsaums, Schwellungen, Einblutungen und/oder Fissuren.

3.1.6.2 Verletzungsalter

Insgesamt wurden in 119 Fällen (86,2%) frische Verletzungen gefunden, in 21 Fällen ältere (15,2%). Davon wurden in 18 Fällen sowohl frische als auch ältere Zeichen erlittener Gewalt gefunden. Bei jeweils drei Fällen lagen keine Angaben zu Verletzungen vor.

Befunderhebung, Zeitintervall zur Untersuchung und Art des Übergriffs

Bei insgesamt 13 Personen (9,4%) konnten keine Befunde erhoben werden. Diese wurden in Abhängigkeit des Zeitintervalls von Tatzeit zur Untersuchung und zur Art des Übergriffs betrachtet. Hier zeigte sich, dass sich zwei Drittel dieser 13 Patienten sehr früh bis zu drei Tage nach dem Übergriff zu einer körperlichen Untersuchung meldeten. Ein Drittel dieser Personen, die keine Befunde zeigten, wurde nach einem Zeitraum von drei Tagen untersucht. Auffallend war zudem, dass fast ausschließlich sexuelle und *unbekannte* Übergriffe zu keiner Befundung führten.

Verletzungsalter und Vorfalshäufigkeit

Korreliert man die Befundung älterer Verletzungen mit von Opfern geschilderten mehrmaligen Übergriffen, zeigt dies, dass in 32,6% der *mehrmaligen Vorfälle* ältere Verletzungen festgestellt werden, zumeist wenn sich die mehrmaligen Vorfälle über den Zeitraum *null bis sechs Monate* oder *sechs Monate bis ein Jahr* erstreckten. Jedoch konnten auch Spuren von Gewalt in den Zeiträumen *bis 20 Jahre* und in einem Fall sogar *über 20 Jahre* gefunden werden. Etwa in 70% der Fälle konnten keine älteren wie frischen Befunde erhoben werden, obwohl von den Geschädigten von mehrmaligen Gewalttaten berichtet wurde, dies vor allem bei den mehrmaligen Übergriffen *bis zu einem halben Jahr* oder im Zeitraum *drei bis fünf Jahre*.

3.1.6.3 Körperregionen

Abb. 35 zeigt, dass überwiegend eine oder zwei Körperregionen bei einem Übergriff verletzt worden sind. In 13 Fällen wurden keine Einwirkungen von Gewalt ersichtlich (s. 3.1.6.2), über sechs Körperregionen waren selten betroffen (s. Material und Methoden, S. 26).

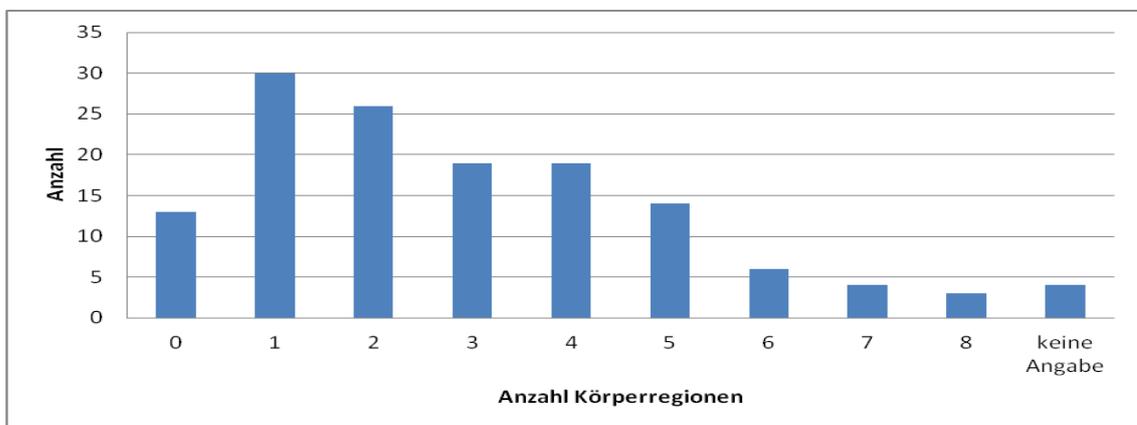


Abb. 35 Anzahl der verletzten Körperregionen 2010 bis 2013 (n=138)

Die Betrachtung der einzelnen Körperregionen zeigt, dass am häufigsten Verletzungen der oberen Extremitäten dokumentiert worden sind, gefolgt von den unteren Extremitäten, Gesicht, Thorax, Kopf, Hals, Genitalbereich und am wenigsten häufig das Abdomen.

Befunderhebung und sexuelle Gewalt

Bei 34 der 54 Fälle mit sexueller Komponente (63%) (*sexuelle/körperlich + sexuelle/unbekannt + V.a. sexuelle/unbekannte Gewalt*) konnten im Genital- und Analbereich keine Befunde erhoben werden. In den weiteren 20 Fällen lagen überwiegend Verletzungen am Genitale vor, in zwei Fällen konnten verdächtige

Befunde in der Analregion festgestellt werden, in einem Fall gab es sowohl einen Genital- als auch Analbefund.

Stellt man nun eine Korrelation zwischen der Anzahl der betroffenen Körperregionen und *Genitalbereich nein* her, wird ersichtlich, dass in zehn der 34 Fälle ohne Genital-/Analbefund auch in keiner weiteren Region extragenitale Verletzungen festgestellt werden konnten. In den restlichen 24 Fällen wurden jedoch zumeist in wenigstens einer Körperregion extragenitale Verletzungen festgestellt, die das Vorliegen eines Übergriffes glaubhafter erschienen ließen.

In sieben der 54 Fälle, in denen sich ein mögliches sexuelles Delikt ereignet hat, fand jedoch keine körperliche Untersuchung statt. Als Gründe wurden hier von den Untersuchern angegeben, dass eine Patientin unter einem nicht-führbaren psychiatrischen Grundleiden litt, eine andere habe zuvor eine Schwangerschaftsblutung erlitten. Insbesondere wurde auch auf eine körperliche Untersuchung verzichtet, wenn der Tatzeitpunkt eine Woche und weiter zurück lag,

3.1.6.4 Spurensicherung

Abstriche

In den 54 Fällen mit sexueller Komponente (*sexuelle/körperlich + sexuelle/unbekannt + V.a. sexuelle/unbekannte Gewalt*) wurden zu über einem Drittel Abstriche aus der Scheide genommen, bei 22,2% aus *Scheide + After*, bei 13% aus *Scheide + After + Mundhöhle*, bei 3,7% aus *Scheide + Mundhöhle* und einmal nur aus der Region des Afters (s. Abb. 36).

Spurensicherung nach sexueller Gewalt und Zeitintervall

11 Mal (20,4%) wurde keine Spurensicherung vorgenommen. Hier wurde in Abhängigkeit zum Zeitintervall von der Tat zur Untersuchung ersichtlich, dass sich die Vorfälle zumeist in dem Zeitraum ab drei Tage bis sechs Monate bis zur Vorstellung in der Ambulanz erstreckten. Zwei Fälle wurden jedoch innerhalb von 24 h nach der berichteten Tat gemeldet, in welchem Zeitraum eine Spurensicherung gut möglich ist. Als Gründe für die hier nicht durchgeführte Spurensicherung wurde eine nicht-führbare psychisch auffällige Geschädigte und ein Zustand nach einer Schwangerschaftsblutung aufgeführt, wodurch eine Spurensicherung nicht möglich war.

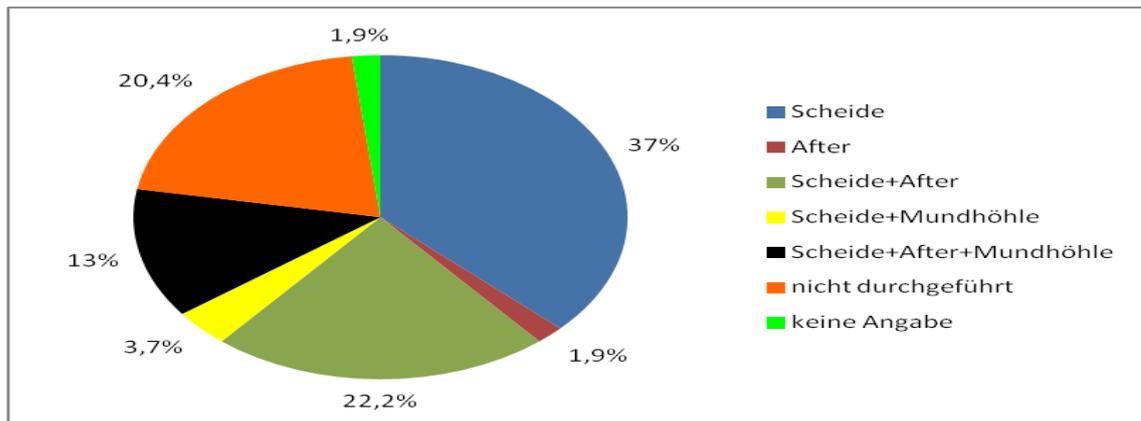


Abb. 36 Spurensicherung in den Körperöffnungen 2010 bis 2013 (n=54)

Haarproben und Hautabriebe

Eine Sicherstellung von Haaren wurde bei zwei Personen nach sexuellen Übergriffen vorgenommen, zehnmal wurde ein Hautabstrich zur Spurensicherung vorgenommen, davon bei zwei Opfern nach einem körperlichen Überfall.

Körperflüssigkeiten

Als Körperflüssigkeiten wurden zumeist *Blut + Urin* gesichert (21,8% von 55 Fällen), zudem alleinig Urin (10,9%) und alleinig Blut (5,5%). Davon wurde auch einmal Blut bei einem berichteten körperlichen Delikt abgenommen. In 58,2% der Fälle wurde keine Spurensicherung durchgeführt, 1,8% der Opfer verweigerten weitere Maßnahmen.

Asservierung

Bei zwei Geschädigten wurden Gegenstände (zumeist Slips) im Institut sichergestellt und deren Spuren gesichert. Vier Personen asservierten Slips zu Hause.

3.1.6.5 Einschätzung

Abschließend erfolgte eine Einschätzung der vorliegenden Befunde und der zugehörigen Anamnese durch den jeweiligen Untersucher (s. Material und Methoden, S. 27). In 39,9% der Fälle wurde die Kategorie *sehr wahrscheinlich* gewählt, in 34,9% *wahrscheinlich*, in 13,8% *möglich* und in 8,7% *unwahrscheinlich*. In vier Fällen, in denen eine Untersuchung verweigert oder nicht beendet wurde) erfolgte keine Einschätzung.

Einschätzung und Anzahl der verletzten Körperregionen

Die Korrelation der Kategorie *unwahrscheinlich* mit der Kategorie *Anzahl der verletzten Körperregionen* zeigt, dass bei der Einschätzung *unwahrscheinlich* in keiner Körperregion ein Befund erhoben werden konnte.

Einschätzung und Art des Übergriffs

Abb. 37 stellt dar, dass zumeist *körperliche* und *körperlich + sexuelle* Übergriffe als *sehr wahrscheinlich* und *wahrscheinlich* eingeschätzt wurden. Die *sexuellen* Übergriffe wurden von *sehr wahrscheinlich* bis *unwahrscheinlich* eingeschätzt, die *unbekannten Gewalttaten* erhielten eher die Kategorien *möglich* und *unwahrscheinlich*.

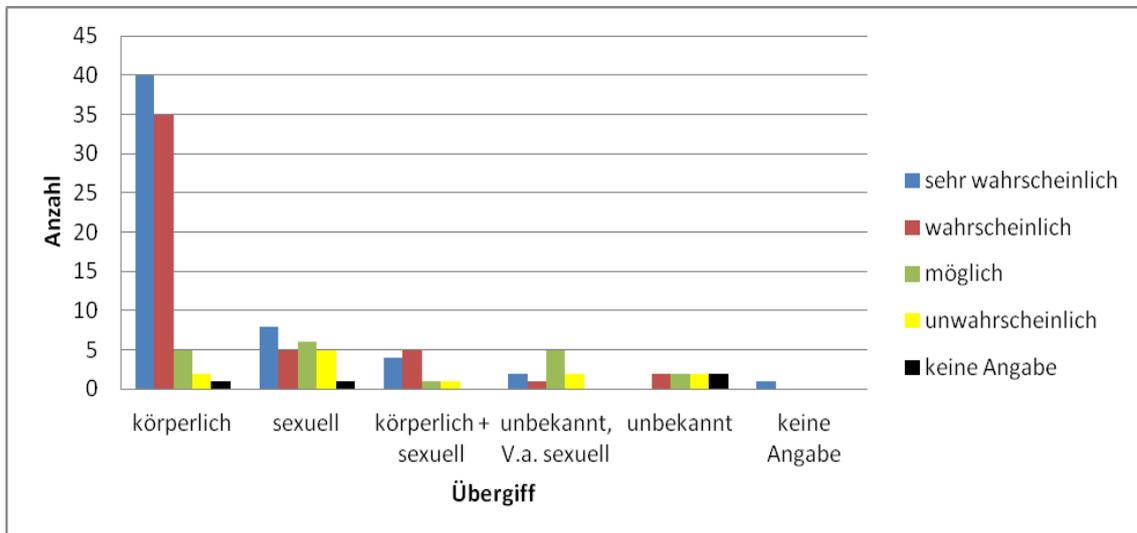


Abb. 37 Einschätzung und Art des Übergriffs 2010 bis 2013 (n=138)

Einschätzung und Zeitintervall von Tat zur Untersuchung

In Abhängigkeit zum Zeitintervall vom Tatzeitpunkt bis zur stattgefundenen Untersuchung fällt auf, dass die Einschätzung *sehr wahrscheinlich* überwiegend bis zu drei Tage nach dem berichteten Vorfall vergeben wurde, die Einschätzung *wahrscheinlich* wurde ab 3 Tage nach dem Zeitpunkt des Vorfalls von den Untersuchern festgelegt. Bei den Einschätzungen *möglich* und *unwahrscheinlich* konnte keine Tendenz zu einem größeren Zeitintervallen vom Tatzeitpunkt bis zur Untersuchung nachgewiesen werden.

3.1.7 Procedere

Überweisung und vorherige Hospitalisierung

In der anschließenden Beratung des Patienten wurde in 21% der Fälle eine Überweisung in eine weitere medizinische Einrichtung vorgenommen. Dies geschah in 72,4% der Fälle bei einem Delikt mit sexueller Komponente. 8,7% der Opfer gaben einen vorherigen Krankenhausaufenthalt an.

Privater Untersuchungsauftrag

Eine Untersuchung der gesicherten biologischen Spuren (z.B. Vaginalabstrich) bei vermuteten sexuellen Übergriffen wurde von drei Geschädigten privat in Auftrag gegeben, jedoch gelang hier in keinem der Fälle ein mikroskopischer Nachweis von Spermien.

Gutachten

In über zehn Fällen wurde ein gerichtsverwertbares Gutachten erstellt im Auftrag des/der Geschädigten selbst oder durch die Staatsanwaltschaft. Sechs davon betrafen ein körperliches Delikt. Je zwei Gutachten wurden über sexuelle und *körperlich + sexuelle* Delikte erstellt. Die körperlichen Übergriffe, über die ein Gutachten verfasst wurde, verübten Fremdtäter, eine nähere Bekanntschaft und ein aktueller Partner. Die sexuellen Taten wurden durch einen Fremdtäter und einen aktuellen Partner ausgeübt, die *körperlich + sexuellen* Delikte, über die Gutachten erstellt wurden, wurden durch je einen aktuellen Partner verübt.

Aktenzeichen

26% der Fälle insgesamt wurden polizeilich dokumentiert. 27 Fälle davon stellten einen körperlichen Übergriff dar, der zumeist durch den Partner, Ex-Partner oder einen Fremdtäter begangen wurde. Fünf Delikte waren sexuelle Delikte, die zumeist durch eine *nähere Bekanntschaft* oder einen Fremdtäter verübt wurde. Die zwei gemeldeten *körperlich + sexuellen* Delikte wurden durch einen aktuellen Partner ausgeübt. Zwei *unbekannte* Vorfälle mit dem Verdacht auf eine sexuelle Tat wurden ebenso der Polizei gemeldet. Hier wurde die Anzeige gegen „Unbekannt“ gerichtet.

Anzeigewunsch

Bei 8,7% der Opfer wurde im Beratungsgespräch eine Anzeige wenigstens diskutiert, v.a. bei körperlichen Übergriffen in einer Partnerbeziehung.

3.2 Telefonberatungen

3.2.1 Opfer

3.2.1.1 Anzahl der Opfer

Insgesamt wurden seit Gründung der Opferschutzambulanz 2010 und damit des 24-stündigen Beratungsangebots bis Ende 2013 199 Telefonanrufe angenommen. 171 (85,9%) der Anrufe beinhalteten die Beratung über einen körperlichen oder sexuellen Übergriff an einer betroffenen Person, den Rest stellten allgemeine Anfragen oder Flyerbestellungen dar. Im zeitlichen Verlauf fiel ein Anstieg der Inanspruchnahme des Angebots auf (Jahr 2010: 8 Beratungen, Jahr 2013: 85).

3.2.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung

81,4% der Personen, die selbst die Anrufer darstellten und eine Gewalttat schilderten oder Betroffene, über die und deren Vorfall Fragen im Telefonat gestellt wurden (z.B. durch eine medizinische Einrichtung), waren weiblichen, 4,5% männlichen Geschlechts.

Am häufigsten waren die 21- bis 30-Jährigen von einem Gewaltdelikt betroffen (13,1%). 11,3% waren im Alter zwischen 18 bis 20 Jahre, 4,4% zwischen 31 bis 40 Jahre, 1,9% 41 bis 50 Jahre und 1,3% zwischen 51 bis 60 Jahre. In fast 70% der Fälle erfolgte jedoch keine Angabe hierzu (s. Material und Methoden, S. 28) (s. Abb. 38).

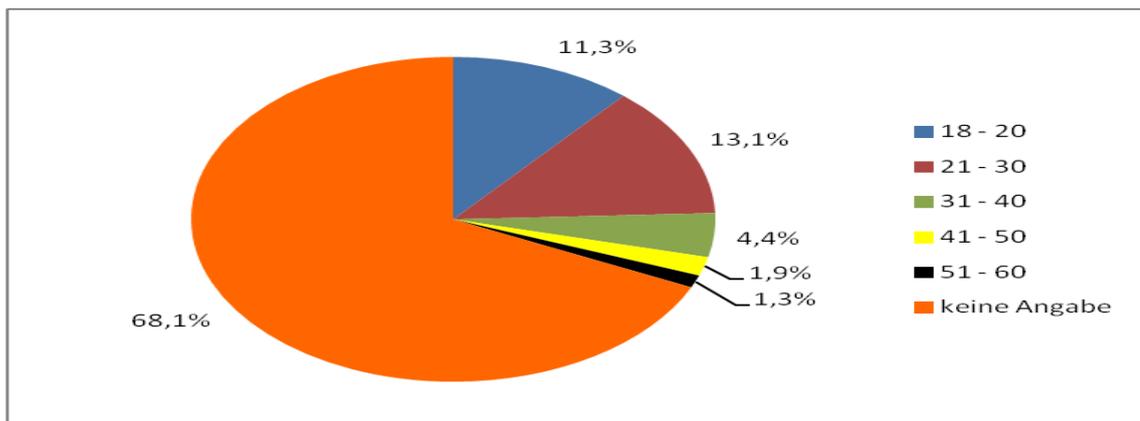


Abb. 38 Altersverteilung der Opfer 2010 bis 2013 (n=171)

3.2.2 Täter

3.2.2.1 Anzahl der Täter

An den 171 Fällen eines körperlichen oder sexuellen Übergriffs waren in 45% der Fälle ein Täter und in 1,8% zwei Täter beteiligt. 16 Mal war die Anzahl der Täter unbekannt, in fast der Hälfte der Telefonate wurden keine Angaben hierzu gemacht.

3.2.2.2 Geschlechts- und Altersverteilung

74,3% der angegebenen Täter waren männlich, 4,1% weiblich und in 0,6% der Fälle gab es die Täterkombination *weiblich + männlich* (s. Material und Methoden, S. 28). In 8,2% der Fälle war das Geschlecht des Täters unbekannt, in 12,9% gab es keine Angabe (s. Abb. 39).

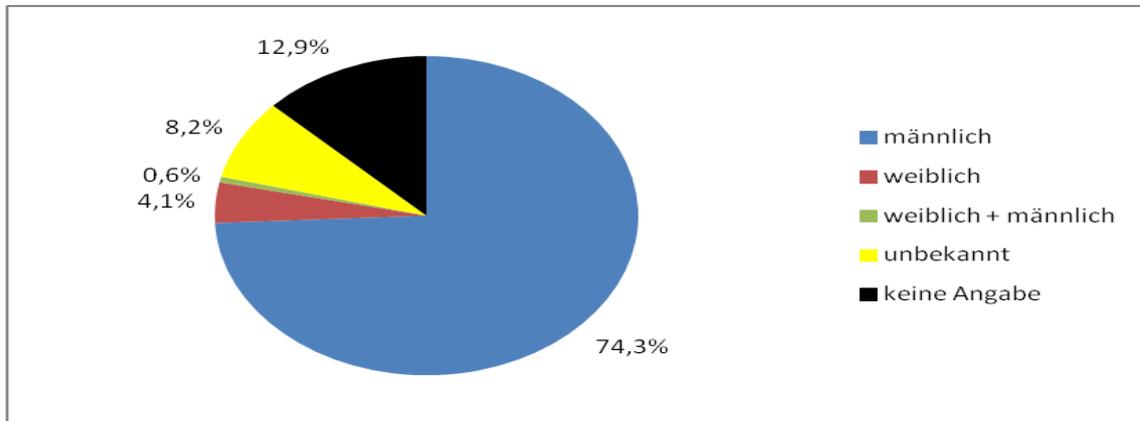


Abb. 39 Geschlecht der Täter 2010 bis 2013 (n=171)

Zum Alter und Migrationshintergrund der Täter lagen bisweilen keine Daten vor.

3.2.3 Vorfalsschilderung

3.2.3.1 Vorfallsort

Der Vorfallsort wurde in 24,4% der Fälle als die eigene Wohnung des Opfers angegeben, in 7% der Fälle wurden *sonstige Räume/Gebäude*, in 1,7% *Straße*, in 1% eine *fremde Wohnung*, in 0,6% ein *offenes Gelände*, in 0,6% ein *Auto* und in 1,2% der Fälle ein *unbekannter Ort* genannt (s. Material und Methoden, S. 29). In über der Hälfte der Fälle wurden jedoch keine Angaben gemacht (s. Abb. 40).

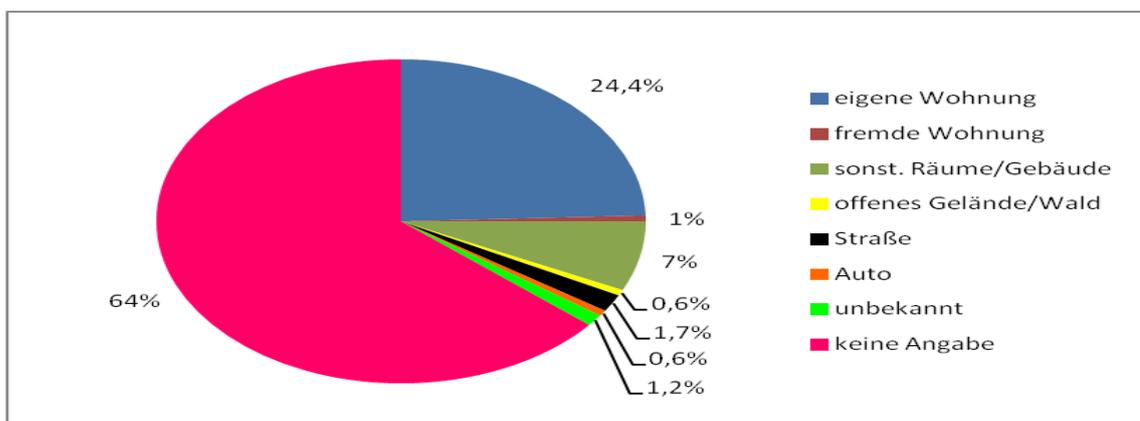


Abb. 40 Vorfallsort 2010 bis 2013 (n=171)

Vorfallsort und Alter der Opfer

Korreliert man den Vorfallsort mit dem Alter der Geschädigten wird keine Tendenz ersichtlich, dass jüngere Patientengruppen häufiger an öffentlichen Orten eine Gewalttat erlebt haben. Die in den Telefonberatungen angegebenen Taten konzentrierten sich auf den häuslichen Bereich, im Gegensatz zu den von den jüngeren Opfern geschilderten Taten im Rahmen einer körperlichen Untersuchung. Hier wurden vermehrt Vorfälle an öffentlichen Orten gemeldet.

3.2.3.2 Vorfallszeit

Hinsichtlich der Vorfallsmonate fällt ein leichter Anstieg der Übergriffe in den Sommermonaten Juli bis September auf. Meist wurden hierzu jedoch keine Angaben im Erfassungsbogen vermerkt.

3.2.3.3 Vorfalshäufigkeit

35,5% der 171 Geschädigten gaben selbst einen einmaligen Vorfall an oder Anrufer berichteten von einem einmaligen Vorfall an einem/einer Geschädigten, in 8,1% wurden mehrmalige Vorfälle berichtet. In einem Fall war dies *unbekannt*, in 55,8% der Fälle erfolgte *keine Angabe* (s. Abb. 41).

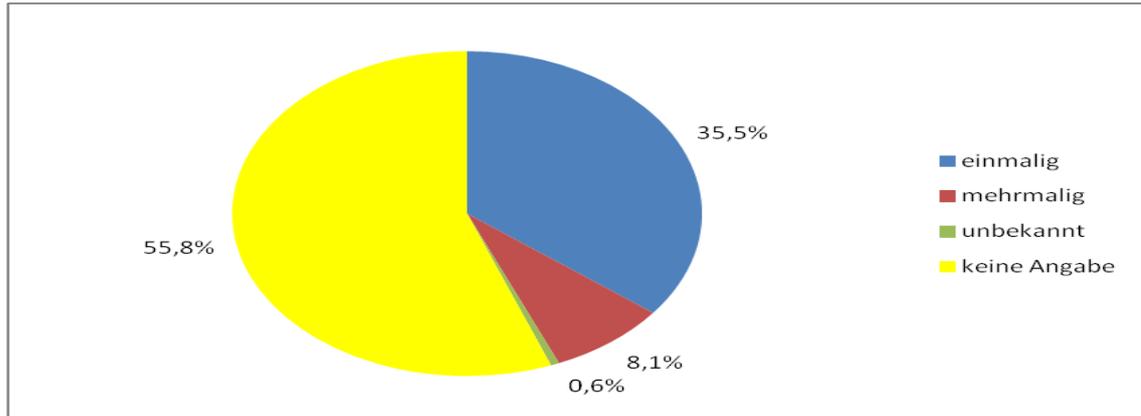


Abb. 41 Vorfalshäufigkeit 2010 bis 2013 (n=171)

3.2.3.4 Täter-Opfer-Beziehung

In 29,1% der Fälle wurde als Täter der aktuelle Partner genannt, in 8,1% eine *familiäre Beziehung*, in 4,7% *nähere Bekanntschaften*, in 2,9% *Fremdtäter*, in 1,7% *Polizeibeamte*, in 1,2% *flüchtige Bekanntschaften* und in 0,6% der Ex-Partner. In 9,3% der Fälle war der Täter unbekannt und in 42,4% erfolgten keine Angaben zur Täter-Opfer-Beziehung (s. Material und Methoden, S. 29) (s. Abb. 42).

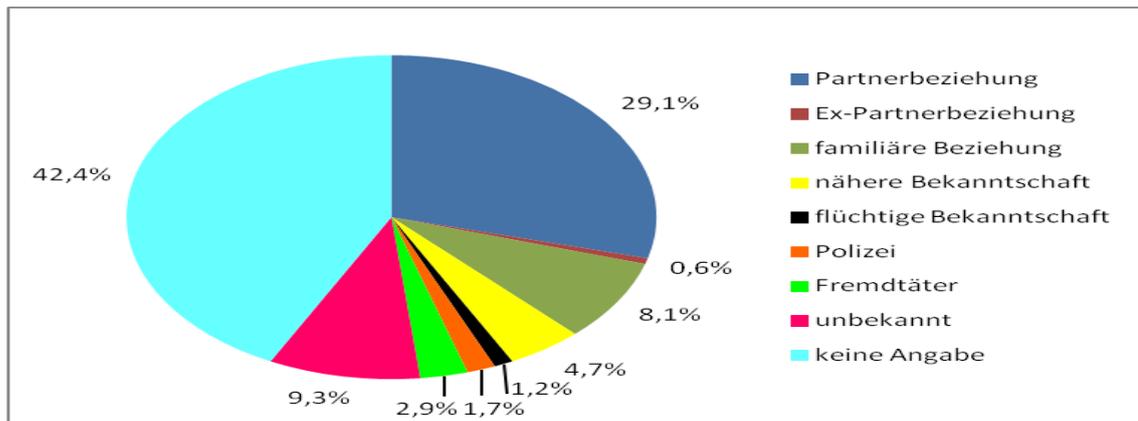


Abb. 42 Täter-Opfer-Beziehung 2010 bis 2013 (n=171)

Täter-Opfer-Beziehung und Vorfallsort

Taten in Partnerbeziehungen fanden fast ausschließlich in der eigenen Wohnung des Opfers statt, ebenso die Übergriffe in familiären Beziehungen. Nähere und flüchtige Bekanntschaften verübten Gewalttaten vor allem in *sonstigen Räumen/Gebäuden*, die Fremdtäter wurden an allen außerhäuslichen Orten (auch *Straße, Grundstück* etc.) gewaltdtätig.

3.2.3.5 Beeinflussung durch zentral wirksame Substanzen

Von einem Einfluss zentral wirksamer Substanzen in Form von Alkohol, Drogen oder psychotropen Medikamenten zum Zeitpunkt der Tat bei ihnen selbst und/oder dem Täter berichteten acht der 171 Geschädigten, der Verdacht bestand aufgrund der Vorfalsschilderung bei 15 (z.B. im Rahmen eines K.O.-Mittel-Missbrauchs). In drei Viertel der Fälle wurden keine Angaben gemacht, einmal war dies *unbekannt*.

3.2.3.6 Beratungskategorie

Während der Telefonate wurde überwiegend zu sexuellen Übergriffen beraten (40,7%), gefolgt von körperlicher Gewalt (36,7%) und in 2,5% zu Fällen *körperlich und sexueller Gewalt*. Inhaltlich umfassten die Telefonate aus diesen Kategorien häufig Fragen zum Umgang mit einem Patienten, der eine Gewalttat erlebt hat, Fragen zu Hilfsmöglichkeiten für Nachbarn oder Arbeitskollegen, die unter häuslicher Gewalt zu leiden schienen. Ebenso wurde oft der genaue gynäkologische Untersuchungsablauf und die Spurensicherung (und ob diese nach großer zeitlicher Latenz noch sinnvoll sei) bei einer vergewaltigten Patientin erfragt, falls ein Verdacht auf eine K.O.-Mittel-Verabreichung bestand, zusätzlich das weitere Procedere. Von den Geschädigten selbst wurde überwiegend eine Beratung nach einer erfolgten Vergewaltigung (z.B. auf dem Münchner Oktoberfest), jahrelanger Missbrauchserfahrung in der Familie oder

Partnerschaft und Gewalterleben in einem rituellen Kult gewünscht. Einige der Anrufer beschrieben sich selbst bereits als suizidal.

Sonstige Anfragen stellten 14,6% der Fälle dar. Die sonstigen Anfragen umfassten Auskünfte zum allgemeinen Ablauf in der Ambulanz, zur Möglichkeit des Haltens von Vorträgen, zu Hilfestellungen bei der Eröffnung einer eigenen Ambulanz und zum Bestellen von Flyern der Opferschutzambulanz.

Es ist ersichtlich, dass die Anzahl der gemeldeten körperlichen Übergriffe im Laufe der Jahre zunahm, die gemeldeten sexuellen Übergriffe 2013 leicht rückläufig waren und die *sonstigen Anfragen* anstiegen (s. Abb. 43).

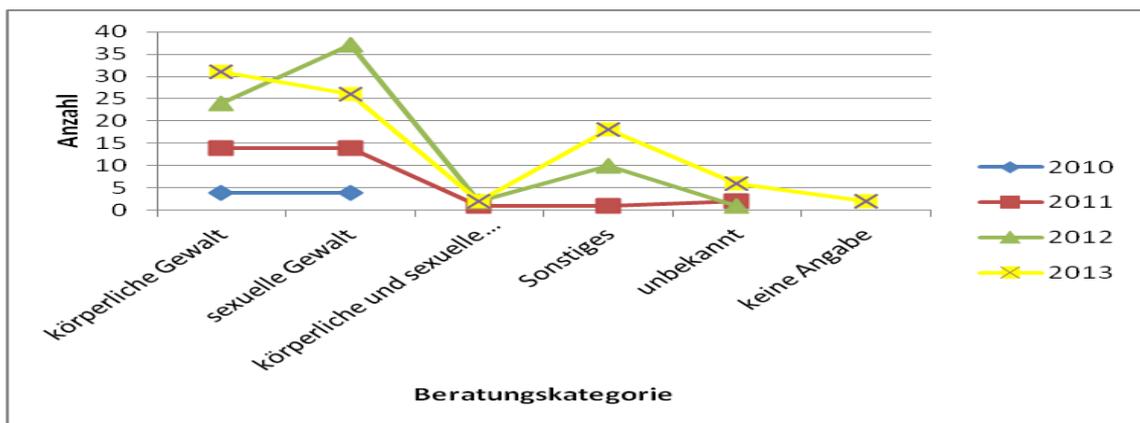


Abb. 43 Beratungskategorie 2010 bis 2013 (n=199)

Art des Übergriffs und Alter der Opfer

Die 18- bis 40-jährigen Opfer erlitten überwiegend sexuelle Übergriffe, die über 40-Jährigen gaben vor allem Vorfälle mit körperlicher Gewalt an (s. Abb. 44).

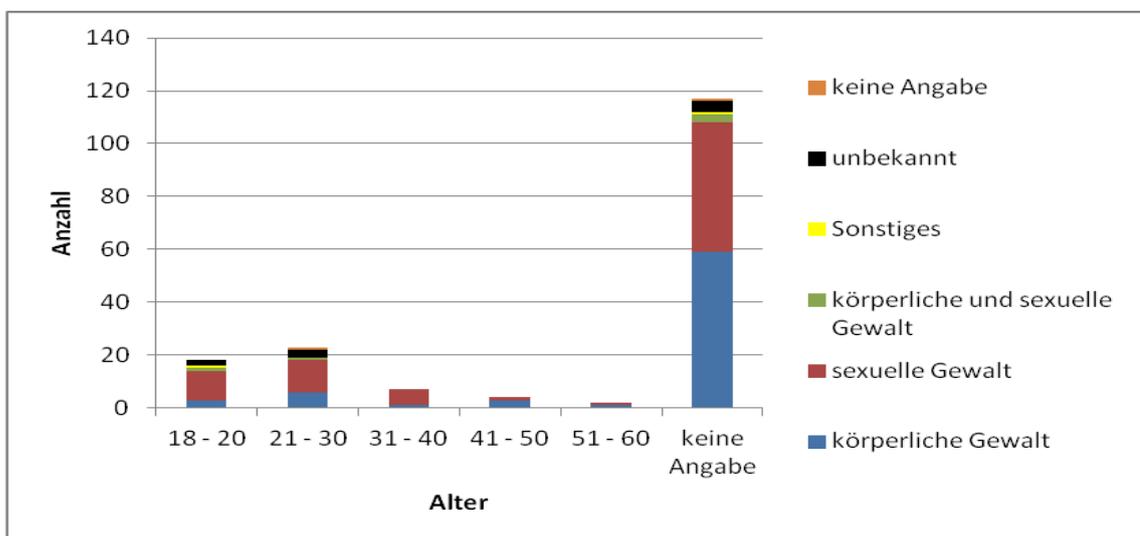


Abb. 44 Art des Übergriffs und Alter des Opfers 2010 bis 2013 (n=171)

Art des Übergriffs und Täterprofil

Hinsichtlich der in den Telefonaten erfassten Gewaltformen fällt auf, dass männliche Täter überwiegend an sexuellen Vorfällen beteiligt waren, weibliche dagegen an körperlichen. Täter unbekanntes Geschlechts verübten sowohl *unbekannte* als auch *körperlich und sexuelle Gewalt* (s. Abb. 45).

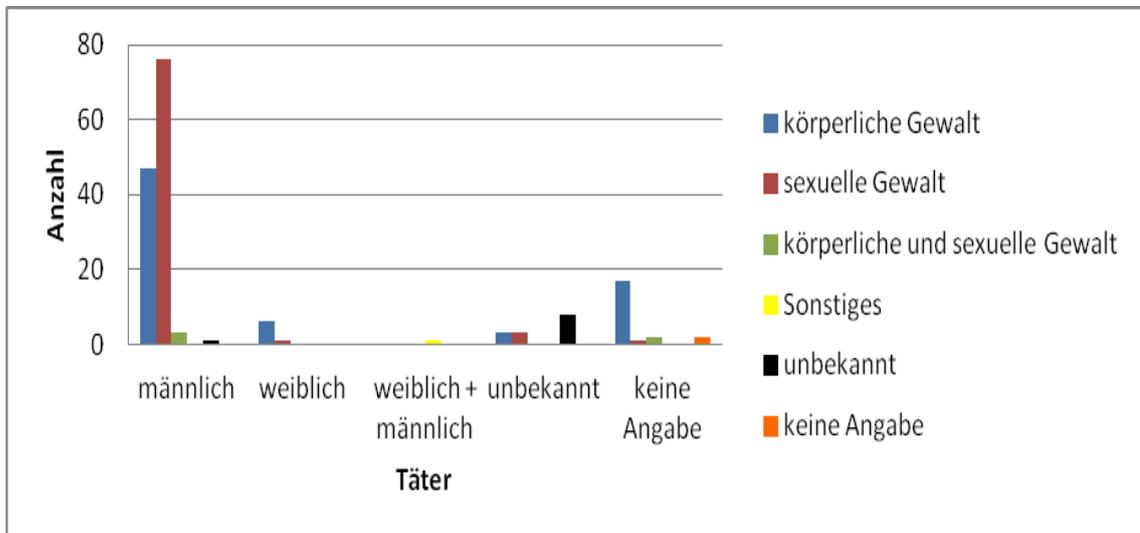


Abb. 45 Art des Übergriffs und Geschlecht des Täters 2010 bis 2013 (n=171)

Art des Übergriffs und Täter-Opfer-Beziehung

Abb. 46 zeigt, dass berichtete körperliche Gewalt überwiegend in einer Partnerbeziehung verübt wurde. Sexuelle Delikte wurden in einer familiären Beziehung gehäufiger erlebt, ebenso durch Fremdtäter oder unbekannte Täter. Von einer näheren Bekanntschaft wurden beide Gewaltarten gleich oft ausgeübt.

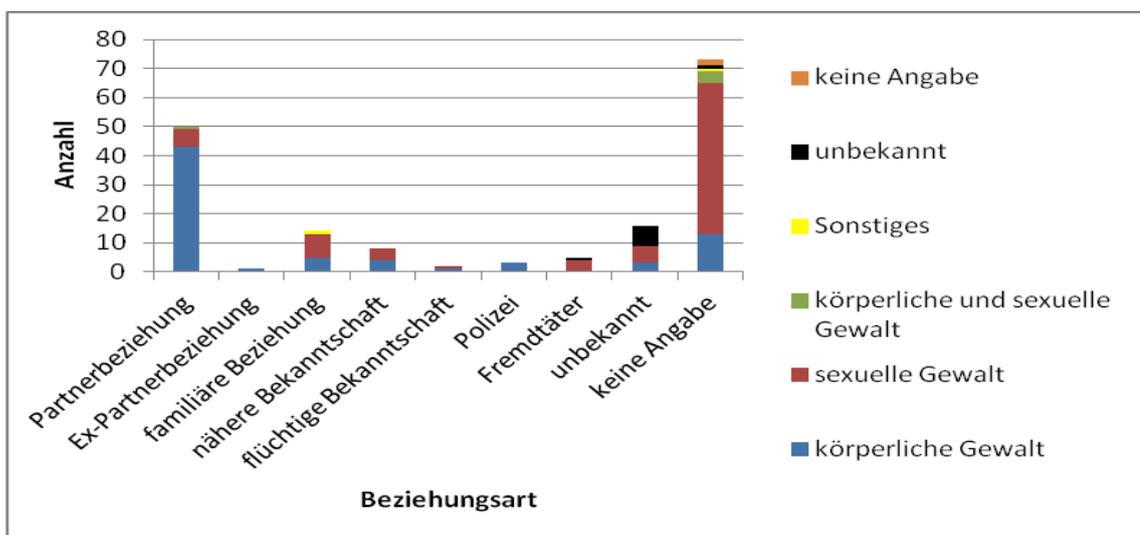


Abb. 46 Art des Übergriffs und Täter-Opfer-Beziehung 2010 bis 2013 (n=171)

3.2.4 Beratung der Opfer

3.2.4.1 Zeit zwischen letztem Tattag und Beratung

Wie Abb. 47 zeigt, wurde die telefonische Beratung überwiegend im *Zeitraum 24 h bis drei Tage* oder *bis eine Woche* in Anspruch genommen. Die Kategorien *über ein Jahr* und *bis einen Monat* traten etwa gleich häufig auf. Nur wenige meldeten sich *bis zu 24 h* und im Intervall *ein Monat bis ein Jahr* (s. Material und Methoden S. 30). In beinahe 60% der Anrufe erfolgte jedoch keine Angabe.

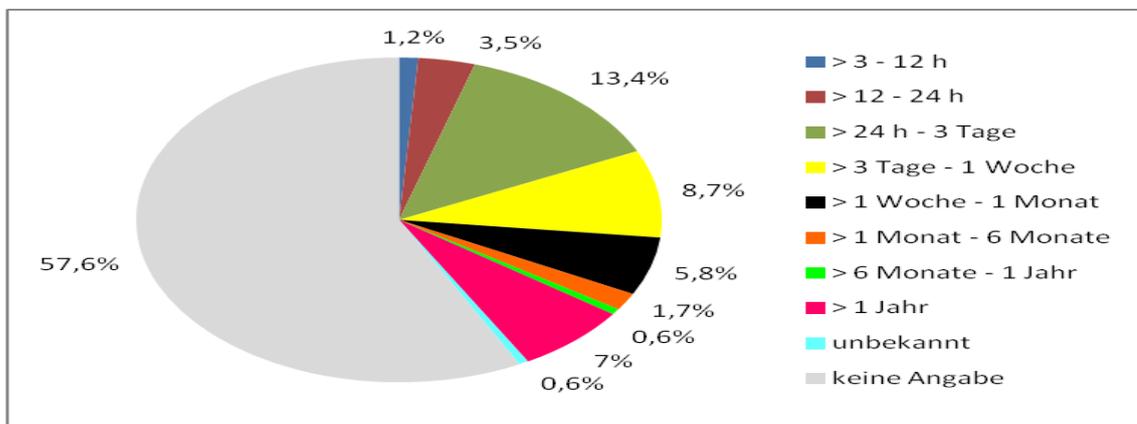


Abb. 47 Zeit zwischen letztem Tattag und Beratung 2010 bis 2013 (n=171)

Zeitintervall und Täter-Opfer-Beziehung

Anrufe, die sich auf eine Gewalttat in einer Partnerbeziehung bezogen, erfolgten über alle Zeitintervalle hinweg mit einem Spitzenwert von drei Tagen ab dem Tatzeitpunkt. Opfer in einer familiären Beziehung taten dies entweder innerhalb von drei Tagen oder nach über einem Jahr ab dem Tatzeitpunkt, bei Taten durch Bekanntschaften oder Fremdtätern fand das Telefonat sofort nach dem Übergriff oder bis zu einem Monat danach statt. Eine Beratung zu einem sexuellen Geschehen fand tendenziell etwas früher statt, jedoch auch in einigen Fällen erst nach einem Jahr.

3.2.4.2 Zugang zur Gewaltopferambulanz

Die Anrufe erfolgten in 39,7% der Fälle *privat* (auch durch Freunde oder Familienangehörige), 36,7% entstammten einer *medizinischen*, 12,6% einer *sozialen* und 2,5% einer *rechtlichen Einrichtung* (s. Material und Methoden, S. 30). In einem Fall waren *mehrere* Anrufer zu verzeichnen, in zwei Fällen war die Anruferart *unbekannt* und in 7% erfolgten keine Angaben (s. Abb. 48).

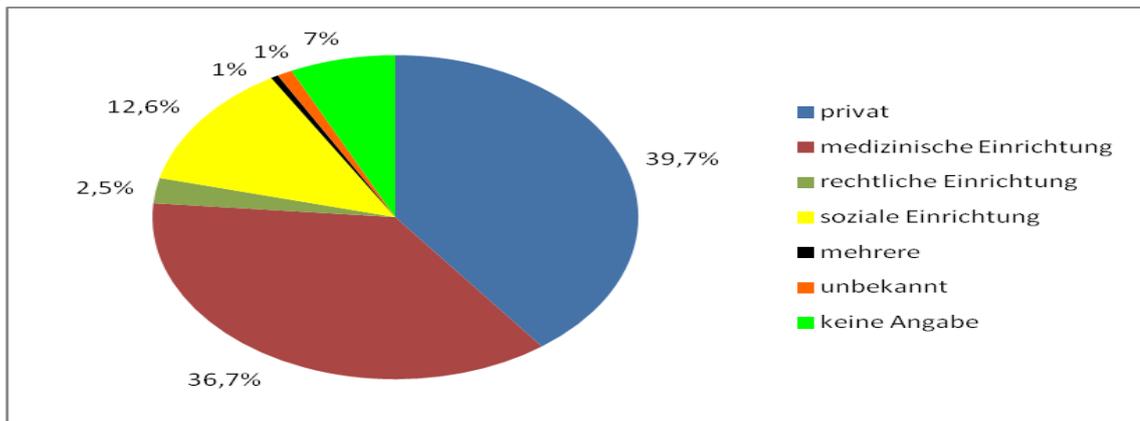


Abb. 48 Anrufer 2010 bis 2013 (n=199)

Die Informationsquelle zum telefonischen Beratungsangebot der Ambulanz stellte in 11,6% der Fälle eine medizinische Einrichtung, in 7,5% ein Flyer oder Zeitungsartikel, ein Vortrag (3,5%), eine soziale Einrichtung (3,5%), eine rechtliche Einrichtung (3%), das Internet (1%) oder eine andere Privatperson (1%) dar. In 68,8% erfolgten jedoch zur Informationsquelle keine Angaben.

Es zeigte sich, dass private Anrufer überwiegend Informationen von einer medizinischen Einrichtung erhielten, medizinische Einrichtungen selbst die Informationen über die Gewaltopferambulanz hauptsächlich durch einen Vortrag, Flyer oder Zeitungsartikel bezogen haben, ebenso wie die sozialen Einrichtungen (s. Abb. 49).

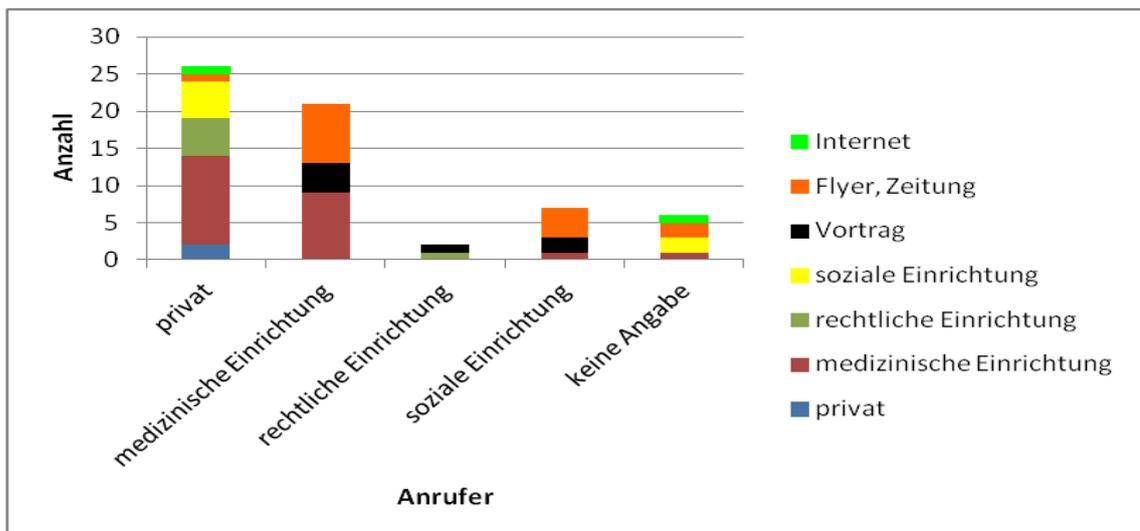


Abb. 49 Institution und Informationsquelle 2010 bis 2013 (n=62)

3.2.4.3 Beratungszeit und -dauer

In einem Drittel der Fälle wurden Anrufe vormittags entgegengenommen, gefolgt von *mittags* und *nachmittags* (je 17,1%). In 6,5% der Fälle erfolgte dies abends, in 26,6% wurden jedoch keine Angaben zur Uhrzeit gemacht. Ein Telefonat dauerte im

Durchschnitt 11 Minuten (bei 166 erfassten Daten). Abb. 50 zeigt ebenso, dass der überwiegende Anteil an Beratungen bis zu 20 Minuten dauerte.

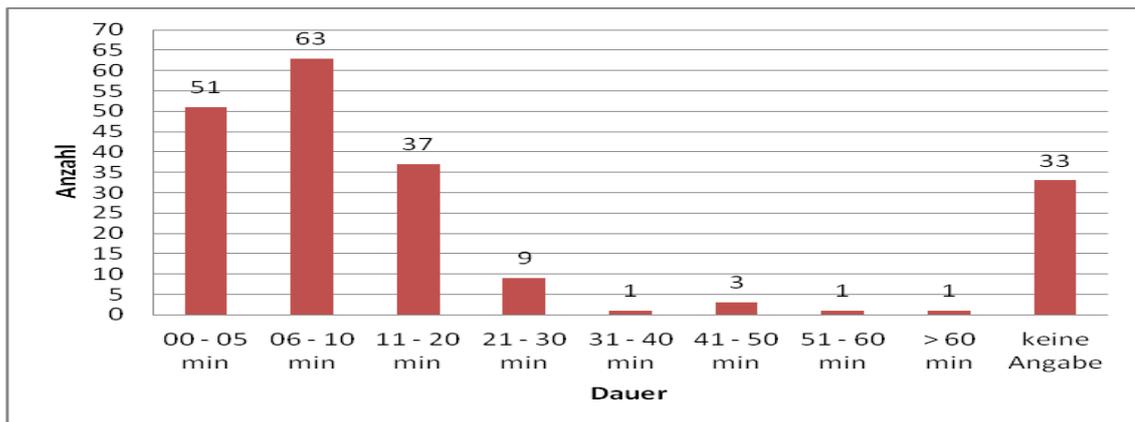


Abb. 50 Beratungsdauer 2010 bis 2013 (n=199)

3.2.5 Procedere

In 23,1% der Telefonate wurde dem Anrufer das *Procedere nach einer Gewalttat* erklärt, gefolgt von einer *Terminvereinbarung* zu einer körperlichen Untersuchung in der Opferschutzambulanz und der *Überweisung in eine weitere medizinische Einrichtung* (s. Material und Methoden, S. 31). In 9% der Telefonate wurde eine *sonstige Auskunft* erteilt, in 8,5% *Informationsmaterialien* zugeschickt, in 6% in eine *rechtliche*, in 3% in eine *soziale* oder in 4% in *mehrere Einrichtungen* überwiesen. Eine *Beurteilung von Befunden* (z. B. anhand von Fotografien) und das *Zusenden von Flyern* fand in 2,5% der Fälle statt, in 15,1% wurde *keine Angabe* vermerkt (s. Abb. 51).

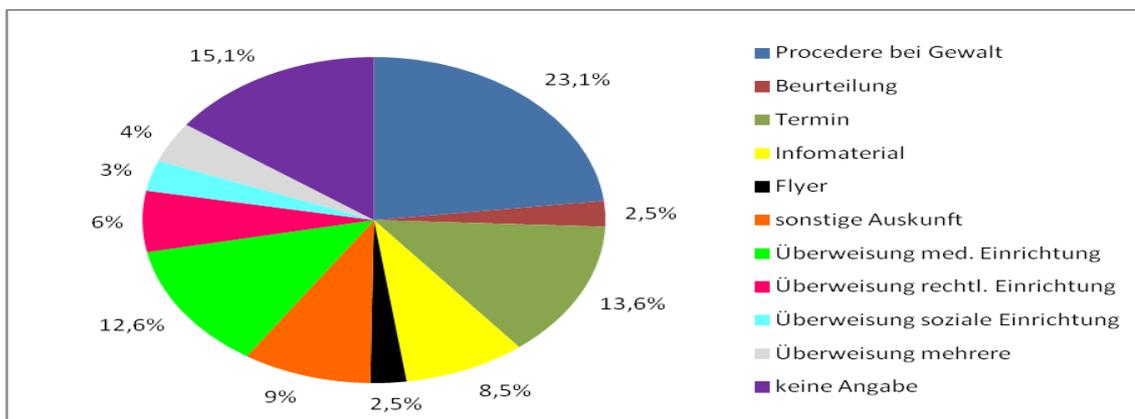


Abb. 51 Procedere bei Telefonaten 2010 bis 2013 (n=199)

Procedere und Art des Übergriffs

In Korrelation mit der Beratungskategorie zeigt sich, dass bei körperlichen Übergriffen häufig das *Procedere bei Gewalt* erklärt wurde, ein Termin für eine körperliche Untersuchung vereinbart oder Informationsmaterial zugesandt wurde. Beim Vorliegen von sexueller Gewalt erfolgte oft eine *Überweisung in eine weitere Einrichtung*.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methode

Das Ziel der vorliegenden Dissertation bestand in der möglichst vollständigen Erfassung, Aufbereitung, retrospektiven Analyse und statistischen Auswertung von 138 Dokumentationsbögen von körperlichen Untersuchungen und 199 Protokollen von Telefonberatungen der Opferschutzambulanz für Erwachsene am Institut für Rechtsmedizin der Universität München im Zeitfenster 2010 bis einschließlich 2013. Dies erlaubt einerseits einen Vergleich mit der aktuellen Literatur- und Studienlage, andererseits sind die Ergebnisse insofern nützlich, als dass sie den Ist-Zustand in der Opferschutzambulanz hinsichtlich der Opfergruppen, Täter, Vorfallsumstände, Untersuchungsergebnisse bzw. Beratung und des Procederes aufzeigen. So können zum Beispiel Untersuchungsabläufe, -protokolle, das psychosoziale Netzwerk der Hilfseinrichtungen, Vorträge und/oder Maßnahmen zur öffentlichen Verbreitung des Angebots überarbeitet, modifiziert und auf die spezielle Datenlage hin abgestimmt werden. Dies wurde im Rahmen der Dissertation in die Wege geleitet, indem u.a. die bestehenden Protokolle problembasiert überarbeitet, das Informationsmaterial für die Patienten aktualisiert und ein elektronisches Protokollformat gestaltet wurden (s. Anlagen 1-5, S. 114-149).

Die Erfassung und Auswertung der Daten mittels mit Microsoft Excel angefertigter Tabellen erwies sich als sehr geeignet. Dennoch bestanden zunächst einige Schwierigkeiten: Die zu Beginn der Dissertation bestehenden Excel-Tabellen mit Daten aus den Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und den Beratungsprotokollen waren in den meisten Teilen unvollständig, ungeordnet, enthielten weder einheitliche Begrifflichkeiten noch eine Kategorisierung und stellten wenig Informationsvolumen dar. So wurden zunächst alle verfügbaren Protokolle in Papierform gesichtet, leere Zellen mit fehlenden Angaben gefüllt, weitere notwendige Spalten ergänzt, ggf. Kategorien erstellt (in Anlehnung an die bestehende Literatur und gemäß Sinnhaftigkeit) und einheitliche Begrifflichkeiten festgelegt (für die Folgejahre können diese aus einer Datenliste ausgewählt werden). Des Weiteren wurden diese Schritte ständig evaluiert, geordnet und eine Einheit hinsichtlich der Begrifflichkeiten und des Informationsgehalts innerhalb des elektronischen Formats und der Protokolle in Papierform sowie den Bereichen Untersuchung und Telefonberatung geschaffen. Anschließend konnte eine Auswertung der Daten mit Hilfe des Pivot-Table durchgeführt werden, was eine erneute Evaluation hinsichtlich der Begriffe und Kategorien ermöglichte sowie Zusammenhänge einzelner Datensätze untereinander erkennen ließ. Fehlerquellen innerhalb der Methode und der anschließenden Auswertung stellten drei aktuell nicht

vorhandene Protokolle von körperlichen Untersuchungen dar, deren Inhalte nur durch die zum Teil in den Tabellen bereits vorhandenen Daten vermutet werden konnten. Leere Zellen erhielten somit *keine Angabe*. Außerdem waren zwei weitere Protokolle unleserlich und es wurde wiederum auf die vorhandenen elektronischen Daten zurückgegriffen. Die größte Fehlerquote ergab sich jedoch aus den oft unvollständigen Dokumentationen von einer Untersuchung oder Telefonberatung. So wurde bis dato zum Beispiel nur sporadisch nach einer aktuellen Schwangerschaft gefragt (meist nur in Zusammenhang mit einem sexuellen Delikt), insbesondere nicht nach einem Migrationshintergrund von Opfer und Täter, dem Alter des Täters, explizit, ob Kinder zur Tatzeit anwesend waren oder ob psychische Gewalt erlitten wurde (außer der/die Betroffene berichtete dies von sich aus). Dies hatte zur Folge, dass häufig die Begrifflichkeit *keine Angabe* verwendet werden musste und nicht genügend gesicherte Datensätze für die Darstellung von Abhängigkeiten untereinander vorhanden waren. Dennoch wird diese Fehlerquelle zukünftig eine geringere Bedeutung erlangen, da sich der Umfang des auswertbaren Materials mit der nun vorgegebenen Standardisierung und den überarbeiteten Protokollen erweitern wird. Abschließend ist noch festzuhalten, dass durch die geringen Fallzahlen (138 körperliche Untersuchungen und 199 Telefonberatungen innerhalb von vier Jahren) keine epidemiologischen Aussagen getroffen oder Schlussfolgerungen gezogen werden können. Jedoch konnten die Daten gut mit der bestehenden Literatur und der aktuellen Studienlage verglichen werden sowie Tendenzen oder einzelne Phänomene erkannt, bestätigt oder widerlegt werden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Zu Beginn sei noch darauf hinzuweisen, dass die zuvor ausgewerteten Datensätze, die die Grundlage der folgenden Diskussion darstellen, auf den alleinigen Angaben der Geschädigten beruhen. Eine Sichtweise der Täter oder eines Zeugen existiert nicht, die einen anderen Sachverhalt widerspiegeln könnte.

Opfergruppen

Anzahl der Opfer

Insgesamt wurden seit der Gründung der Opferschutzambulanz für Erwachsene am Institut für Rechtsmedizin der Universität München Anfang 2010 bis einschließlich Ende 2013 138 Patienten nach einer Gewalttat körperlich untersucht. Vier davon hatten bereits einen Zweitkontakt zur Ambulanz aufgenommen. 132 waren weiblich, sechs männlich. Telefonberatungen fanden 199 Mal statt. Laut der im März 2014 veröffentlichten EU-weiten Studie durch die Agentur der Europäischen Union für

Grundrechte meldete nur jede dritte Frau ihren schwerwiegendsten Vorfall einer öffentlichen Einrichtung, sei es einer Institution des Gesundheitswesens, der Polizei oder einer sozialen Einrichtung (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014). Auch diese Dissertation zeigt eine geringe Fallzahl an körperlichen Untersuchungen (138 in vier Jahren). Die Telefonberatungen umfassten eine größere Anzahl (199), jedoch beinhalteten diese auch *sonstige Anfragen* und es riefen neben den Geschädigten selbst ein Angehöriger, Freund oder z.B. ein behandelnder Arzt an. Durch viele anonyme Anrufe zeigte sich aber, dass die Schwelle, dieses Angebot zu nutzen als deutlich geringer angesehen wird als das persönliche Aufsuchen der Ambulanz zu einer körperlichen Untersuchung. GRASSBERGER ET AL. (2013) konstatieren folgende Gründe, warum Betroffene oftmals eine Gewaltbeziehung nicht melden und diese nicht verlassen: Es besteht die Angst vor noch schlimmeren Gewaltausbrüchen, Verfolgung und Bedrohung sowie das Gefühl der eigenen Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit im Gegensatz zur Allmacht des Täters. Außerdem verhindern mangelndes Selbstwertgefühl und -vertrauen, fehlende finanzielle Mittel und die Angst vor dem sozialen Abstieg, Schuldgefühle und die beständige Hoffnung, den Partner verändern zu können, eine Loslösung aus der Gewaltbeziehung. Weiter heißt es sogar: „Sie [die Frau] gerät in eine gelernte Hilflosigkeit, so lässt sie die Gewalt geschehen. Dazu kommt die objektive Abhängigkeit. Das zwingt zum Aushalten, weil die Trennung noch höhere Kosten brächte. In der tradierten Rolle muss die Frau dafür sorgen, dass die Familie funktioniert und dass ihr Bild und Ansehen nach außen stimmen – ganz gleich was innen abläuft. Und so vertuscht und verleugnet sie ihre peinliche Lage“ (KELLER 2008, S. 26). Im Falle eines sexuellen Übergriffs kommt noch erschwerend das sog. Vergewaltigungstrauma-Syndrom hinzu: Zunächst besteht die Phase der unmittelbaren Tat mit Lähmung, Angst, Scham und tagelangem Schockzustand. In der Phase der Scheinanpassung kehrt Alltagsroutine ein, Gesprächsangebote werden zurückgewiesen bis zur letzten Phase der Verarbeitung. Erfolgt diese nicht, entstehen häufig posttraumatische Belastungsstörungen. Wenig bekannt ist jedoch, welche Beweggründe die Geschädigten veranlassen, sich doch an eine Einrichtung, wie z.B. die Opferschutzambulanz zu wenden. In Betracht kommen die Art des Angriffs, persönliche Eigenschaften des Opfers, besondere familiäre Umstände, das Beisein von Kindern oder das Gefühl, keine Schuld zugewiesen zu bekommen (SEITH 2003). Hinsichtlich der ermittelten verschwindend geringen Anzahl männlicher Geschädigter (sechs in vier Jahren, in den wenigsten Fällen durch häusliche Gewalt) lassen sich weitere Gründe anführen: Körperliche Gewalt stellt für Männer etwas Natürliches dar, mit dem sie umgehen und sich dagegen wehren können müssen. Insbesondere körperliche Gewalterfahrungen durch

eine Frau scheinen mit dem männlichen Identitätsbild unvereinbar zu sein. Die Betroffenen schämen sich dafür und denken, sie seien die einzigen, denen so etwas passiert. Nicht zuletzt besteht die Angst, den Kontakt zu den eigenen Kindern zu verlieren (LAMNEK ET AL. 2013). Bei homosexuellen Männern kommt erschwerend hinzu, dass diese Angst davor haben, ihre sexuelle Orientierung outen zu müssen und es nur sehr wenige Einrichtungen gibt, die explizite Beratungsangebote dazu anbieten (JUNGNITZ ET AL. 2007). Zudem melden Männer einen Vorfall häufig erst dann, wenn es für sie zu schwerwiegenden körperlichen Folgen gekommen ist, welche dann außerhalb der Opferschutzambulanz in einem Krankenhaus behandelt werden müssen (LAMNEK ET AL. 2013).

Alter der Opfer

Hinsichtlich des Patientenalters waren am häufigsten die 21- bis 30-Jährigen betroffen, gefolgt von den 31- bis 40-Jährigen. Das Schlusslicht bildeten die 51 bis 60 und die über 60 Jahre alten Geschädigten. In den 199 Telefonberatungen waren die Gewaltopfer ebenso überwiegend weiblich und 18 bis 20 oder 21 bis 30 Jahre alt. Durch die vorliegenden Auswertungen kann vermutet werden, dass Frauen im jüngeren und mittleren Alter (s.o.) häufiger von körperlicher und/oder sexueller Gewalt (durch den Partner) betroffen sind als ältere Frauen. Auch SEITH (2013) diskutiert, ob von der Unterrepräsentation älterer Frauen auf deren geringere Gewaltbetroffenheit geschlossen werden kann oder ob es mit zunehmendem Alter möglicherweise schwerer wird, die Gewaltproblematik öffentlich zu machen und soziale Probleme sich dadurch eher vergrößern und verdichten würden. Laut BFSFJ (2008B) sind Frauen ab 60 Jahren am seltensten, jüngere Frauen bis Mitte 20 und ältere Frauen ab Mitte 50 wenig informiert über Unterstützungsangebote, was die niedrigen Fallzahlen erklären könnte. Am besten informiert waren dagegen Frauen, die einem einmaligen leichten körperlichen Übergriff durch den Partner ausgesetzt waren.

Migrationshintergrund der Opfer

Ein Migrationshintergrund bei den Untersuchten der Opferschutzambulanz kam in 22% der Fälle vor. Die häufigsten Nationalitäten waren türkisch, rumänisch, irakisch, afrikanisch, italienisch und kroatisch. Etwa 30% der Patienten hatten Verständigungsprobleme und die Migrantinnen waren häufiger in Begleitung von einer Freundin/einem Freund oder von Familienangehörigen. Laut RKI (2008) nehmen Frauen, die ethnischen Minderheiten angehören oder Frauen, die in relativer Armut leben, Angebote der Gesundheitsversorgung insgesamt seltener oder zögerlicher in Anspruch und sind weniger bereit, Gewalterfahrungen mitzuteilen. Zudem kamen im ärztlichen Kontakt mit Migrantinnen erschwerend kulturelle Verständigungs- und Kommunikationsschwierigkeiten hinzu. HEILIGER (2000, S. 213) führt dazu an: „Doch wird Männergewalt gegen

Migrantinnen relativ selten öffentlich thematisiert, was allerdings nichts über die Häufigkeit ihres Vorkommens aussagt, sondern darauf zurückzuführen ist, dass Migrantinnen aufgrund ihres oft diskriminierten ausländerrechtlichen Status in der BRD so gut wie nie Anzeige erstatten. Doch werden beispielsweise Frauenhäuser und Zufluchtsstellen für Mädchen zu ca. 50% oder mehr von Migrantinnen in Anspruch genommen, was auf eine beträchtliche Gewaltrate verweist.“ Ebenso schränkt auch eine vergleichsweise größere materielle und rechtliche Abhängigkeit die Möglichkeiten ein, sich aus schwierigen Lebensverhältnissen zu lösen (LANDESKOMMISSION BERLIN GEGEN GEWALT 2002). Die 2004 veröffentlichte Studie des Bundesministeriums zu „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ untersuchte auch den Bereich „Gewalt und Migration“ und es wurde festgestellt, dass türkische Frauen gegenüber Frauen deutscher Herkunft durch Gewalt in einer Partnerschaft doppelt so häufig betroffen waren, ebenso litten diese an einer höheren Frequenz und Schwere der Gewalttaten sowie an stärkeren gesundheitlichen und psychischen Belastungen (BFSFJ 2008 A). Dies konnte in der vorliegenden Dissertation nicht bestätigt werden, was den geringen Fallzahlen insgesamt zuzurechnen ist.

Täterprofil

An den berichteten Vorfällen waren zum größten Teil ein Täter, jedoch auch bis zu fünf Täter beteiligt, die überwiegend sexuelle Delikte begingen. Das Geschlecht der Täter war vorwiegend männlich, die wenigen weiblichen Täter verübten ausschließlich körperliche Gewalt. Die Tatverdächtigen waren oft im Alter zwischen 21 bis 30, 31 bis 40 und 41 bis 50 Jahre alt. 9% davon hatten einen Migrationshintergrund, in fünf Fällen hatte das dazugehörige Opfer keinen. In vier Fällen war das Opfer ebenso ausländischer Herkunft. Täter ohne Migrationshintergrund wurden häufiger rein körperlicher, diejenigen mit anderer Nationalität *körperlich + sexueller* Delikte beschuldigt. Auch in den Telefonberatungen waren die Täter überwiegend männlich und es wurde ein Haupttäter genannt. Die große Anzahl der männlichen und somit die geringe der weiblichen Delinquenten lässt sich auf oben genannte Gründe zurückführen, dass nur wenige Männer v.a. einen Vorfall häuslicher Gewalt durch ihre Partnerinnen melden. Einige Täterinnen verübten jedoch auch Taten an Frauen, denen es leichter fiel, diese anzugeben. Ebenso entspricht die Altersgruppe der Täter derjenigen der Opfer, da sich die meisten Übergriffe in einer Partnerschaft oder näheren Bekanntschaft ereigneten, die sich häufig in einem ähnlichen Altersspektrum befinden. Die Anzahl mehrerer Täter, die zumeist ein sexuelles Delikt verübten, erscheint auch in o.g. EU-Studie: „Von den Frauen, die angaben, dass sie Opfer von sexueller Gewalt wurden, die nicht von dem Partner/der Partnerin ausging, äußerte fast

jede zehnte Frau, dass an dem Vorfall mehr als ein Täter/eine Täterin beteiligt war“ (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014, S. 22). Trotz der geringen Datenlage zum Migrationshintergrund von Täter und Opfer lässt sich eine leichte Tendenz vermuten, dass Übergriffe durch einen ausländischen Täter oft an einem deutschen Opfer oder an einer Migrantin verübt werden.

Vorfallsumstände

Vorfallsort

Als Vorfallsort wurde in über der Hälfte der Fälle die eigene Wohnung des Opfers angegeben, gefolgt von *sonstigen Räumen/Gebäuden* (z.B. Diskothek, Hotel, Restaurant) und einer fremden Wohnung. Öffentliche Orte wie Wald, Grundstück oder Straße wurden nur selten vermerkt. Bei den jüngeren Geschädigten war eine Häufung der Vorfälle an öffentlichen Tatorten ersichtlich. In den Protokollen der Telefonberatungen wurden ebenso als häufigste Vorfallsorte die eigene Wohnung oder *sonstige Räume/Gebäude* angegeben. Hinsichtlich des oft genannten Vorfallsorts *eigene Wohnung* deklariert KELLER (2008, S. 15): „Nicht der dunkle Park, sondern das eigene Zuhause ist immer noch der gefährlichste Ort für Frauen [...]. Gewalt findet fast ausschließlich im Intimbereich, d.h. in der Wohnung statt. Das Risiko einer Wahrnehmung durch Dritte ist hier reduziert. Die Gewaltanwendung außerhalb des familiären Nahbereichs unterliegt einer wesentlich höheren Hemmschwelle und birgt zudem jederzeit die Möglichkeit, dass Unbeteiligte eingreifen.“ Auch DÖGE (2011) zeigt in einer Grafik auf, dass sowohl Frauen als auch Männer als häufigste Orte von erfahrener Gewalt die Familie an erster Stelle nennen, gefolgt von Arbeitsplatz (hier ist v.a. psychische Gewalt vorherrschend), öffentlichem Raum und bei den Männern das Militär. Ein körperlicher Übergriff am Arbeitsplatz wurde in der Ambulanz von einem Mann angezeigt, der Bereich des Militärs wurde nie genannt. Die Tatörtlichkeiten jüngerer Betroffener (bis 30 Jahre) (z.B. *sonstige Räume/Gebäude*) lassen sich dadurch erklären, dass deren Lebensstil noch mehr auf den öffentlichen Raum orientiert ist (ELSNER & STEFFEN 2005).

Vorfallszeit

Die Tatzeit war zumeist abends oder nachts, wobei nachts auch häufig eine fremde Wohnung oder *sonstige Räume/Gebäude* als Tatörtlichkeit hinzukamen. Die meisten Vorfälle traten von April bis August auf, die wenigsten in den Herbstmonaten. Laut ELSNER & STEFFEN (2005) finden sexuelle Nötigungen mit Ausnahme der frühen Morgenstunden über den ganzen Tag verteilt statt mit nur leicht erhöhten Werten in der Nacht. Die Vorfälle von Vergewaltigungen würden sich dagegen überwiegend auf die Nachtstunden zwischen 22 und sechs Uhr konzentrieren. Dies konnte auch durch

vorliegende Ergebnisse bestätigt werden, ebenso wie zum Teil die Aussage von ELSNER & STEFFEN (2005) zu den Vorfallsmonaten sexueller Übergriffe, dass deren Werte im März ebenso hoch lägen wie in den Monaten Mai bis September und dies der immer wieder geäußerten Vermutung widerspräche, die freizügigere Bekleidung im Sommer führe zu einem Anstieg. Denn vielmehr scheinen sich Feiertage und bevorzugte Urlaubszeiten auszuwirken. Vorliegende Daten aus der Ambulanz zeigen hinsichtlich der sexuellen Gewalttaten ebenfalls die gerade erwähnte Verteilung der Vorfallszeiten, was die oben genannte Vermutung bestätigt.

Vorfallshäufigkeit

Hinsichtlich der Vorfallshäufigkeit berichtete ein Drittel der Opfer über mehrmalige Übergriffe zumeist im Zeitraum bis zu einem halben Jahr, jedoch auch bis zu fünf oder bis zu zwanzig Jahren. Einen Erklärungsansatz für das Auftreten mehrmaliger Ereignisse v.a. häuslicher Gewalt findet sich in GRASSBERGER ET AL. (2013): Die Täter würden ein existierendes Machtgefälle gegenüber den Opfern nutzen oder ein solches etablieren, um es anschließend auszunutzen. Oftmals habe sich ein komplexes System zwischen den beteiligten Personen entwickelt, innerhalb dessen vielschichtige Verhaltensweisen darauf abzielen würden, das Abhängigkeitsverhalten aufrecht zu erhalten bzw. zu verstärken, um schließlich ein möglichst großes Ausmaß an Macht und Kontrolle über eine Person zu erlangen.

Täter-Opfer-Beziehung und Art des Übergriffs

Als Täter wurde in beinahe 40% der Vorfälle der aktuelle Partner angegeben, gefolgt von einer näheren Bekanntschaft (Arbeitskollege, Kumpel, Vermieter, Nachbar) und einem Fremdtäter. Am wenigsten wurde die Tat durch eine flüchtige Bekanntschaft, durch die Familie oder in Einzelfällen durch Polizeibeamte bei Festnahmen beschrieben. Der aktuelle Partner verübte den Übergriff fast ausschließlich in der eigenen Wohnung, der Ex-Partner auch in einer fremden. Nähere Bekanntschaften traten auch in *sonstigen Räumen/Gebäuden* auf, Fremdtäter v.a. auf der Straße, die unbekannten Täter überwiegend in *sonstigen Räumen/Gebäuden*. Bezüglich der Art des Übergriffs wurde durch einen (Ex-) Partner mehr körperliche Gewalt ausgeübt, in einer näheren Bekanntschaft und bei Fremdtätern geschahen körperliche und sexuelle Übergriffe zu gleichen Teilen, bei einem flüchtigen Bekannten dagegen mehr sexuelle. Insgesamt beinhalteten ca. 60% der Vorfälle körperliche, ca. 18% rein sexuelle und die übrigen *körperlich + sexuelle* oder *unbekannte Gewalt*. Auch die sechs Männer gaben überwiegend körperliche Delikte an. In den jüngeren Altersgruppen fanden sich mehr sexuelle Übergriffe, ab 31 Jahren traten fast ausschließlich körperliche Vorfälle auf. Ebenso waren Geschädigte mit Migrationshintergrund beinahe nur von körperlicher Gewalt betroffen. Als Vorfallsort für körperliche Delikte wurden bedingt durch die

ausübende Tätergruppe vor allem die eigene Wohnung, *sonstige Räume/Gebäude*, eine Straße, eine fremde Wohnung oder ein Grundstück angegeben. Sexuelle Delikte wurden ebenfalls oft im eigenen Heim, einer fremden Wohnung oder *sonstigen Räumen/Gebäuden* erlitten, ebenso der *unbekannte Übergriff*. Tageszeitlich betrachtet geschahen körperliche Delikte überwiegend abends und nachts, sexuelle vorwiegend nachts. In den Telefonberatungen war der Täter oft der eigene Partner, hier gefolgt von der familiären Beziehung, einem unbekanntem Täter und einer näheren Bekanntschaft. In Bezug auf den Vorfallsort kamen Taten in Partner- und familiären Beziehungen ebenfalls in der eigenen Wohnung vor, Fremdtäter und Bekanntschaften konzentrierten sich auf außerhäusliche Orte. Laut den Angaben der Anruferinnen und Anrufer wurden Übergriffe von körperlicher Gewalt vor allem durch einen Partner, sexuelle Gewalt vermehrt durch Familienmitglieder, einen Fremdtäter oder einen unbekanntem Täter verübt. In den Telefonaten wurden vergleichsweise mehr sexuelle Übergriffe angesprochen, auch bereits jahrelange Missbrauchserfahrungen in der Familie, gefolgt von körperlicher Gewalt (auch durch einen rituellen Kult) und sonstigen Anfragen. Im Alter der bis zu 40-jährigen Opfer zeigen sich gehäuft sexuelle Vorfälle, ab diesem Alter traten ausschließlich körperliche Übergriffe auf.

Nach der polizeilichen Kriminalstatistik 2009 wurden in Deutschland 7314 Straftaten der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung angezeigt. Darunter waren 1783 überfallartige Vergewaltigungen durch einen Einzeltäter. Nur bei 1186 Taten bestand keine Vorbeziehung. Dies macht deutlich, dass die häufig als „typisch“ betrachtete Vergewaltigung durch einen Fremdtäter eher die Ausnahme als die Regel darstellt (GRASSBERGER ET AL. 2013). HAUPT ET AL. (2003) geben weiter an, dass sich zwei Drittel der Sexualdelikte im sozialen Nahraum ereignen und drei Viertel der Täter die Ehemänner darstellen. Dennoch werden am ehesten Vergewaltigungen durch fremde Männer oder flüchtige Bekannte (s.o.) angezeigt, da „die Tabuisierung der sexuellen Gewalt bzw. deren Akzeptanz dazu [beitrage], dass sexuelle Gewalt an Frauen in der Ehe schwer zu identifizieren und zu erforschen sei. Frauen, die sexuelle Gewalt erleiden, definierten diese oft nicht als Gewalt, sondern sähen sie als ihre eheliche Pflicht und zeigten sie nicht an“ (LAMNEK ET AL. 2013, S. 189). Dies ist auch in oben genannten Ergebnissen ersichtlich (deutliche Unterlegenheit der sexuellen Übergriffsart in der häuslichen Täter-Opfer-Beziehung). Das Überwiegen sexueller Delikte in den jüngeren Altersgruppen ist dadurch zu erklären, dass es den Jüngeren leichter fällt, dies öffentlich zu machen, da die langjährigen Partnerschaften älterer Frauen eine zusätzliche Barriere darstellen (BJFG 1983). In den Telefongesprächen wurden jedoch durch die niedrigere Hemmschwelle und Anonymität mehr sexuelle

Delikte angezeigt (auch in der Altersgruppe bis 40 Jahre), die auch zum größten Teil im häuslichen Bereich stattfanden. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass ELSNER & STEFFEN (2005) aufzeigen, dass vor einem außerfamiliären sexuellen Delikt oft auch bereits ein intensiver Kontakt zwischen Täter und Opfer stattgefunden hat. So gab zwar die Mehrzahl der Geschädigten keinen oder nur einen verbalen Kontakt zum Täter an, jedoch folgte zu einem Viertel die Angabe „einvernehmlicher Geschlechtsverkehr“. Des Weiteren wurden zuvor stattfindende leichte Berührungen oder Zärtlichkeiten angegeben. Dies spiegeln auch die Daten der vorliegenden Protokolle wider, in denen einige Betroffenen von einem ersten Körperkontakt in einer Diskothek berichteten, jedoch erfolgte nur in zwei Fällen vor dem Übergriff ein freiwilliger Geschlechtsverkehr.

Gewalteinwirkungen

Bei genauerer Betrachtung der Gewalteinwirkung lässt sich körperliche Gewalt überwiegend als stumpfe Gewalt oder stumpfe Gewalt mit Beteiligung des Halses erkennen. Bei sexuellen Übergriffen ist dabei manchmal auch Gewalt gegen den Hals oder thermische Gewalt vertreten (z.B. Ausdrücken von Zigaretten). Scharfe Gewalt alleine tritt wenig auf. In 20% aller Übergriffe wurde ein Gegenstand mit verwendet (in den Fällen stumpfer Gewalt, Gewalt gegen den Hals, scharfer Gewalt oder sexueller Übergriffe). Oftmals handelte es sich um Alltags- und Haushaltsgegenstände. In etwa 12% der Vorfälle wurde ausdrücklich psychische Gewalt mit angegeben. Hinsichtlich der Gewalt lässt sich auch in BFSFJ (2008 B) erkennen, dass überwiegend leichte bis mäßig schwere Handlungen (Ohrfeigen, wütendes Wegschubsen) und tendenziell schwere Gewalthandlungen angegeben werden. Beinahe 30% der Opfer seien jedoch schweren bis lebensbedrohlichen körperlichen Gewalthandlungen ausgesetzt, 8% davon erleben Waffengewalt. GEMÜNDEN (1996) meint dazu, dass Frauen häufiger Gewaltmittel einsetzen würden, um ihre physische Unterlegenheit auszugleichen. Dies konnte (aufgrund der niedrigen Fallzahlen) bis auf drei Fälle nicht bestätigt werden. In den vorliegenden Ergebnissen griff häufig der aktuelle männliche Partner zu Haushaltsgegenständen als Waffe. Der Bereich der psychischen Gewalt wurde auch bei AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE (2014) untersucht und zeigt, dass von den derzeit in einer Beziehung lebenden Frauen 7% mindestens vier verschiedene Formen der psychischen Gewalt erfahren haben. In BFSFJ (2008 B) wird sichtbar, dass es sich hierbei überwiegend um Eifersucht und Kontrolle handelt, ökonomische Kontrolle, psychisch-verbale Gewalt und/oder Drohungen. Von den insgesamt 11,6% der in der vorliegenden Analyse angegebenen Fällen psychischer Gewalt erhielten zwei Geschädigte ebenfalls letztgenannte (Mord-) Drohung.

Auslöser von Gewalttaten

Als Hintergründe zur geschilderten Tat wurden in den präsentierten Daten oft ein Streit um die Erziehung der Kinder, Eifersucht oder das Verneinen von Geschlechtsverkehr angegeben. Eine geringe Anzahl der Täter befand sich in der Vergangenheit schon einmal im Gefängnis oder in psychiatrischer Behandlung. In einem Fall war Ausländerfeindlichkeit vordergründig. Als besondere Tatumstände, die im Folgenden als sog. Risikofaktoren angesehen werden, wurden von ca. 18% der Opfer ein Konsum zentral wirksamer Substanzen zum Tatzeitpunkt genannt (meist durch Opfer und Täter oder durch das Opfer alleine), bei weiteren 18% bestand ein Verdacht diesbezüglich. Des Weiteren waren vier Frauen aktuell schwanger, die meisten hatten zwei oder mehr Kinder in der von Gewalt geprägten Partnerbeziehung. In den Telefonberatungen wurde ebenso häufig von einem Substanzmittelmissbrauch oder unfreiwilligem Konsum in Form von sog. K.O.-Mitteln berichtet. Zu den Hintergründen der geschilderten Taten in Ehe und Familie meinen auch LAMNEK ET AL. (2013), dass diese oftmals Konflikte des alltäglichen Lebens umfassen wie Besitzansprüche und Eifersucht des Mannes, Uneinigkeit bezüglich Hausarbeit und Kindererziehung, Auseinandersetzungen über finanzielle Probleme oder Meinungsverschiedenheiten in der Sexualität. Ebenso sind bestimmte Lebensphasen für das Auftreten von Partnergewalt prädestiniert wie etwa eine Trennung, die Phase der Schwangerschaft oder die Geburt eines Kindes. Denn hier befürchtet der Mann oft, die Kontrolle über die Frau zu verlieren (BRZANK 2012). GRASSBERGER ET AL. (2013, S. 231) deklarieren, dass „sich insbesondere die im Falle einer Trennung seitens der Frauen bestehende Angst vor gesteigerten Gewaltausbrüchen und einer noch weniger einzuschätzenden Bedrohung und Verfolgung kriminologisch als berechtigt [erweist], denn gerade in Trennungssituationen ereignen sich die meisten Tötungen von Frauen durch den ehemaligen Partner.“ In den Zeiten einer Schwangerschaft (wie auch vier Geschädigte berichteten) treten neben Stress- und Überforderungssituationen auch als Gründe für die Misshandlung Eifersucht bzw. das unbegründete Misstrauen des Mannes, das Kind könne nicht von ihm sein, auf (FIRLE ET AL. 1996). BRZANK (2012) gibt weiter an, dass der Partner dadurch versucht, Macht und Kontrolle zu stabilisieren, da eine Schwangerschaft eine gewisse Autonomie der Frau symbolisiere und jene während dieser Zeit mehr Aufmerksamkeit durch Freunde oder Gesundheitskräfte erfahre, so dass die Gewalttätigkeiten aufgedeckt werden würden. Weitere Gründe könnten die vermehrte Bitte um Geld oder das Vernachlässigen der Haushaltsführung sein. Bislang galten Bildungsstufe und Schichtzugehörigkeit nicht als verantwortliche Faktoren für Gewalt, jedoch gibt BFSFJ (2008 B) in einer Analyse das Fehlen von Bildungs- und Ausbildungsressourcen bei Frauen und Männern als mögliche Risikofaktoren für

Gewalt in Paarbeziehungen an. Das könne bei Frauen damit in Zusammenhang stehen, dass sie sich aufgrund der geringen Bildungsressourcen schwieriger aus einer Paarbeziehung lösen können und zudem häufiger Partner haben, die ebenfalls über keine Ressourcen verfügen, was sozialen Stress begünstigen kann. Zum anderen könne es bei Männern ohne Bildungs- und Ausbildungsressourcen eine Rolle spielen, dass männliche Rollenleitbilder, die dem Mann eine überlegene und/oder Ernährereposition im Geschlechterverhältnis zuweisen, hier nicht mehr realisiert werden würden, was Aggressionen gegenüber der Partnerin und den Versuch der Kompensation gesellschaftlicher Ohnmacht durch private Macht und Gewalt fördern kann. Einen wichtigen Risikofaktor stellt ebenso ein erhöhter Alkohol-/Drogen- und/oder Medikamentenkonsum des Partners dar. In diesem Zusammenhang werden doppelt so häufig körperliche, sexuelle und/oder psychische Gewalttaten verübt wie auch oben genannte Ergebnisse und die EU-Studie deutlich aufweisen (BFSFJ 2008 B).

Die weitere Analyse zeigte, dass einige Geschädigte bereits in der Kindheit gewalttätige Übergriffe erlitten hatten. Auch in der Studie des deutschen Bundesministeriums war auffallend, dass Frauen, die bereits in der Herkunftsfamilie Gewalt beobachtet oder selbst erfahren hatten, zwei- bis dreimal häufiger Gewalt durch einen (Ex-) Partner erlitten hatten gegenüber Frauen, in deren Herkunftsfamilien oder Jugendzeit keine Gewalt ausgeübt wurde (BRZANK 2012). Frauen, die in ihrer Kindheit Gewalt oder Misshandlung erlebt hatten, sind demnach im Erwachsenenalter anfälliger für Gewalt. Laut BFSFJ (2008 B) liegt dies auch daran, dass die Betroffenen schwieriger und später Grenzen gegenüber einem gewalttätigen Partner setzen können und weniger konsequent hinsichtlich einer Trennung sind. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass Personen mit chronischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen eine deutlich höhere Gewaltbelastung aufweisen, da ihr Leben oft, abhängig von den vorliegenden Beeinträchtigungen, in vielen Bereichen fremdbestimmt ist. Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen findet vielfach verdeckt im familiären Nahbereich, in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Pflege alter Menschen statt (RKI 2008). Sowohl im Bereich der körperlichen Untersuchungen als auch der Telefonberatungen wurde ein Übergriff auf eine körperlich behinderte Person angezeigt, bei letzterer bestand der Verdacht eines sexuellen Missbrauchs durch den Stiefvater, was den Mitarbeitern einer Betreuungseinrichtung aufgefallen war.

Anwesenheit von Kindern

Schließlich wurde erfasst, dass in sechs Fällen Kinder bei der Tat direkt anwesend waren. Laut der EU-Studie berichteten 73% der gewaltbetroffenen Frauen, dass mit ihnen lebende Kinder die Gewalt mitbekommen haben (AGENTUR DER EUROPÄ-

ISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014). Häusliche Gewalt gegen Frauen stellt gewissermaßen eine Form der psychischen Gewalt gegen Kinder dar. Laut OEHMICHEN ET AL. (2004) wirke sich schon das reine Miterleben von Gewalt auf die Entwicklung von Kindern aus. Je länger sie in einer gewalttätigen Umgebung aufwachsen, desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie die erlebten Verhaltensmuster und Konfliktlösungsstrategien später wiederholen. Betroffene Kinder hätten zudem ein hohes Risiko für die Entwicklung verschiedener emotionaler Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten wie Ängste, Depressionen, geringes Selbstwertgefühl, Hyperaktivität, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, schlechtes Erinnerungsvermögen verbunden mit verminderten Schulleistungen, Alpträumen, Gefühllosigkeit und Distanz sowie psychischen Gesundheitsfolgen (BRZANK 2012). Zwei Geschädigte berichteten genau dies und darüber hinaus, dass sie ebenfalls von ihren eigenen Kindern Gewalt erfahren würden in Form von Schlagen, Treten und Kratzen bereits bei kleinen Streitigkeiten im Alltag. BRANDAU & RONGE (1997) gehen sogar weiter und setzen die Schwere der Frauenmisshandlung mit dem Grad der Kindesmisshandlung gleich. Gerade deshalb sollte bei der Anamnese immer nach der Anzahl der im Haushalt lebenden Kindern gefragt werden.

Anamnese der Opfer

Vorerkrankungen

In den Protokollen wurden häufig internistische, psychische oder neurologische Vorerkrankungen vermerkt. Internistische Krankheiten lagen ausschließlich bei den betroffenen Opfern vor, die in einer Partnerbeziehung lebten, ebenso lagen die Hälfte der neurologischen und ein Viertel der psychischen Erkrankungen hier vor. In der Telefonberatung gaben einige Anruferinnen zu erkennen, dass sie suizidale Gedanken oder bereits einen Suizidversuch unternommen hätten. Einige Auftraggeber einer körperlichen Untersuchung oder Telefonanrufer gehörten zudem einer psychologischen oder psychiatrischen Institution an und bestätigten eine psychische Betreuung ihrer Patienten. BRZANK (2012) bemerkt dazu, dass gewaltbetroffene Frauen unter fortdauernder psychischer Anspannung, Angst und Verunsicherung leiden würden, die sich als Stressreaktion in psychosomatischen Beschwerden und chronischen Erkrankungen niederschlagen und sich gravierend auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken. Es würden Schmerzsyndrome von Kopf, Rücken, Brust, Unterleib und Magen-Darm-Trakt, Schwindel, Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Nervosität, Essstörungen oder Suizidversuche ausgelöst werden. Des Weiteren gingen posttraumatische Belastungsstörungen mit einem negativen Gesundheitsverhalten einher. Dies meint Substanzmittelkonsum und -missbrauch sowie einen Mangel an präventi-

ven Maßnahmen (z.B. körperliche Aktivität, Diät, Safer Sex). Dies würde zudem ein Risiko für eine Reviktimisierung darstellen. Auch oben erwähnte EU-Studie zeigt auf, dass Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, mit größerer Wahrscheinlichkeit unter verschiedenen psychischen Langzeitfolgen leiden als Frauen, denen Gewalt durch eine fremde Person angetan wird (AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014).

Infektionen

Zur Untersuchungszeit lagen aktuell bei vier Geschädigten Infektionen der Sexualorgane vor, zwei Betroffene berichteten von Fehlgeburten, eine von einer Schwangerschaftsblutung und zwei von Zyklusstörungen. Laut RKI (2008) werden auch im gynäkologischen Bereich Fehl- und Frühgeburten, Schwangerschaftsabbrüche und Zyklusstörungen von gewaltbetroffenen Frauen vergleichsweise häufiger angegeben. Nach GRASSBERGER ET AL. (2013, S. 241) wird geschätzt, „dass Frauen im reproduktionsfähigen Alter 5-16% ihrer gesunden Lebensjahre aufgrund geschlechtsbezogener Gewalttaten einbüßen.“

Medikation

Neben der hormonellen Verhütung („Pille“) stehen in vorliegender Analyse psychische, internistische und analgetische Medikationen an erster Stelle. Etwa 40% der insgesamt konsumierten Medikamente wurden in einer häuslichen Täter-Opfer-Beziehung eingenommen. Bezüglich der hohen Rate an Medikamentenkonsum in einer Partnerschaft meint BRZANK (2012), dass der Konsum von Nikotin, Alkohol und Medikamenten der inneren Flucht, dem Verdrängen und Vergessen dient und so eine Form des Copings darstellt. Von Partnergewalt betroffene Frauen hätten ein 3,6-fach höheres Risiko für einen derartigen Substanzmittelkonsum und so geschieht es, dass viele Frauen „schlucken und schweigen“.

Abb. 54 zeigt im Überblick die gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Die Folgen erlittener Gewalttaten reichen jedoch laut RKI (2008) noch weiter. So würden die Folgekosten neben dem sozialen Bereich (Schutzunterkunft, Beratung) auch die Justiz, die Erwerbsarbeit (Verdienstausschlag) und v.a. die Gesundheitsversorgung (Aufklärung, Fortbildungen, Therapie, Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen) betreffen.

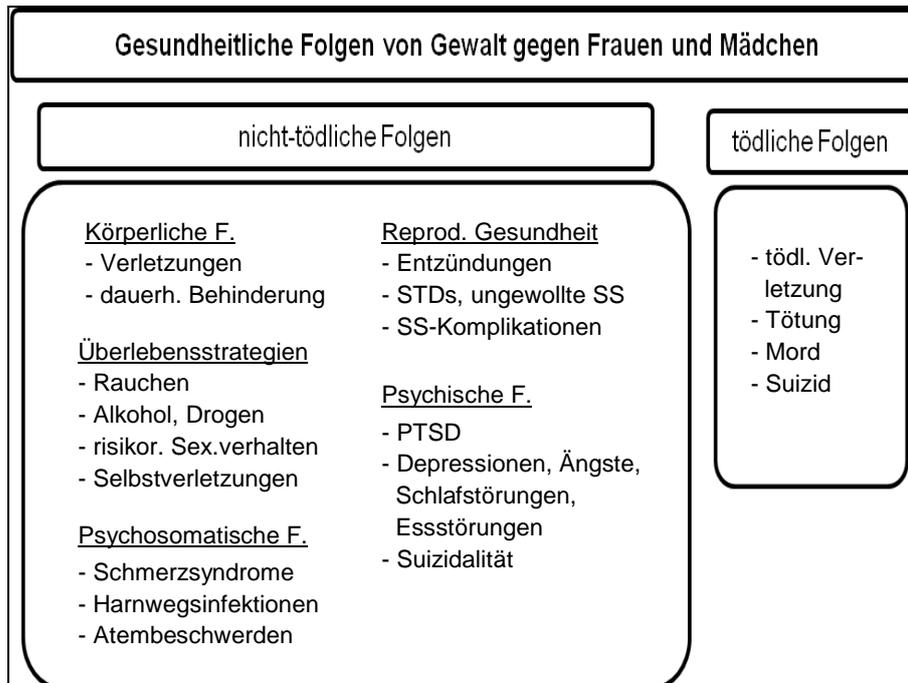


Abb. 52 Gesundheitliche Folgen von Gewalt (RKI 2008)

Körperliche Untersuchung

Zeitintervall von Tatzeit zur Untersuchung

Die Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München wurde von einem Drittel der Geschädigten bis zu drei Tagen nach dem Tatereignis aufgesucht, ein Viertel tat dies bis zu 24 Stunden nach dem berichteten Vorfall. Nach diesem Zeitraum jedoch ließen sich auch viele bis zu einer Woche für ihr Ansuchen Zeit. Diejenigen eines Übergriffs mit *unbekannter Art* ließen tendenziell früher eine Untersuchung vornehmen. Die Telefonberatungen wurden ebenfalls meist bis drei Tage nach dem berichteten Vorfall in Anspruch genommen, wobei es bei sexuellen Übergriffen etwas eher erfolgte. Die Bedeutung des Zeitintervalls vom letzten Tattag zur Untersuchung wird im weiteren Verlauf im Zusammenhang mit der Spurensicherung diskutiert.

Auftraggeber und Zugang zur Opferschutzambulanz

Die Auftraggeber einer Untersuchung waren zumeist die betroffenen Personen selbst, gefolgt von einer medizinischen, rechtlichen oder sozialen Einrichtung. Hinsichtlich der einzelnen Jahre fiel ab 2011 eine enorme Zunahme bei den Zuweisungen einer medizinischen Einrichtung auf. So erhielten neben der eigenen Recherche die Geschädigten auch oft Informationen zur Ambulanz von einer medizinischen Einrichtung. Die Anrufer waren meist privat oder einer medizinischen Institution angehörig, der Zugangsweg stammte meist von einer medizinischen Einrichtung, einem Vortrag, Flyer oder Zeitungsartikel. Der Anstieg der medizinischen Zuweisungen wiederum und deren Informationsquellen (Flyer, Vorträge) lassen sich durch die von der Ambulanz

organisierten Maßnahmen zur Verbreitung des Angebots in der Öffentlichkeit erklären. So wurden 2011 erstmalig bayernweit Flyer der Ambulanz an niedergelassene Allgemein-, Kinder- und Jugendmediziner sowie Gynäkologen verschickt. Aktuell wurde diese Aktion wieder durchgeführt. Ebenfalls werden dauerhaft Vorträge auf Kongressen oder „Runden Tischen“ im „Netzwerk gegen Gewalt“ gehalten oder auf öffentlichen Veranstaltungen wie z.B. dem Krimifestival München 2013 angeboten. Auf die Auftraggeber und Informationsquellen aus dem Bereich des Gesundheitswesens wird im Abschnitt „Procedere“ nochmals gesondert eingegangen.

Anamneseerhebung

Zum Vorgang einer Untersuchung gehört eingangs die Vorfalsschilderung durch den Patienten. „Die Anamneseerhebung ist wie bei jeder ärztlichen Untersuchung, so auch bei der rechtsmedizinischen von zentraler Bedeutung. Anders als im üblichen Arzt-Patientengespräch kann jedoch der Rechtsmediziner oft nicht davon ausgehen, dass der Patient die volle Wahrheit erzählt. Die Anamneseerhebung dient dazu, subjektive Angaben des Betroffenen zum Tatablauf zu erhalten, die man später der Begutachtung des Verletzungsmusters zugrundelegen kann. Kommt ein Gewaltopfer auf eigene Initiative zur Untersuchung, unterliegt das Gutachten solange der Schweigepflicht, bis der Arzt davon entbunden wird“ (GRASSBERGER ET AL. 2013, S. 110). Grundsätzlich sollten wichtige negative ebenso wie die positiven Antworten dokumentiert werden. Offene Fragen sind gegenüber geschlossenen zu bevorzugen, jedoch sind auch gezielte Fragen zu stellen (GRASSBERGER ET AL. 2013). Wichtige Informationen beinhalten neben den Personalien:

Tab. 5 Anamnese (GRASSBERGER ET AL 2013)

Täter	Wer?, Anzahl?
Gewaltform	Schläge, Gegenstände, Tritte, Anpacken, Fesselung?
Anzahl Gewaltform	Einfach, mehrfach?
Lokalisation am Körper	Beschreibung
Position Opfer-Täter	Beschreibung
Zeitpunkt	Einzeitig, mehrzeitig?
Vorfallsort	Wo?
Gegenwehr	Verletzungen Opfer-Täter?
Gefährlichkeit	Bewusstlosigkeit, Urin-/Kotabgang, aktuelle Beschwerden?
Einfluss Substanzen	Alkohol, Drogen, was/wann/wieviel?
Hilflosigkeit	Ja/nein?
Vorerkrankungen	Dadurch stärkere Ausprägung der Verletzungen?
Kinder anwesend	Ja/nein?, Wie viele?

Im Falle eines sexuellen Übergriffs muss bei der Befragung des/r Betroffenen zusätzlich geachtet werden auf:

Tab. 6 Anamnese sexueller Übergriff (GRASSBERGER ET AL. 2013)

Verhalten nach dem Ereignis	Wechsel der Kleidung, Reinigen des Körpers?
Akute Verletz./Schmerzen	Beschreibung
Penetrationsort/-gegenstand	Wo?, Was?
Küssen, Beißen, Lecken	Körperregion?
Ejakulation	Wohin?
Letzter einvernehmlicher GV	Wann?
Letzte Menstruationsblutung	Wann?
Verhütungsmittel	Täter, Opfer, SS-Prophylaxe notwendig?

Sollten Erinnerungsstörungen und ein Verdacht auf K.O.-Mittel bestehen (Wirkstoffe aus verschiedenen Substanzgruppen, die dazu verwendet werden, potenzielle Opfer gefügig zu machen bzw. zu betäuben), sollten des Weiteren laut GRASSBERGER ET AL. (2013) abgefragt werden:

- Bestehen Erinnerungsstörungen oder bestand ein (plötzlicher) Dämmerzustand?
- Hatten Sie das Gefühl der Willens- und/oder Reglosigkeit?
- Haben Sie Ihr Getränk unbeaufsichtigt gelassen?
- Haben Sie einen veränderten Geschmack eines Getränks wahrgenommen?
- Haben Sie ein Getränk angeboten bekommen?
- Hatten Sie im späteren Verlauf Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Atemnot, Krämpfe?

Untersuchungsvorgang

MADEA (2003) betont in diesem Zusammenhang, dass der ärztlichen Untersuchung eine besondere Bedeutung zukommt, da es häufig außer dem Opfer und dem Täter keine weiteren Tatzeugen gibt und das Gericht seine Entscheidung nach den objektiven Befunden richten wird. Es sei bei den Untersuchungen aber auch zu bedenken, dass nach mehreren Studien etwa 10% der angezeigten Vergewaltigungen vorgetäuscht sind. Grundsätze einer derartigen Untersuchung umfassen: ausreichend Zeit, Anerkennung des Muts, welchen es gekostet haben mag, Hilfe zu suchen, die Information des Opfers über mögliche Traumareaktionen, Entlastung des Opfers in Bezug auf Mitverantwortung für das erlittene Trauma, Schaffung von Rahmenbedingungen, welche es dem Opfer erlauben, möglichst rasch wieder Kontrolle über sich und Entscheidungskompetenz für sich selbst zu erlangen. Während der Untersuchung sollten alle Schritte erklärt werden, nur die zu untersuchende Körperregion sollte entblößt und Untersuchungsmaterial im Vorfeld bereit gestellt werden. Verweigert

der/die Geschädigte einen Untersuchungsschritt, so ist seinem/ihrem Wunsch Folge zu leisten (TSCHUDIN 2004). Außerdem sollte stets das gleiche Prinzip einer Begutachtung eingehalten werden:

- Forensische Befragung/Anamneseerhebung.
- Befunderhebung mit Dokumentation.
- Diagnose von Einzelverletzungen.
- Interpretation von Verletzungsmustern.
- Ggf. Zusatzuntersuchungen.
- Korrelation des Befundmusters mit den Angaben Beteiligter.
- Erstellung eines forensisch-klinischen Gutachtens (GRASSBERGER ET AL. 2013).

Zusätzlich sollte immer geklärt werden, ob für die/den Betroffene/n ausreichend Schutz und Unterstützung gewährleistet ist und Anweisungen zu Medikamenteneinnahme, Arztüberweisung, Telefonnummern und Adressen von Anlaufstellen schriftlich mitgegeben werden (TSCHUDIN 2004, s. Anlage 5, S. 147).

Eine körperliche Untersuchung in der Opferschutzambulanz dauerte im Schnitt 51 Minuten, die Beratungsdauer am Telefon betrug durchschnittlich 11 Minuten. Als besondere Untersuchungstechnik wurde bei sexuellen Übergriffen meist der gynäkologische Stuhl verwendet. Die Patienten waren bei der Untersuchung zumeist kooperativ und teilweise emotional. Bei wenigen wurde ein Substanzmittelmissbrauch oder eine psychische Auffälligkeit vermerkt. WIRTH & STRAUCH (2006) geben zum Untersuchungsvorgang diesbezüglich praktische Hinweise: Die Untersuchung sollte bei guter Beleuchtung erfolgen, als Hilfsmittel können Maßband und Lupe benutzt werden. Nach dem Verschaffen eines Gesamteindrucks über den Allgemein- und Ernährungszustand sollen sämtliche Verletzungen und krankhaften Befunde von Kopf (einschließlich Mundhöhle), Hals, Schultern, Brust, Rücken, Armen, Händen, Bauch, äußeren Geschlechtsorganen, Hüfte, Gesäß (einschließlich After), Beinen und Füßen erfasst und hinsichtlich deren Art, Größe, Form, Farbe und Lokalisation beschrieben werden. Weiter soll der Entstehungszeitpunkt eingeschätzt und verletzungsbedingte Beschwerden erfragt werden. Letzteres wurde bisher in den vorliegenden Protokollen nicht vermerkt. Dies wird nun durch die überarbeiteten Dokumentationsbögen ermöglicht. Zusätzlich sollte laut WIRTH & STRAUCH (2006) ein Körperschema verwendet werden, in das einzelne Befunde eingetragen werden können (s. Anlage 3, S. 135) und eine Fotodokumentation angefertigt werden. So wird es auch in der Opferschutzambulanz München gehandhabt. Bei einer sexuellen Deliktform ist zu beachten, dass „die Untersuchung [...] nicht nur am Genitale [erfolgt], sondern es sollte auch eine Befunderhebung am ganzen Körper durchgeführt werden. Behält sich die Patientin die Entscheidung über eine Anzeige vor, ist eine ausführliche Anamnese zu

Beginn der Untersuchung und Spurensicherung ebenfalls unerlässlich“ (RAUCH ET AL. 2004, S. 2686). Es sollte bei dieser Deliktform besonders darauf geachtet werden, Vertrauen und Akzeptanz zu schaffen und eine sachliche Atmosphäre aufzubauen (MADEA 2003). Auf die genaue Untersuchungsmethode bei sexuellen Übergriffen wird im nachfolgenden Abschnitt eingegangen, da diese eng mit der Spurensicherung in Verbindung steht und übergeht. Neben der speziellen Anamneseerhebung, der Dokumentation von genitalen und v.a. extragenitalen Verletzungen, der Sicherung biologischer Spuren (im Genitalbereich), stehen Maßnahmen zur Postexpositionsprophylaxe und Antikonzption im Vordergrund ebenso wie die psychosoziale Betreuung der Personen mit dem Verweis auf spezifische Betreuungseinrichtungen (GRASSBERGER ET AL. 2013). Auf die körperliche Untersuchung von Tatverdächtigen wird in dieser Opferschutzambulanz verzichtet, jedoch ist nur dadurch ein Vergleich zwischen Befunden an Opfer und Tatverdächtigen gewährleistet (GRASSBERGER ET AL. 2013). Es sollte vor allem auf kampfbedingte Verletzungen geachtet werden, die durch das Opfer im Rahmen von Abwehrmaßnahmen beigebracht wurden (z.B. Kratzspuren, Bissverletzungen (auch am Genitale), Blutspuren, Hautzellen des Opfers unter den Fingernägeln) (GRASSBERGER ET AL. 2013). Insgesamt lässt sich festhalten: „Gerichtlich verwertbare Aussagen über den gesundheitlichen Zustand des Opfers einer Gewalttat sind unumgänglich notwendig, um den Schutz der Opfer gewährleisten zu können, Täter für ihr Handeln zur Rechenschaft zu ziehen und um straf- oder familienrechtliche Ansprüche geltend machen zu können“ (BLÄTTNER ET AL. 2008, S. 22). Deshalb müssen (ärztliche) Dokumentationen umso genauer, unmissverständlicher und klarer sein (GÖGE 2008).

Fotodokumentation

Auch aus diesem Grund erfolgte bei den 138 körperlichen Untersuchungen seit 2010 bei etwa 70% eine zusätzliche Fotodokumentation der Verletzungen. Diese stellt laut GRASSBERGER ET AL. (2013) alle fallrelevanten morphologischen Befunde objektiv und ausreichend detailliert dar für eine mögliche spätere juristische Auswertung durch einen Sachverständigen. Als Anforderungen für derartige Fotos gelten allgemein:

- Identifikation des Betroffenen (Gesicht, Portraitaufnahme).
- Neutraler Hintergrund.
- Qualitativ technisch einwandfreie Fotos (Farbfotos).
- Aufnahmen senkrecht zur Hautoberfläche.
- Eindeutige Zuordnung der Verletzungen zur jeweilig betroffenen Körperregion.
- Zusammenhängende Bildserien, mehrere Blickwinkel.
- Evtl. Beilegen eines Maßstabs (auch Münze/Streichholz).
- Auch Negativbefunde (GRASSBERGER ET AL. 2013, VERHOFF ET AL. 2012).

Befunderhebung

Verletzungsart allgemein

Bei den untersuchten körperlichen Delikten in der Opferschutzambulanz wurden überwiegend Hämatome, Schürfungen, Kratzer, Schwellungen, Einblutungen der Lippe und/oder Narben gefunden. In einigen Fällen wurden punktförmige Blutungen in der Haut, in den Augenlidern und -bindehäuten oder am Ohr dokumentiert (hinweisend auf Gewalt gegen den Hals), Würgemale am Hals, eine Fraktur des Fingers oder des Nasenbeins, ein abgebrochener Schneidezahn, eine beidseitige Trommelfellruptur und eine Commotio cerebialis festgestellt. Hinsichtlich der Anzahl der verletzten Körperregionen waren dies vor allem bis zu zwei, die am häufigsten geschädigten Regionen waren die oberen und unteren Extremitäten. In fast 90% der Fälle wurden frische Verletzungen gefunden, wenige ältere Schädigungen wurden bei einem Drittel bei mehrmaligen Übergriffen im Zeitraum bis zu einem Jahr erkannt. Eine Verletzung wird laut GRASSBERGER ET AL. (2013, S.181) definiert als „Zusammenhangstrennung oder Störung der Struktur bzw. Funktion von Organen oder Geweben durch mechanische Gewalteinwirkung.“ Verletzungen können äußerlich sichtbar oder innerlich sein. Häufigstes Tatmittel ist die unmittelbar ausgeübte Körperkraft (Schläge mit Faust, flacher Hand, Stöße, Fußtritte) (GRASSBERGER ET AL. 2013). Nach den Ergebnissen von RKI (2008) trugen über die Hälfte der Opfer körperlicher und gut zwei Fünftel der Opfer sexueller Gewalt Verletzungen unterschiedlichen Ausmaßes davon. Insgesamt habe etwa jede fünfte in Deutschland lebende Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren in ihrem Erwachsenenleben mindestens einmal körperliche Verletzungen infolge von Gewalt erlitten. Dies spiegelt auch oben genannte Ergebnisse insofern wider, dass bei den meisten körperlichen Delikten Verletzungen sichtbar waren, bei den sexuellen eher wenige. Weiter heißt es in RKI (2008), dass bei der Mehrzahl der Frauen mit Verletzungsfolgen durch körperliche und/oder sexuelle Gewalt Hämatome und Prellungen, gefolgt von Schmerzen am Körper, offenen Wunden, Unterleibsschmerzen, Verstauchungen, Zerrungen, Kopf- und Vaginalverletzungen, Gehirnerschütterungen, Frakturen, Fehlgeburten und inneren Verletzungen auftraten. Bei etwa einem Drittel der Frauen mit Verletzungsfolgen seien diese so schwer gewesen, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen werden musste.

Auch in vorliegenden Ergebnissen wurden zumeist Hämatome genannt und eher wenige schwerwiegende Verletzungen. Diese wurden zuvor auch in einem Krankenhaus behandelt. DETTMAYER & VERHOFF (2011) bieten eine Übersicht zur Interpretation von Verletzungsart in Abhängigkeit von der Lokalisation an:

Tab. 7 Verletzungen und Lokalisation (DETTMEYER & VERHOFF 2011)

Verletzungslokalisation	Interpretation
Kopf oberhalb Hutkrempe	Eher Schlag
Kopf unter Hutkrempe	Sturztypische Lokalisation
Monokelhämatom, Orbitafraktur	Meist Schlag
Hämatom am Oberarm	Griffspur
Hämatome Streckseite Unterarme	Abwehrverletzung
Handrücken	Passive Abwehrverletzung
Handinnenfläche	Abstützen bei Sturz, Abwehr bei scharf. Ge.
Hämatom über Hüftknochen	Meist Anstoßverletzung
Ellbogenaußenseite	Eher sturztypisch
Streckseite der Knie	Eher sturztypisch
Rücken, Gesäß	Eher Züchtigung
Schleimhaut Mundvorhof	Eher Schlag, aber Sturz möglich
Über den Dornfortsätzen der Wirbel	Widerlagerverletzung bei Druck von vorne
Horizontale Strangmarke	Drosseln
Ansteigende Strangmarke	Hängen
Doppelstriemen	Schlagverletzung
Halshautrötungen	Würgen
Schnittverletzung Beugeseite Hand	Selbstbeibringung
Hämatom Oberschenkel innen	Abwehrverletzung bei Vergewaltigung
Parallele Narben Unterarme	Selbstbeibringung

GEMÜNDEN (1996) gibt zudem ein Schema zur Erfassung von Verletzungen vor, das zukünftig im elektronischen Protokoll der Opferschutzambulanz Verwendung finden könnte:

0 = keine Verletzungen
1 = entweder blaue Flecke, Schnitte oder Schürfwunden (oberflächlich)
2 = Kombination aus mehreren aus 1
3 = 1 oder 2, aber nicht bloß oberflächlich
4 = gebrochene Knochen/Zähne und/oder Verletzungen der Sinnesorgane
5 = innere Verletzungen, (Gehirn-) Erschütterung
6 = Kombination aus 3, 4 und 5
7 = noch schwerere Verletzungen

Die genaue Dokumentation von Verletzungen, wie sie auch im Institut für Rechtsmedizin der Universität München gehandhabt wird, sollte laut GRASSBERGER ET AL. (2013) also Folgendes beinhalten:

Tab. 8 Dokumentation von Verletzungen (GRASSBERGER ET AL. 2013)

Art der Verletzung	Allgemein, aktuelle Beschwerden
Lokalisation	Körperregion und Bezugspunkte
Orientierung	Schräg/quer zur Körperlängsachse, Schürfrichtung
Anzahl der Verletzungen	Auch: mindestens, mehrere
Größe	Länge, Breite, Tiefe in cm/mm
Beziehung der Verletzungen	Gleichförmig, gruppiert, parallel
Form	Linien-, sichel-, bogenförmig etc.
Formung	Tatwerkzeug
Farbe	Beschreibung
Wundränder/-winkel	Scharf/unscharf, zackig, Y-förmig etc.
Wundgrund	Glatt, verschorft, Gewebebrücken
Wundheilung	Beschreibung
Fremdkörper	Lokalisation, Art

Verletzungsart und stumpfe Gewalt

Abschließend sollen die verschiedenen Gewalteinwirkungen und deren zugehörige Verletzungsarten betrachtet werden. Laut WIRTH & STRAUCH (2006) ist stumpfe Gewalt eine flächige oder kantige Einwirkung auf den menschlichen Körper. Der sich bewegende Mensch trifft hierbei entweder auf ein ruhendes Widerlager (Sturz zu ebener Erde (Standfläche), auf der Treppe oder aus großer Höhe) oder ein bewegter Gegenstand trifft auf den Körper. Hierzu zählen Schläge mit den Fäusten und mit Gegenständen sowie geworfene und herabfallende Gegenstände. Beim Zusammenstoß (Kollision) treffen ein Mensch und ein Gegenstand oder Gegenstände aufeinander. Die Verletzungen sind außerordentlich vielgestaltig und können an der Körperoberfläche sichtbar sein oder im Körperinneren entstehen. Verletzungen stumpfer Gewalt sind nach GRASSBERGER ET AL. (2013):

1) Hämatome

Einblutungen in die Unterhautschichten als Folge von Gefäßzerreißen. Im Heilungsprozess kommt es zu unterschiedlichen Verfärbungen:

Tab. 9 Farbänderung von Hämatomen (GRASSBERGER ET AL. 2013)

Alter	Farbe des Hämatoms
Frisch	Blau-violett
1-3 Tage	Dunkelblau-schwärzlich
1 Woche	Grün bis grün-gelblich
8-10 Tage	Gelb bis gelb-bräunlich
2 Wochen	Blass-gelblich bis normale Hautfarbe

Hierbei muss jedoch die große interindividuelle Schwankungsbreite der Farbänderungen beachtet werden und dass auch ein Ausbreiten und Absinken der Blutunterlaufungen erfolgen kann. Gemäß MADEA (2003) sollte eine Reevaluation der traumatisierten Region nach 1-2 Tagen erfolgen. Dies ist nach vorliegender Analyse in keinem Fall bei einer körperlichen Untersuchung in der Opferschutzambulanz bisweilen erfolgt.

2) Einblutungen

Zumeist geformte Hauteinblutungen durch Gefäßzerreißen, wobei die Blutung unmittelbar neben dem Ort der Gewalteinwirkung auftritt und ggf. die Form des einwirkenden Gegenstandes erkennen lässt (z.B. Gürtelschnalle, Stockhiebe, Textilabdruck, Reifenprofil, Schuhsohlen, auch Bissringe und Fingerkuppen). Eine spezielle Form der Hautunterblutungen sind die Stauungsblutungen bei Strangulation und anderen Erstickungsformen.

3) Schürfung

Oberflächliche Verletzung der Haut mit Rötung und Abschieben der obersten Hautschichten durch tangential schürfende, stumpfe Gewalteinwirkung. Der Hautabrieb verläuft in die gleiche Richtung wie die einwirkende Gewalt. Diese Art der Verletzung heilt meist innerhalb weniger Tage ohne Narbenbildung. Als Sonderform gelten die meist streifigen Fingernagelkratzspuren.

4) Quetsch-Riss-Wunde („Platzwunde“)

Tiefergreifende Verletzung (Wunde) mit Eröffnung der Haut in der Folge einer Quetschung des Gewebes mit Überdehnung und nachfolgendem Einreißen des Gewebes (v.a. an Hautpartien, die einem Knochen direkt anliegen). Spezifisch sind Gewebebrücken im Wundgrund, die ein wichtiges Differenzierungsmerkmal zu Verletzungen nach scharfer Gewalteinwirkung darstellen sowie die unregelmäßigen Wundränder.

WIRTH & STRAUCH (2006) geben des Weiteren die **Ablederung** (Decollement) an: Bei einer massiven direkten oder tangentialen Gewalteinwirkung kann es zur Ablösung eines Hautareals vom zerstörten Unterhautfettgewebe oder der Haut einschließlich des Unterhautfettgewebes von der Muskulatur kommen. Bei einer **Luxation** verschieben sich gelenkbildende Knochenteile gegeneinander, als sichere **Frakturzeichen** dagegen gelten: Fehlstellung, abnorme Beweglichkeit, Knochenreiben oder sichtbare Knochenbruchstücke.

Eine spezielle Form stumpfer Gewalt, die häufig angewendet und in vorliegenden Ergebnissen oftmals genannt wird, sind Faustschläge. Deren Folge können Hämatome, Quetschungen, Frakturen oder innere Verletzungen sein. Ein Monokelhämatom entsteht i.d.R. nach einem Schlag auf das Auge, in der Mundregion treten geschwol-

lene Lippen, Einrisse des Lippenrots und Verletzungen durch Zungenbisse auf. Ein Faustschlag gegen den frei beweglichen Kopf bewirkt ein Rotationstrauma. Der Täter weist zumeist Hämatome und Abschürfungen an Handrücken und Fingerknöchel auf. Ohrfeigen dagegen können Hautrötungen und Unterblutungen im Gesicht und an den Ohren verursachen. Außerdem kann ein Barotrauma mit Trommelfellruptur, wie es in einem Fall auftrat oder ein Othämatom resultieren. Zur Unterscheidung von Sturz und Schlag wird oft die in Tab. 7 genannte „Hutkrempe-Regel“ herangezogen. Beim Sturz zu ebener Erde entstehen die Verletzungen unter- und innerhalb einer gedachten Ebene, die von der Hutkrempe markiert wird. Beim Schlag von oben finden sich die Verletzungen oberhalb der „Hutkrempe“ (WIRTH & STRAUCH 2006). Des Weiteren gilt, dass sich beim Sturz eine Unterminierung (Wundtasche) am oberen Wundrand befindet, während beim Schlag der untere Wundrand meist abgeschoben ist (WIRTH & STRAUCH 2006). Ebenso sprechen sog. Parierverletzungen dafür, dass es sich bei dieser Verletzung um eine Schlagfolge handelt. Diese können aktiv (Parieren, Abwehrgreifverletzung) oder passiv (durch schützendes Vorhalten der Hände) erfolge (s. Abb. 55) (GRASSBERGER ET AL. 2013). MADEA (2003, S. 286) deklariert: „Die Anwesenheit von Abwehr-/Deckungsverletzungen ist ein wichtiges Zeichen dafür, dass eine Person angegriffen wurde. Aus rechtsmedizinischer Sicht sind derartige Verletzungen auch ein Indiz dafür, dass der Betroffene zumindest initial bei Bewusstsein und handlungsfähig war. Am häufigsten findet man Deckungs- und Abwehrverletzungen an Opfern von Messerangriffen.“

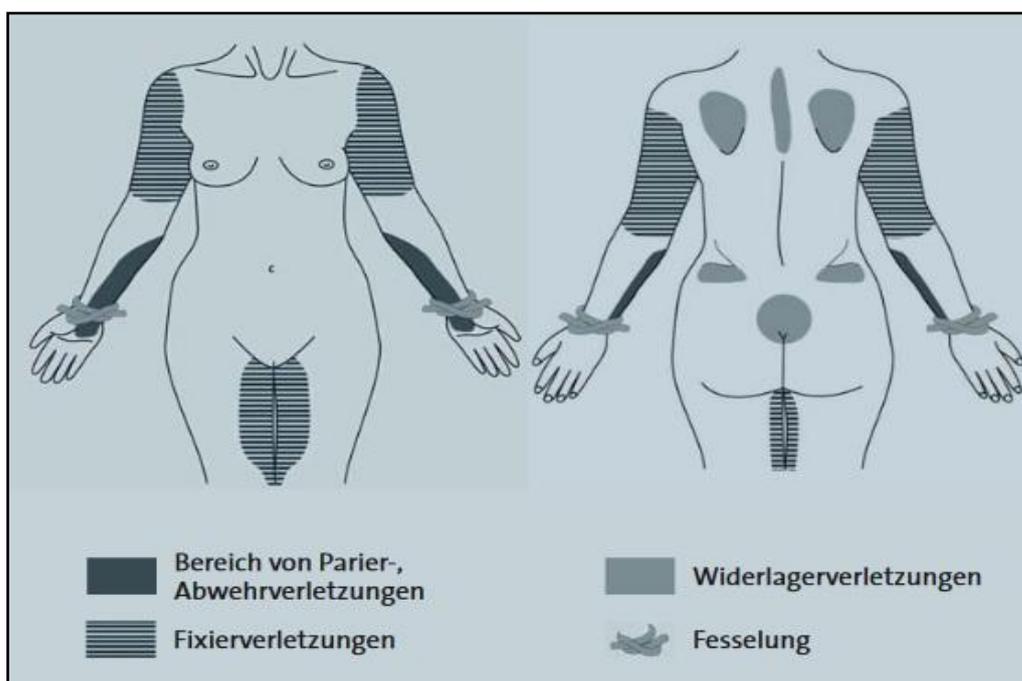


Abb. 55 Abwehrverletzungen (HEINEMANN 2006)

Verletzungsart und scharfe Gewalt

Messerangriffe selbst zählen zu einer weiteren Gewalteinwirkung, der scharfen Gewalt (bei drei vorliegenden Fällen in Kombination mit stumpfer Gewalt). Diese verursacht geradlinige und glattrandige, tiefergreifende Hautdurchtrennungen mit glatten, nicht geschürften Wundrändern und vollständiger Durchtrennung aller Gewebestrukturen in der Wundtiefe. Unterschieden werden Stich- und Schnittwunden. Letztere werden durch ein scharfes ziehendes Werkzeug verursacht. Die Wundlänge an der Haut ist hierbei größer als die Wundtiefe. Stichwunden entstehen durch senkrechtetes Eindringen schmaler spitzer Gegenstände, die Hauteröffnung ist dabei von geringerer Länge als der Stichkanal lang ist (GRASSBERGER ET AL. 2013).

Verletzungsart und Gewalt gegen den Hals

Bei Gewalt gegen den Hals kommt es zu einer Minderdurchblutung des Gehirns infolge der Atembehinderung. Strangulation ist hier der Überbegriff für alle Formen der Halskompression (Würgen, Drosseln, Hängen). Würgen erfolgt durch den Druck der Hände, Drosseln mithilfe eines Werkzeugs (in vorliegenden Schilderungen oftmals ein Büstenhalter oder eigene Hemden). Hierbei kann es zu Stauungsblutungen (Augenbindehäute, Lidhäute, Mundschleimhaut, Hautpartie hinter Ohren), Blutungen aus Mund, Nase, Gehörgang und/oder einer Zyanose kommen. Zu achten ist auf Kratzspuren, Abschürfungen, Hautunterblutungen, Drosselmarken, Heiserkeit und Schluckbeschwerden. Zu erfragen sind Bewusstlosigkeit, Einnässen oder Einkoten (GRASSBERGER ET AL. 2013).

Verletzungsart und thermische Gewalt

Thermische Gewalt tritt hinsichtlich häuslicher oder sexueller Gewalt meist durch Zigarettenglut auf. Zu achten ist immer auf den Grad der Verbrennung:

Tab. 10 Verbrennungsgrade (DERMATOLOGIE 2016)

Grad	Tiefe	Symptomatik
I	Verletzung der Epidermis	Rötung und Schwellung
IIa	Epidermis + oberes Korium	+ Blasenbildung
IIb	Epidermis + tieferes Korium	Nekrosen, weiß-derb, Schmerz
III	Nekrose aller Schichten	Lederartig, Schorf, kein Schmerz

Verletzungsart und sexuelle Gewalt

Die sexuellen Übergriffe wurden in vorliegender Analyse häufig mit Ausfluss, Schleimhautdefekten, Rötung, Schwellung, Einblutung und/oder Fissuren beschrieben. In zwei Drittel der Fälle mit sexueller Komponente konnten im Genitalbereich jedoch keine Befunde erhoben werden, jedoch zumeist wenigstens in einer oder zwei weiteren Körperregionen. Sieben Mal fand keine Untersuchung des Genitalbereichs statt, was auf die große zeitliche Latenz zum Übergriff zurückgeführt werden konnte. Verlet-

zungen der Genitalregion sind am besten auf einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl in Steinschnittlage zu erkennen. Es folgt die Inspektion der großen Labien, der Hautfalte zwischen großen und kleinen Labien, der kleinen Labien, der Klitoris, der äußeren Harnröhrenöffnung, des Hymens, der hinteren Kommissur (häufigste Lokalisation für Verletzungen), der Fossa navicularis und der Dammregion. Falls eine Spekulumuntersuchung durchgeführt wird (was jedoch in der hiesigen Ambulanz nicht durchgeführt wird, sondern einen gynäkologischen Fachbereich erfordert), dürfen keine Gleitmittel verwendet werden, um mögliche (biologische) Spuren und eine Abstrichentnahme nicht zu verfälschen (GRASSBERGER ET AL. 2013, MADEA & DETTMAYER 2007). Die Analuntersuchung wird in der Seitenlage mit angezogenen Knien durchgeführt. Nach dem Spreizen des Gesäßes sind eine genaue Inspektion und die Entnahme von Abstrichen möglich (MADEA 2003). Verletzungen der Analregion in Form von Einblutungen und radiären Fissuren treten häufig bei fünf bis sieben Uhr SSL (Scheitel-Steiß-Lage) auf (MADEA & DETTMAYER 2007). Bei männlichen Geschädigten wird zusätzlich das Skrotum untersucht. Hier wird auch auf Intaktheit, Schwellungen, Einblutungen und Bissverletzungen geachtet, beim Penis auf Rötungen bzw. Schürfungen der Vorhaut, entzündliche Veränderungen, Unterblutungen, Bissverletzungen und Narben (GRASSBERGER ET AL. 2013). Hinsichtlich der genitalen Verletzungen ist immer zu bedenken, dass selbst bei zweifelsfreien Vergewaltigungen genitale Verletzungen zu 50% nicht nachweisbar sind. (MADEA & DETTMAYER 2007). Extragenitale Verletzungen treten hierbei häufiger auf (WIRTH & STRAUCH 2006). Dies wurde auch durch oben genannte Ergebnisse gezeigt, in denen nur wenige genitale Verletzungen befundet werden konnten. Verletzungen nach Sexualdelikten im Genitalbereich können sein:

- Deflorationsverletzungen des Hymenalrings (Einrisse, Blutunterlaufungen).
- Kratzwunden, Schürfwunden der Vulva.
- Überdehnungsrisse zwischen kleinen und großen Labien.
- Überdehnungsrisse in Dammbereich und After.
- Schleimhautrötungen.

Als Lokalisationen der Begleit- und Abwehrverletzungen gelten:

- Hals (Würge-/Drosselmale).
- Oberschenkelinnenseite (Hämatome nach Auseinanderdrücken).
- Gesäß, Hüfte (Kratzer durch gewaltsames Entkleiden).
- Oberarm, Handgelenke (Haltegriffe, Fesselspuren).
- Unterarm-Ellenkante (Parierverletzung).
- Fingernägel.
- Rücken (Widerlagerverletzungen) (PENNING 2006).

Als extragenitale Verletzungen gelten zusätzlich Bissmarken, Knutschflecken und Verletzungen der Mundschleimhaut durch gewaltsames Zuhalten (GRASSBERGER ET AL. 2013). Im Bereich der Analregion sind Schleimhauteinrisse und Hämatome typisch, jedoch ist der Schließmuskel sehr dehnbar, so dass auch eine vollständige Penetration keine Verletzungen hinterlassen muss (GRASSBERGER ET AL. 2013).

Spurensicherung

Wichtige Informationen bezüglich der Spurensicherung betreffen den Penetrationsgegenstand und -ort. Dies waren in den vorliegenden Fällen vor allem der Penis und die Scheide. Bei einem sexuellen Übergriff wurde fast nie ein Kondom verwendet, den Ejakulationsort stellte neben dem „unbekannten“ Ort am häufigsten die Scheide dar. Gleitmittel wurde fast nie verwendet. Nur etwa 17% der Opfer führten kein Nachtatverhalten durch, diese meldeten sich überwiegend bis 24 Stunden nach einem Übergriff. Eine Sicherung biologischer Spuren wurde bei einem Drittel aus dem Bereich der Scheide vorgenommen, die Fälle ohne Spurensicherung wurden in einem Zeitraum ab drei Tagen bis sechs Monate nach dem Vorfall untersucht. Eine Sicherstellung von Haaren wurde nur in wenigen Fällen durchgeführt, manchmal wurde auch eine Hautpartie abgerieben. Zumeist wurden zusätzlich Blut und Urin abgenommen. Vier Personen asservierten Gegenstände zu Hause.

Folgende Kategorien an Spuren im Allgemeinen sind hier zu erwähnen:

1) Materialspuren

- Körpersekrete: Blut, Sperma, Scheidensekret, Speichel, Schweiß, Urin, Kot etc..
- Mikrobiologische Spuren: Krankheitserreger.
- Toxikologische Spuren: Alkohol, Drogen, Medikamente.
- Haare, Fingernagelschmutz, Faserspuren, Spuren des Tatorts (z.B. Waldboden).

2) Formspuren

- Geformte Verletzungen: Bissspuren, Hämatome in Form des Werkzeugs, Abdrücke.
- Blutspurenmuster.

3) Situationsspuren

- z.B. Lage von Gegenständen am Tatort.

4) Gegenstandsspuren

- Sind mit der Tat in Zusammenhang stehende Gegenstände. Dort können sich Form- oder Materialspuren befinden (GRASSBERGER ET AL. 2013).

Für eine individuelle Zuordnung des Materials muss immer eine DNA-Analyse erfolgen. Folgende biologische Spuren sind laut WIRTH & STRAUCH (2006) in Folge einer körperlichen Untersuchung unter der Wahrung von Schutzmaßnahmen (Handschuhe) zu sichern:

1) Blut

Durch das Labor können ein Blutnachweis, eine Bestimmung der Blutart und -herkunft und der Nachweis erblicher Gruppen- und Individualmerkmale erfolgen. Ebenso können toxikologisch-chemische Analysen durchgeführt werden. Bis zu 15 Stunden nach einer Tat sollte eine Alkohol-Blutprobe abgenommen werden, auch um eine später behauptete Alkoholisierung des Opfers zu widerlegen.

2) Urin

Bei Verdacht auf einen unfreiwilligen Konsum von sogenannten K.O.-Mitteln (Mixturen aus Benzodiazepinen, Chloralhydrat, Muskelrelaxanzien und Barbituraten oder Liquid Ecstasy) können diese im Urin bis zu 12 Stunden nachgewiesen werden. Hierfür werden die Proben eingefroren gelagert (FRAUEN HELFEN FRAUEN E.V. 2013). Die Nachweisbarkeitsdauer im Blut beträgt bei GHB fünf bis acht Stunden (ANDRESEN ET AL. 2008).

3) Speichel

Kann in Vorprobe durch eine Amylasereaktion nachgewiesen werden.

4) Sperma

Als Vorprobe dient der Nachweis der sauren Phosphatase oder PSA (prostata-spezifisches Antigen). Zum Nachweis selbst dient eine mikroskopische Untersuchung des angefärbten Spurenmaterials (beweisend ist das Vorhandensein von Samen-fäden). Vaginal sind Spermien bis zu 48 h, anal bis zu 24 h und oral bis zu 12 h nachweisbar, weshalb ein möglichst geringes Zeitintervall vom letzten Tattag bis zur Untersuchung für einen Nachweis entscheidend ist.

5) Kondomrückstände

Hier können Keulenbärlappsporen bis 48 h und Stärkekörner bis 72 h nachgewiesen werden, in der Mikroskopie können sog. Malteserkreuze erkannt werden.

6) Haare

Gelten als Langzeitspeicher für Drogen, Medikamente und einige Gifte.

7) Fingernägel

Sollten bei Gegenwehr des Opfers geschnitten und asserviert werden.

Nach GRASSBERGER ET AL. (2013) müssen folgende Regeln bei der Spurensicherung beachtet werden:

- Jede Spur eindeutig dokumentieren und kennzeichnen.
- Sichtbare lose Anhaftungen getrennt sichern.
- Feuchte Spuren lufttrocknen bzw. in Kartonboxen aufbewahren.
- Trockene Spuren in Papiersäcke bei Raumtemperatur, Flüssigkeiten gefroren lagern.
- Trockene Körperstellen mit feuchtem, feuchte Stellen mit trockenem Tupfer abreiben.
- Vergleichsproben vom Tatverdächtigen sichern.

Bei weiblichen Geschädigten eines sexuellen Deliktes sollten drei bis vier langstielige Tupfer verwendet werden, die mit (angewärmtem) Wasser in das hintere Scheidengewölbe und in die Zervix eingeführt sowie weitere betroffenen Regionen abgerieben werden. Nach dem Abrieb können die Tupfer auf Objektträger ausgestrichen werden. Abriebe aus Mundhöhle und After erfolgen nach ähnlichem Vorgehen. Bei Männern ist zusätzlich ein Abstrich von der Kranzfurche, vom Schaft des Gliedes und vom Hodensack mit befeuchteten Wattestieltupfern zu fertigen (GRASSBERGER ET AL. 2013, MADEA 2003). MADEA & DETTMAYER (2007) geben folgend einen Überblick:

Tab. 11 Spurensicherung nach Sexualdelikten (MADEA & DETTMAYER 2007)

Material	Untersuchung auf	Asservierung
Kleidung	Zerreißen, Blut/Sperma	Papiertüten, trocken
Urin + Blut	Alkohol, Drogen, Medikamente	Verschlossen, kühl
Speichel	Sperma	Keine Zusätze
Abstriche: Haut, Vagina	Speichel, Blut, Sperma, Gleitmittel	Wattetupfer
Abstriche: Penis, After	Speichel, Blut, Sperma, Gleitmittel	Wattetupfer
Verklebte Haare	Sperma	Plastiktüte
Lose Schamhaare	Fremdhaare	Plastiktüte
Fingernägel	Fremdmaterial	Plastiktüte

Einschätzung

Die abschließende Einschätzung der Befunde in Verbindung mit der Vorfallschilderung wurde in den 138 erfolgten Untersuchungen überwiegend als *sehr wahrscheinlich* oder *wahrscheinlich* angegeben. Dies betraf vor allem körperliche Übergriffe im Zeitraum von bis zu drei Tagen. WIRTH & STRAUCH (2006) geben in diesem Sinne an, dass es zu den Aufgaben des Rechtsmediziners gehört, selbstbeigebrachte Verletzungen zu erkennen. Deshalb findet im Anschluss an die Untersuchung und Anamneseerhebung eine Wahrscheinlichkeits-Einschätzung durch den/die Untersucher/in statt, in der die Korrelation der jeweiligen Befunde mit dem angegebenen Ereignismechanismus überprüft wird (GRASSBERGER ET AL. 2013). Laut PENNING (2006) sind rund 10% aller angezeigten Vergewaltigungen vorgetäuscht. Motive für das Vortäuschen einer Sexualtat sind nach GRASSBERGER ET AL. (2013):

- Erregung von Mitleid und Aufmerksamkeit.
- Jugendliches Imponier- und Geltungsbedürfnis.
- Verdeckung eines Seitensprungs oder einer sexuellen Beziehung.
- Ablenkung von eigenem Fehlverhalten.
- Rache am Partner aufgrund verschmähter Liebe.
- Pubertäts- oder Lebenskrisen.
- Alkoholisierung und spätere „Ernüchterung“ über das Geschehnis.
- Finanzielle Interessen.

Letztere wurden in den vorliegenden Ergebnissen oft als Grund für eine eher unwahrscheinliche Einschätzung angegeben. Mögliche erste Hinweise auf das Vortäuschen einer Straftat ergeben sich aus der Vorfallschilderung: „Der Ablauf wird übermäßig dramatisch geschildert und folgt einer Art Drehbuch, ähnlich einem Kriminalfilm; immer wieder werden Klischees verwendet“ (WYLER ET AL. 2005, S. 257). Zudem wird die genaue Schilderung intimer Details häufig vermieden (ELSNER & STEFFEN 2005). Hinsichtlich der zugefügten Verletzungen geben WYLER ET AL. (2005) an, dass selbst beigebrachte Verletzungen oft geometrisch angeordnet seien und dem Verletzungsbild etwas Rituelles verleihen. Die betroffenen Stellen sind immer gut erreichbar und schmerzhaft oder ästhetisch sensible Regionen wie z.B. Augen, Mund oder Brustwarzen bleiben verschont. Zudem seien die Verletzungen oft nicht schwerwiegend. Dies trat bei den analysierten 138 körperlichen Untersuchungen nicht auf, was womöglich den geringen Fallzahlen zugeschrieben werden kann.

Procedere

Überweisung

Im abschließenden Beratungsgespräch bzw. Telefonat wurde bei einigen sexuellen Vorfällen in eine weitere (gynäkologische) medizinische Einrichtung überwiesen zur Postexpositionsprophylaxe und einem Screening auf sexuell übertragbare Krankheiten nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Nach den Empfehlungen der WHO umfasst dieses *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* und *Trichomonas vaginalis* mittels Kultur und PCR sowie serologisch Syphilis, HIV und Hepatitis B (KLOPFSTEIN ET AL. 2008). Des Weiteren muss der Ausschluss einer bestehenden Schwangerschaft durch die Untersuchung des bHCG im Serum durchgeführt und gegebenenfalls eine Notfallkontrazeption bis 96h nach dem Delikt verordnet werden (GRASSBERGER ET AL. 2013, TSCHUDIN 2005). Geschädigte eines körperlichen Delikts wurden oft zu einer Röntgendiagnostik in eine chirurgische Ambulanz weiterverwiesen.

Vorherige Hospitalisierung

Etwa 9% aller Geschädigten gaben bereits einen vorherigen Krankenhausaufenthalt an. Die zuvor stattgefundenene Hospitalisierung und der oftmals medizinische Auftraggeber bzw. Anrufer aus einer medizinischen Einrichtung (dieser entsprach in etwa der Anzahl der privaten Anrufer) unterstreichen bereits die genannte Aussage, dass sich Opfer von Gewalt zumeist an das Gesundheitswesen wenden. GRAß (2012, S. 798) deklariert: „Ärztinnen und Ärzte haben ein besonderes Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten und stellen ein niederschwelliges Angebot dar, das sie als Schnittstelle im Versorgungsnetz gewaltbetroffener Frauen [und Männer] unabdingbar macht.“ GRASSBERGER ET AL. (2013) schätzen ein, dass etwa 13% aller weiblichen

Patientinnen in einer deutschen Notaufnahme von häuslicher Gewalt betroffen sind. Jedoch würden Opfer häuslicher Gewalt häufig nicht offen über ihre Gewalterfahrungen sprechen, sich aber ein derartiges Gespräch wünschen. RITZ-TIMME & GRAß (2009, S. 282) meinen dazu: „Unterbleibt die Ansprache, wird die Chance der Patientin frühzeitig einen Weg zu Hilfe und Unterstützung zu eröffnen, um sich vor weiterer Gewalt schützen zu können, nicht genutzt. Langfristig können sich chronische gesundheitliche Störungen entwickeln. Dabei geht es häufig nicht nur um Gesundheit und Unversehrtheit der Patientin selbst, sondern auch um das Schicksal der mit im häuslichen Umfeld lebenden Kinder, die durch das Miterleben von Gewalt ebenfalls psychisch und gesundheitlich schwer belastet sind.“ Jedoch werden von vielen Ärzten über Jahre hinweg nur die (chronischen) Symptome und Verletzungen behandelt, ohne dass die Frauen direkte Unterstützung erhalten bzw. eine gezielte Gewaltanamnese erhoben wird (HEILIGER 2000). Die in HAGEMANN & BOHNE (2003) genannten Gründe hierfür sind vielschichtig:

- Mangelnde Aus- und Weiterbildung.
- Unsicherheit in Diagnostik und Management.
- Ärztliches Handeln („vorbehaltlos glauben“) vs. forensisches Denken („hinterfragen“).
- Unzureichende Information über regionale Hilfsnetzwerke.
- Fehlende Kenntnis der rechtlichen Belange.
- Angst, zu Unrecht zu verdächtigen.
- Gefühlte persönliche Überforderung mit dem Thema Gewalt.
- Ungünstige Rahmenbedingungen, z.B. Zeitnot (Opening Pandora´s Box (RKI 2008)).

Die „Barrieren“ sollen mittels Sensibilisierung der Ärzteschaft und Fortbildungen zur Dokumentation sowie Ansprache der Betroffenen abgebaut werden (BRZANK 2012, GRAß 2012). So wurden auch das bereits erwähnte S.I.G.N.A.L.-Projekt und das Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG)“ organisiert. Letzteres war mit ursächlich für die Etablierung der Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München. In weiteren Projekten entwickelte praktische Tipps zum Erkennen von Gewaltopfern umfassen einerseits ein Routinescreening mit drei Fragen (Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig verletzt worden?, Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Beziehung sicher?, Bedroht ein Ex-Partner von Ihnen aktuell Ihre Sicherheit?) (HEINEMANN 2006), andererseits sind sogenannte „red flags“ formuliert worden, die als Warnzeichen für häusliche Gewalt gelten:

Tab. 12 Red Flags - Beispiele (HAGEMANN & BOHNE 2003)

- 1) Chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursache haben.
- 2) Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen.
- 3) Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichem Heilungsstadium.
- 4) Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite weicht.
- 5) Physische Verletzungen während der Schwangerschaft.
- 6) Später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge.
- 7) Häufige Fehlgeburten.
- 8) Häufige Suizidversuche und -gedanken.
- 9) Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung.
- 10) Chronisch reizbare Darmstörungen, chronische Beckenschmerzen.

Weiterhin sollten am besten Notfallkarten mit wichtigen Adressen, kurze Informationsbroschüren oder Merkblätter in den Wartezimmern niedergelassener Praxen, in Krankenhäusern, in Geburtshäusern, in zentralen Anlaufstellen im Stadtteil ausgelegt werden (RKI 2008). Dies wird auch durch die erwähnten Flyeraktionen der Mitarbeiter der Opferschutzambulanz (Versenden von Flyern an niedergelassene Ärzte im Freistaat) angeregt, ebenso durch das Informationsmaterial, das den Geschädigten nach erfolgter körperlicher Untersuchung mitgegeben oder nach einem Telefongespräch zugesendet wird.

Privater Untersuchungsauftrag, Gutachten und Aktenzeichen

Drei Betroffene gaben eine Untersuchung der biologischen Spuren privat in Auftrag. Die zehn erstellten gerichtsverwertbaren Gutachten behandelten überwiegend körperliche Delikte durch einen Fremdtäter. Im Falle eines sexuellen Übergriffs geschah dies oftmals durch den aktuellen Partner. Ein Aktenzeichen wurde in 36 Fällen erreicht, ebenfalls vermehrt bei einem körperlichen Delikt durch einen Partner oder Fremdtäter. Während des Beratungsgesprächs wurde deutlich, dass nur wenige Geschädigte bereits im Vorfeld die Polizei zu einem Übergriff hinzugezogen hatten, wenige besprachen dieses noch mit der Untersucherin. Hinsichtlich der aufgeführten niedrigen Anzeigebereitschaft (gegen einen aktuellen Partner) und der oft großen zeitlichen Latenz zwischen dem letzten Vorfall und der körperlichen Untersuchung zeigt SEITH (2003) auf, dass gewaltbetroffene Frauen die Dienstleistungen staatlicher Institutionen häufig als nicht sehr hilfreich angaben. Die genannten Kritikpunkte umfassen die Zuweisung von Schuld und Verantwortung, Zurückweisung, Psychologisierung der Problematik, Untätigkeit gegenüber gewalttätigen Partnern, mangelnde Regelung und Widersprüchlichkeit des Vorgehens sowie ungenügende Zusammenarbeit der Institutionen. RKI (2008) nennt zudem Angst und Scham sowie die erhebliche Schwächung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens. Auch die im Juni 2015

veröffentlichte Studie der Kriminologischen Forschungsgruppe der Bayerischen Polizei weist darauf hin, dass Opfer, die in einer aktuellen Partnerschaft leben, wesentlich häufiger keinen Strafantrag stellen bzw. diesen zurücknehmen würden als bei Tatverdächtigen, zu denen keine Vorbeziehung besteht. Insgesamt sei jedoch eine Zunahme zeitnaher Anzeigen zu verzeichnen (POLIZEI BAYERN 2015). Zusätzlich besteht das Problem, dass das Gerichtsverfahren von den seelisch verletzten Opfern als belastend erlebt wird, wenn skrupellose Anwälte oder verständnislose Richter den Opfern dort zusetzen. So kann es sogar zu Retraumatisierungen kommen (von PRONDZINSKI 2006). Zudem schätzen GRASSBERGER ET AL. (2013), dass etwa zwei Drittel der angezeigten Fälle eingestellt werden und dies am häufigsten mit der mangelnden Nachweisbarkeit des Tatvorwurfs begründet wird. Diejenigen Geschädigten, die eine Anzeige erstatteten, die nicht gegen einen Fremdtäter gerichtet war und denen dadurch ein Aktenzeichen zugewiesen wurde, erlitten laut den hier vorliegenden Ergebnissen zumeist einen sexuellen Übergriff in der Partnerschaft. Es scheint, als würden körperliche Delikte leichter ertragen, sexuelle jedoch einen so schwerwiegenden Eingriff darstellen, dass dieser den Betroffenen endlich den Mut zur Lösung aus der Gewaltbeziehung gibt. Nur wenige zogen zu einem häuslichen Übergriff in der eigenen Wohnung die Polizei hinzu, auch wenn es durch das Gewaltschutzgesetz mittlerweile möglich ist, dass das Opfer nach erlittener Gewalt in der Partnerbeziehung in der gemeinsamen Wohnung verbleiben kann und der Täter aus dieser verwiesen wird. Viele Betroffene wissen nicht von dieser Möglichkeit oder aber wollen nicht davon Gebrauch machen, da die Bedrohung durch den (Ex-) Partner nicht zwangsläufig durch eine Wohnungszuweisung gestoppt wird (BRZANK 2012). Mit dem Einbeziehen einer rechtlichen Institution ist es jedoch „der einzige Weg, sich zumindest nachträglich zur Wehr zu setzen und ein Stück Gerechtigkeit einzufordern“ (BRÜCKNER 2002, S. 18).

5 Ausblick

Dokumentationsbögen

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurden, wie bereits im Kapitel Material und Methoden erwähnt, neben der einheitlichen Aufbereitung, retrospektiven Analyse und statistischen Auswertung der Bereiche Opfergruppen, Täterprofil, Vorfallsumstände, Untersuchungsergebnisse bzw. Beratung und Procedere der Opferschutzambulanz für Erwachsene am Institut für Rechtsmedizin der Universität München in den Jahren 2010 bis einschließlich 2013, die bestehenden Dokumentationsbögen einer körperlichen Untersuchung und die Protokolle einer Telefonberatung hinsichtlich in der Praxis aufgetretener Missverständnisse bei Begrifflichkeiten, Layout und fehlender (für eine vollständige Dokumentation jedoch relevanter) Informationen überarbeitet sowie einheitlich gestaltet. Insbesondere durch die Standardisierung und das vergrößerte Informationsvolumen in den Dokumentationsbögen und Protokollen werden unvollständige Dokumentationen eine geringere Bedeutung in Bezug auf zukünftige Auswertungen erlangen. Wie Anlage 3, S. 135 zeigt, wurden das ursprüngliche Format und die Gliederung des Dokumentationsbogens einer körperlichen Untersuchung beibehalten. Im Abschnitt zur Angabe der relevanten Personalien wurden der Geburtsort und die Verständigung ergänzt, um einerseits eine Erfassung eines Migrationshintergrunds zu ermöglichen, andererseits um abzuklären, ob die sprachliche Barriere evtl. eine Vorfallschilderung erschwerte oder wichtige Angaben deswegen nicht erfolgen konnten. Darüber hinaus wurden *Zweitkontakt* und die Informationsquelle zur Ambulanz ergänzt, wodurch im weiteren Verlauf Rückschlüsse auf Aktionsmaßnahmen zur Verbreitung des Angebots in der Öffentlichkeit gezogen werden können, wie es schon in den Protokollen der Telefonberatungen erfasst wurde. Hinsichtlich der Vorfallsumstände werden nun wichtige zu erfragende Informationen in Form von multiple choice-Antworten vorgegeben, wobei Platz für eine freie Vorfallschilderung durch die betroffene Person jedoch zusätzlich bestehen bleibt. Die Vorgaben umfassen nun die Vorfallsuhrzeit, die Vorfalshäufigkeit (bei *mehrmalig* kann zusätzlich der genaue Zeitrahmen angegeben werden), die Nationalität sowie die Anzahl des/der Täter/s (v.a. wurde ein Migrationshintergrund des Täters bis jetzt nur unzureichend erfasst, jedoch ist dies für weitere Auswertungen relevant). Zudem soll auf einige Besonderheiten im Rahmen des Vorfalls geachtet werden: ob und wie viel Alkohol, Drogen oder Medikamente zum Tatzeitpunkt eingenommen wurden und von wem, ob Kinder direkt anwesend waren, um evtl. Schutzmaßnahmen einleiten zu können oder ob eine aktuelle Schwangerschaft bestand. Abschließend soll ein erster Verdacht bezüglich der Übergriffsart geäußert werden (*körperlich/sexuell/körperlich + sexuell/unbekannt*). An die freie Vorfallschilderung ist die Kategorie *Aktuelle*

Beschwerden angefügt, was bereits von einigen Mitarbeitern schon dokumentiert wurde, jedoch das Layout hierfür nicht ausreichend war. Im Bereich der allgemeinen Anamnese wurden die Körpergröße und das Gewicht einzeln aufgelistet, die vorher bestehenden zusätzlichen Angaben zu den körperlichen Befunden wurden entfernt, da abschließend ein eigenes Kapitel zur Befunddokumentation erfolgt. Im nächsten Abschnitt zur Thematik einer möglichen Vergewaltigung wurde zu *Kondom/Ejakulation/Gleitmittel* jeweils die Begrifflichkeit *unbekannt* ergänzt sowie der genaue Ejakulationsort, der für die anschließende Spurensicherung relevant ist. Zur Untersuchungstechnik wurde die Seitenlage mit angefügt, da diese bei einer Untersuchung des Analbereichs angewendet werden soll. Zum Verhalten des Patienten bei der Untersuchung wurden noch die Begriffe *emotional* und *Schmerzen* zugeordnet, da diese im vorher bestehenden Freitext häufig aufgeführt wurden. Zur Auflistung möglicher Genitalbefunde wurde *Penis/Hodensack* ergänzt, da bis dato die Genitalbefunde nur auf das weibliche Geschlecht angepasst waren. Bei der Analbefundung wurde neben *normal*, *Dilatation* und *Fissuren* *Sonstiges* vorgegeben. Die Angaben zur Spurensicherung im folgenden Kapitel *Procedere* wurden um *Abriebe Penis* und *Abriebe Gegenstand* erweitert, ebenso wurden *Asservierung Haare* und *Asservierung bei Person* ergänzt sowie *psychisch auffällig* (neben den schon bestehenden Vorgaben zum möglichen Einfluss zentral wirksamer Substanzen zum Untersuchungszeitpunkt). Auf diesen Abschnitt hin folgt die Zusammenfassung der Befunde, für die das Layout nun mehr Platz bietet mit anschließender Angabe der Einschätzung, die der Untersucher gleich vermerken kann. Zuletzt wurde der vorherige Abschnitt *Sonstiges* in *Procedere* umbenannt und einige Begrifflichkeiten in Anlehnung an das elektronische Protokollformat vorgegeben, z.B. *Überweisung an*, *U-Auftrag privat*, *Diskussion einer Anzeige mit dem Untersucher*, *Anzeige ist schon erfolgt* oder *Aushändigen von Informationsmaterial*.

In den Protokollen einer Telefonberatung (s. Anlage 4, S. 145) wurden zu den Angaben zum Anrufer die einheitlichen Begrifflichkeiten *medizinische Institution*, *soziale Institution* und *rechtliche Institution* ergänzt sowie zu den Begriffen zur betroffenen Person die *Art der Verständigung*. Diese soll wiederum Hinweis auf einen möglichen Migrationshintergrund sein. Neu ist der Abschnitt *Täter*. Hier sollen die Täter-Opfer-Beziehung, das Geschlecht und Alter (falls bekannt) erfragt werden. Die Auswertung dieser Informationen war bis jetzt aufgrund der unvollständigen Angaben schwer möglich. Ebenso sind neben der freien Vorfallschilderung die Kategorien *Vorfallsort*, *Vorfallszeit*, *Vorfallshäufigkeit (seit wann)* vorgegeben, damit dies zukünftig explizit hinterfragt werden kann. Im abschließenden Abschnitt *Beratung* wurden die Begrifflichkeiten *Procedere*, *Beurteilung*, *Informationsmaterial*, *Überweisung* und *Sonstiges*

in Anlehnung an das elektronische Protokollformat ergänzt sowie die Angaben bei einer Flyerbestellung direkt angefügt.

Informationsbogen

Des Weiteren wurde der Informationsbogen, der den Patienten nach der körperlichen Untersuchung mit anschließendem Beratungsgespräch mit auf den Weg gegeben wird, aktualisiert und überarbeitet. Im Abschnitt „Erinnerung für zu Hause“ werden nun explizit die Kategorien *Gynäkologen aufsuchen* und *andere medizinische Einrichtung aufsuchen* genannt, da dies für die weitere Therapie und Gesundheit der betroffenen Person ausschlaggebend ist, insbesondere die Postexpositionsprophylaxe und Antikonzeption nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Die angegebenen Hilfseinrichtungen wurden gegliedert in „Hilfseinrichtungen München“ (hier wurden die Telefonnummern aktualisiert, Internet-Adressen ergänzt sowie zwei weitere Frauenhäuser mit angegeben) sowie „Allgemeine Hilfseinrichtungen“. Diese umfassen das seit 2013 gegründete bundesweite Hilfetelefon, eine Übersicht über sämtliche Frauenhäuser in Bayern sowie Gleichstellungsämter, die in jedem Landkreis vertreten sind. Für Migrantinnen wurde eine Online-Plattform angegeben, die in verschiedenen Sprachen eingesehen werden kann (s. Anlage 5, S. 147).

Elektronisches Protokollformat

Da die zu Beginn der Dissertation bestehenden Excel-Tabellen mit Daten aus den Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und den Beratungsprotokollen in den meisten Teilen unvollständig und ungeordnet waren sowie weder einheitliche Begrifflichkeiten noch eine Kategorisierung enthielten, diente dies als Anstoß für die Idee von der Gestaltung eines praktisch relevanten (z.B. für die Erstellung eines Gutachtens oder zukünftige Auswertungen) elektronischen Protokollformats, welches sogleich für die Anfertigung der vorliegenden Dissertation genutzt und erprobt wurde. Es wurden alle Zellen mit Daten gefüllt, weitere notwendige Spalten für mehr Informationsvolumen ergänzt, ggf. Kategorien erstellt und einheitliche Begrifflichkeiten festgelegt (diese können aus einer vorgegebenen Datenliste ausgewählt und bei Bedarf jederzeit ergänzt werden). Des Weiteren wurde eine Einheit und gleiche Struktur innerhalb des elektronischen Formats und der Protokolle in Papierform sowie den Bereichen Untersuchung und Telefonberatung geschaffen, so dass in den folgenden Jahren ab 2013 die Übertragung der auf Papier vorhandenen Daten in das elektronische Protokoll zeitlich effizienter geschieht (für die Eingabe einer körperlichen Untersuchung werden nun gemäß eines Praxistests acht Minuten benötigt, vormals betrug die Zeit ohne die vorgegebenen Datenlisten in etwa 15 Minuten). Mit der elektronischen Form wird insgesamt ein übersichtlicherer und schnellerer Zugriff auf sämtliche Daten möglich. Ebenso können Daten nachträglich

problemlos ergänzt werden. Das elektronische Format der körperlichen Untersuchungen beinhaltet nun 110 Spalten, 63 davon wurden neu hinzugefügt und stellen somit auch mehr Informationsvolumen dar, was für folgende Auswertungen von Nutzen ist. Im Bereich der Telefonberatungen gibt es insgesamt 32 Spalten, 20 wurden hier ergänzt, da bis dato die Dokumentationen auf diesem Gebiet oft unvollständig waren. Das überarbeitete elektronische Protokollformat mit ergänzten Spalten und Kategorien samt eingetragendem Musterfall kann in Anlage 1, S. 114 und Anlage 2, S.130 eingesehen werden (Neuerungen sind in **rot** dargestellt).

Öffentlichkeitsarbeit

Durch die Analyse und Auswertung der Daten waren insbesondere der Anstieg der Inanspruchnahme einer Telefonberatung sowie einer körperlichen Untersuchung seit 2010 aufgefallen. Spitzenwerte wurden häufig in den Jahren erreicht, denen eine Maßnahme zur öffentlichen Verbreitung des Angebots vorausging. Ebenso wurden als Zugangswege neben der Information durch eine medizinische Einrichtung häufig auch Flyer, Zeitungsartikel oder ein Vortrag genannt. Grundsätzlich besteht ein ständig hoher Bedarf an Beratung und/oder Untersuchung mit Sicherung von Beweismaterial wie durch oben genannte Studien und die aktuelle Literatur aufgezeigt wird. Dies lässt insgesamt auf die Notwendigkeit und Effizienz weiterer Maßnahmen zur Verbreitung des Angebots der Ambulanz schließen. Beispielsweise könnten Flyer in Arbeitsämtern (da in diesem Bereich ein Teil der Patientengruppe auftritt) und Rathäusern ausgelegt, Plakate an weiteren öffentlichen Orten (z.B. Bahnhöfe, entsprechend der Werbung für das bundesweite Hilfetelefon in den S-Bahnen) und Schulen ausgehängt werden. Insbesondere der Bereich der Schule könnte vielseitig genutzt werden: Vorträge in Projektwochen oder im Rahmen des Ethik- und Religionsunterrichts. Es werden mit wenig Aufwand viele Personen erreicht, die der häufig betroffenen Patientengruppe hinsichtlich des Alters (ab 20 Jahren), beginnender Partnerbeziehungen und der Verlagerung der Aufenthaltsorte in die Öffentlichkeit entsprechen. Weiterhin sollte sowohl auf Vorträge auf öffentlichen Veranstaltungen (z.B. im Rahmen des Krimifestivals München) als auch für medizinisches Personal (z.B. dreitägige Schulung zur Kindeswohlgefährdung im Kloster Frauenwörth) Wert gelegt werden sowie auf den Bereich der universitären Lehre, wie das große Interesse der Studenten an der Thematik im Rahmen der Doktorarbeitstage in Großhadern am 24.5.2014 zeigte (s. Anlage 7, S. 151). Ferner könnte die Weiterentwicklung der Internetplattform Remed-online, die eine Beratung über Gewaltdelikte und Analyse von Fotoaufnahmen von Verletzungsmustern ermöglicht, das bisherige Angebot ergänzen und weitere Personengruppen ansprechen. Bisher ist Remed-online nur Pädiatern und Jugendämtern zugänglich.

6 Zusammenfassung

Hintergrund: Nach Abschluss des bundesweiten Projekts „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen (MIGG)“ wurde 2010 die Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München errichtet. Hier werden eine kostenlose körperliche Untersuchung und eine gerichtsverwertbare Dokumentation der durch Gewalttaten verursachten Verletzungen und Spuren angeboten sowie ein anschließendes Beratungsgespräch. Dies geschieht unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, der Art des Vorfalls und einer polizeilichen Anzeige. Ebenso besteht ein 24-stündiges Beratungsangebot per Telefon. Die Mitarbeiter der Ambulanz sind zudem auf vielen Kongressen oder Vortragsreihen im sog. „Netzwerk gegen Gewalt“ vertreten.

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, anhand eigenständig entwickelter Referenzkriterien darzustellen, inwieweit das niederschwellige Angebot der Ambulanz seit 2010 durch erwachsene Gewaltopfer genutzt wird sowie die Analyse mit der aktuellen Studien- und Literaturlage zu vergleichen und Rückschlüsse daraus zu ziehen. Zudem werden eine selbstständige Neugestaltung der Dokumentationsbögen und eines Informationsschreibens sowie die Ausarbeitung eines elektronischen Protokollformats präsentiert.

Methoden: Hierfür wurden die Untersuchungs- und Telefonberatungsprotokolle von 2010 bis einschließlich 2013 hinsichtlich Opfergruppen, Täterprofil, Vorfallsumstände, Untersuchungsergebnisse bzw. Beratung und Procedere einheitlich aufbereitet, retrospektiv analysiert und statistisch ausgewertet. Zusätzlich wurden die bestehenden Protokolle problembasiert überarbeitet, das Informationsmaterial, das den Patienten nach der Untersuchung mitgegeben wird, aktualisiert und ein elektronisches Protokollformat entwickelt.

Ergebnisse: 132 Frauen und sechs Männer wurden körperlich untersucht, zwei Drittel davon im Alter von 21 bis 40 Jahren. 22% der Opfer hatten einen Migrationshintergrund, Verständigungsprobleme gab es kaum. Die Täter waren überwiegend männlich und 21 bis 30 Jahre alt. Tatort war meist die eigene Wohnung des Opfers, die Tatzeit abends, der Täter der aktuelle Partner oder ein näherer Bekannter. In einem Drittel der Vorfälle waren es mehrmalige Übergriffe. Insgesamt kam es doppelt so häufig zu körperlicher Gewalt wie zu sexueller. In einigen Fällen war der gleichzeitige Konsum zentral wirksamer Substanzen, eine Schwangerschaft der Geschädigten oder das Beisein von Kindern zu erkennen. Eine Untersuchung dauerte im Schnitt 51 Minuten, sie fand oft bis zu drei Tage nach dem Vorfall statt. Der Auftraggeber war zumeist die privat geschädigte Person. Die Information über die Ambulanz stammte oft von einer medizinischen Einrichtung. Fast immer konnten Verletzungsspuren festgestellt und in

Wort, Bild und Fotografie dokumentiert werden. Betroffene Körperregionen waren häufig die Extremitäten. Bei sexuellen Übergriffen konnten nur wenige genitale Verletzungen befundet werden. Eine Spurensicherung wurde bei 78% der sexuellen Delikte trotz Reinigungsmaßnahmen und großer zeitlicher Latenz vorgenommen. Das Procedere bestand zumeist aus einer Überweisung in ein Krankenhaus, eine polizeiliche Anzeige erfolgte selten.

Die Auswertung der 199 Telefonberatungen zeigte ähnliche Zusammenhänge. In beinahe 86% der Fälle wurde zu einem körperlichen oder sexuellen Übergriff beraten. Die Geschädigten waren überwiegend weiblich und im Alter von 18 bis 30 Jahren. Bei einem Drittel war der aktuelle Partner der Täter, gefolgt von einem Familienangehörigen oder näheren Bekannten. Tatort war zumeist die eigene Wohnung oder ein sonstiges öffentliches Gebäude. Von einem mehrmaligen Übergriff berichteten nur wenige. Insgesamt waren etwas mehr sexuelle Delikte angegeben. Hier wurde in einigen Fällen der gleichzeitige Konsum zentral wirksamer Substanzen genannt. Ein Telefonat dauerte im Schnitt 11 Minuten und erfolgte oft bis zu drei Tage nach dem Vorfall. Der Anrufer war zumeist die betroffene oder eine Person ihres näheren Umfelds. Medizinisches Personal erkundigte sich häufig über den Umgang mit einem gewaltbetroffenen Patienten, über den genauen Untersuchungsablauf und/oder das Vorgehen bei der Sicherung biologischer Spuren. Als Informationsquelle der Anrufer diente häufig eine medizinische Einrichtung, der Flyer der Opferschutzambulanz oder ein besuchter Vortrag eines Ambulanzmitarbeiters. Zum Abschluss des Telefongesprächs wurde überwiegend das genaue Procedere nach einer erlittenen Gewalttat erklärt sowie ein Termin zur körperlichen Untersuchung in der Opferschutzambulanz vereinbart. Im Falle eines sexuellen Delikts folgte oft die Überweisung in eine weitere medizinische oder rechtliche Einrichtung.

Schlussfolgerungen: Trotz einiger unvollständiger Dokumentationsvorlagen und der geringen Fallzahlen entsprechen die analysierten Daten der Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München jenen der aktuellen Studienlage. Mit dem Anstieg der Inanspruchnahme einer körperlichen Untersuchung oder Telefonberatung seit 2010 wird die Notwendigkeit der Ambulanz bekräftigt und werden weitere Projekte zur öffentlichen Verbreitung des Angebots angeregt. Durch die Überarbeitung der Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und der Protokolle der Telefonberatungen kann zukünftig ein einheitliches und größeres Datenvolumen erfasst werden. Ebenso wird durch das neu gestaltete elektronische Protokollformat ein schnellerer und übersichtlicherer Zugriff auf sämtliche Daten zur Erstellung eines Gutachtens und für darauffolgende Auswertungen ermöglicht.

7 Literatur- und Abbildungsverzeichnis

AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE 2014

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Hrsg.): Gewalt gegen Frauen – Eine EU-weite Erhebung. Luxemburg: o.V. 2014.

ANDRESEN ET. AL 2008

Andresen, H.; Stimpfl, T.; Sprys, N.; Schnitgerhans, T.; Müller, A.: Liquid Ecstasy – ein relevantes Drogenproblem. Deutsches Ärzteblatt 105 (2008) 36 , S. 599-603.

BARTHOLOMÄUS 2010

Bartholomäus, E.: Bundesrat will Täterprogramme forcieren. Deutsches Ärzteblatt 107 (2010) 15, S. 684.

BFSFJ 2008 A

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gesundheit-Gewalt-Migration – Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin: DruckVogt GmbH 2008.

BFSFJ 2008 B

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Berlin: DruckVogt GmbH 2008.

BFSFJ 2012

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. 4. Auflage Meckenheim: DCM 2012.

BJFG 1983

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Untersuchung „Vergewaltigung als zentrales Problem“. In: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. o. Ort: Kohlhammer-Verlag 1983.

BLÄTTNER ET AL. 2008

Blättner, B.; Frerick, B.; Müller, I.: Ärzte sollten ganz genau hinsehen. Deutsches Ärzte-

blatt (2008) 1, S. 21-23.

BRANDAU & RONGE 1997

Brandau, H.; Ronge, K.: Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – alte Ziele, neue Wege. 2. Auflage Berlin: BIG 1997.

BRÜCKNER 2002

Brückner, M.: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen – Eine Einführung. 2. Auflage Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag 2002. ISBN: 978-3931297565.

BRZANK 2012

Brzank, P.: Wege aus der Partnergewalt. 1. Auflage Wiesbaden: Springer 2012. ISBN: 978-3-531-18755-6.

BÜHRING 2012

Bühning, P.: Teil eines helfenden Netzwerks. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012) 16, S. 797.

DERMATOLOGIE 2016

Moll, I.: Dermatologie. 8. Auflage Stuttgart: Thieme 2016. ISBN: 978-3-131-26688-0.

DETTMEYER & VERHOFF 2011

Dettmeyer, R.B.; Verhoff, M.A.: Rechtsmedizin. 1. Auflage Heidelberg: Springer 2011. ISBN: 978-3-642-16650-1.

DÖGE 2011

Döge, P.: Männer–die ewigen Gewalttäter? Gewalt von und gegen Männer in Deutschland. 1. Auflage Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2011. ISBN: 978-3531-17923-0.

ELSNER & STEFFEN 2005

Elsner, E.; Steffen, W.: Vergewaltigung und sexuelle Nötigung in Bayern. 1. Auflage München: Bayerisches Landeskriminalamt 2005. ISBN: 978-39244-0016-3.

FIRLE ET AL. 1996

Firle, M.; Hoeltje, B.; Nini, M.: Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996.

FRANKE ET AL. 2004

Franke, B.; Seifert, D.; Anders, S.; Schröer, J.; Heinemann, A.: Klinische Rechtsmedizin – Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. Rechtsmedizin (2004) 3, S. 193-198.

FRAUEN HELFEN FRAUEN e.V. 2013

Frauen helfen Frauen Fürstfeldbruck e.V.: Informationen zu sog. K.O.-Tropfen. Frauennotruf Fürstfeldbruck (2013).

GEMÜNDEN 1996

Gemünden, J.: Gewalt gegen Männer in heterosexuellen Intimpartnerschaften – Ein Vergleich mit dem Thema Gewalt gegen Frauen. 1. Auflage Marburg: Tectum 1996. ISBN: 978-3896089603.

GÖGE 2008

Göge, C.: Die Bedeutung der rechtsverwertbaren Dokumentation. Fachtag MIGG, Berlin 10.12.2008.

GRAß 2012

Graß, H.: Die Versorgung kann verbessert werden. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012) 16, S. 798-799.

GRASSBERGER ET AL. 2013

Grassberger, M.; Türk, E.; Yen, K.: Klinisch-forensische Medizin. 1. Auflage Wien: Springer 2013. ISBN: 978-3-211-99467-2.

GRAß & ROTHSCHILD 2004

Graß, H.; Rothschild, M.A.: Klinische Rechtsmedizin – Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. Rechtsmedizin (2004) 3, S. 188-192.

HAGEMANN & BOHNE 2003

Hagemann-White, C.; Bohne, S.: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für eine Enquetekommission, Universität Osnabrück (2003).

HAUPT ET AL. 2003

Haupt, H.; Weber, U.; Bürzer, S.; Frankfurth, M.; Luxemburg, K.; Marthi, P.: Handbuch Opferschutz und Opferhilfe. 2. Auflage Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft 2003. ISBN: 3-7890-8229-5.

HEILIGER 2000

Heiliger, A.: Männergewalt gegen Frauen beenden. 1. Auflage Opladen: Leske + Budich 2000. ISBN: 3-8100-2652-2.

HEINEMANN 2006

Heinemann, A.: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt 103 (2006) 33, S. 2168-2173.

JÄGER 2000

Jäger, M.: Das staatsanwaltschaftliche Sonderdezernat Gewalt gegen Frauen. 1. Auflage Frankfurt am Main: Peter Lang 2000. ISBN: 3-631-36514-4.

JUNGNITZ ET AL. 2007

Jungnitz, I.; Lenz, H-J.; Puchert, R.; Puhe, H.; Walter, W.: Gewalt gegen Männer – personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. 1. Auflage Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich 2007. ISBN: 978-3-86649-009-3.

KELLER 2008

Keller, C.: Häusliche Gewalt und Gewaltschutzgesetz – Leitfaden für polizeiliches Handeln. 1. Auflage Stuttgart: Richard-Boorberg Verlag GmbH & Co KG 2008. ISBN: 978-3-415-04028-1.

KLOPFSTEIN ET AL. 2008

Klopfstein, U.; Streit, S.; Schön, C.A.: Körperliche und sexuelle Gewalt an Erwachsenen – vom forensischen Denken und ärztlichen Handeln. Therapeutische Umschau (2008) 65, S. 371-379.

LAMNEK ET AL. 2013

Lamnek, S.; Wedtke, J.; Ottermann, R.; Vogel, S.: Tatort Familie. 3. Auflage Wiesbaden: Springer-Verlag 2013. ISBN: 978-353-116777-0.

LANDESKOMMISSION BERLIN GEGEN GEWALT 2002

Landeskommission Berlin gegen Gewalt (Hrsg.): Themenschwerpunkt: Häusliche Gewalt. Berlin: Berliner Forum Gewaltprävention (2002) 1.

MADEA 2003

Madea, B. (Hrsg.): Praxis Rechtsmedizin. 2. Auflage Heidelberg: Springer 2003. ISBN: 978-3-540-33719-5.

MADEA & DETTMAYER 2007

Madea, B.; Dettmeyer, R.B.: Basiswissen Rechtsmedizin. 1. Auflage Heidelberg: Springer 2007. ISBN: 978-3-540-71428.

OEHMICHEN ET AL. 2004

Oehmichen, M.; Kaatsch, H.J.; Bosinski, H.A.G.: Gewalt gegen Frauen und Kinder. 1. Auflage Lübeck: Schmidt-Römhild 2004. ISBN: 3-7950-0329-6.

PENNING 2006

Penning, R.: Rechtsmedizin systematisch. 2. Auflage Bremen: UNI-MED 2006. ISBN: 3-89599-1570.

von PRONDZINSKI 2006

Von Prondzinski, P.: Gewalt ist nicht privat. Deutsches Polizeiblatt (2006) 6, S. 2-5.

RAUCH ET AL. 2004

Rauch, E.; Weissenrieder, N; Peschers, U.: Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Deutsches Ärzteblatt 101 (2004) 40, S. 2682-2688.

RITZ-TIMME & GRAß 2009

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

RKI 2008

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008) 42. ISBN: 978-3-89606-190-4.

ROSS 2010

Ross, L.E.: The war against domestic violence. 1. Auflage US: Taylor & Francis Group 2010. ISBN: 978-1-439-80048-5.

SCHMIDBAUER 2003

Schmidbauer, W.: Platzverweis und Betretungsverbot bei häuslicher Gewalt. Deutsches Polizeiblatt (2003) 3.

SCHÖNEWALD 2013

Schönwald, W.: Gewalttätige Auseinandersetzungen in Familien im Blick. Deutsche Polizei (2013) 12, S. 4-12.

SCHÖNEWALD 2014

Schönwald, W.: „Viele häusliche Gewaltopfer wissen gar nicht, wo sie sich auch ohne Anzeige hinwenden können“. Deutsche Polizei (2014) 1, S. 16-17.

SCHRÖDER & BERTHEL 2005

Schröder, D.; Berthel, M.: Gewalt in sozialen Nahbeziehungen II. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften 2005.

SCHWITHAL 2006

Schwithal, B.: Weibliche Gewalt in Partnerschaften – Eine synontologische Untersuchung. Westfälische Wilhelms-Universität, Münster (2004). 1. Auflage, Mühldorf: Hans Storfinger 2006. ISBN: 3-8334-3156-3.

SEITH 2003

Seith, S.: Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt. 1. Auflage Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH 2003. ISBN: 3-593-37348-3.

TSCHUDIN 2005

Tschudin, S.: Die Erstbetreuung von Frauen nach sexueller und körperlicher Gewalt. Therapeutische Umschau 62 (2005) 4, S. 223-229.

VERHOFF ET AL. 2012

Verhoff, A.; Kettner, M.; Laszik, A.; Ramsthaler, F.: Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung. Deutsches Ärzteblatt 109 (2012) 39, S. 638-642.

VORTRAG 2010

Oehme, C.: Betreuung von Patientinnen und Patienten nach Gewalterleben. Erlangen: Vortrag 2010.

WIRTH & STRAUCH 2006

Wirth, I.; Strauch, H.: Rechtsmedizin – Grundwissen für die Ermittlungspraxis. 2. Auflage Heidelberg: Kriminalistik 2006. ISBN: 978-3783-20016-4.

WYLER ET AL. 2005

Wyler, D.; Gerlach, K.; Klopstein, U.; Schweitzer, W.; Dittmann, V.: Untersuchungen von Opfern sexueller Gewalt – das Problem der Falschanzeige. Therapeutische Umschau 62 (2005) 4, S. 255-259.

Internetquellen:

BSASFI 2013 A

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration:
Notrufgruppen in Bayern
<<http://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie/notruf.php>> (26.10.2013).

BSASFI 2013 B

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration:
Frauenhäuser in Bayern
<<http://www.zukunftsministerium.bayern.de/gewaltschutz/familie/haeuser.php>>
(26.10.2013).

FRAUENHAUS GERA 2014

Frauenhaus Gera: Das Rad der Gewalt
<<http://www.frauenhaus-gera.de/rad.htm>> (02.06.2014).

POLIZEI BAYERN 2015

Polizei Bayern: Gewalt: mehr oder weniger (Projektbericht der KFG)
<http://www.polizei.bayern.de/content/4/3/7/druck_gewalt_mehr_oder_weniger__1504_27_.pdf> (26.06.2015).

8 Anlagen

Anlage 1 Elektronisches Protokollformat – Vorstellung in der Ambulanz

Bearbeitung	Nummer	Nachname	Vorname	Geschlecht	Geb.datum	Alter	Jahrzehnt	U-Datum
Nicht bearbeitet Unvollständig Fertig	20xx-KUS-0xxx	Freitext	Freitext	Weiblich Männlich	Freitext	Freitext	18 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 > 60 Jahre Keine Angabe	Freitext
Fertig	2013-KUS-0xxx	Musterrauf	Marianne	Weiblich	xx.xx.19xx	34	31 – 40	xx.xx.2013

U-Jahr	U-Uhrzeit von	U-Uhrzeit bis	U-Uhrzeit-Kat.	U-Dauer	U-Dauer-Kat.	Verständigung	Migration
2010	Freitext	Freitext	Vormittags	Wird berechnet	0 - 15 min	Gut Deutsch	Freitext
2011			Mittags		16 - 30 min	Schlecht Deutsch	
2012			Nachmittags		31 - 45 min	Gut Englisch	
2013			Abends		46 - 60 min	Schlecht Englisch	
XXXX			Nachts		1 - 1,25 h	Sonstiges	
			Keine Angabe		1,25 - 1,5 h	Keine Angabe	
					1,5 - 1,75 h		
					1,75 - 2 h		
					> 2 h		
					Keine Angabe		
2013	09:00 Uhr	09:45 Uhr	Vormittags	45	31 – 45 min	Gut Deutsch	Deutsch

Migration-Kat.	Begleitung	Begleitung-Kat.	Auftraggeber	Auftraggeber-Kat.	Info von-Kat.	Zweitkontakt
Ja Nein Keine Angabe	Freitext	Keine Kind Partner Partner + Kind Familienangehöriger/e Freund/Freundin Medizinischer Mitarbeiter Rechtlicher Mitarbeiter Sozialer Mitarbeiter Sonstiges Keine Angabe	Freitext	Privat Medizinische Einrichtung Soziale Einrichtung Rechtliche Einrichtung Mehrere Unbekannt Keine Angabe	Privat Medizinische Einrichtung Soziale Einrichtung Rechtliche Einrichtung Mehrere Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe
Nein	Alleine	Keine	Privat	Privat	Soziale Einrichtung	Nein

V-Ort	V-Ort-Kat.	V-Datum von	V-Datum bis	V-Monat	V-Uhrzeit von	V-Uhrzeit bis	Tageszeit V-Beginn
Freitext	Eigene Wohnung Fremde Wohnung Sonst. Räume/Gebäude Grundstück Auto Straße Offenes Gelände/Wald Mehrere Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Freitext	Freitext	Freitext	Freitext	Vormittags Mittags Nachmittags Abends Nachts Unbekannt Keine Angabe
Wohnung	Eigene Wohnung	xx.xx.2011	xx.xx.2013	Februar	19:00 Uhr	20:30 Uhr	Abends

Zeit Tat und U	Zeitintervall-Kat.	V-Häufigkeit	Mehrmalig-Kat.	Täter	Täter-Kat.	Geschlecht T	Anzahl T
Wird berechnet	Bis 3 h > 3 - 12 h > 12 - 24 h > 24 h - 3 Tage > 3 Tage - 1 Woche > 1 Woche - 1 Monat > 1 Monat - 6 Monate > 6 Monate - 1 Jahr > 1 Jahr Unbekannt Keine Angabe	Einmalig Mehrmalig Unbekannt Keine Angabe	0 - 6 Monate 6 Monate - 1 Jahr 1 Jahr - 2 Jahre 3 - 5 Jahre 6 - 10 Jahre 11 - 20 Jahre > 20 Jahre Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Freitext	Partnerbeziehung Ex-Partnerbeziehung Familiäre Beziehung Nähere Bekanntschaft Flüchtige Bekanntschaft Polizei Fremdtäter Unbekannt Keine Angabe	Weiblich Männlich Weiblich + Männlich Unbekannt Keine Angabe	Freitext
3	> 24h – 3 Tage	Mehrmalig	1 Jahr – 2 Jahre	Ehemann	Partnerbeziehung	Männlich	1

Migration T	Migration T-Kat.	Alter T	Jahrzehnt T	Anamnese	Anamnese-Kat.	Amnesie
Freitext	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Freitext	18 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 > 60 Jahre Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Stumpfe Gewalt Stumpfe Gewalt + Gewalt gegen den Hals Stumpfe Gewalt + Sexueller Übergreif Stumpfe Gewalt + Scharfe Gewalt Stumpfe Gewalt + Thermische Gewalt Sexueller Übergreif Sexueller Übergreif + Gewalt gegen den Hals Sexueller Übergreif + Scharfe Gewalt Sexueller Übergreif + Thermische Gewalt Gewalt gegen den Hals Gewalt gegen den Hals + Scharfe Gewalt Gewalt gegen den Hals + Thermische Gewalt Scharfe Gewalt Thermische Gewalt Sonstiges Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe
Deutsch	Nein	40	31 – 40	Tritte in Bauch und Schläge auf Hinterkopf, immer mehr Vorfälle seit 1. Geburt 2011	Stumpfe Gewalt	Nein

Psych. Gewalt	Gegenstand	Kinder anwesend	BtM zur Tat	Art des Übergriffs	Vorerkrankungen	Infektionen
Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Verdacht Unbekannt Keine Angabe	Körperlich Sexuell Körperlich + Sexuell Unbekannt + Sexuell Unbekannt + Körperlich Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Keine Bekannt Unbekannt Keine Angabe
Ja	Nein	Nein	Nein	Körperlich	Leichte Depressionen	Keine

Medikation	Medikation-Kat.	Pflege/EZ	Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg	Gyn. Krankheiten
Freitext	Keine Internistisch Psychisch Analgetisch Gynäkologisch ... Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Freitext	Freitext	Freitext
Lasea-Kapseln	Psychisch	Adäquat	173	60	Rezidivierende HWI

Vorerkrankungen-Kat.	Letzte Periode	Letzter freiwill. GV	Verhütung	Aktuelle SS	Anzahl Geburten
Keine Internistisch Psychisch Analgetisch Gynäkologisch ... Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Bis 3 h > 3 - 12 h > 12 - 24 h > 24 h - 3 Tage > 3 Tage - 1 Woche > 1 Woche - 1 Monat > 1 Monat - 6 Monate > 6 Monate - 1 Jahr > 1 Jahr Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Hormonell Kondom Sonstiges Nicht Keine Angabe Nicht zutreffend	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Freitext
Psychisch + Gynäkologisch	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nein	1

U-Technik	Tanner-Stadium	Reifungsperiode	Hymen	Genitalbefund	Analbefund	Verhalten bei U-Kat.
Stuhl Rückenlage Seitenlage Stuhl + Rückenlage Stuhl + Seitenlage Vorfall Nicht durchgeführt Verweigert Keine Angabe	Freitext	Freitext	Freitext	M.B. O.B. Nicht beurteilbar Nicht untersucht Verweigert Keine Angabe Nicht zutreffend	M.B. O.B. Nicht beurteilbar Nicht untersucht Verweigert Keine Angabe Nicht zutreffend	Kooperativ Nicht kooperativ Emotional + kooperativ Emotional + nicht kooperativ Schmerzen Vorfall Keine Angabe
Nicht durchgeführt	V	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Emotional + kooperativ

Spuren- Körperöffnung	Spuren- Körperoberfläche	Spuren- Körperflüssigkeiten	Spuren- Gegenstände	Asservierung bei Person	Fotodokumentation
Scheide After Mundhöhle Scheide + After Scheide + Mundhöhle After + Mundhöhle Scheide + After + Mundhöhle Nicht durchgeführt Keine Angabe Nicht zutreffend	Haare Haut Haare + Haut Nicht durchgeführt Keine Angabe Nicht zutreffend	Blut Urin Blut + Urin Nicht durchgeführt Keine Angabe Nicht zutreffend	Ja Nein Nicht durchgeführt Keine Angabe Nicht zutreffend	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Nicht durchgeführt Keine Angabe
Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nein	Ja

BtM zur U	Befunde	Frische/alte V	Anzahl Körperregionen	Kopf	Gesicht	Hals	Thorax/Rücken
Ja Nein Verdacht Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe
Nein	Handgroße blaue Verfärbung li. Unterbauch, Narben beide Unterarme	Ja	3	Nein	Nein	Nein	Ja

Abdomen	Obere Extremitäten I	Obere Extremitäten II	Untere Extremitäten I	Untere Extremitäten II	Genitalbereich	Einschätzung	Info an
Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Unwahrscheinlich Möglich Wahrscheinlich Sehr wahrscheinlich	Freitext					
Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Sehr wahrscheinlich	Privat

Info an-Kat.	Sonstiges	Überweisung	KKH vorher	Gutachten	Aktenzeichen	U-Auftrag privat
Privat Medizinische Einrichtung Soziale Einrichtung Rechtliche Einrichtung Mehrere Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe				
Privat	Anzeige diskutiert und Informaterial mitgegeben	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Anzeige-Diskussion	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Ja
---------------------------	-----------------------------------------	----

Anlage 2 Elektronisches Protokollformat – Telefonberatung

Bearbeitung	TEL-Datum	TEL-Jahr	TEL-Uhrzeit	Uhrzeit-Kat.	TEL-Dauer	Dauer-Kat.	Name Anrufer
Nicht bearbeitet Unvollständig Fertig	Freitext	2010 2011 2012 2013 xxxx	Freitext	Vormittags Mittags Nachmittags Abends Nachts Keine Angabe	Freitext	00 - 05 min 06 - 10 min 11 - 20 min 21 - 30 min 31 - 40 min 41 - 50 min 51 - 60 min > 60 min Keine Angabe	Freitext
Fertig	xx.xx.2013	2013	18:00	Abends	17	11 – 20 min	Anonym

Institution Anrufer	Institution-Kat.	Info von	Info von-Kat.	Folgeanruf	Geschlecht Betroffener	Alter Betroffener
Freitext	Privat Medizinische Einrichtung Soziale Einrichtung Rechtliche Einrichtung Mehrere Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Privat Flyer, Zeitung Internet Vortrag Medizinische Einrichtung Soziale Einrichtung Rechtliche Einrichtung Unbekannt Keine Angabe	Ja Nein Unbekannt Keine Angabe	Weiblich Männlich Keine Angabe Nicht zutreffend	Freitext
Privat	Privat	Internet	Internet	Nein	Weiblich	21

Jahrzehnt	Verständigung	V-Ort-Kat.	V-Datum	V-Monat	Zeit zwischen V und TEL	V-Häufigkeit
18 - 20	Gut Deutsch	Eigene Wohnung	Freitext	Freitext	Bis 3 h	Einmalig
21 - 30	Schlecht Deutsch	Fremde Wohnung			> 3 - 12 h	Mehrmalig
31 - 40	Gut Englisch	Sonst. Räume/Gebäude			> 12 - 24 h	Unbekannt
41 - 50	Schlecht Englisch	Grundstück			> 24 h - 3 Tage	Keine Angabe
51 - 60	Sonstiges	Auto			> 3 Tage - 1 Woche	Nicht zutreffend
> 60 Jahre	Keine Angabe	Straße			> 1 Woche - 1 Monat	
Unbekannt		Offenes Gelände/Wald			> 1 Monat - 6 Monate	
Keine Angabe		Mehrere			> 6 Monate - 1 Jahr	
Nicht zutreffend		Unbekannt			> 1 Jahr	
		Keine Angabe			Unbekannt	
		Nicht zutreffend			Keine Angabe	
					Nicht zutreffend	
21 – 30	Gut Deutsch	Sonst. Räume/Gebäude	xx.xx.2013	Mai	> 3 Tage – 1 Woche	Einmalig

Mehrmalig-Kat.	Täter	Geschlecht T	Anzahl T	Jahrzehnt T	Anamnese	BtM zur Tat
0 - 6 Monate 6 Monate - 1 Jahr 1 Jahr - 2 Jahre 3 - 5 Jahre 6 - 10 Jahre 11 - 20 Jahre > 20 Jahre Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Partnerbeziehung Ex-Partnerbeziehung Familäre Beziehung Nähere Bekanntschaft Flüchtige Bekanntschaft Polizei Fremdtäter Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Weiblich Männlich Weiblich + Männlich Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Freitext	18 - 20 21 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 > 60 Jahre Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend	Freitext	Ja Nein Verdacht Unbekannt Keine Angabe Nicht zutreffend
Nicht zutreffend	Unbekannt	Unbekannt	Unbekannt	Unbekannt	Amnesie, auf Toilette in Disko erwacht, seitdem Brennen in Scheide	Verdacht

Beratungskategorie	Procedere	Procedere-Kat.
Körperliche Gewalt Sexuelle Gewalt Körperliche und Sexuelle Gewalt Sonstiges Unbekannt Keine Angabe	Freitext	Beurteilung Procedere bei Gewalt Überweisung medizinische Einrichtung Überweisung soziale Einrichtung Überweisung rechtliche Einrichtung Überweisung mehrere Infomaterial Termin Flyer Sonstige Auskunft Keine Angabe
Sexuelle Gewalt	Termin Gyn. zur Infekt- prophylaxe, Termin GoA xx.xx., 9 Uhr	Überweisung medizinische Einrichtung Termin

Anlage 3 Dokumentationsbogen „Körperliche Untersuchung“

In **ROT** dargestellt sind die im Rahmen dieser Dissertation entwickelten problembasierten Verbesserungsvorschläge. Die Größenverhältnisse stimmen nicht mit dem Original-Bogen überein, da im Kapitel Anlagen das Layout und insbesondere die vergrößerten Abstände zu den Seitenrändern wie in den weiteren Kapiteln der Dissertation beibehalten wurden.



Name: _____ **geb.:** _____ **in:** _____

Untersuchung am: _____ **Uhrzeit von:** _____ **bis:** _____

Untersucher: _____

Verständigung: _____

In Begleitung von: _____

Auftraggeber (Anrufer) und Adresse: _____

Information über Ambulanz: _____

Zweitkontakt, Datum Erstkontakt: _____

Vorfall:

Vorfallsort: _____

Datum/Zeit letzter Vorfall: _____, _____ **Uhr bis** _____, _____ **Uhr**

Falls nicht bekannt: ungefähre Angabe:

Innerhalb der letzten 24 h 2 bis 3 Tage 4 bis 7 Tage >1 Woche bis 1 Monat

>1 bis 3 Monate >3 bis 6 Monate >1/2 bis 1 Jahr >1 bis 2 Jahre > 2 Jahre

Erstmaliger Vorfall

Mehrmaliger Vorfall, seit wann/wie lange schon/Datum erstmaliger Vorfall: _____

Angebene/r Täter: _____ **Alter des/r angegebenen Täter/s:** _____

Nationalität: _____ **Anzahl:** _____

Besonderheiten:

Alkoholeinfluss bei Tat **Drogen/Medikamente bei Tat** **Menge:** _____

Kind/Kinder anwesend **Aktuelle SS zur Tatzeit** **Sonstiges:** _____

Übergrieff: Verdacht auf:

Körperlich **Sexuell** **Körperlich + sexuell** **Unbekannt**



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Ambulanz für Gewaltopfer
INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN



Dokumentationsbogen
ERWACHSENE

Vorgeschichte:

Aktuelle Beschwerden:

1. Allgemeine Anamnese:

- Vorerkrankungen:

- Bekannte vorbestehende Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, etc.: _____

- Medikation: nein wenn ja, welche: _____

- **Pflege-/Ernährungszustand:**

Adäquat

V.a. Vernachlässigung/ungepflegt

V.a. Gedeih-/Entwicklungsstörung

- **Körpergröße/-gewicht:** _____

2. Gynäkologische Anamnese:

- Gynäkologische Erkrankungen: _____

- Erster Tag der letzten Regelblutung: _____

- Klimakterium: _____

- Postmenopause: _____

- Letzter freiwilliger Sexualkontakt: _____

- Verhütung: nein wenn ja, mit: _____

- Schwangerschaft: nein unbekannt

wenn ja, SSW: _____

- Anzahl der Geburten: _____

3. V.a. Vergewaltigung:

nein

ja

• **Art des sexuellen Übergriffs:**

Penetration	Ja	Nein	Versucht	Unbekannt	Finger	Penis	Gegenstand
Oral							
Vaginal							
Anal							

- Kondombenutzung: unbekannt nein ja
- Ejakulation: unbekannt nein ja, wohin:
- Gleitmittelbenutzung: unbekannt nein ja

• **Reinigung nach dem Vorfall:**

- Gewaschen/geduscht? nein ja
- Mund gespült? nein ja
- Urin gelassen? nein ja
- Stuhlgang gehabt? nein ja

• **Spuren am Körper:**

- durch Küssen, Lecken, Saugen: unbekannt nein ja, wo:
- durch Beißen: unbekannt nein ja, wo:
- durch Würgen: unbekannt nein ja

4. (Gynäkologische) Untersuchung:

• **Untersuchungstechnik:**

- Gynäkologischer Stuhl Rückenlage Seitenlage Knie-Ellenbogen-Position
- Separation Traktion Sonstiges:

• **Verhalten bei Untersuchung:**

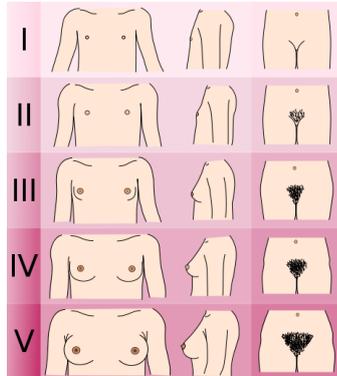
- Kooperativ Ablehnend Emotional Altersentsprechend
- Schmerzen Sonstiges:

- **Genitalentwicklung:**

Achselbehaarung: _____

Schambehaarung: _____

Bruststadium nach Tanner: _____



- **Reifungsperiode (zum Untersuchungszeitpunkt):**

Hormonelle Ruheperiode Präpubertäre Phase Pubertäre Phase

- **Hymenalkonfiguration:**

Annulär Semilunär Sonstiges:

- **Genitaler Befund:**

1. Labien: _____

2. Scheidenbereich: _____

3. Hymen: _____

4. Klitoris: _____

5. Dammbereich: _____

6. **Penis/Hodensack:** _____

- **Analbefund:**

Normal Dilatation Fissuren

Sonstiges: _____

5. Procedere:

• **Spurensicherung:**

Abriebe Scheide: _____

Abriebe After: _____

Abriebe Mundhöhle: _____

Abriebe Penis: _____

Abriebe Haut (wo genau?): _____

Abriebe Gegenstand (was?): _____

Asservierung von Fingernägeln:

nein

ja

Asservierung von Haaren:

nein

ja

Asservierung der Spuren:

im Institut

bei betroffener Person,

was: _____

Blutentnahme (Datum/Uhrzeit/Nr.): _____

Urin (Datum/Uhrzeit/Nr.): _____

• **Fotodokumentation:**

nein

ja, durch + Verbleib: _____

• **Eindruck, dass die zur Untersuchung erschienene Person unter dem Einfluss von**

Alkohol

Drogen/Medikamenten steht?

Psychisch auffällig

Keine Beeinflussung erkennbar



Zusammenfassung der Befunde:

Einschätzung:

Procedere:

Persönlich

Schriftlich

Telefonisch

Info an: _____

Überweisung: Medizinische Einrichtung: _____

Soziale Einrichtung: _____

Rechtliche Einrichtung: _____

Sonstiges: U-Auftrag privat

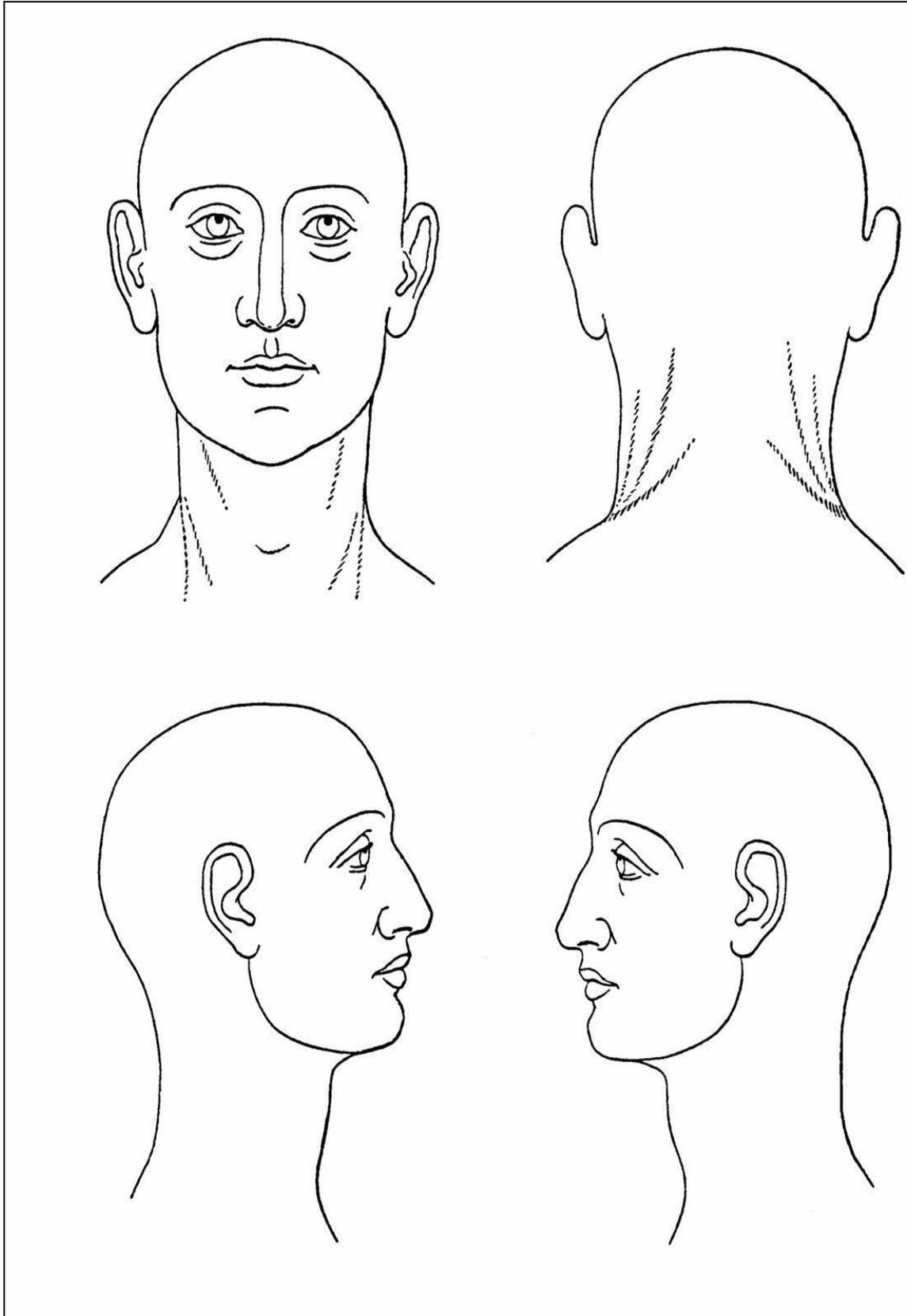
Diskussion Anzeige

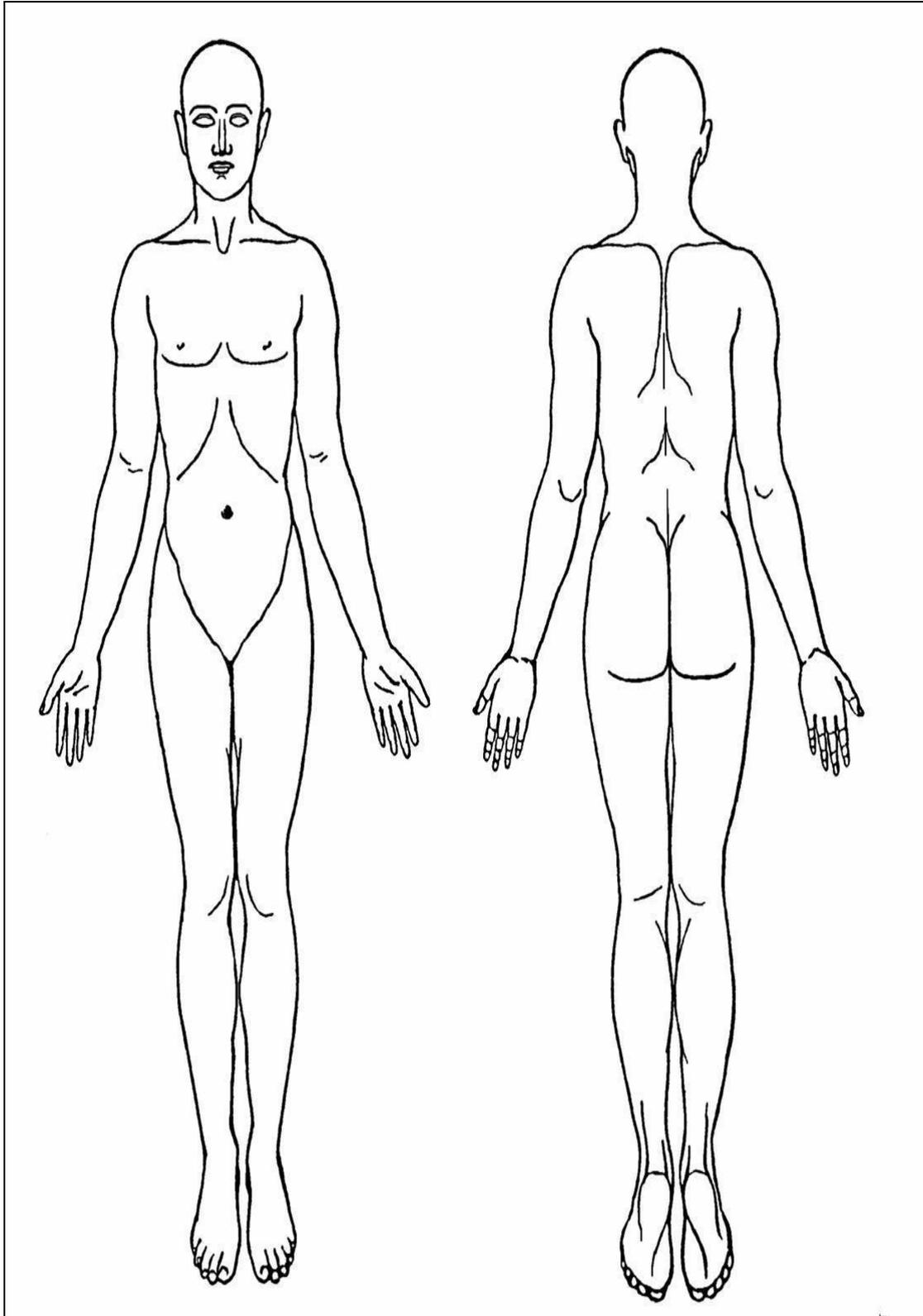
Anzeige schon erfolgt

Infomaterial/Beratung

Sonstiges: _____

Der Dokumentationsbogen stellt keine gerichtsverwertbare Befundinterpretation dar.





Anlage 4 Protokoll „Telefonberatung“

In **ROT** dargestellt sind die im Rahmen dieser Dissertation entwickelten problembasierten Verbesserungsvorschläge. Die Größenverhältnisse stimmen nicht mit dem Original-Protokoll überein, da im Kapitel Anlagen das Layout und insbesondere die vergrößerten Abstände zu den Seitenrändern wie in den weiteren Kapiteln der Dissertation beibehalten wurden.



ERFASSUNGSBOGEN BERATUNGSGESPRÄCHE/ FLYERBESTELLUNGEN

Datum: _____ Gesprächsbeginn: _____ Gesprächsende: _____

Gespräch angenommen von: BOR HELM MUT SPF WIG ZIN

Name des Anrufers:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privat: (ggf. Verwandtschaftsgrad)
_____ | <input type="checkbox"/> Jugendamt: (Welches?)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Institution: (Fachrichtung, Klinik)
_____ | <input type="checkbox"/> Rechtliche Institution:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Soziale Institution:
_____ | <input type="checkbox"/> Sonstige Institution:
_____ |

Adresse/Telefonnummer:

Information zur Gewaltopferambulanz über: _____

Folgeanruf (nochmaliger Kontakt zu gleichem Sachverhalt, Fragestellung)

Angaben zu betroffener Person:

Geschlecht: m w Alter: _____

Verständigung: gut Deutsch schlecht Deutsch Englisch

Angaben zum Täter:

Täterbeziehung: _____

Geschlecht: m w Alter: _____

Vorfall:

Vorfallsort: _____ Vorfallszeitpunkt: _____

Vorfalshäufigkeit: Einmalig Mehrmalig, seit wann: _____

Vorfallsbeschreibung:

Beratung:

Untersuchungstermin vereinbart für: _____

Procedere bei Übergriff Beurteilung Infomaterial

Sonstige Auskunft: _____

Überweisung nach: _____

Flyerbestellung: Sprache: _____

Frauen Kinder Anzahl: _____

Anlage 5 Informationsbogen Erwachsene

In **ROT** dargestellt sind die im Rahmen dieser Dissertation entwickelten problembasierten Verbesserungsvorschläge. Die Größenverhältnisse stimmen nicht mit dem Original-Bogen überein, da im Kapitel Anlagen das Layout und insbesondere die vergrößerten Abstände zu den Seitenrändern wie in den weiteren Kapiteln der Dissertation beibehalten wurden.

Vorstand: Prof. Dr. med. Matthias Graw

Ambulanz für Erwachsene und Kinder

Untersuchung am: _____ durch:

Prof. Dr. E. Mützel Dr. C. **Bormann** Dr. C. **Helmreich**

Dr. L. Wingenfeld Dr. B. Zinka _____

Körperliche Untersuchung und Probenentnahme

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sichergestellte Proben und Dokumente:

Blutproben Toxikologie und Alkoholbestimmung (2 Röhrcchen)

Urinprobe Toxikologie

Kopfhaare

Fingernägel

Abrieb Speichelproben

Abrieb Sperma

Abrieb DNA

Abstrich Genitale

Abstrich After

Fotodokumentation Befundbogen **Sonstiges:** _____

Die Asservate werden 2 Jahre lang aufbewahrt. Auf Ihren Wunsch hin können sie auch zu einem früheren Zeitpunkt vernichtet werden.

Erinnerung für zu Hause:

Gynäkologen aufsuchen (Infektionsstatus, "Pille danach")

Andere medizinische Einrichtung aufsuchen: _____

Sonstiges: _____

Ambulanz für Erwachsene und Kinder

Hilfseinrichtungen

Stadt München:

Beratungsstelle Frauenhilfe München	Tel.: 089 / 35 82 81 0 www.frauenhilfe-muenchen.de
Frauennotruf München	Tel.: 089 / 76 37 37 www.frauennotrufmuenchen.de
Frauenhaus–Frauenhilfe München	Tel.: 089 / 354 83 0 24 h
Frauenhaus–Frauen helfen Frauen e.V.	Tel.: 089 / 64 51 69
Frauen Haus Hagar München	Tel.: 089 / 74 441 222
IMMA e.V.	Tel.: 089 / 260 750 31
Münchner Kindl Heim	Tel.: 089 / 2 333 59 00
Verein für Jugend- und Familienhilfen	Tel.: 089 / 18 93 686 0

Allgemeine (deutsche) Hilfseinrichtungen:

Weißer Ring e.V.	Tel.: 0800 / 0800 343
Bundesweites Hilfetelefon	Tel.: 08000 / 116 016 24 h
Frauenhäuser in Bayern	www.gewaltschutz.bayern.de
Gleichstellungsämter	www.gleichstellung-bayern.de
Papatya online (für Migrantinnen)	Bei Zwangsheirat und Gewalt

Polizei

Kommissariat für Prävention und Opferschutz	Tel.: 089 / 2910 – 4444
----------------------------------------------------	-------------------------

Anlage 6 Flyer der Opferschutzambulanz für Erwachsene

Titelbild:
Aron Voigt / Henrik Matzen
Fotoprojekt »Augen auf für Zuanke von Marlo Hoff mit Jugendlichen aus dem Kreis Schleswig-Flensburg

Gestaltung:
Kommunikation & Presse LMU München

Herausgeber:
Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Nußbaumstr. 26
80336 München
www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de
gewaltopferambulanz@med.uni-muenchen.de

089-21 80-73 0 11

Vorherige telefonische Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung ist notwendig!





Gewalt gegen Frauen –
RICHTIG HANDELN!
Münchner Notfallambulanz
für weibliche Gewaltopfer

Helfen
Beraten
Untersuchen

Münchner Notfallambulanz für weibliche
Gewaltopfer am Institut für Rechtsmedizin der
Universität München

089-21 80-73 0 11

Gewalt gegen Frauen – richtig handeln

In Deutschland hat mehr als jede vierte Frau in ihrem Leben ein- oder mehrmals körperliche oder sexuelle Übergriffe durch einen Partner erlebt (BMFSFJ, 2004). 22 Prozent aller Frauen erleiden gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Gewalt (Hagemann-White, 2003) – laut WHO ist Gewalt sogar eines der größten gesundheitlichen Risiken. Mit der Notfallambulanz für weibliche Gewaltopfer steht für alle betroffenen Frauen und ihre Kinder eine unabhängige, fachkompetente Beratungsstelle bereit. Sie ergänzt das bestehende Netz aus niedergelassenen Ärzten und Beratungsstellen. Durch den regelmäßigen Kontakt mit Opfern von Gewalt haben Rechtsmediziner die nötige Erfahrung und Sensibilität, die einen vertrauensvollen Umgang gewährleisten.

In der Notfallambulanz können Frauen, die Opfer eines sexuellen Übergriffs oder einer Gewalttat geworden sind, fachgerecht und gerichtstauglich ihre Verletzungen dokumentieren lassen. Untersuchungen von Verletzungen, Sicherung von Spuren und Interpretation der Befunde gehören zu den regelmäßigen Aufgaben von Rechtsmedizinern. Auch wenn Frauen zunächst nicht die Polizei einbeziehen wollen, ist eine zeitnahe Untersuchung für eventuelle spätere Schritte sehr wichtig.

Ansprechpartner:
Institut für Rechtsmedizin
der Universität München
Nußbaumstr. 26
80336 München

089-21 80-73 0 11

Vorherige telefonische Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung ist notwendig!

Die Notfallambulanz des Instituts für Rechts- medizin der LMU bietet:

- vertrauensvolle telefonische Beratung
- kostenlose Untersuchung
- (Foto-) Dokumentation von Verletzungen
- Sicherung und Aufbewahrung von Beweismitteln und Spuren
- ggf. Vermittlung an soziale Einrichtungen

Sie können sich an uns wenden, wenn Sie:

- als Arzt oder Ärztin eine betroffene Frau untersuchen sollen oder Frauen sich nach einem Gewaltdelikt an Sie um Rat wenden
- selbst Opfer von Gewalt sind

Mit freundlicher Unterstützung durch:

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Soziales, Familie und Integration



Anlage 7 Posterpräsentation auf den Doktorarbeitstagen in Großhadern 2014



Datenerhebung und –auswertung der Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München der Jahre 2010-2013

Mayer S.¹, Helmreich C.¹, Bormann C.¹, Schick S.¹, Lochner S.¹, Graw M.¹, Mützel E.¹
¹ Institut für Rechtsmedizin der Universität München

Hintergrund

Eine jüngst erhobene EU-weite Studie weist erschreckende Zahlen auf: jede dritte Frau hat seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren. Tatort ist zumeist das eigene Heim, der Täter der aktuelle oder ehemalige Partner^[1].

Wurde die Anwendung von Gewalt im familiären Bereich über Jahrhunderte hinweg durch die Gesellschaft nicht wahrgenommen, so wird heutzutage die Problematik „Gewalt gegen Frauen“ durch Politik, Rechts- und Gesundheitswesen neu bewertet^[2].

Nach Abschluss des Projekts „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, wurde 2010 die Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München errichtet. Es wird eine kostenlose körperliche Untersuchung und gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen sowie eine Spurensicherung angeboten, ebenso besteht ein 24h-Beratungsangebot per Telefon (Abb. 1).

Mit zahlreichen Vorträgen in Bayern stellt die Ambulanz einen wichtigen Teil im „Netzwerk gegen Gewalt“ dar.



Abb. 1 Flyer der Ambulanz

Material und Methoden



Abb. 2 Dokumentationsbogen

Es wurden die Dokumentationsbögen der körperlichen Untersuchungen und der Telefonberatungen von 2010 bis einschließlich 2013 hinsichtlich Patientengruppe, Täterprofil, Vorfallesumstände, Untersuchungsergebnisse / Beratung und Procedure einheitlich aufbereitet, retrospektiv analysiert und statistisch ausgewertet.

Zusätzlich wurden die bestehenden Protokolle problembasiert verbessert (Abb. 2), das Informationsmaterial für die Patienten aktualisiert und ein elektronisches Protokollformat gestaltet.

Ergebnisse

132 Frauen und 6 Männer wurden körperlich untersucht, zwei Drittel davon im Alter von 21-40 Jahren (Abb. 3). 22% hatten einen Migrationshintergrund.

Tatort war meist die eigene Wohnung des Opfers, die Tatzeit abends, der Täter der aktuelle Partner oder eine nähere Bekanntschaft (Abb. 4). In einem Drittel davon gab es bereits mehrmalige Übergriffe. Insgesamt kam es doppelt so häufig zu körperlicher Gewalt wie zu sexueller.

In einigen Fällen war der gleichzeitige Konsum zentral wirksamer Substanzen, eine Schwangerschaft der Geschädigten oder das Beisein von Kindern aufgefallen.

Eine Untersuchung dauerte im Schnitt 51 Minuten, sie fand oft bis drei Tage nach dem Vorfall statt. Fast immer konnten Verletzungsspuren festgestellt werden, betroffene Körperregionen waren häufig die Extremitäten.

Eine Spurensicherung wurde bei 78% der sexuellen Delikten trotz Reinigungsmaßnahmen und großer zeitlicher Latenz vorgenommen.

Das Procedere bestand zumeist aus einer Überweisung in ein Hospital, eine polizeiliche Anzeige erfolgte selten.

Die Auswertung der 199 Telefonberatungen zeigte ähnliche Zusammenhänge, es handelte sich jedoch überwiegend um sexuelle Übergriffe.

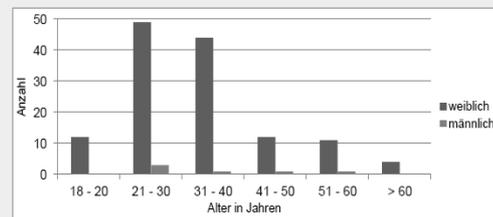


Abb. 3 Altersverteilung 2010-2013 (n=138)

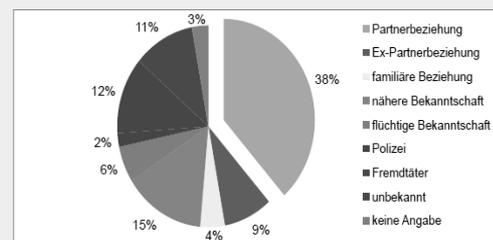


Abb. 4 Täter-Opfer-Beziehung 2010-2013 (n=138)

Schlussfolgerungen

Die analysierten Daten der Opferschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München entsprechen jenen der aktuellen Studienlage. Mit Anstieg der Inanspruchnahme einer körperlichen Untersuchung oder Telefonberatung seit 2010 wird die Notwendigkeit der Ambulanz bekräftigt und weitere Projekte zur öffentlichen Verbreitung des Angebots angeregt. Durch das neu gestaltete elektronische Protokollformat wird ein schneller und übersichtlicher interner Zugriff auf sämtliche Daten zur Erstellung eines Gutachtens und für folgende Auswertungen ermöglicht.

[1], [2] Für Literaturangaben bitte an Autorin wenden.



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

DOKTAMED
DOKTORARBEITSTAGE MEDIZIN



URKUNDE

MAYER, STEFANIE

wurde aufgrund der Gestaltung sowie der
Präsentation eines Posters zum
Promotionsprojekt

DATENSERHEBUNG UND -AUSWERTUNG DER OPFERSCHUTZE -
AMBULANZ AM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN, MÜNCHEN

im Rahmen der
Doktorarbeitstage (DoktaMed) am 24. Mai 2014
im Universitätsklinikum Großhadern
mit einem

POSTERPREIS

ausgezeichnet.

Prof. Dr. Martin Fischer, MME
Studiendekan
der medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

stellvertretend
für das Organisationsteam
der DoktaMed 2014

München, den 24. Mai 2014

**Dokta
Med**

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei allen Personen herzlich bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Frau Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel gilt mein besonderer Dank für die Überlassung des interessanten Themas, ihr Vertrauen mir gegenüber sowie die sehr gute und unkomplizierte Zusammenarbeit.

Meiner Betreuerin Frau Dr. med. Claudia Helmreich danke ich für ihre stets herzliche Betreuung bei allen Fragen und Problemen, die während dieser Arbeit auftraten, ihre konstruktiven Anregungen und das Korrekturlesen.

Bei Frau Dr. med. Sylvia Schick bedanke ich mich für die Hilfestellung bei der Datenauswertung, bei Frau Dr. med. Claudia Bormann für die nette Betreuung und Organisation zu Beginn der Dissertation und bei Frau Dipl. Biol. Stefanie Lochner für ihre wertvollen Tipps zur DoktaMed-Veranstaltung.

Herrn Manfred Wimmer danke ich für die Hilfe im EDV-Bereich.

Zuletzt und im Besonderen möchte ich meiner Familie für ihre Unterstützung und ihre Liebe meinen Dank aussprechen.

Eidesstattliche Versicherung

Mayer Stefanie Kristin

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Datenerhebung und -auswertung an der Opferschutzambulanz
des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München in den Jahren
2010 bis 2013**

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schriftum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 15.11.2017

Ort, Datum

Stefanie Mayer

Unterschrift Doktorandin