

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Institut für Rechtsmedizin

- Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer -

**Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der  
Gewaltopferambulanz am Beispiel des Instituts für  
Rechtsmedizin Münster**

Eine retrospektive Studie aus den Untersuchungen des Instituts  
der Jahre 2006 bis 2013

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Annamika Gogia

aus Essen

2016

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Daniel Palmes

Tag der mündlichen Prüfung: 23.03.2016

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Institut für Rechtsmedizin  
- Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer -  
Referentin: Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer  
Koreferent: Prof. Dr. med. Daniel Palmes

### **ZUSAMMENFASSUNG**

#### **Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltopferambulanz am Beispiel des Instituts für Rechtsmedizin Münster**

Eine retrospektive Studie aus den Untersuchungen des Instituts der Jahre 2006 bis 2013

Annamika Gogia

In dieser Arbeit wurden 617 Untersuchungen, die in den Jahren 2006 bis 2013 im Institut für Rechtsmedizin der WWU Münster erfolgten, retrospektiv ausgewertet. Es handelte sich um klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Frauen, bei denen den Tatvorwürfen der körperlichen und sexuellen Gewalt nachgegangen wurde. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Analyse der Verletzungsmuster der Opfer mit dem Ziel die Merkmale der verschiedenen Misshandlungsarten auszuarbeiten.

Von den untersuchten Kindern und Jugendlichen waren 59,1 % weiblich und 40,1 % männlich. Die Misshandlung ging am häufigsten von einem männlichen Täter (64,2 %) aus. Ein oder beide Elternteile waren in 52,9 % der Fälle tatverdächtig. Dabei fällt auf, dass bei körperlicher Misshandlung häufig beide Eltern beschuldigt werden und bei sexuellem Missbrauch der Vater meist allein im Fokus steht. Am ehesten erlitten die Opfer stumpfe Gewalt (72,5 %). Bei 46,1 % der Sexualopfer fanden sich Verletzungen im Genitalbereich. Die erhobenen Verletzungsmuster wurden in 56,7 % der Fälle von den Rechtsmedizinern als Folge eines Misshandlungsgeschehen gedeutet.

Bei den untersuchten erwachsenen weiblichen Opfern zeigte sich eine Häufigkeit in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren. In 80,6 % der Untersuchungen geht man von einem oder mehreren männlichen Tätern aus. Am ehesten ging die Gewalt vom aktuellen bzw. früheren Partner aus (39,1 %). Bei Opfern von sexueller Gewalt fanden sich in 20,6 % der Fälle Befunde im anogenitalen Bereich. Andere Verletzungen ließen sich am häufigsten auf eine stumpfe Gewalteinwirkung zurückzuführen (81,5 %). Als misshandlungstypisch wurden die körperlichen Untersuchungsbefunde in 43,7 % der Fälle gewertet.

Sowohl bei Frauen als auch bei Kindern bzw. Jugendlichen erweist es sich bei sexueller Gewalt als schwierig die erhobenen Befunde einzuschätzen, da diese oft nicht eindeutig und aussagekräftig genug sind.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass eine frühzeitige Untersuchung des Opfers eine bessere und umfangreichere Befundsicherung und Beurteilung zulässt. Zudem sollte eine standardisierte Anamnese und Untersuchung mithilfe von Erhebungsbögen erfolgen, sodass die Daten vollständig erhoben werden.

Tag der mündlichen Prüfung: 23.03.2016

## ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

„Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltopferambulanz am Beispiel des Instituts für Rechtsmedizin Münster - Eine retrospektive Studie aus den Untersuchungen des Instituts der Jahre 2006 bis 2013“

im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Münster

unter der Anleitung von Univ.-Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

---

Ort, Datum

---

Name/Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	1
<b>1.1 Problemstellung und Zielsetzung</b>	1
<b>1.2 Die Definition des Begriffs „Gewalt“</b>	2
<b>1.3 Geschichte und Definition von Kindesmisshandlung</b>	3
<b>1.4 Das Schütteltrauma als Form von Kindesmisshandlung</b>	4
<b>1.5 Die Definition des Begriffs „Sexueller Missbrauch“</b>	5
<b>1.6 Die Definitionen der Begriffe „Vergewaltigung“ und „sexuelle Nötigung“</b>	5
<b>1.7 Die Rolle der Ärzteschaft und der Rechtsmedizin/Gewaltopferambulanz</b>	6
<b>1.8 Epidemiologie von Gewalt</b>	7
1.8.1 Kinder und Jugendliche	7
1.8.2 Frauen	8
<b>2. Material und Methoden</b>	10
<b>2.1 Material</b>	10
<b>2.2 Datenerhebungsbogen</b>	10
<b>3. Ergebnisse</b>	12
<b>3.1 Kinder und Jugendliche</b>	12
3.1.1 Daten zu den Umständen der Untersuchung	12
3.1.1.1 Ort der Untersuchungen	12
3.1.1.2 Datum der Untersuchung	13
3.1.1.3 Uhrzeit der Untersuchung	14
3.1.1.4 Auftraggeber des Gutachtens	14
3.1.1.5 Tatvorwurf	15
3.1.2 Personenbezogene Daten zum Opfer	15
3.1.2.1 Geschlecht des Opfers	15
3.1.2.2 Alter des Opfers	16
3.1.2.3 Nationalität des Opfers	16
3.1.2.4 Stand in der Familie	17
3.1.2.5 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers	17
3.1.2.6 Aufenthalt außerhalb von Zuhause	18

3.1.3 Personenbezogene Daten zum Täter	18
3.1.3.1 Geschlecht des Täters	18
3.1.3.2 Alter des Täters	19
3.1.3.3 Nationalität des Täters	19
3.1.3.4 Beruf des Täters	19
3.1.3.5 Vorstrafen des Täters	19
3.1.4 Daten zum Misshandlungsgeschehen	20
3.1.4.1 Verhältnis des Täters zum Opfer	20
3.1.4.2 Ort des Geschehens	20
3.1.4.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters	21
3.1.4.4 Alkohol-/Drogeneinfluss des Opfers	21
3.1.4.5 Art der Misshandlung	21
3.1.4.6 Schutzbehauptung	22
3.1.5 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung	23
3.1.5.1 Gynäkologische Befunde bei der Untersuchung	23
3.1.5.2 Stumpfe Gewalt	23
3.1.5.3 Scharfe Gewalt	24
3.1.5.4 Unspezifische Gewalt	25
3.1.5.5 Narben	26
3.1.5.6 Frakturen	27
3.1.5.7 Intrakranielle Befunde	27
3.1.5.8 Schädelfrakturen	28
3.1.5.9 Würgemale bei dem Opfer	28
3.1.5.10 Bewusstlosigkeit des Opfers bei der Tat	29
3.1.5.11 Mehrzeitigkeit der Misshandlung	29
3.1.5.12 Beurteilung des Gutachters	29
<b>3.2 Frauen</b>	<b>31</b>
3.2.1 Ort der Untersuchung	31
3.2.2 Datum der Untersuchung	31
3.2.3 Uhrzeit der Untersuchung	32
3.2.4 Auftraggeber des Gutachtens	33
3.2.5 Tatvorwurf	34

3.2.6 Personenbezogene Daten zum Opfers	34
3.2.6.1 Alter des Opfers	34
3.2.6.2 Nationalität des Opfers	35
3.2.6.3 Beruf des Opfers	35
3.2.6.4 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers	35
3.2.6.5 Aufenthalt des Opfers außerhalb von Zuhause	36
3.2.7 Personenbezogene Daten zum Täters	37
3.2.7.1 Geschlecht des Täters	37
3.2.7.2 Alter des Täters	37
3.2.7.3 Nationalität des Täters	38
3.2.7.4 Beruf des Täters	38
3.2.8 Daten zum Misshandlungsgeschehen	38
3.2.8.1 Verhältnis des Täters zum Opfer	38
3.2.8.2 Ort des Geschehens	39
3.2.8.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters	40
3.2.8.4 Alkohol-/Drogeneinfluss des Opfers	40
3.2.8.5 Art der Misshandlung	40
3.2.9 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung	41
3.2.9.1 Gynäkologische Befunde bei der Untersuchung	41
3.2.9.2 Stumpfe Gewalt	41
3.2.9.3 Scharfe Gewalt	43
3.2.9.4 Unspezifische Gewalt	43
3.2.9.5 Narben	44
3.2.9.6 Frakturen	45
3.2.9.7 Intrakranielle Befunde	45
3.2.9.8 Schädelfrakturen	46
3.2.9.9 Würgemale bei dem Opfer	46
3.2.9.10 Bewusstlosigkeit des Opfers bei der Tat	47
3.2.9.11 Beurteilung des Gutachters	47



4.1.5.5	Intrakranielle Befunde	63
4.1.5.6	Schädelfrakturen	64
4.1.5.7	Andere Frakturen	65
4.1.5.8	Würgemale bei dem Opfer	66
4.1.5.9	Bewusstlosigkeit des Opfers	66
4.1.5.10	Mehrzeitigkeit der Misshandlung	66
4.1.5.11	Beurteilung des Gutachters	67
<b>4.2</b>	<b>Frauen</b>	68
4.2.1	Daten zu den Umständen der Untersuchung	68
4.2.1.1	Ort der Untersuchung	68
4.2.1.2	Datum und Uhrzeit der Untersuchung	68
4.2.1.3	Auftraggeber der Untersuchung	69
4.2.1.4	Tatvorwurf	69
4.2.2	Personenbezogene Daten zum Opfer	69
4.2.2.1	Alter des Opfers	69
4.2.2.2	Nationalität des Opfers	70
4.2.2.3	Beruf des Opfers	70
4.2.2.4	Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers	71
4.2.2.5	Aufenthalt außerhalb von Zuhause	71
4.2.3	Personenbezogene Daten zum Täters	72
4.2.3.1	Geschlecht des Täters	72
4.2.3.2	Alter des Täters	72
4.2.3.3	Nationalität des Täters	73
4.2.3.4	Beruf des Täters	73
4.2.3.5	Vorstrafen des Täters	73
4.2.4	Daten zum Misshandlungsgeschehen	74
4.2.4.1	Verhältnis des Opfers zum Täter	74
4.2.4.2	Ort der Misshandlung	75
4.2.4.3	Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters/ Opfers	75
4.2.4.4	Art der Misshandlung	76
4.2.5	Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung	76

4.2.5.1 Stumpfe Gewalt	76
4.2.5.2 Scharfe Gewalt	78
4.2.5.3 Intrakranielle Befunde	78
4.2.5.4 Frakturen	78
4.2.5.5 Sexuelle Gewalt	79
4.2.5.6 Würgemale bei dem Opfer	80
4.2.5.7 Bewusstlosigkeit des Opfers	81
4.2.5.8 Beurteilung des Gutachters	81
<b>5. Zusammenfassung</b>	82
<b>6. Abbildungsverzeichnis</b>	84
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	86
<b>8. Anhang</b>	I
<b>8.1 Ergänzende Daten zu Kinder und Jugendlichen</b>	I
8.1.1 Anzahl der Untersuchungen in den jeweiligen Jahren von Kindern und Jugendlichen	I
8.1.2 Abstrichnahme bei dem Opfer	IV
8.1.3 Fotodokumentation der Befunde	IV
<b>8.2 Ergänzende Daten zu Frauen</b>	V
8.2.1 Anzahl der Untersuchungen in den jeweiligen Jahren von Frauen	V
8.2.2 Abstrichnahme beim Opfer	VII
8.2.3 Fotodokumentation der Befunde	VII
<b>9. Danksagungen</b>	95
<b>10. Lebenslauf</b>	96

# 1. Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Angesichts der hohen Prävalenz von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung wurden Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Frauen aus den Jahren 2006 bis 2013 des Instituts für Rechtsmedizin in Münster ausgewertet. Das Ziel dieser Arbeit ist eine Erstellung einer Gesamtübersicht der vorstelligen Opfer und ein Vergleich mit aktuellen Studien. Dabei stehen die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung, somit die Verletzungsmuster der Opfer, im Fokus. Zudem wurden die Umstände der Untersuchung, die Daten zu den Opfern und Täter und die Umstände der Misshandlung analysiert. Es soll angesichts der neu eingerichteten Gewaltopferambulanz im Institut für Rechtsmedizin beurteilt werden, inwieweit diese in Anspruch genommen wird.

Die Weltgesundheitsorganisation machte darauf aufmerksam, dass Gewalt einer der größten gesundheitlichen Risikofaktoren ist (Weltgesundheitsorganisation 2003). Das zeigt sich darin, dass die Behandlung von Patienten mit Gewalterfahrungen 1,6 bis 2,3 mal so viel kostet wie von Patienten mit ähnlichen Begleiterkrankungen. Häufige Vorstellungsgründe sind „psychosomatische Beschwerden, Essstörungen oder funktionelle Störungen im Unterbauch (Schmerz, Darmprobleme, Dysmenorrhö) oder in der Brust-/Halsregion“. Posttraumatische Belastungsstörungen finden sich bei ca. 25 % der Frauen mit Gewalterfahrungen (Seifert et al. 2006b).

Das Untersuchungskollektiv meiner Arbeit sind Frauen und Kinder bzw. Jugendliche, die auf verschiedene Art Gewalt erfahren haben. Die beiden Opfergruppen hängen auf wichtige Weise zusammen, speziell bei häuslicher Gewalt.

Wetzels (1997) stellte fest, dass bei Gewalt gegen Frauen in der Partnerbeziehung die betroffenen Mütter wiederum häufiger Gewalt gegen ihre Kinder anwenden. Ebenso spielen die Kindheitserfahrungen eine Rolle in der Kindesmisshandlung: „Für die aktive physische elterliche Erziehungsgewalt ist dabei die Erfahrung als Kind selbst Opfer elterlicher physischer Erziehungsgewalt gewesen zu sein, offenbar besonders bedeutsam“ (Wetzels 1997).

„Wenn Kindesmisshandlung durch den Vater stattfindet, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch die Mutter Gewalt durch diesen Mann erleidet“ (Kavemann 2002).

Frauen, die bereits in Kindheit und Jugend Gewalt erlebt haben, sind „zwei- bis dreimal häufiger als nicht davon betroffene Frauen später Opfer von Gewalt in Partnerbeziehungen“.

Vor allem erleiden diese Frauen vergleichsweise häufiger schwere Misshandlungen. Die Frauen leiden häufiger an gesundheitlichen und psychischen Folgen und können oftmals in einer Partnerbeziehung schwer Grenzen ziehen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2012).

## **1.2 Die Definition des Begriffs „Gewalt“**

Die WHO definiert Gewalt im Sinne des englischen Wortes „Violence“ in ihrem „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ (2003) folgendermaßen: „Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (Weltgesundheitsorganisation 2003). Der deutsche Begriff „Gewalt“ stammt vom altdeutschen Verb „waltan“ ab und beschreibt im Deutschen auch die Ausübung von Herrschaft und die verschiedenen Staatsgewalten (Mertens und Pankofer 2011, Lamnek et al. 2012).

Häusliche Gewalt wiederum bezeichnet „physische und psychische Traumatisierungen im Nahbereich, und zwar in der Regel zwischen Erwachsenen, die in einer intimen Partnerbeziehung zueinander stehen oder standen. Dazu gehört physische, psychische, sexualisierte, soziale und ökonomische Gewalt. In der Rechtsmedizin spielt vor allem die physische Gewalt eine Rolle, da sie durch äußere Verletzungen sichtbar ist“ (Madea et al. 2012). Gerlach schreibt dazu: „Häusliche Gewalt' liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung psychische, physische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen. Die Täter nutzen hierbei ein existierendes Machtgefälle gegenüber den Opfern oder etablieren ein solches, um es anschließend auszunutzen. Häusliche Gewalt ist in der Regel kein einmaliges Ereignis“ (Gerlach 2013).

In den 60er Jahren kam mit der Frauenbewegung die Thematisierung der häuslichen Gewalt auf, es wurde die „geschlechtsspezifische Ungleichheit patriarchalischer Gesellschaftsordnungen und die Ausübung von (körperlichem) Zwang zur Aufrechterhaltung dieser Ungleichheit“ kritisiert. Auch die Wissenschaft beschäftigte sich zunehmend mit dem Thema und leitete Forschungen ein. 1972 wurde das erste Frauenhaus in London eingerichtet, viele weitere folgten weltweit (Lamnek et al. 2012).

In Deutschland gibt es mittlerweile 353 Frauenhäuser und es wird geschätzt, dass ca. 15.000 bis 17.000 Frauen im Jahr dort Schutz suchen. Dabei bleiben immer noch ca. 9.000 Frauen, die keinen Platz in einem Frauenhaus finden (Osterloh 2012).

### 1.3 Geschichte und Definition von Kindesmisshandlung

Historisch gesehen dauerte es lange bis das Thema Kindesmisshandlung auf Aufmerksamkeit stieß. In dem Aufsatz „Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants“ (Rechtsmedizinische Untersuchung über Grausamkeiten und Misshandlungen an Kindern) von Auguste Ambroise Tardieu aus dem Jahre 1860 wurden Fälle von Kindesmisshandlung und auch nicht-akzidentelle Schädel-Hirn-Traumata erstmals beschrieben (Tardieu 1860). Die Ärzte erachteten das Thema „Kindesmisshandlung“ zu dem Zeitpunkt noch als soziales Problem, sodass Tardieus Appell zum Handeln vonseiten der Ärzten unerhört blieb (Matschke 2008, Roche et al. 2005).

Im Jahre 1874 stellte der Fall des amerikanischen Kindes Mary Ellen, das von seiner Stiefmutter körperlich schwerst misshandelt wurde, einen Wendepunkt in der Kinderschutzbewegung dar. Es folgte die Gründung der „New York Society for Prevention of Cruelty to Children“ (Franke et al. 2004, Herrmann et al. 2010). In Berlin entstand 1898 aus einem Zusammenschluss verschiedener Initiativen der „Verein zum Schutze der Kinder vor Ausnutzung und Misshandlung“. Dieser schloss sich mit weiteren Kinderschutzvereinen aus anderen Städten 1910 zum „Deutschen Kinderschutzverband“ zusammen, der sich zunächst vor allem gegen die Kinderarbeit einsetzte und später auch versuchte Eltern alternative Erziehungsmethoden zu vermitteln. Nach der Auflösung des Verbandes durch die Nationalsozialisten wurde 1953 der „Deutsche Kinderschutzbund“ als eine „primär staatliche Initiative“ neu gegründet (Kröner 2008).

In der Medizin wurde das Thema erst durch die Beschreibung des „Battered Child Syndrome“ des Pädiaters Dr. Henry Kempe im Jahre 1962 zunehmend wahrgenommen (Matschke 2008, Banaschak und Madea 2007). Kempe et al. schreiben im „Journal Of The American Medical Association“ zu Kindesmisshandlung folgendes: „The Battered Child syndrome is a clinical condition in young children who have received serious physical abuse, is a frequent cause of permanent injury or death. [...] Physicians have a duty and responsibility to the child to require a full evaluation of the problem and to guarantee that no expected repetition of traumas will be permitted to occur“ (Kempe et al. 1962).

1968 erschien das Buch „The Battered Child“ von Ray E. Helfer und C. Henry Kempe (Helfer und Kempe 1968), welches „als Standardwerk auf dem Gebiet der physischen Kindesmisshandlung gelten“ kann (Jacobi 2008).

„Jahrhundertlang, bis in die heutige Zeit, sind übermäßige Züchtigungen und Misshandlungen von Kindern dadurch gerechtfertigt worden, dass strenge körperliche Bestrafung für erforderlich

angesehen wurde, um Disziplin aufrecht zu erhalten, erzieherische Werte zu vermitteln, Göttern wohlgefällig zu sein oder böse Geister zu vertreiben” (Trube-Becker 1987). In Schulen war es in der BRD bis 1973, in Bayern bis 1980, erlaubt und verbreitet, dass Kinder von Lehrern durch Ohrfeigen oder mit Instrumenten (Stöcke und Peitschen) bestraft wurden (Herrmann 2010). Die körperliche Züchtigung von Kindern durch die Eltern wurde erst 2000 gesetzlich verboten (Kröner 2008).

Der Deutsche Bundestag definiert Kindesmisshandlung als „nicht unfallbedingte körperliche oder seelische Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen durch einen Elternteil oder eine Betreuungsperson“. Folgende Faktoren können ein Anzeichen für eine Kindesmisshandlung sein: „Körperliche Schäden und Verletzungsfolgen, Gedeih- und Wachstumsstörungen, intellektuelle Beeinträchtigungen, emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie eine langfristige Beeinträchtigung der Persönlichkeit“ (Drucksache 10/5460 des Deutschen Bundestags 1986).

Der schweizerische Pädiater Lips (2002) fasst unter Kindesmisshandlung folgendes: Körperliche Misshandlung, Sexuelle Ausbeutung, Psychische Misshandlung, Vernachlässigung, Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom. In dieser Arbeit liegt der Fokus vor allem auf der körperlichen und sexuellen Gewalt (Lips 2002).

Heute gibt es in Deutschland außerdem viele eigenständige Organisationen, die sich mit dem Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auseinandersetzen (Kröner 2008). Anders als in den USA, wo es seit 1974 ein Pflichtmeldesystem gibt, besteht in Deutschland keine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Dies liegt unter anderem an „Deutschlands relativ kurz zurückliegenden Erfahrungen mit zwei totalitären Regimen“ und die resultierende Vorsicht gegenüber zentralen Registrierungen und falscher Verdachtsäußerungen. Dafür soll der Schwerpunkt auf der Prävention liegen und der frühzeitigen Intervention in Zusammenarbeit mit den Familien (Herrmann 2010).

#### **1.4 Das Schütteltrauma als Form von Kindesmisshandlung**

Das „whiplash shaken infant syndrome“ wurde 1972 von dem Kinderradiologen John Caffey beschrieben: „The essential elements [...] include intracranial and intraocular hemorrhages, in the absence of signs of external trauma to the head or fractures of the calvaria” (Caffey 1974). Der englische Begriff „whiplash“, zu deutsch Peitschenschnur, weist auf den pathologischen Mechanismus hin, bei dem das Kind heftig hin- und hergeschüttelt wird (Lips 2002, Jacobi 2008). Trifft der Kopf des Säuglings beim Schütteln zugleich auf einen harten Gegenstand, wird dies als „shaken impact syndrome“ bezeichnet (Lips 2002).

„Als 'diagnostische Trias' für das Schütteltrauma-Syndrom bezeichnet man das gleichzeitige Vorliegen von subduralen Blutungen, Hinweiszeichen für eine diffuse Hirnschädigung (Enzephalopathie) und Netzhautblutungen. Säuglinge sind aus verschiedenen Gründen besonders gefährdet, durch Schütteln geschädigt zu werden. Der Kopf ist im Verhältnis zum Körper relativ groß und schwer und kann von der Nacken- und Halsmuskulatur noch nicht sicher gehalten werden“ (Sperhake und Matschke 2013).

Lips (2002) sieht das Schütteln des Menschen als Ausdruck von Ärger und Aggression bei Überforderung mit dem Kind, weswegen er gute Aufklärung von jungen Eltern und das Vermitteln alternativer Verhaltensmuster für wichtig erachtet (Lips 2002).

Die Prognose zeichnet sich folgendermaßen aus: ca. 25 % der Kinder versterben innerhalb von Tagen bis Wochen nach dem Schütteltrauma (Lips 2002). Die überlebenden Kinder leiden zu einem großen Teil (ca. 75 %) an Folgen wie körperliche und geistige Behinderungen, Sehbehinderungen, epileptische Anfälle und spastische Lähmungen (Lips 2002, Jacobi et al. 2010).

### **1.5 Die Definition des Begriffs „Sexueller Missbrauch“**

Laut Drucksache des Deutschen Bundestags (17/4265) von 2010 „gibt es keine allgemein akzeptierte und gültige Definition sexuellen Kindesmissbrauchs“. Im Strafrecht fasst man unter sexuellem Missbrauch Handlungen, die die „sexuelle Selbstbestimmung eines Menschen verletzen“, zusammen (Drucksache 17/4265 des Deutschen Bundestages 2010).

Trube-Becker schreibt dazu: „Zum sexuellen Missbrauch gehört nicht nur der vollendete Geschlechtsverkehr, sondern jede sexuell motivierte Handlung, die das Kind zu einem Sexualobjekt degradiert und ihm vermittelt, dass es nicht als Mensch geliebt und geachtet wird“ (Trube-Becker 1992). Aus medizinischer Sicht kann „die sexuelle Misshandlung eines Kindes [...] zu penetrierenden Verletzungen der Vagina, des Anus, der Mundschleimhaut und/oder des Oropharynx führen“ (Oesch und Zachariou 2008). Beweisende Befunde sind ein Nachweis von Spermien, Schwangerschaft, frische anogenitale Verletzungen ohne adäquate alternative Unfallangaben und sexuell übertragene Infektionskrankheiten (Madea et al. 2012).

### **1.6 Die Definitionen der Begriffe „Vergewaltigung“ und „sexuelle Nötigung“**

Im Duden findet man die folgende Definition zu Vergewaltigung: „Die Nötigung zum Beischlaf oder zu ähnlichen sexuellen Handlungen, die das Opfer besonders erniedrigen, wobei diese mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung

einer Lage, in der das Opfer dem Täter schutzlos ausgeliefert ist, erfolgen kann“ (Duden Recht 2010 zum Schlagwort „Vergewaltigung“).

Der Deutsche Bundestag hat 1997 den § 177 des StGB zu Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung erlassen, der besagt: „wer eine andere Person mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzen einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt, sexuelle Handlungen 1. des Täters oder 2. einer dritten Person an sich zu dulden oder an 3. dem Täter oder 4. einer dritten Person vorzunehmen, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft“. Als besonders schwerer Fall werden Handlungen gesehen, „wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung“. Seitdem gehört Vergewaltigung in der Ehe auch zum Strafbestand (Drucksache 13/7324 des Deutschen Bundestags 1997).

Eine Vergewaltigung „ist eine Dominanzgebärde mit dem Ziel der Unterwerfung des Opfers und der Durchsetzung sexueller Interessen“ und berge ein hohes Risiko für eine Traumatisierung (Heynen 2002).

## **1.7 Die Rolle der Ärzteschaft und der Rechtsmedizin/Gewaltopferambulanz**

In Deutschland gibt es keine Meldepflicht vonseiten des Arztes bei Kindern mit Anzeichen von Misshandlung. Allerdings hat der Arzt eine Garantenstellung, „das heißt, Ärzte haben eine höhere Verpflichtung, aktiv der Kindeswohlgefährdung entgegenzutreten als ein Laie“ (Jacobi et al. 2010). Bei nicht erfolgreicher Krisenintervention kann der Arzt seine ärztliche Schweigepflicht wegen des rechtfertigenden Notstands brechen und sich dazu entscheiden eine Strafanzeige zu stellen (Jacobi et al. 2010, Wegener und Zack 2012).

Für niedergelassene Ärzte gibt es gerichtsfeste Dokumentationsbögen, die in verschiedenen Versionen je nach Art der Gewalt (Häusliche Gewalt, Sexualisierte Gewalt und Kindesmisshandlung) im Internet abrufbar sind. Es sollen „zur Schilderung des Geschehens nur die zentralen Informationen notiert [...] und der Schwerpunkt auf eine präzise und umfassende Befundung gelegt werden“. Zudem soll der Arzt die Befunde nicht beurteilen, sondern nur „genaue und objektive Beschreibungen mit Angabe von Lokalisation und Größenverhältnissen“ liefern (Hahn und Blättner 2013).

Die Rechtsmedizin wiederum hat eine Sonderstellung als Disziplin zwischen Justiz und Gesundheitswesen (Seifert et al. 2006b). Die Aufgabe liegt hier nicht in der Behandlung der Gewaltopfer, sondern in der „beschreibenden und fotografischen beweissichernden Dokumentation der Verletzungsbefunde“. Daraufhin sollen die Befunde hinsichtlich ihrer Plausibilität bezüglich

der Hergangsschilderung überprüft werden. Es wird ein abschließendes Gutachten erstellt, in dem auch die diagnostische Ergebnisse anderer Ärzte mitberücksichtigt werden (Erfurt und Schmidt 2012).

In Deutschland gibt es derzeit an 29 Instituten für Rechtsmedizin Gewaltopferambulanzen (Berufsverband Rechtsmedizin, persönliche Mitteilung, unveröffentlichte Daten). In Münster besteht diese seit 2009 und jährlich suchen ca. 10 bis 15 Opfer die Ambulanz auf. Dieses Angebot ermöglicht es, dass Opfer, meist im Rahmen häuslicher Gewalt, sich von Rechtsmedizinern untersuchen und die Befunde dokumentieren lassen können ohne Strafanzeige zu erstatten. Kommt es zu einem Strafverfahren, können die Befundberichte vom Gericht eingesehen werden. Die Ambulanz wird durch Spenden finanziert.

## **1.8 Epidemiologie von Gewalt**

### **1.8.1 Kinder und Jugendliche**

Betrachtet man die Statistiken des Bundeskriminalamt (BKA) sind 3.450 Fälle der Misshandlung von Kindern im Jahre 2012 angezeigt worden. Im Vorjahr waren es 3.583 Fälle, was eine Senkung der Fälle um 3,7 % bedeutet. Insgesamt gab es 4.565 Anzeigen wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen, dazu gehören Kinder, Jugendliche, aber auch wehrlose Personen (Bundeskriminalamt (2013): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) von 2012).

Es wurden 12.623 Fälle gemeldet, in denen Kinder Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden sind. Damit lässt sich ein Anstieg von 1,4 % im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen. In der Statistik ist dazu angemerkt, dass „in diesem Deliktsbereich [...] nach wie vor von einem hohen Dunkelfeld ausgegangen werden“ muss. 490 Anzeigen gab es zu sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen zwischen 14 und 17 Jahren (Bundeskriminalamt 2013).

2003 untersuchte UNICEF in einer Studie Kindestote durch Misshandlung in Industrienationen und fand heraus, dass in Deutschland pro Woche mindestens zwei Kinder an Misshandlung und seinen Folgen sterben (UNICEF 2003). Besonders gefährdet sind Säuglinge: „Im Zeitraum von 2002 bis 2011 gingen bei Säuglingen mehr als ein Drittel aller tödlichen Verletzungen auf Gewalthandlungen zurück“ (Ellsäßer 2014).

Mertens und Pankofer weisen darauf hin, dass durch die komplexe Definition von Kindesmisshandlung eine große Dunkelziffer von Fällen nicht in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst ist (Mertens und Pankofer 2011). „Über die Häufigkeit von Kindesmisshandlungen kann man für die Bundesrepublik Deutschland keine verlässlichen

Aussagen machen, weil hier keine Meldepflicht besteht“ (Engfer 2005). Die Kriminalstatistik sei „sehr selektiv und wenig aussagekräftig“ (Engfer 2005).

In einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen von 2011 stellte sich heraus, dass 6,7 % der weiblichen Befragten unter 16 Jahren einen sexuellen Missbrauch erlebt haben. Verglichen mit einer Befragung von 1992 zeigte sich, dass damals 9,6 % der Frauen von einem sexuellen Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr berichteten. Der Rückgang der Fallzahlen führten Stadler et al. auf die Enttabuisierung des Themas und auf die verbesserte präventive Maßnahmen zurück. Durch die erhöhte Anzeigebereitschaft würden die Zahlen in der Polizeilichen Kriminalstatistik weiterhin hoch bleiben (Stadler et al. 2012).

Der deutsche Pädiater Jacobi geht von 157.000 misshandelten Kindern in Deutschland pro Jahr aus. Die Statistik des Bundeskriminalamtes zeige laut Jacobi lediglich einen Trend an. Er entgegnet diesbezüglich: „die Frage, wie häufig Kindesmisshandlungen sind, entscheidet sich zunächst an der Qualität der Ausbildung und dann später an den Erfahrungen der Ärzte, insbesondere der Pädiater. Von Ärzten wird die endgültige Diagnose gestellt und nicht von Eltern oder Juristen, nur selten von Sozialarbeitern, Lehrern, Erzieherinnen oder Angehörigen der Polizei“ (Jacobi 2008).

Lamnek et al. (2012) nennen verschiedene Gründe, warum weiterhin von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden müsste. Gewalt in einem sehr engen sozialen Nahraum werde selten zur Anzeige gebracht. Kleine Kinder seien noch nicht in der Lage sich auszudrücken, während bei älteren Kindern, vor allem bei Jungen, die Scham groß sei. Die höheren Schichten seien einer geringeren sozialen Kontrolle ausgesetzt, weswegen Misshandlungsfälle seltener bekannt werden (Lamnek et al. 2012).

## **1.8.2 Frauen**

Zur Gewalt gegenüber Frauen lässt sich feststellen, dass es im Jahre 2012 laut Kriminalstatistik 212.261 Fälle von Körperverletzung und 10.880 Meldungen zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung gab. Davon handelt es sich in 6.462 Fällen (vollendet) bzw. in 7.752 insgesamt vollendeten und versuchten Fällen um Vergewaltigung und sexuelle Nötigung. Im Vergleich zu 2011 (insgesamt 7.221 Fälle, 6.057 vollendet) ergibt sich eine Steigerung um 6,7 % (Bundeskriminalamt 2013).

Die Studie der FRA-Agentur der Europäischen Union für Grundrechte hat 2012 42.000 Frauen aus den EU-Mitgliedsstaaten zu ihren Gewalterfahrungen befragt. Dabei zeigte sich, dass „jede dritte Frau [...] seit dem Alter von 15 Jahren eine Form des körperlichen und/ oder sexuellen

Übergriffs erlebt“ hat. Zudem wurde festgestellt, dass „jede zehnte Frau [...] seit ihrem 15. Lebensjahr irgendeine Form der sexuellen Gewalt erfahren und jede zwanzigste Frau ist, seit sie 15 war, vergewaltigt worden“. Explizit für Deutschland ergab sich bei der Umfrage, dass 35 % aller Frauen seit dem 15. Lebensjahr körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren (FRA-Agentur der Europäischen Union 2014).

Ähnliche Ergebnisse ergab auch die Befragung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahre 2003. Sie zeigte, dass „40 % der befragten Frauen [...] körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides seit dem 16. Lebensjahr erlebt“ haben. Körperliche Gewalt haben 37 % aller Befragten erlebt. „13 % der befragten Frauen, also fast jede siebte Frau, gaben an, seit dem 16. Lebensjahr Formen von sexueller Gewalt erlebt zu haben“. Des weiteren stellt sich dar, dass die „für Deutschland erfassten Werte im internationalen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich liegen“ (BMFSFJ 2013b).

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Material**

In dieser Arbeit wurden Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin aus dem Zeitfenster von 2006 bis 2013 ausgewertet, in denen eine klinisch-forensische Untersuchung an minderjährigen und an weiblichen erwachsenen Gewaltopfern dokumentiert wurde. Insgesamt konnten 358 Untersuchungen von Kindern selektiert werden, bei den Frauen waren es 259 Untersuchungen. Es wurde zur Auswertung ein Datenerhebungsbogen erstellt, der sich zum Teil auf Bartholls Bogen (Bartholl 2009) stützt um einen anschließenden Vergleich zu ermöglichen. Der Datenerhebungsbogen wurde entsprechend des Untersuchungsgutes etwas angepasst, bei Kindern ergaben sich etwas andere Daten als bei Frauen. Nicht alle Untersuchungen konnten nach diesem Schema ausgewertet werden, da die Gutachten stark in ihrer Ausführung variierten. Bei der retrospektiven Analyse wurden insbesondere die Verletzungsmuster der Opfer betrachtet. Angesichts der Tatsache, dass über 90 % der Opfer von häuslicher Gewalt Frauen sind, wurde auf eine Auswertung der Gutachten männlicher Opfer verzichtet.

Die statistisch-deskriptive Auswertung der Daten und Verfassung der Arbeit erfolgte mit OpenOffice (2010).

### **2.2 Datenerhebungsbogen**

Zu jedem Gutachten wurden folgende Daten erhoben:

#### **Daten zu den Umständen der Untersuchung**

Ort der Untersuchung

Datum der Untersuchung

Uhrzeit der Untersuchung

Auftraggeber der Untersuchung

Tatvorwurf

### **Personenbezogene Daten zum Opfer**

Geschlecht des Opfers (bei Kindern)

Alter des Opfers

Nationalität des Opfers

Stand in der Familie (Kinder)

Beruf des Opfers (Frauen)

körperliche Behinderung des Opfers

geistige Behinderung des Opfers

psychiatrische Erkrankung des Opfers

Aufenthalt außerhalb von Zuhause

### **Personenbezogene Daten zum Täters**

Geschlecht des Täters

Alter des Täters

Nationalität des Täters

Beruf des Täters

Vorstrafen des Täters

### **Daten zum Misshandlungsgeschehen**

Verhältnis des Opfers zum Täter

Ort der Misshandlung

Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters

Alkohol-/Drogeneinfluss des Opfers

Art der Misshandlung

Schutzbehauptung (Kinder)

### **Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung**

Körperliche Befunde und deren Lokalisation

Würgemale bei dem Opfer

Bewusstlosigkeit des Opfers

Abstrichnahme bei dem Opfer

Mehrzeitigkeit der Misshandlung

Fotodokumentation der Befunde

Beurteilung des Gutachters

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Kinder und Jugendliche

##### 3.1.1 Daten zu den Umständen der Untersuchung

###### 3.1.1.1 Ort der Untersuchungen

In den meisten Fällen (146; 40,7 %) fanden die Untersuchungen der 352 Opfer in auswärtigen Krankenhäusern statt, davon 38,0 % (137) auf Normalstationen und 2,5 % (9) auf Intensivstationen. Im Institut für Rechtsmedizin wurden 89 (24,9 %) Untersuchungen durchgeführt. 20,7 % (74) der Untersuchungen waren im Universitätsklinikum Münster, davon 17 (4,8 %) auf Normalstationen, 9 (2,5 %) auf Intensivstationen und 48 (13,4 %) in der Gynäkologie. In 12 Fällen (3,3 %) wurde als Ort der Untersuchung eine Polizeistation genannt. In diversen Einrichtungen des Jugendschutzes fanden 12 Untersuchungen (3,4 %) und im Kinderheim 5 (1,4 %) statt. 7 (2,0 %) Untersuchungen erfolgten in Privathaushalten. Unter „sonstige Orte“ gehören die Caritas (1), die Schule (1), der Kindergarten (1), niedergelassene Ärzte (2) und Herford (2, nicht näher bezeichnet) (Abb. 1). In drei Gutachten wurden keine Angaben zum Ort gemacht.

21 Untersuchungen fanden im Rahmen der Gewaltopferambulanz statt. Zu diesen Untersuchungen wurden meist nur Befundberichte erstellt und in drei Fällen nachträglich ein Gutachten angefordert.

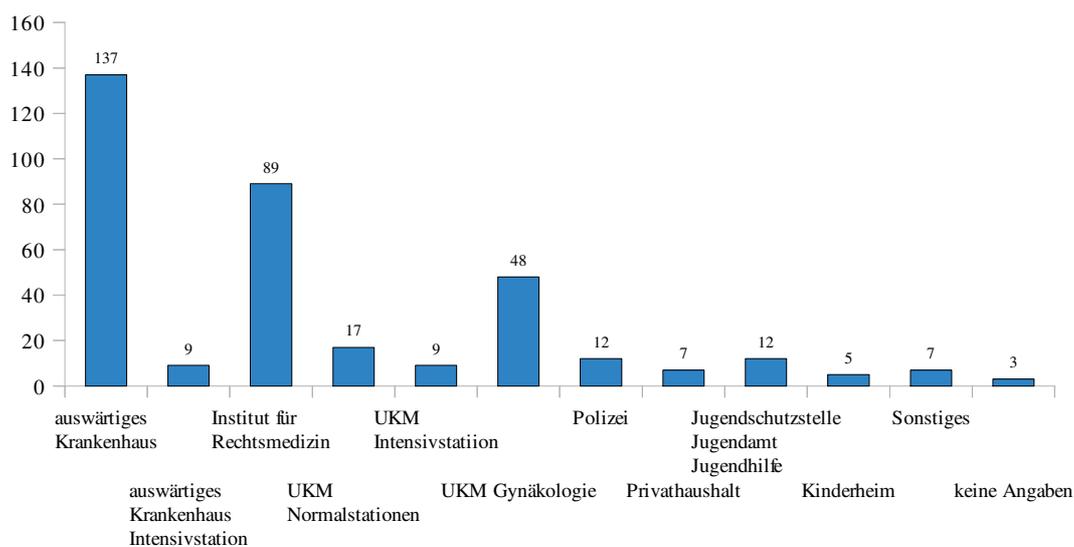


Abbildung 1: Ort der Untersuchung

### 3.1.1.2 Datum der Untersuchung

Insgesamt fanden 358 Untersuchungen in den Jahren 2006 bis 2013 statt. Sechs Opfer wurden zweimal von Rechtsmedizinern untersucht. Durchschnittlich wurden 44,25 Untersuchungen pro Jahr durchgeführt. Die meisten Untersuchungen wurden im Jahre 2009 (54) durchgeführt (siehe Anhang, Abb. 49-57). 2007 und 2008 blieb die Anzahl der Untersuchungen unter 40 (38 bzw. 31), ansonsten bewegte sie sich zwischen 41 und 51 (Abb. 2).

Bei der Monatsverteilung der Untersuchungen zeigte sich, dass im August die meisten erfolgten (45), in den restlichen Monaten schwankte die Anzahl zwischen 22 und 32 (Abb. 3).

Mit aufgeführt sind zwei Untersuchungen von Dezember 2005, deren Gutachten erst 2006 erstellt wurden.

Keine Angaben zum Datum gab es in vier Gutachten.

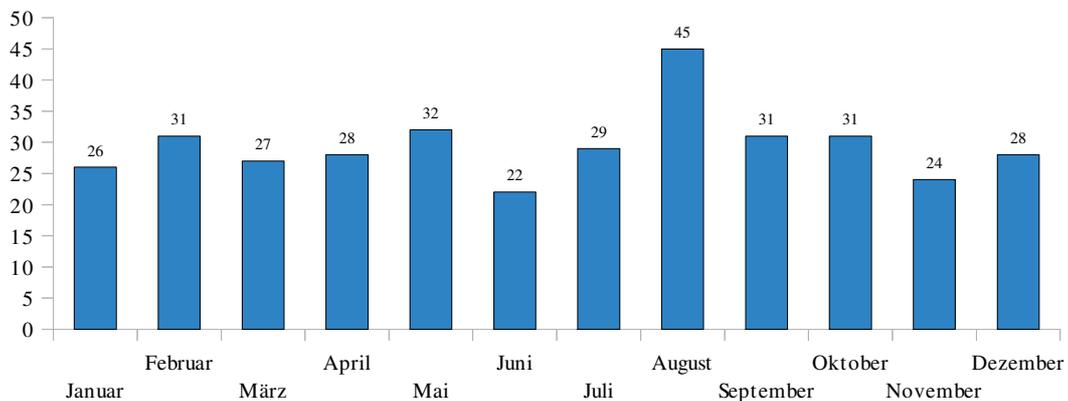


Abbildung 2: Anzahl der Untersuchungen pro Monat

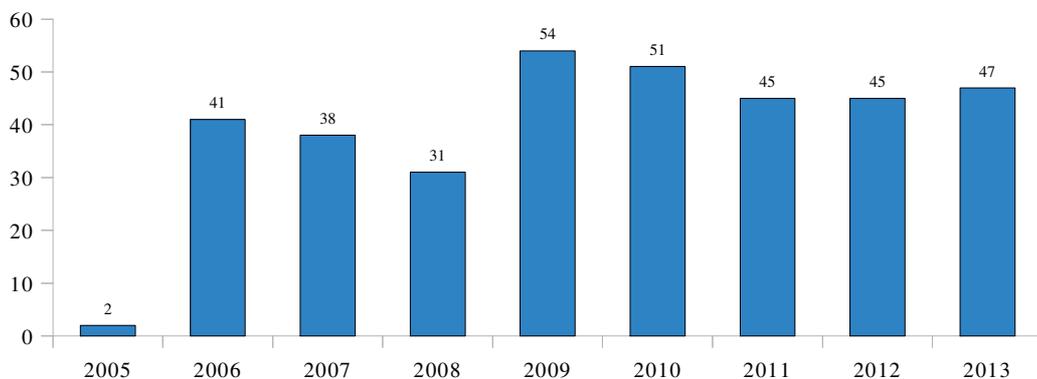


Abbildung 3: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr

### 3.1.1.3 Uhrzeit der Untersuchung

Die meisten Untersuchungen (89 Fälle, 24,9 %) fanden zwischen 14 und 16 Uhr statt. Zwischen 8 und 16 Uhr erfolgten insgesamt 189 Untersuchungen (52,8 %). Genauere Angaben zur Uhrzeit fehlten in 87 Fällen (24,3 %) (Abb. 4).

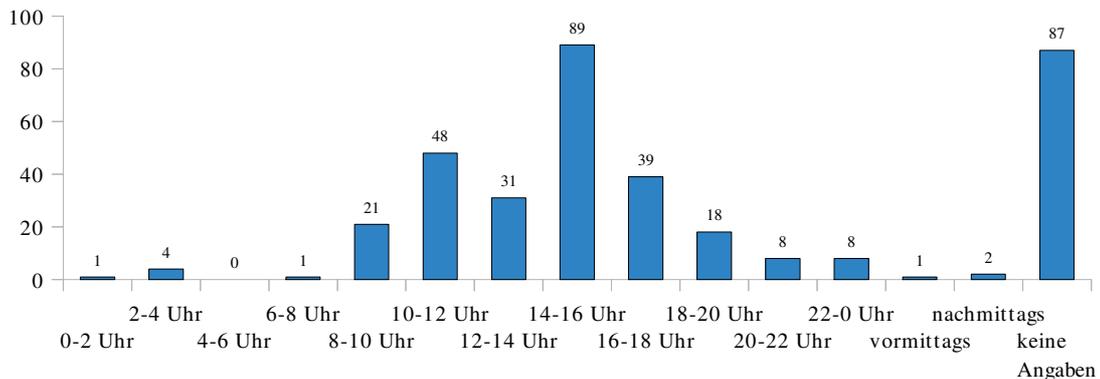


Abbildung 4: Uhrzeit der Untersuchung

### 3.1.1.4 Auftraggeber des Gutachtens

Es zeigte sich, dass der häufigste Auftraggeber der Gutachten die Polizei war (184 Fälle, 51,4 %). Das Jugendamt beauftragte die Anfertigung eines Gutachtens in 110 Fällen (30,7 %). Von der Staatsanwaltschaft wurden 17 (4,7 %) und vom Gericht 11 (3,1 %) der Gutachten angefordert. In 14 Fällen (3,9 %) waren Ärzte eines Krankenhauses der Auftraggeber, davon in zwei Fällen im Rahmen der Gewaltopferambulanz. Das Opfer bzw. die Mutter des Opfers haben in 10 Fällen (2,8 %) die Untersuchung veranlasst, acht Untersuchungen fanden in der Gewaltopferambulanz statt. Sonstige Auftraggeber waren der Sozialdienst (5), ein Heim (1), das Frauen-/Kind-Haus (3), ein niedergelassener Arzt (1), der Landrat (2).

Das Angebot der Gewaltopferambulanz nahmen die Polizei in vier Fällen, das Jugendamt in fünf Fällen in Anspruch (Abb. 5).

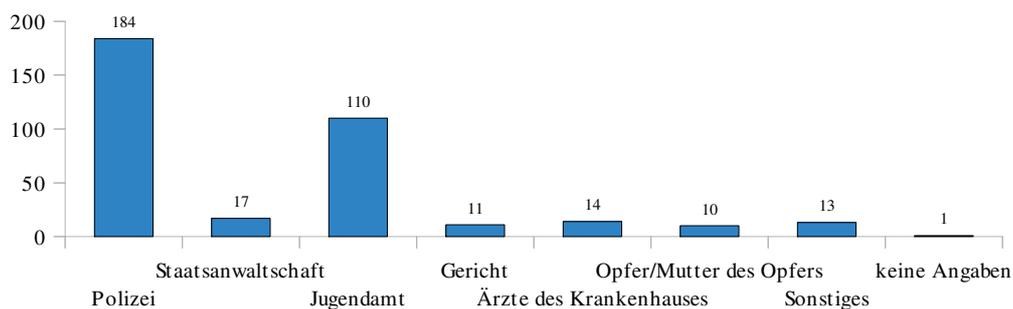


Abbildung 5: Auftraggeber der Untersuchung

### 3.1.1.5 Tatvorwurf

Bei 256 Untersuchungen stand die Frage nach einer Misshandlung des Kindes im Raum. Sexueller Missbrauch lautete der Tatvorwurf in 75 Fällen und Vergewaltigung bzw. sexuelle Nötigung in 27 Fällen. Sonstige Tatvorwürfe waren Vernachlässigung (3) und Würgen (2) (Abb. 6).

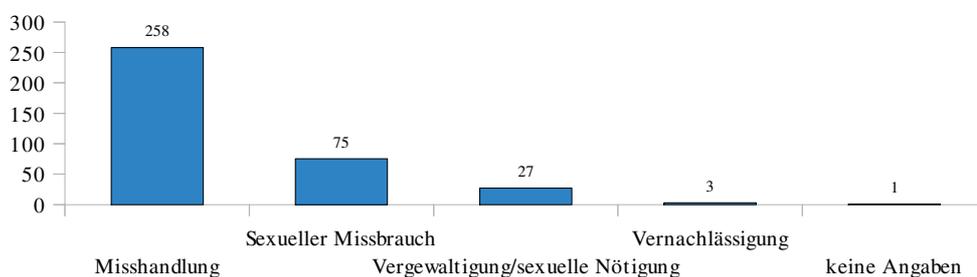


Abbildung 6: Tatvorwurf

## 3.1.2 Personenbezogene Daten zum Opfer

### 3.1.2.1 Geschlecht des Opfers

Es zeigte sich, dass 208 (59,1 %) der 352 Opfer weiblich und 144 (40,9 %) männlich waren. Von den 21 Opfern in der Gewaltopferambulanz waren 15 (71,4 %) weiblich und sechs (28,6 %) männlich (Abb. 7).

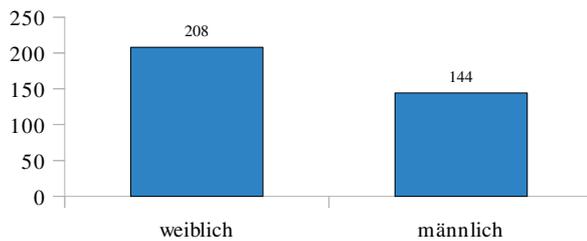


Abbildung 7: Geschlecht des Opfers

### 3.1.2.2 Alter des Opfers

Am stärksten (68 Fälle, 19,3 %) waren Kinder jünger als sechs Monate bei den Untersuchungen vertreten. In 56,0 % (197) der Fälle war ein Kleinkind unter sechs Jahren betroffen. Jugendliche Opfer zwischen 14 und 17 Jahren gab es in 15,6 % der Fälle (56) (Abb. 8).

Für die Gewaltopferambulanz ergibt sich, dass zwei der 21 untersuchten Kinder (9,5 %) unter einem Jahr alt waren. Fünf Kinder (23,8 %) waren im Alter von einem Jahr bis fünf Jahre. Im Alter von 7 bis 13 wurden acht Kinder (38,1 %) untersucht. In sechs Fällen (28,6 %) waren die Opfer Jugendliche.

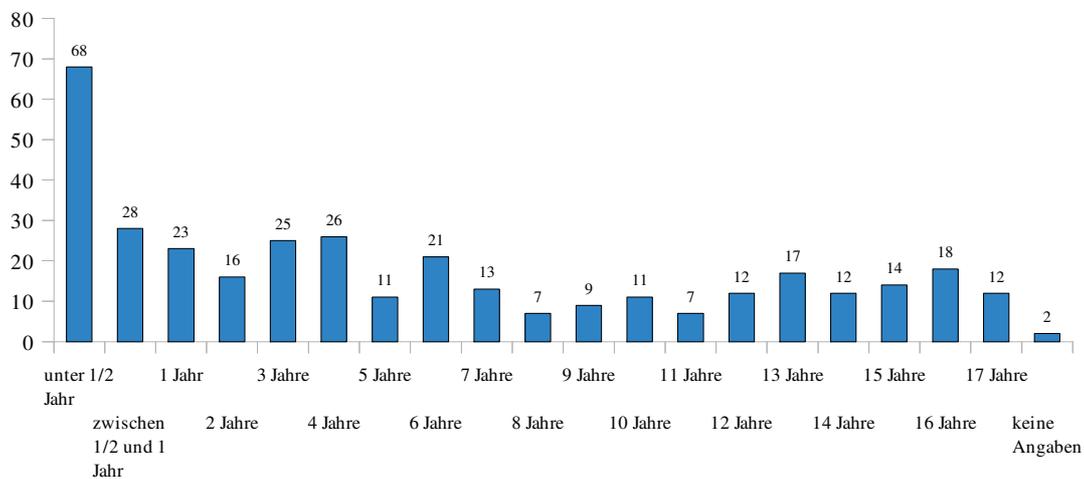


Abbildung 8: Alter des Opfers

### 3.1.2.3 Nationalität des Opfers

In 16 Fällen (4,5 %) wurde eine deutsche Staatsangehörigkeit des Opfers dokumentiert. Ein Opfer stammte aus Polen. Weitere Angaben zur Nationalität fehlten in 335 Fällen (95,2 %).

### 3.1.2.4 Stand in der Familie

In 4,8 % (17) der Fälle war das Opfer das älteste Kind, während in 10 Fällen (2,8 %) das mittlere Kind betroffen war. Am häufigsten war das jüngste Kind das Opfer (41 Fälle, 11,6 %). Einzelkind war das Opfer in vier Fällen. Unter Sonstiges wurden zweitälteste und zweitjüngste Geschwister als Opfer aufgeführt (Abb. 9). Keine Angaben gab es in 77,8 % (274 Fälle) der Gutachten.

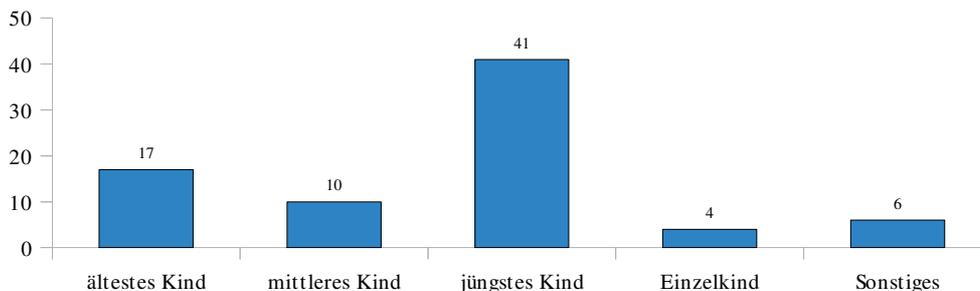


Abbildung 9: Stand des Opfers in der Geschwisterreihe

### 3.1.2.5 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers

In 16 Fällen (4,5 %) wurde eine körperliche Behinderung dokumentiert, unter anderem wurden Frühgeburtlichkeit des Kindes (3 Fälle), Organfehlbildungen (2 Fälle) und Hörschädigung (2 Fälle) aufgeführt. In 336 Fällen (95,5 %) wurden über körperliche Behinderungen keine Angaben gemacht.

Eine geistige Behinderung lag in 11 Fällen (3,1 %) vor. Keine Angaben diesbezüglich gab es in 341 Fällen (96,9 %). Neun Kinder und Jugendliche (2,6 %) waren körperlich und zugleich geistig behindert.

Von einer psychischen Erkrankung wurde in 13 Fällen (3,7 %) berichtet. Bei zwei Kindern lag eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vor. Eine Depression sowie eine Traumatisierung wurden in jeweils einem Fall beschrieben. In einem Fall hatte ein Junge das

Münchhausen-Syndrom. Keine Angaben dazu waren in 339 Fällen (96,3 %) vorhanden.

### 3.1.2.6 Aufenthalt außerhalb von Zuhause

In 49 Fällen (13,9 %) wurde von einem Aufenthalt des Opfers fern von seinem Zuhause berichtet, Krankenhausaufenthalte waren davon ausgenommen. Dabei handelte es sich in 16 Fällen (4,5 %) um eine Pflegefamilie. Des weiteren befanden sich 14 der Opfer (4,0 %) im Heim. Im Frauen-/Mädchenhaus hielten sich fünf der Kinder auf, während sechs Kinder Obhut in der Jugendschutzstelle gefunden hatten. Fünf Opfer lebten im betreuten Wohnen und drei waren bei Verwandten untergebracht (Abb. 10).

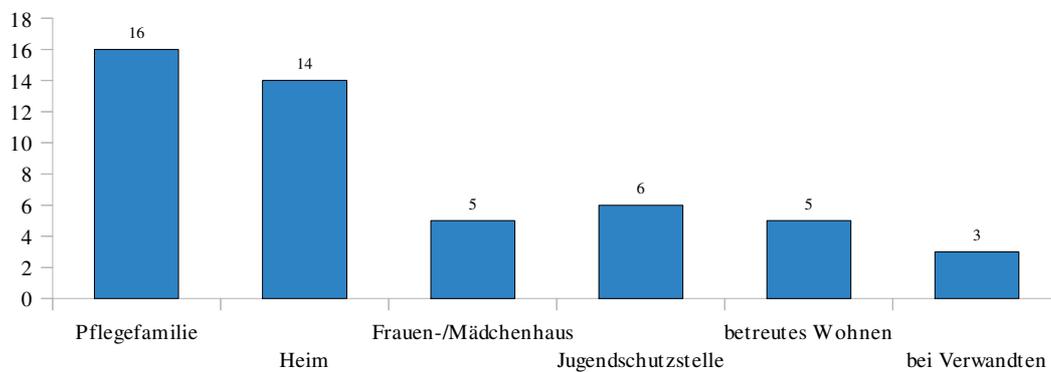


Abbildung 10: Aufenthalt außerhalb von Zuhause

### 3.1.3 Personenbezogene Daten zum Täter

#### 3.1.3.1 Geschlecht des Täters

Insgesamt gab es in 260 Untersuchungen Angaben zu 309 Tätern. In 63 Fällen (17,9 %) wurden mehrere Täter angegeben. Von den 308 Tätern waren 73,4 % (226) männlich. Frauen waren in 82 Fällen (26,6 %) verdächtig (Abb. 11). Keine Angaben zum Täter gab es in 98 Fällen.

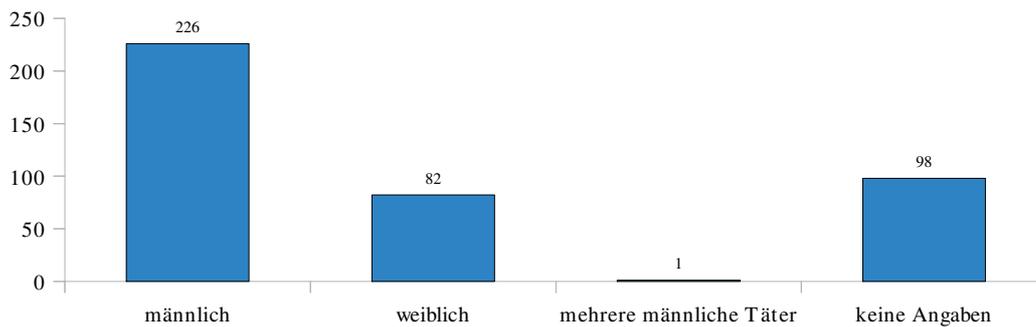


Abbildung 11: Geschlecht des Täters

### 3.1.3.2 Alter des Täters

Von 308 Tätern wurde bei 60 (19,5 %) das Alter angegeben. Es zeigte sich, dass 4,9 % (15) der Tatverdächtigen noch minderjährig waren. Im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 befanden sich 36 der Täter (11,7 %). 12 Täter (3,9 %) befanden sich im mittleren Erwachsenenalter zwischen 35 und 59 Jahren (Abb. 12).

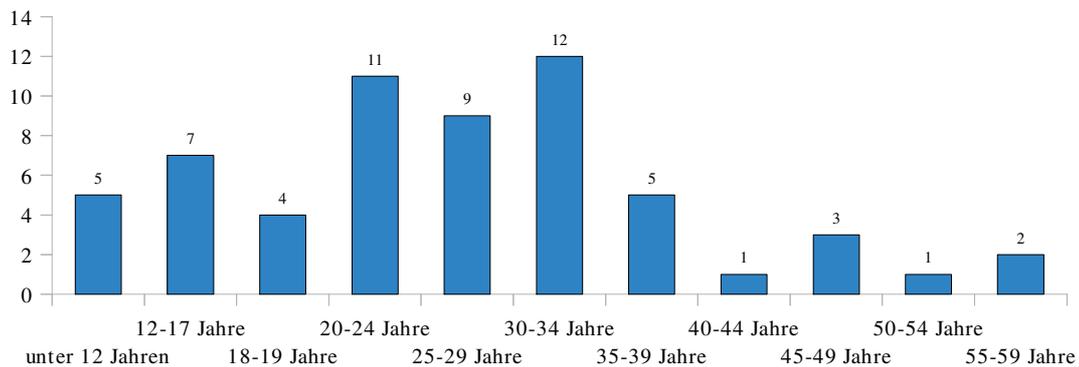


Abbildung 12: Alter des Täters

### 3.1.3.3 Nationalität des Täters

In 19 Fällen (5,3 %) war der Täter deutscher Nationalität. Jeweils ein Täter stammte aus Großbritannien, Lettland und Polen. In den meisten Gutachten (336) gab es keine Angaben zur Nationalität der Täter.

### **3.1.3.4 Beruf des Täters**

Es wurden in 12 Fällen Angaben zum Beruf des Täters gemacht. In drei Fällen (0,8 %) war der Täter arbeitslos.

### **3.1.3.5 Vorstrafen des Täters**

In acht Fällen wurde dokumentiert, dass der Täter bereits vorbestraft ist.

## **3.1.4 Daten zum Misshandlungsgeschehen**

### **3.1.4.1 Verhältnis des Täters zum Opfer**

Bei der Betrachtung des Verhältnisses zwischen Täter und Opfer fällt auf, dass die meisten Tatverdächtigen die Eltern des Kindes waren. Der Vater wurde in 30,1 % (106 Fälle) verdächtigt und die Mutter in 16,8 % (59), während beide zusammen als Täter in 21 Fällen (6,0 %) verdächtigt wurden. Des weiteren ging die Misshandlung in 25 Fällen (7,1 %) von dem Lebensgefährten der Mutter bzw. dem Stiefvater aus. Verwandte Täter wurden in 9,6 % (34) der Fälle beschrieben, dabei gehören 4,3 % (15) zu den Geschwisterkindern des Opfers. In drei Fällen wurde eine Misshandlung durch die Pflegemutter oder den Pflegevater berichtet. Der Partner bzw. frühere Partner des Opfers war in sieben Fällen (2,0 %) der Täter. Aus dem Bekanntenkreis des Opfers stammten 18 der Täter (5,1 %). Fremde Täter wurden in 6,2 % (22) angegeben. Unter Sonstige (4) sind nicht zu kategorisierende Verhältnisse wie Expartner der Mutter, Vater der Freundin, Nachbarsjunge und Mitschüler erfasst (Abb. 13).

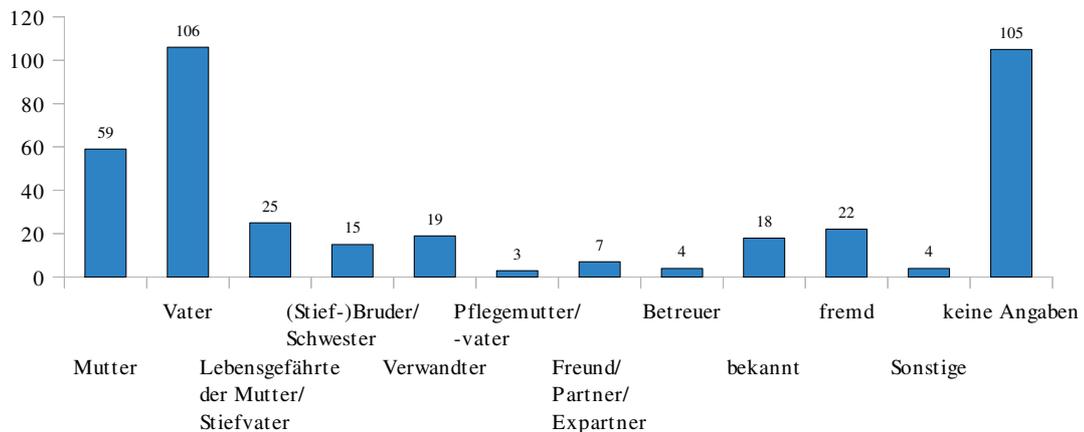


Abbildung 13: Verhältnis des Täters zum Opfer

### 3.1.4.2 Ort des Geschehens

Am häufigsten wurde die gemeinsame Wohnung als Ort der Misshandlung genannt (111; 31,4 %). In 16 Fällen (4,5 %) fand die Misshandlung in der Wohnung des Opfers und in 40 Fällen (11,4 %) in der Wohnung des Täters statt. In einer anderweitig dem Opfer bekannten Wohnung fanden 10 Misshandlungen (2,8 %) statt. 6,2 % (22) der Taten waren im Freien. Unter den sonstigen Orten wurden unter anderem Auto, Schwimmbad, Vereinsheim, Schule, Garten genannt (Abb. 14). In 41,2 % (145) gab es keine Angaben zum Ort.

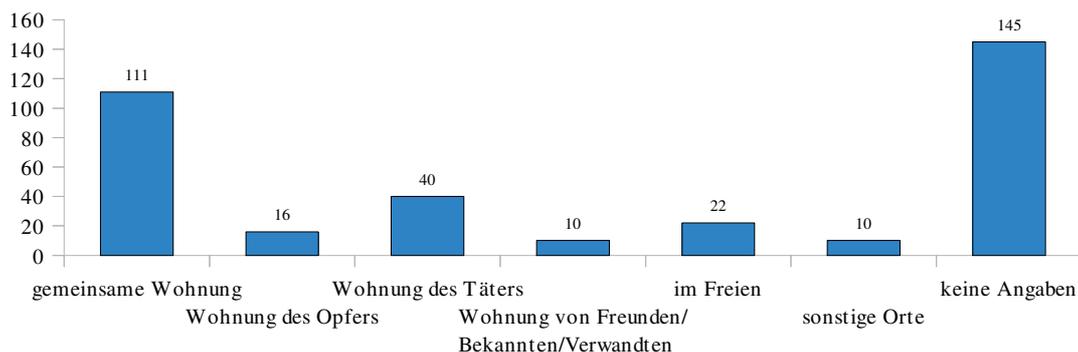


Abbildung 14: Ort des Geschehens

### 3.1.4.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters

In 18 Fällen wurde angegeben, dass der Täter unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen

stand.

### 3.1.4.4 Alkohol-/Drogeneinfluss des Opfers

Das Opfer hatte in 17 Fällen Alkohol oder Drogen zu sich genommen.

### 3.1.4.5 Art der Misshandlung

Die Arten der Misshandlung bei Kindern sind sehr vielfältig, jedoch gab es in vielen Fällen keine Angaben zum Verletzungsmechanismus. Es zeigte sich eine Häufung bei der Misshandlung durch einen Schlag (53 Ereignisse), dabei wurden 12 Taten mit der flachen Hand und 7 mit der Faust ausgeführt. Tritte wurden in 9 Fällen als Art der Misshandlung angegeben. In 19 Fällen erfolgte der Schlag mit einem Hilfsmittel. 32 Opfer erlebten sexuelle Gewalt. Durch einen Biss wurden 9 Opfer misshandelt. In 25 Fällen wurde das Kind durch Schütteln misshandelt. Eine Misshandlung durch scharfe Gewalt erlebten acht Opfer. Eine thermische Einwirkung fand in 9 Fällen statt. Unter sonstiges sind Mechanismen wie an Haare ziehen, Stoß, Sturz, Bagatellverletzung, Kratzen etc. aufgeführt. Davon sticht ein Fall durch das Münchhausen-by-proxy-Syndrom hervor, bei dem die Mutter ihr Kind dazu veranlasste Terpentin zu inhalieren (Abb. 15). In 99 Berichten wurden keine Angaben zur Art der Misshandlung gemacht.

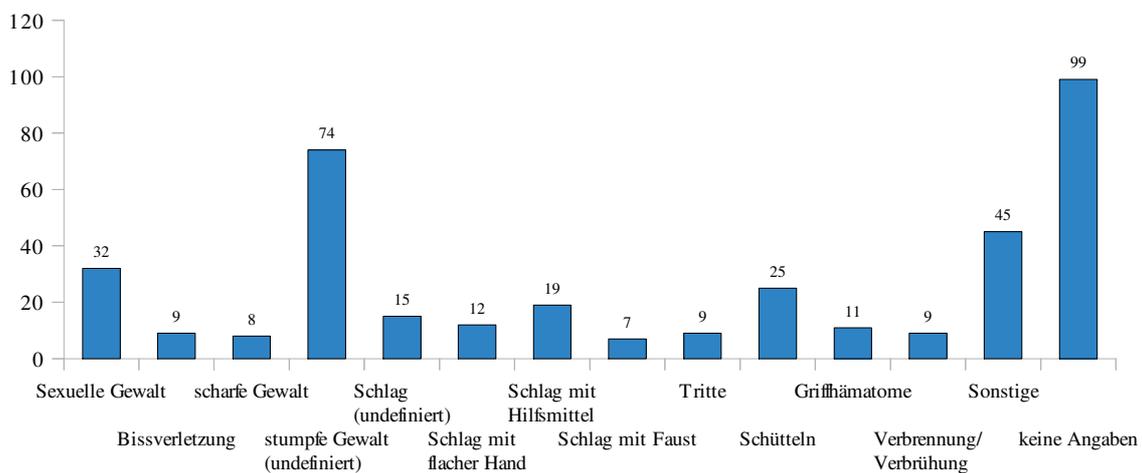


Abbildung 15: Art der Misshandlung

### 3.1.4.6 Schutzbehauptung

In 63 Fällen wurde über eine Schutzbehauptung berichtet. Die meisten Schutzbehauptungen sind ausführlich und lassen sich nicht des weiteren zusammenfassen, weswegen sie unter Sonstiges aufgeführt sind (35). Am häufigsten wurde ein Sturz als Grund der Verletzungen angegeben (49 Fälle), dabei wurden Stürze von der Treppe (sieben Fälle), vom Arm (sechs Fälle) und aus dem Bett (fünf Fälle) beschrieben. Außerdem wurden Stoß gegen einen Gegenstand (sieben Fälle) und Toben mit Geschwistern (fünf Fälle) als Schutzbehauptung vorgebracht. In zwei Fällen wurde ein Schütteln durch Atemaussetzer begründet (Abb. 16).

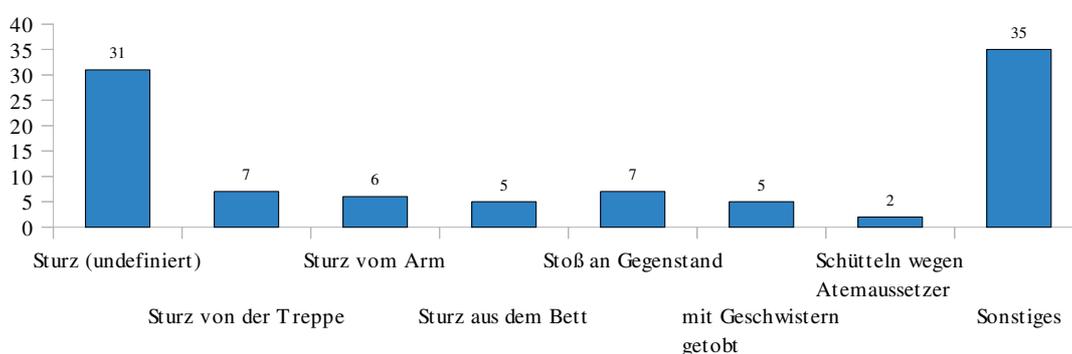


Abbildung 16: Schutzbehauptung

### 3.1.5 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung

#### 3.1.5.1 Gynäkologische Befunde bei der Untersuchung

In 75 Fällen ging es um den Tatvorwurf sexueller Missbrauch und in 27 Fällen um Vergewaltigung/sexuelle Nötigung. Betrachtet man diese Fälle, wurden in 47 Fällen (46,1 %) Verletzungen im Genitalbereich dokumentiert. In 53 Fällen (52,0 %) gab es Verletzungen am restlichen Körper. Keine Verletzungen konnten in 21 Fällen (20,6 %) festgestellt werden und in einem Fall wurde die Untersuchung verweigert.

Bei den 21 Opfern in der Gewaltopferambulanz drehte es sich in sieben Fällen um sexuelle Gewalt. In drei Fällen (42,9 %) wurden Befunde im Genitalbereich und in der Afterregion gemacht, in drei Fällen (42,9 %) am restlichen Körper. In zwei Fällen gab es keine Befunde (28,6 %).

### 3.1.5.2 Stumpfe Gewalt

Insgesamt lassen sich 655 Befunde in 255 Fällen der stumpfen Gewalt zuordnen. Die Lokalisation von Verletzungen am Arm, am Bein und im Gesichtsbereich wurde weiter eingeteilt in sturzexponiert und nicht sturzexponiert. Die Opfer, die an beiden Stellen Verletzungen aufwiesen, wurden in der Gesamtanzahl der Verletzungen nur einmal aufgeführt.

164 Befunde (25,0 %) fanden sich im Gesicht, die meisten an nicht sturzexponierten Stellen (142; 21,7 %). Stumpfe Gewalt gegen das Bein wurde in 140 Befunden (21,4 %) dokumentiert, 104 Befunde (15,9 %) an sturzexponierten und 78 (11,9 %) an nicht sturzexponierten Stellen. Der Arm war 116 Mal (17,7 %) betroffen, in 14,7 % (96) die nicht sturzexponierten und in 7,2 % (47) die sturzexponierten Lokalisationen. Zudem fanden sich in 72 Fällen (11,0 %) Befunde am Rücken und in 56 (8,5 %) am Becken und Gesäß. Befunde am Hals und Nacken wurden in 5,0 % (33), am Brustkorb in 7,9 % (52) und am Abdomen in 4,0 % geschildert. Im Genitalbereich gab es in 22 Fällen (3,4 %) Anzeichen für stumpfe Gewalt und im Analbereich in 12 Fällen (1,8 %) (Abb. 17).

Die in der Gewaltopferambulanz untersuchten Kinder und Jugendliche (21 Fälle) wiesen in 10 Fällen (47,6 %) Verletzungen am Arm auf, davon sieben an nicht sturzexponierten Stellen (33,3 %). Das Bein war in sechs Fällen (28,6 %) von stumpfer Gewalt betroffen, an sturzexponierten Stellen fanden sich fünf Mal Verletzungen und an nicht sturzexponierten Stellen zwei Mal. Im Gesicht konnten in sieben Fällen (33,3 %) Verletzungen festgestellt werden, drei an sturzexponierten und fünf an nicht sturzexponierten Lokalisationen. Außerdem wurden am Hals eine Verletzung, an der Brust und am Becken/ Gesäß jeweils zwei Verletzungen festgestellt.

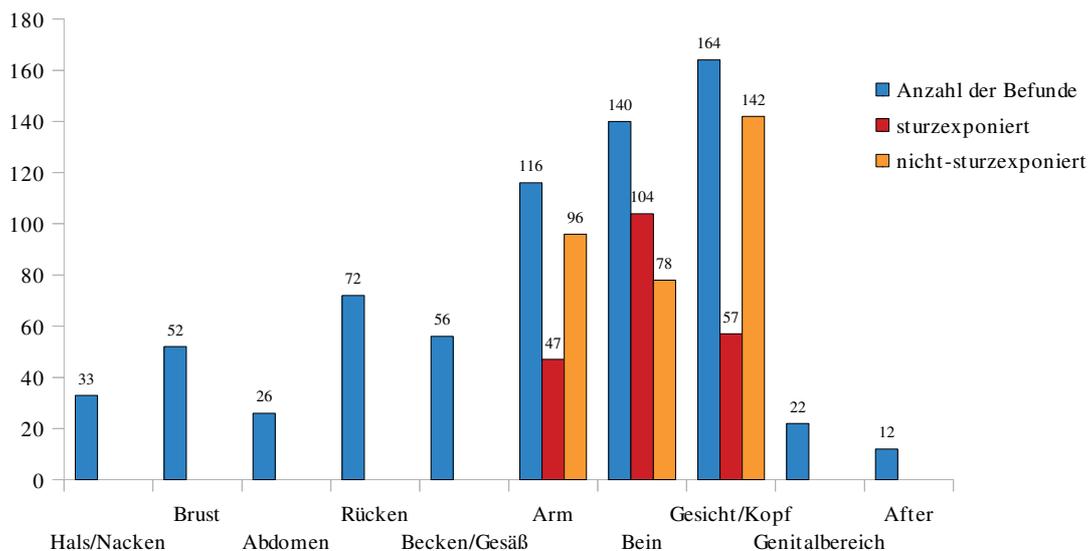


Abbildung 17: Stumpfe Gewalt

### 3.1.5.3 Scharfe Gewalt

Es gab 16 Befunde, die für scharfe Gewalt sprachen. Am Arm zeigten sich in sechs Fällen Befunde (37,5 %), dabei waren vier Befunde (25,0 %) an sturzexponierten und drei Befunde (18,8 %) an nicht sturzexponierten Stellen. Am Bein fanden sich drei Verletzungen (18,8 %), jeweils zwei an sturzexponierten und nicht sturzexponierten Stellen. Jeweils einen Befund gab es am Hals und Nacken, am Brustkorb, am Abdomen und am Rücken (Abb. 18).

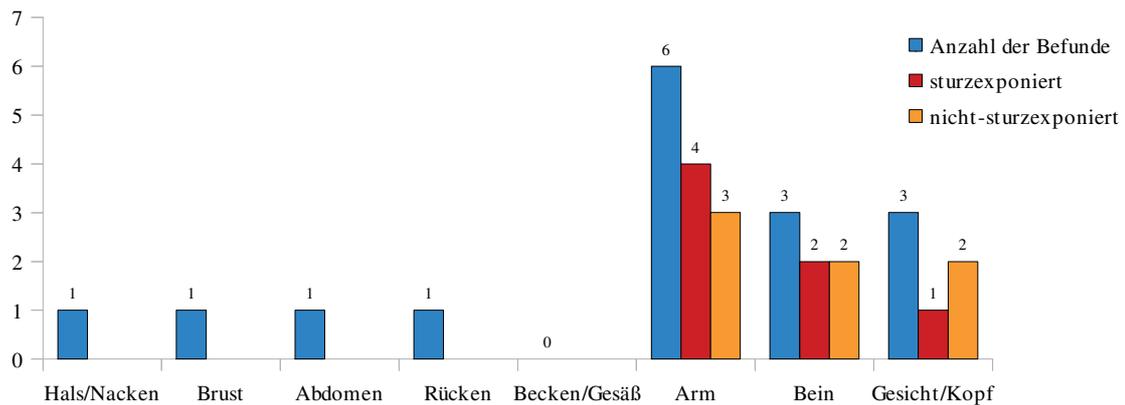


Abbildung 18: Scharfe Gewalt

### 3.1.5.4 Unspezifische Gewalt

Es wurden 231 Befunde der unspezifischen Gewalt in 132 Untersuchungen festgestellt. Die häufigste Lokalisation war der Kopf (57 Befunde, 24,7 %). Dabei handelte es sich in 10,8 % (25) um sturzexponierte und in 16,5 % (38) um nicht sturzexponierte Stellen. Der Arm war in 42 Befunden (18,2 %) betroffen. Dabei war es in 11,3 % (26 Befunde) der nicht sturzexponierte Teil des Arms und in 8,7 % (20) der sturzexponierte Teil. Es wurden 34 Befunde (14,7 %) am Bein dokumentiert, jeweils 18 Befunde (7,8 %) an sturzexponierten sowie nicht sturzexponierten Stellen. Sowohl am Hals und Nacken wie auch am Rücken wurden 18 Befunde (7,8 %) beschrieben. Des weiteren gab es in 6,9 % (16) Anzeichen am Brustkorb und in 3,5 % am Abdomen. Das Becken und Gesäß wurden in 12 Fällen (5,2 %) als Lokalisation angegeben. Im Genitalbereich fanden sich 9,1 % (21) der Befunde und im Analbereich 2,2 % (5) (Abb. 19). Von den in der Gewaltopferambulanz untersuchten Kinder und Jugendlichen zeigten vier Verletzungen am Bein infolge geringer Gewaltintensität. Im Kopfbereich konnten in drei Fällen Verletzungen festgestellt werden. Weitere Befunde gab es am Hals (2), am Rücken (2), am Abdomen (2), am Becken/Gesäß (1) und am Arm (2).

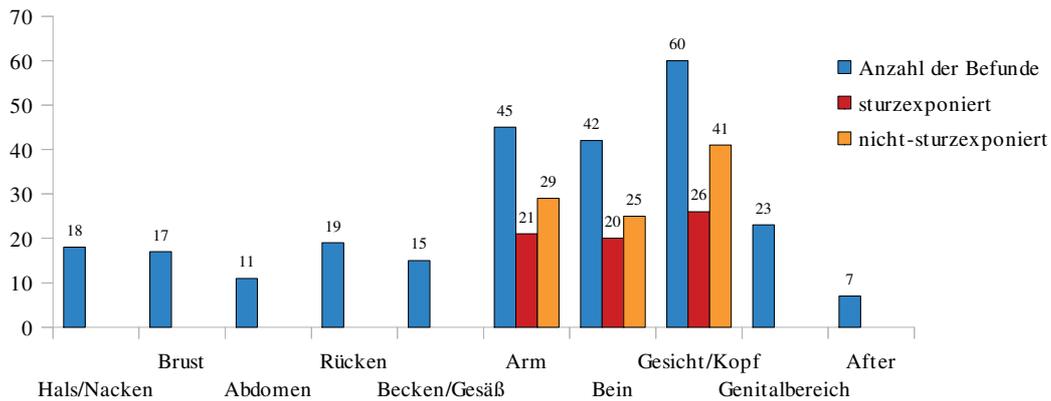


Abbildung 19: Unspezifische Gewalt

### 3.1.5.5 Narben

In 111 Befunden in 59 Untersuchungen wurden Narben beschrieben. Deren häufigste Lokalisation stellte der Arm dar (30 Befunde, 27,0 %). Die nicht sturzexponierten Stellen waren in 24 Befunden (21,6 %) betroffen, während es in 12 Befunden (10,8 %) die sturzexponierten Stellen waren. Am Bein stellten sich 30 Befunde (27,0 %) dar, die sturzexponierten Stellen standen hier im Vordergrund (19 Fälle, 17,1 %) gegenüber den nicht sturzexponierten Stellen (15 Befunde, 13,5 %). Im Gesichts- und Kopfbereich fanden sich in 18 Befunden (16,2 %) Narben, dabei 11,7 % an sturzexponierten und 10,0 % an nicht sturzexponierten Stellen. Zudem wurden am Abdomen sowie am Rücken jeweils 9 Narben (8,1 %) beschrieben. Am Becken und Gesäß fanden sich in 6,3 % (7) Narben. Weitere Befunde gab es am Brustkorb (5 Fälle) und am Hals und Nacken (2) (Abb. 20).

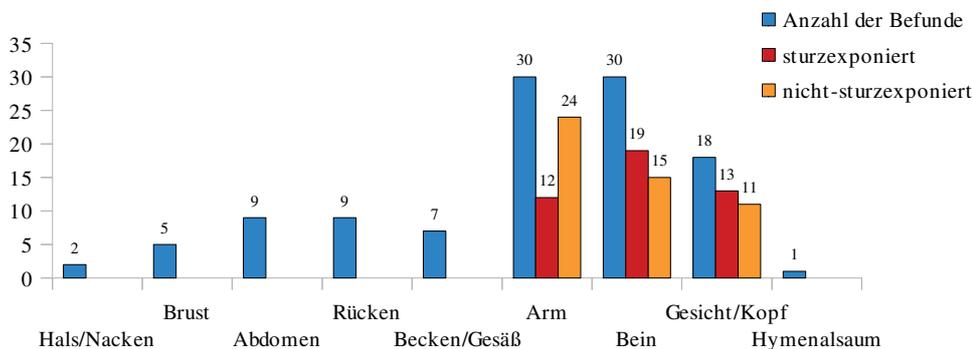


Abbildung 20: Narben

### 3.1.5.6 Frakturen

Es wurden 48 Frakturen festgestellt. Die meisten ereigneten sich am Humerus (13 Frakturen, 27,1 %), eine Humerusfraktur lag bei einem Opfer aus der Gewaltopferambulanz vor. Des Weiteren waren an der oberen Extremität in drei Fällen der Radius und in einem Fall die Ulna frakturiert. In 10 Fällen (20,8 %) gab es Frakturen einer oder mehrerer Rippen. Zudem gab es jeweils eine Fraktur der Clavicula und der Scapula. Am zweithäufigsten fand sich ein Bruch des Femurs (11 Fälle, 22,9 %). Die Tibia war in sechs Fällen (12,5 %) betroffen. Daneben gab es eine Fraktur des Os sacrum und eine des Ober-/Unterkiefers (Abb. 21).

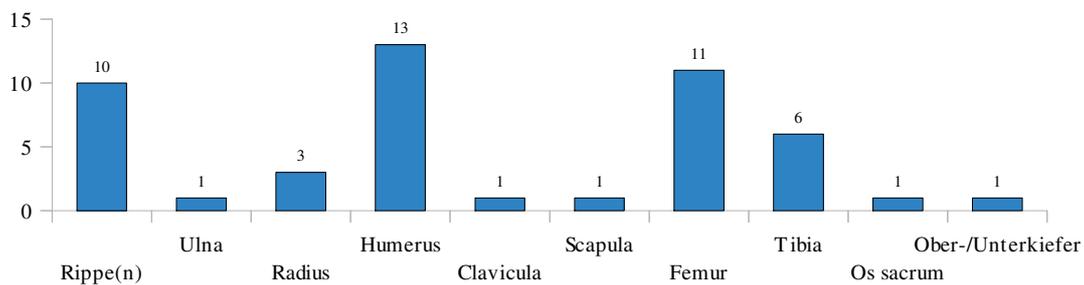


Abbildung 21: Frakturen

### 3.1.5.7 Intrakranielle Befunde

Es gab 84 Angaben zu intrakraniellen Verletzungen. Am häufigsten wurde der Befund einer subduralen Blutung (28 Fälle, 33,3 %) festgestellt. Eine epidurale Blutung fand sich in zwei Fällen während eine subarachnoidale Blutung in 10,7 % (9 Fälle) nachgewiesen werden konnte. In jeweils elf Befunden (13,1 %) wird zum einen ein Hirnödem und zum anderen eine anderweitige zerebrale Blutungen beschrieben. In zwei Fällen hatte das Opfer ein Schädel-Hirn-Trauma ohne weitere intrakranielle Befunde, in einem Fall wurde es als Schädel-Hirn-Trauma Grad 1 beschrieben. Hygrome infolge von resorbierten Einblutungen hatten sich in 13 Fällen (15,5 %) gebildet. In fünf Fällen (6,0 %) ließ sich ein Hirnprellungsherd darstellen. Ein Opfer hatte mehrere Hirninfarkte durch die Misshandlung erlitten (Abb. 22).

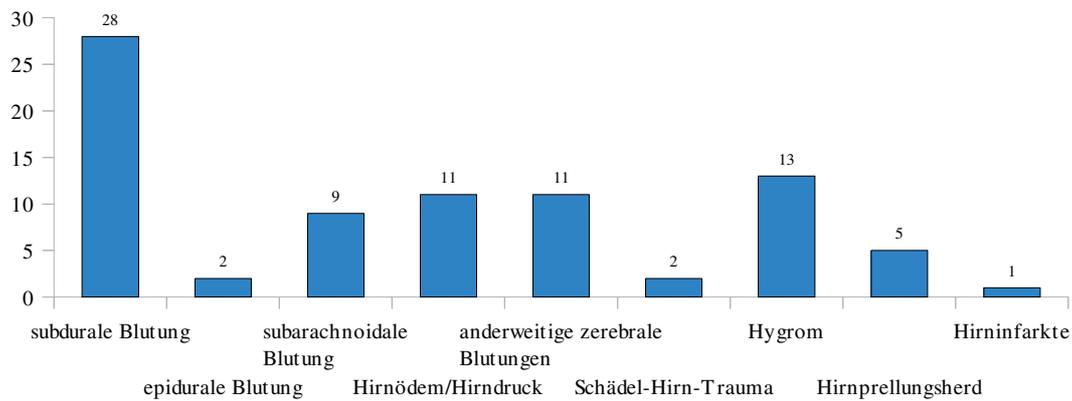


Abbildung 22: Intrakranielle Blutung

### 3.1.5.8 Schädelfrakturen

Insgesamt 10 Schädelfrakturen wurden beschrieben. Dabei wurden fünf Frakturen näher bezeichnet in ihrer Lokalisation: Schädelkalotte, Os parietale, Os occipitale, Os frontale und Os temporale (Abb. 23).

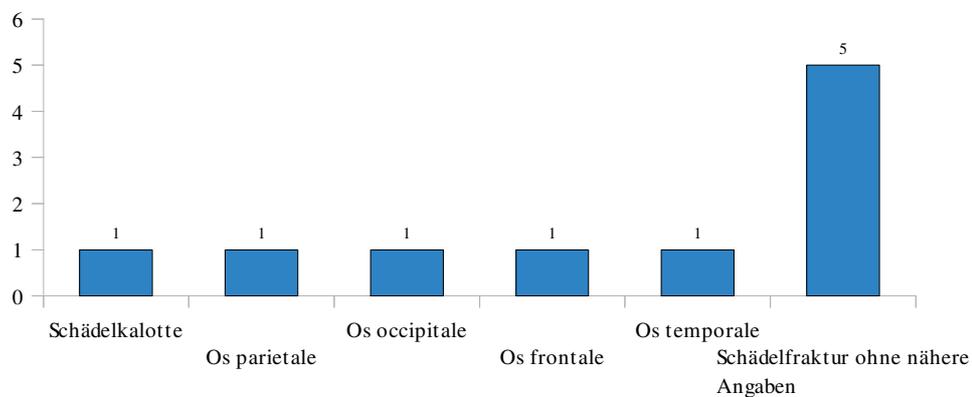


Abbildung 23: Schädelfrakturen

### 3.1.5.9 Würgemale bei dem Opfer

In 2,2 % (8) wurden Würgemale bei dem Opfer beschrieben, in 78,2 % (280) wurden sie verneint. In drei Fällen wurden die Befunde als nicht eindeutige Würgemale beschrieben. Keine Angaben wurden in 17,6 % (67) gemacht.

### 3.1.5.10 Bewusstlosigkeit des Opfers bei der Tat

In 3,9 % (14) der Fälle bestand eine Bewusstlosigkeit des Opfers im Rahmen der Tat. In fünf Fällen (1,4 %) berichtete das Opfer über eine Erinnerungslücke, während in 6 Fällen (1,7 %) eine gestörte Vigilanz bestand (Abb. 24).

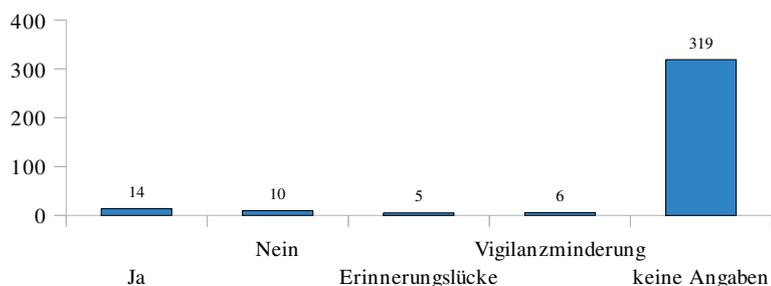


Abbildung 24: Bewusstlosigkeit des Opfers

### 3.1.5.11 Mehrzeitigkeit der Misshandlung

Eine Mehrzeitigkeit stellte der Gutachter in 56 Fällen (15,6 %) fest. In drei Fällen wurde diese verneint und in einem weiteren Fall waren die Zeichen nicht eindeutig. In 292 Fällen wurden keine Angaben zur Mehrzeitigkeit einer Misshandlung gemacht.

### 3.1.5.12 Beurteilung des Gutachters

Der Gutachter kam in 203 Fällen (56,7 %) zu dem Schluss, dass die Befunde charakteristisch sind für eine Misshandlung. Abgelehnt wurde dies in 14 Fällen (3,9 %). In 22,3 % (80 Fällen) waren die Befunde nicht eindeutig genug für eine Beurteilung. Es gab in 9,8 % (35) keine Hinweise für eine Misshandlung. In sechs Fällen hat der Gutachter keine Stellung genommen. Davon waren drei Fälle in der Gewaltopferambulanz untersucht worden, in jeweils einem Fall war das Opfer bzw. der Sozialdienst Auftraggeber vor Einrichtung der Gewaltopferambulanz im Jahre 2009 und in einem Fall waren weitere klinische Tests erforderlich um eine Beurteilung zu machen. In 9 Fällen stellte der Gutachter fest, dass die Befunde mit der Ereignisschilderung korrelieren, in acht Gutachten stellte er dies nicht fest. Ansonsten stellte der Gutachter in fünf Fällen eine Selbstbeibringung fest, in zwei Untersuchungen passten die Befunde zu einem ersten vollständigen Geschlechtsverkehr und in einem Gutachten konnten die Verletzungen einem Trauma zugeordnet werden (Abb. 25).

Betrachtet man nur die 21 Untersuchungen der Gewaltopferambulanz, ergab sich, dass der

Gutachter in sieben Fällen (33,3 %) keine Hinweise auf eine Misshandlung feststellen konnte und in drei Fällen (14,3 %) keine Beurteilung machte. In fünf Fällen (23,8 %) kam der Gutachter zu dem Schluss, dass die Befunde charakteristisch für eine Misshandlung waren. Keine eindeutigen Befunde gab es in zwei Fällen und in einem Fall passten die Befunde nicht zur Anamnese. Für eine Selbstbeibringung typische Verletzungen gab es bei einem Opfer. In zwei Berichten waren die Befunde mit einem erstmaligen Geschlechtsverkehr vereinbar.

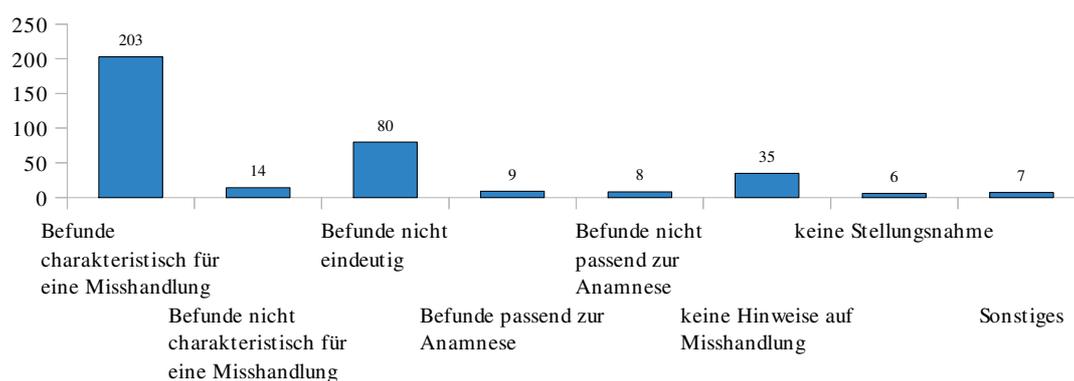


Abbildung 25: Beurteilung des Gutachters

## 3.2 Frauen

### 3.2.1 Ort der Untersuchung

Von den insgesamt 259 Untersuchungen der 258 Opfer fanden 97 (37,5 %) im Universitätsklinikum Münster statt. Davon waren 16 (6,2 %) auf Normalstationen und 4 (1,6 %) auf Intensivstationen erfolgt, während 77 Untersuchungen (29,7 %) in der Gynäkologie waren. 60 Untersuchungen (23,2 %) erfolgten in auswärtigen Krankenhäusern, davon 46 (17,8 %) auf Normalstationen und 14 (5,4 %) auf Intensivstationen. In verschiedenen Polizeistationen fanden 28 Untersuchungen (10,8 %) statt. Im Institut für Rechtsmedizin waren 64 Untersuchungen (24,7 %) erfolgt. In acht Fällen fanden die Untersuchungen an sonstigen Orten statt: im Pflegewohnheim (2), im Frauenhaus (1), im Privathaushalt (4) und in Münster (1, Ort nicht näher bezeichnet) (Abb. 26). Keine Angaben zum Ort gab es in zwei Fällen.

Es fanden 37 dieser Untersuchungen im Rahmen der Gewaltopferambulanz statt, dazu wurden Befundberichte und in drei Fällen ein Gutachten erstellt.

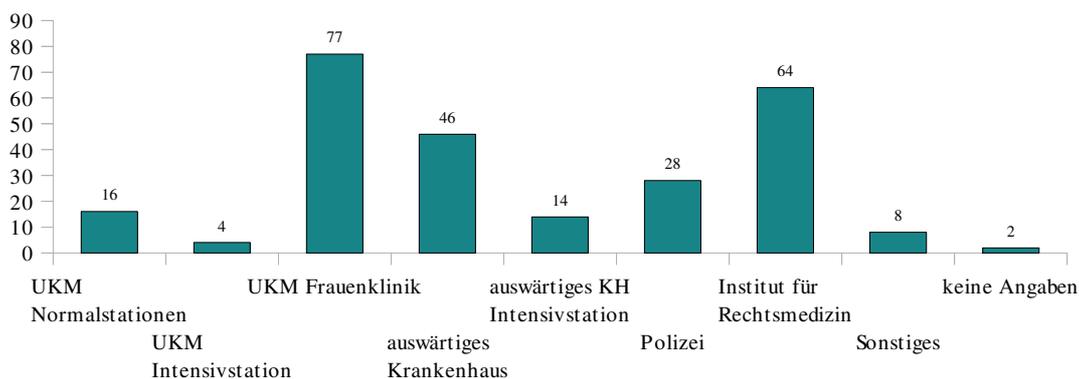


Abbildung 26: Ort der Untersuchung

### 3.2.2 Datum der Untersuchung

Es wurden 259 körperliche Untersuchungen in dem Zeitraum von 2006 bis 2013 durchgeführt. Durchschnittlich fanden somit 32,4 Untersuchungen pro Jahr statt. Im Jahre 2012 erfolgten mit 40 Untersuchungen die meisten aus dem ganzen Zeitraum (Abb. 27). Die Anzahl der Untersuchungen schwankt zwischen 23 (2013) und 40 (2012) (siehe Anhang, Abb. 59-66). Bei der Monatsverteilung der Untersuchungen zeigte sich eine Häufung im Juni und Juli (30 bzw. 29). Die

Anzahl der Untersuchungen bewegte sich, von den Monaten Juni und Juli abgesehen, zwischen 12 (September) und 23 (Mai, November, Dezember) (Abb. 28).

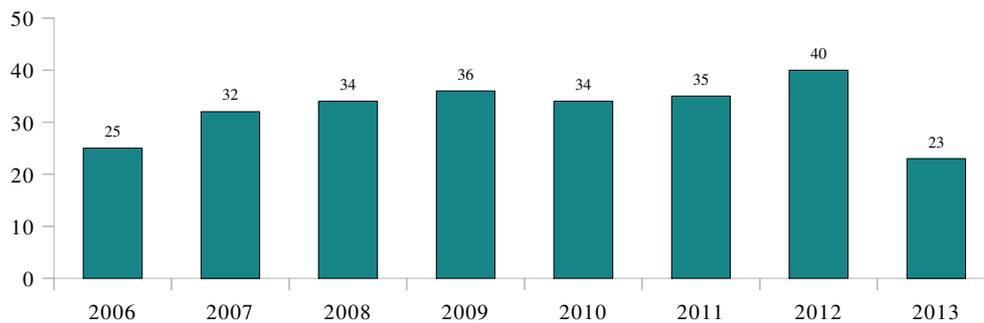


Abbildung 27: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr

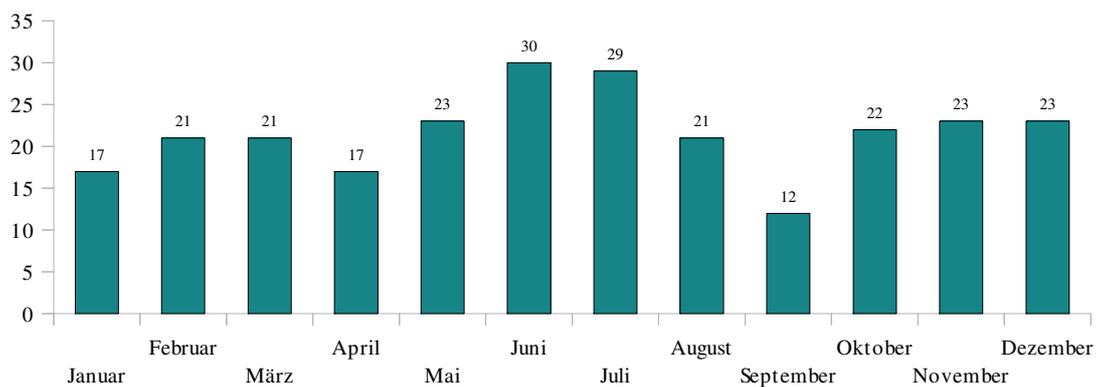


Abbildung 28: Anzahl der Untersuchungen pro Monat

### 3.2.3 Uhrzeit der Untersuchung

Bei der Uhrzeit der Untersuchungen zeigte sich, dass mit 43 Untersuchungen (16,6 %) die meisten zwischen 14 und 16 Uhr stattfanden. Insgesamt fanden 55,2 % (143) der Untersuchungen zwischen 8 und 16 Uhr statt (Abb. 29). In 38 Fällen (14,7 %) wurden keine genaueren Angaben zum Zeitpunkt der Untersuchung gemacht.

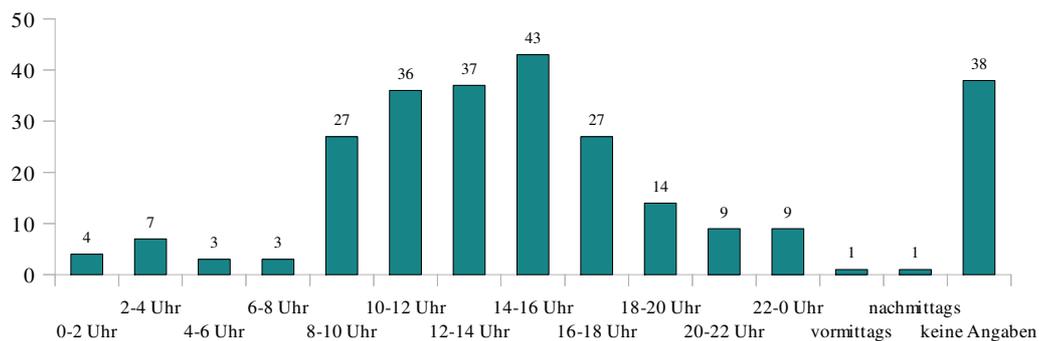


Abbildung 29: Uhrzeit der Untersuchung

### 3.2.4 Auftraggeber des Gutachtens

In 195 Fällen von 259 (75,3 %) war die Polizei der Auftraggeber der Untersuchung. Die Staatsanwaltschaft vergab in 21 Fällen (8,1 %) den Auftrag. Das Opfer selbst veranlasste eine Untersuchung in 29 Fällen (11,2 %), davon erfolgten 27 Untersuchungen in der Gewaltopferambulanz und zwei Untersuchungen stammten noch aus der Zeit vor Einrichtung der Ambulanz. Folgende Auftraggeber ergaben sich in sechs Fällen: das Gericht (2), Ärzte eines Krankenhauses (3), ein Rechtsanwalt. Keine Angaben zum Auftraggeber gab es in 7 Fällen (2,7 %) (Abb. 30).

Betrachtet man nur die 37 Untersuchungen der Gewaltopferambulanz, ergab sich, dass neben den Opfern die Polizei in drei Fällen und Ärzte des Universitätsklinikums in einem Fall Untersuchungen veranlassten. Keine Angaben diesbezüglich gab es in sechs Fällen.

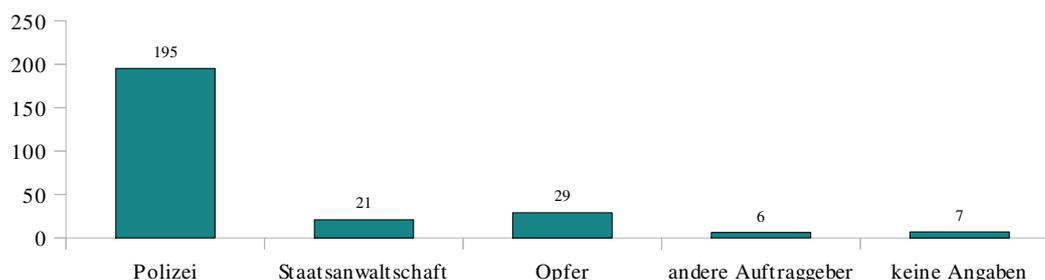


Abbildung 30: Auftraggeber

### 3.2.5 Tatvorwurf

Eine körperliche Misshandlung war der häufigste Tatvorwurf (153 Fälle). In 107 Fällen warf das Opfer einem Tatverdächtigen sexuelle Gewalt vor. In 18 Fällen drehte sich der Vorwurf um körperliche sowie sexuelle Gewalt. In einem Fall ging es um einen Mordversuch an einem Opfer (Abb. 31).

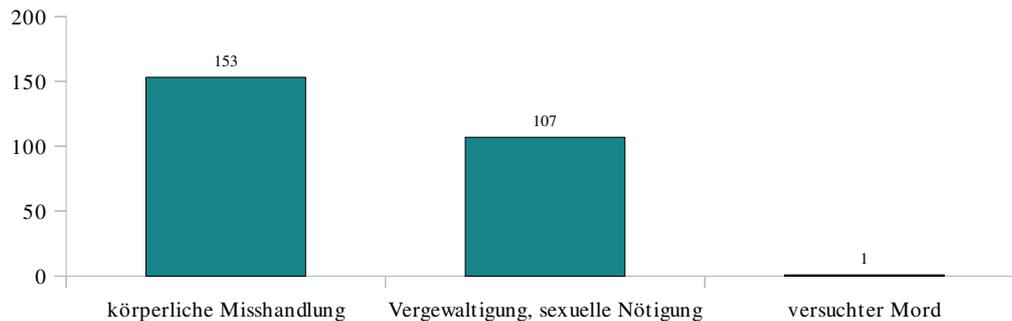


Abbildung 31: Tatvorwurf

### 3.2.6 Personenbezogene Daten zum Opfers

#### 3.2.6.1 Alter des Opfers

Die Altersverteilung der Opfer zeigte, dass die meisten Opfer (156 Fälle, 60,2 %) im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren waren. In 81 Fällen (31,4 %) lagen die Opfer im mittleren Erwachsenenalter zwischen 35 und 64 Jahren. Im höheren Erwachsenenalter ab 65 Jahren befanden sich 16 (6,2 %) der Opfer. In fünf Fällen (1,9 %) gab es keine Angaben zum Alter des Opfers (Abb. 32).

Zudem stellte sich bei den 37 Untersuchungen der Gewaltopferambulanz dar, dass 24 Opfer (64,9 %) im Alter von 18 und 34 Jahren waren. In zehn Fällen (27,0 %) befand das Opfer im Alter zwischen 35 bis 64 Jahren. Zwei Opfer (5,4 %) waren älter als 65 Jahren.

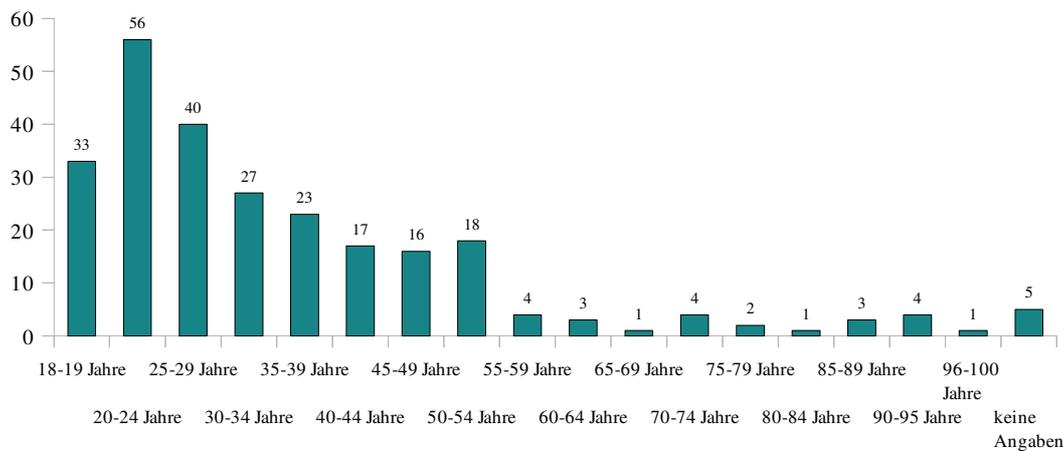


Abbildung 32: Alter des Opfers

### 3.2.6.2 Nationalität des Opfers

In 32 Fällen wurden Angaben zur Nationalität des Opfers gemacht. 6,2% (16) der Opfer waren Deutsche. In drei Fällen (1,2 %) kamen die Opfer aus Großbritannien. Jeweils zwei (0,8 %) Opfer stammten aus Vietnam und Polen. Aus folgenden Nationen stammte jeweils ein Opfer: Brasilien, Bulgarien, Guinea, Irak, Kroatien, Lettland, Litauen, Serbien und Türkei. In 226 Fällen wurden keine Angaben zur Nationalität des Opfers gemacht.

### 3.2.6.3 Beruf des Opfers

Fünf Frauen (1,9 %) waren als Prostituierte tätig, jeweils drei Frauen (1,2 %) arbeiteten in der Gastronomie und als Auszubildende. In zwei Fällen (0,8 %) war eine Hausfrau das Opfer. Weitere Angaben gab es in 10 Fällen. Keine Angaben gab es in 235 Fällen.

### 3.2.6.4 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers

In elf Fällen (4,3 %) lagen Angaben zu einer körperlichen Behinderung vor. In 7 Fällen (2,7 %) war bei dem Opfer eine geistige Behinderung bekannt, dabei handelte es sich in vier Fällen (1,6 %) um eine Demenz. Eine körperliche und geistige Behinderung in Kombination gab es in fünf

Fällen (1,9 %). Keine Angaben bezüglich einer Behinderung des Opfers gab es in 245 Fällen (95,0 %).

34 Opfer (13,1 %) litten an einer psychischen Erkrankung. Bei fünf Opfern (1,9 %) waren mehr als eine psychische Erkrankung bekannt. In sechs Fällen (2,3 %) wurde eine Borderline Persönlichkeitsstörung, in fünf Fällen (1,9 %) jeweils eine Depression sowie eine Alkoholabhängigkeit dokumentiert. Weitere drei Opfer litten an einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung und zwei Opfer an einer Schizophrenie. Unter sonstiges sind Fälle mit Burn-Out, Traumatisierung, Essstörung, Drogen- und Betäubungsmittelabhängigkeit erfasst. In 15 Fällen lag eine psychische Erkrankung vor, die aber nicht näher beschrieben wurde (Abb. 33). Es wurden in 224 Fällen (86,8 %) keine Angaben zu psychischen Erkrankungen des Opfers gemacht.

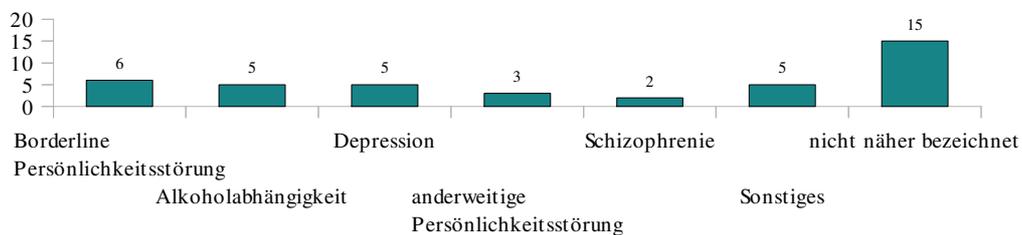


Abbildung 33: Psychische Erkrankung des Opfers

### 3.2.6.5 Aufenthalt des Opfers außerhalb von Zuhause

In 19 Fällen (7,4 %) war angegeben, dass das Opfer sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht zu Hause aufhielt, stationäre Krankenhausaufenthalte sind davon ausgenommen. Zuflucht im Frauenhaus haben sich 3,1 % (8) der Frauen gesucht. Vier Frauen lebten im Pflegeheim und fünf Frauen in einer betreuten Wohneinrichtung. Außerdem stammte eine Frau aus einem Asylbewerberheim und eine Frau war bei ihrer Schwester untergekommen (Abb. 34).

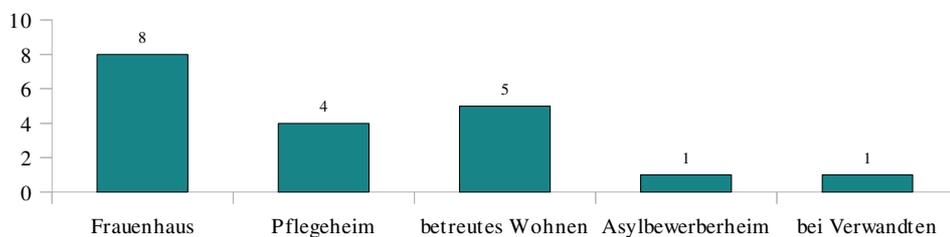


Abbildung 34: Aufenthalt außerhalb von Zuhause

### 3.2.7 Personenbezogene Daten zum Täters

#### 3.2.7.1 Geschlecht des Täters

In den 258 Fällen waren insgesamt 245 Täter beteiligt. Es wurde in 19 Fällen (7,4 %) von mehr als einem Täter berichtet, deren Anzahl bis auf zwei Fälle genauer angegeben war. Insgesamt zeigte sich, dass die meisten Täter männlich waren: 229 männliche Täter (93,5 %) waren in 208 Fällen (80,6 %) verdächtig. In 13 Fällen (5,0 %) waren 14 Täter (5,7 %) als weiblich angegeben während in 14,3 % (37) der Fälle keine Angaben zum Täter gemacht wurden (Abb. 35).

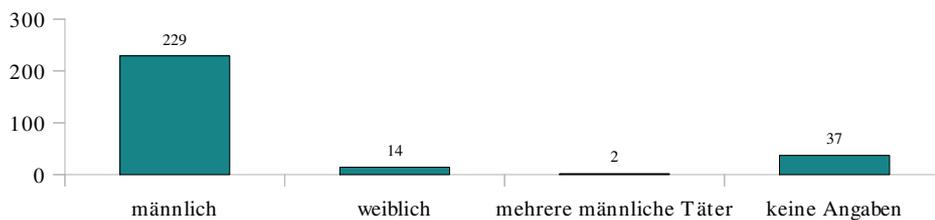


Abbildung 35: Geschlecht des Täters

#### 3.2.7.2 Alter des Täters

In den Untersuchungsberichten sind Angaben zum Alter von 40 Tätern vorhanden. Zwei der Täter (0,8 %) waren unter 18 Jahre alt. Im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren und im mittleren Erwachsenenalter zwischen 35 und 64 Jahren waren jeweils 19 der Täter (7,7 %) (Abb. 36).

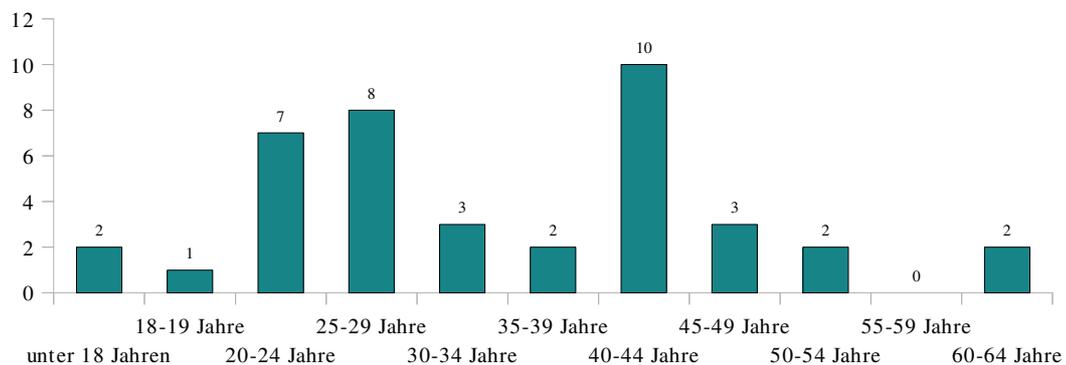


Abbildung 36: Alter des Täters

### **3.2.7.3 Nationalität des Täters**

In 22 Fällen gab es Angaben zur Nationalität des Täters. Die größte Gruppe bildeten Deutsche in sechs Fällen (2,3 %). In vier Fällen (1,5 %) stammte der Täter aus Großbritannien, in drei Fällen (1,1 %) aus Serbien und in zwei Fällen (0,8 %) aus der Türkei. Aus folgenden Nationen stammte jeweils ein Täter: Bulgarien, Albanien, Griechenland, Indien, Irak, Montenegro und Vietnam.

### **3.2.7.4 Beruf des Täters**

Zwei (0,8 %) der Täter waren jeweils Schüler/Student, Zuhälter und Altenpfleger. In weiteren 9 Fällen wurden Angaben zum Beruf des Täters gemacht.

## **3.2.8 Daten zum Misshandlungsgeschehen**

### **3.2.8.1 Verhältnis des Täters zum Opfer**

In 25,2 % (65) der Fällen stammte der Täter aus der Partnerschaft des Opfers, davon waren 15,1 % (39) der Ehemann des Opfers. Der Täter war in 14,3 % (37) ein früherer Partner des Opfers. In 37 Fällen (14,3 %) stammte der Täter aus dem Bekanntenkreis des Opfer, davon wurden in 29 Fällen Einzeltäter und in 8 Fällen mehrere bekannte Täter beschrieben. 19,0 % (49) der Fälle dokumentierten einen dem Opfer fremden Menschen als Täter, in 36 Fällen ein fremder Einzeltäter während in 13 Fällen mehrere fremde Täter aufgeführt wurden. In 18 Fällen (7,0 %) war der Täter mit dem Opfer verwandt, darunter wurden Mutter (3), Bruder (2), Stiefvater (2), Vater (5), Sohn (3) und andere aufgeführt (Abb. 37). Keine Angaben zum Verhältnis des Opfers zum Täter gab es in 39 Fällen (15,1 %).

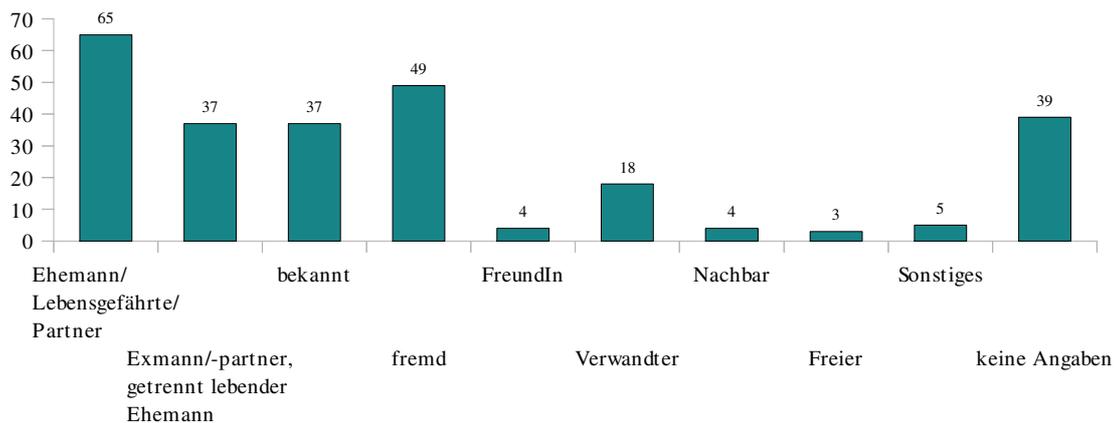


Abbildung 37: Verhältnis des Täters zum Opfer

### 3.2.8.2 Ort des Geschehens

In 58 Fällen (22,5 %) wurde als Ort des Geschehens die Wohnung des Opfers angegeben, die Wohnung des Täters in 24 Fällen (9,3 %) und die gemeinsame Wohnung in 49 Fällen (19,0 %). 44 Taten (17,1 %) fanden im Freien statt und 9 (3,5 %) in einem Fahrzeug. In sechs Fällen (2,3 %) wurde als Ort eine Bar bzw. Diskothek angegeben. Fünf Taten (1,9 %) sollen auf einem Hausflur, einem Hinterhof bzw. einem Wohnheim stattgefunden haben. 1,6 % (4) fanden jeweils in einer bekannten Wohnung bzw. in einem Hotel statt. Weitere Angaben finden sich in acht Fällen und keine Angaben in 53 Fällen (20,5 %) (Abb. 38).

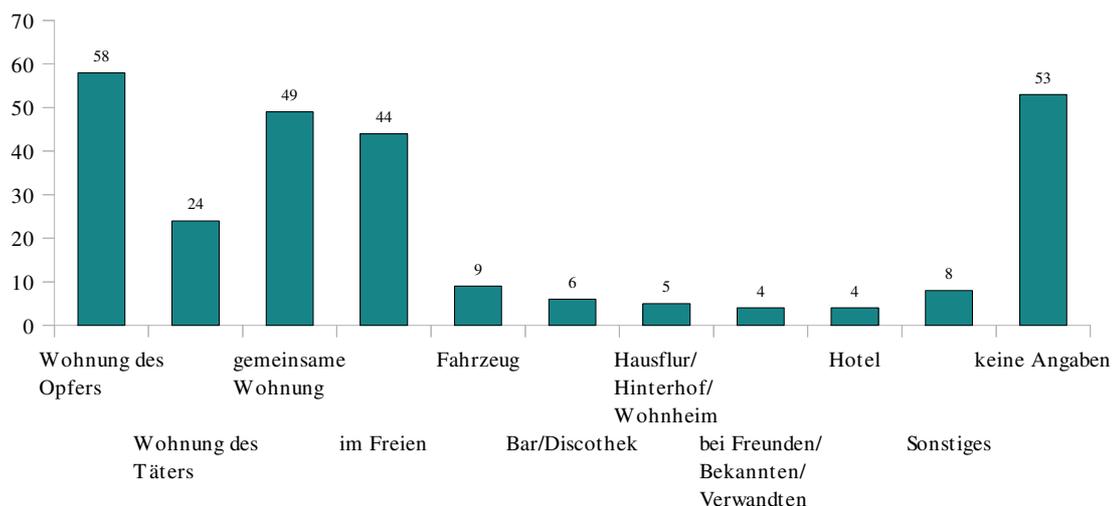


Abbildung 38: Ort des Geschehens

### **3.2.8.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters**

In 11,6 % (30) der Fälle wurde ein Alkohol- bzw. Drogeneinfluss des Täters beschrieben.

### **3.2.8.4 Alkohol-/Drogeneinfluss des Opfers**

In 62 (24,0 %) Fälle stand das Opfer unter Einfluss von Alkohol oder Drogen. In drei Fällen (1,2 %) wurde ein Abusus verneint. Keine Angaben wurden in 74,8 % (193) der Fälle gemacht. In drei Fällen gab es einen Verdacht auf K.O.-Tropfen.

### **3.2.8.5 Art der Misshandlung**

Die verschiedenen Arten der Misshandlung wurden sehr differenziert beschrieben, sodass diese nicht in ihrer Fülle exakt abgebildet werden konnten. Zudem wurden in einigen Fällen keine konkrete Angaben vonseiten des Gutachters zur Entstehung der Verletzung gemacht. Es zeigte sich, dass eine vaginale Penetration in 37 Fällen angegeben wurde. Unter der anderweitigen sexualisierte Gewalt waren 23 Fälle gefasst, darunter unter anderem anale und orale Penetration. In 25 Begutachtungen wurde scharfe Gewalt als ursächlich für die Verletzungen festgestellt. In fünf Fällen wurde diese mit einem Messer zugefügt, in einem Fall mit einem Beil und in zwei Fällen mit einem spitzen Gegenstand. Schläge kamen 56 Mal vor, die meisten (19) wurden mit einem Gegenstand ausgeführt. In 11 Fällen gab es Schläge mit der flachen Hand und in 13 Fällen Schläge mit der Faust. Als erheblich zeigte sich mit 44 Ereignissen die Gewalt gegen den Hals, unter die Würgen und Drosseln gefasst ist. Tritte wurden in neun Fällen berichtet. In zehn Fällen führte der Gutachter die Verletzungen auf Selbstbeibringung zurück. Die sonstigen Arten der Misshandlungen haben ein weites Spektrum: unter anderem Bagatellverletzungen, Sturzverletzungen, Fesselung, an den Haaren gezogen, Mund zugehalten, festes Zupacken (Abb. 39).

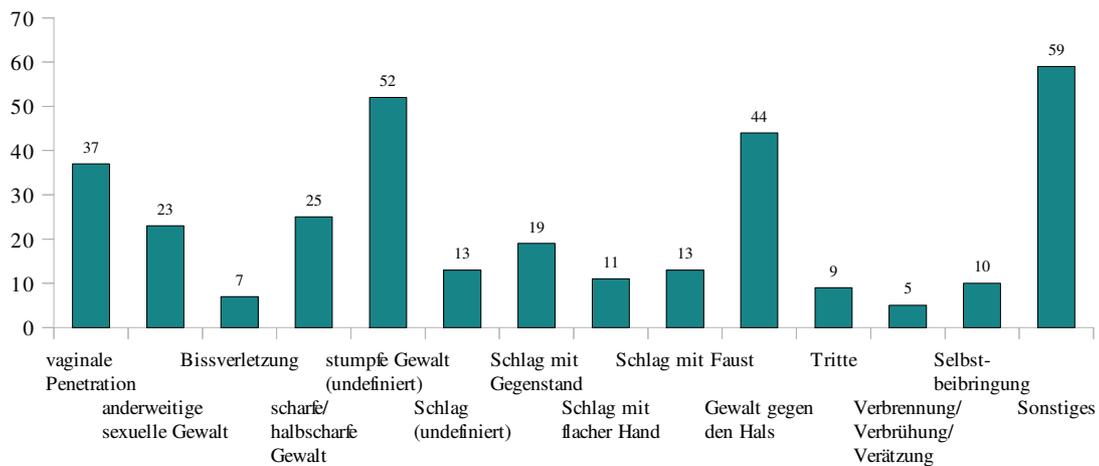


Abbildung 39: Art der Misshandlung

### 3.2.9 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung

#### 3.2.9.1 Gynäkologische Befunde bei der Untersuchung

In den Gutachten wurden vielzählige Verletzungen unterschiedlicher Art und Lokalisation beschrieben.

In 107 Fällen lautete der Tatvorwurf Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung. Bei der Auswertung dieser Fälle zeigte sich, dass in 22 Fällen (20,6 %) Verletzungen im Genitalbereich und in der Afterregion festgestellt wurden. Verletzungen am restlichen Körper lagen in 81 Fällen (75,7 %) vor. In 10 Fällen (9,3 %) gab es bei den Opfern sexueller Gewalt keine Befunde bei der körperlichen Untersuchung.

Bei den Opfern der Gewaltopferambulanz ging es in acht Fällen um den Tatvorwurf Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung. In zwei Fällen (25,0 %) wurden Verletzungen im Genitalbereich und in der Afterregion und in sechs Fällen (75,0 %) am restlichen Körper festgestellt. Keine Befunde gab es in einem Fall.

#### 3.2.9.2 Stumpfe Gewalt

Die meisten Opfer (211) haben stumpfe Gewalt erfahren, es wurden 616 Befunde dokumentiert. Die Befunde am Arm, am Bein und im Kopfbereich wurden nochmal differenziert nach sturzex-

ponierten und nicht sturzexponierten Lokalisationen. Dabei gab es Opfer, die an beiden Stellen Verletzungen erlitten haben und in der Gesamtanzahl der Verletzungen nur einmal aufgeführt wurden. Am häufigsten waren die Extremitäten betroffen, 125 Befunde (20,3 %) ließen sich am Arm erheben, davon 112 (18,2 %) an nicht sturzexponierten Stellen. 116 Befunde (18,8 %) gab es am Bein, dabei fast gleich viele an sturzexponierten (12,5 %) sowie an nicht sturzexponierten (12,8 %) Lokalisationen. Das Gesicht war 121 (19,6 %) Mal betroffen, auch hier gab es häufiger Befunde an den nicht sturzexponierten Stellen (109 Befunde, 17,6 %). Stumpfe Gewalt gegen den Hals und den Nacken gab es 63 Mal (10,2 %), während 58 Befunde (9,4 %) am Brustkorb und 51 Befunde (8,3 %) am Rücken festgestellt wurden. Des weiteren zeigten sich in 2,9 % (18 Befunde) Anzeichen für stumpfe Gewalt im Genitalbereich und in 1,1 % (3) in der Analregion (Abb. 40).

Bei den Opfern der Gewaltopferambulanz fielen bei 17 (46,0 %) der 37 Opfer Anzeichen von stumpfer Gewalt im Kopfbereich auf, in 15 Fällen (40,5 %) an nicht sturzexponierten und in fünf (13,5 %) an sturzexponierten Stellen. Am Arm gab es in 16 Fällen (43,2 %) Verletzungen an nicht sturzexponierten Stellen und bei zwei Opfern (5,4 %) an sturzexponierten Stellen. Am Bein zeigten sich in 13 Fällen (35,1 %) Verletzungen, acht Mal (21,6 %) an sturzexponierten und sechs Mal (16,2 %) an nicht sturzexponierten Lokalisationen. Außerdem fanden sich bei sechs Opfern (16,2 %) Verletzungen im Hals- und Nackenbereich und bei vier Opfern (10,8 %) am Brustkorb.

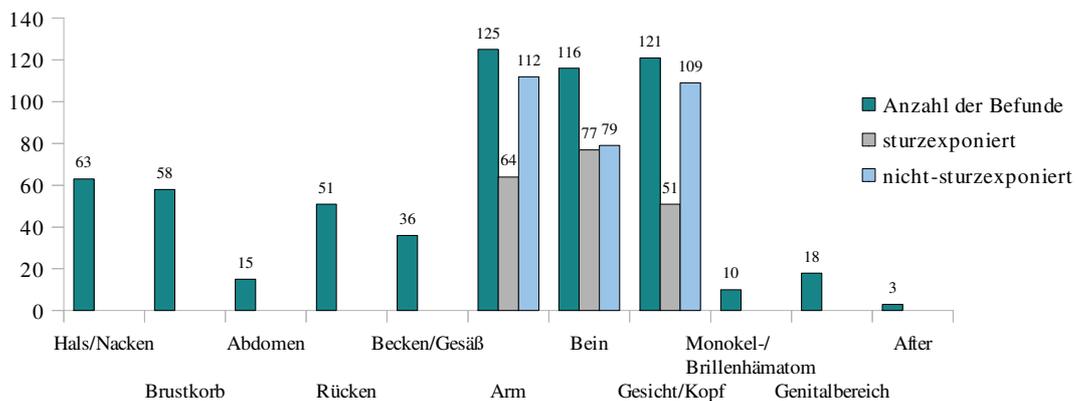


Abbildung 40: Stumpfe Gewalt

### 3.2.9.3 Scharfe Gewalt

Insgesamt wurden 74 Befunde in 40 Untersuchungen dokumentiert, die durch scharfe Gewalt entstanden sind. Auch hier zeigte sich, dass der Arm am häufigsten betroffen war (18 Mal, 24,3 %), die sturzexponierten Lokalisationen standen hier mehr im Vordergrund (15 Mal, 20,3 %). Am Bein zeigten sich acht Befunde (1,8 %), die nicht sturzexponierten Stellen waren häufiger betroffen (8). Scharfe Gewalt im Gesicht ließ sich 14 Mal (18,9 %) finden. Zudem kamen die Folgen scharfer Gewalt am Brustkorb (12), an Hals und Nacken (8), am Bauch (7), am Rücken (4) und über Becken und Gesäß (3) vor (Abb. 41).

Nur ein Opfer der Gewaltopferambulanz zeigte Schnittwunden am Rücken.

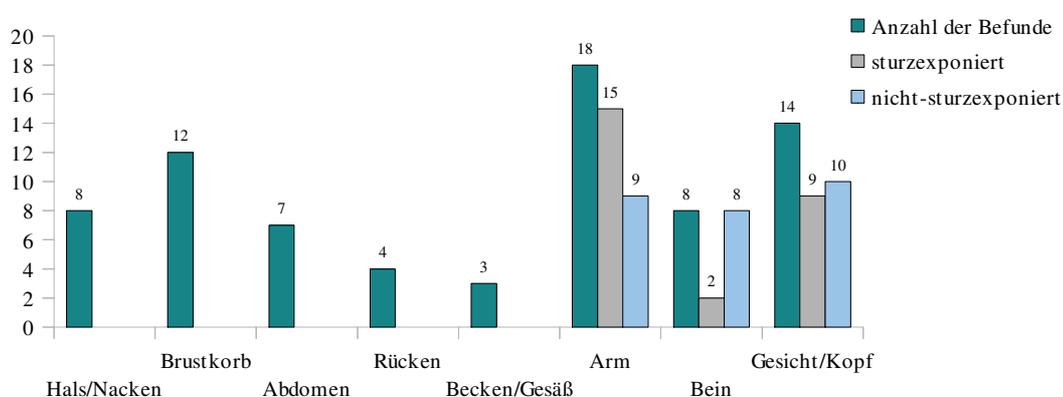


Abbildung 41: Scharfe Gewalt

### 3.2.9.4 Unspezifische Gewalt

Unspezifische Gewalt wurde mit 269 Befunden in 149 Gutachten beschrieben, am häufigsten am Arm (74 Mal, 27,5%). Dabei waren die sturzexponierten Stellen 40 Mal (14,9 %) und die nicht sturzexponierten Stellen 50 Mal (18,6 %) betroffen. An den Beinen kam in 38 Fällen (14,1 %) unspezifische Gewalt vor, in 10,0 % an sturzexponierten und in 7,1 % an nicht sturzexponierten Lokalisationen. In 22,3 % fanden sich Befunde im Gesicht, am häufigsten an nicht sturzexponierten Stellen (49 Mal, 18,2 %). Zudem zeigten sich in 13,4 % (36 Mal) Anzeichen am Hals und Nacken, in 7,8 % (21 Befunde) am Rücken und in 5,2 % (14 Befunde) am Becken und Gesäß (Abb. 42).

Bei den Opfern in der Gewaltopferambulanz wurden an folgenden Lokalisationen Anzeichen für unspezifische Gewalt festgestellt: Arm (5), Bein (3), Kopf (3), Hals (3), Rücken (3), Becken/Gesäß (3).

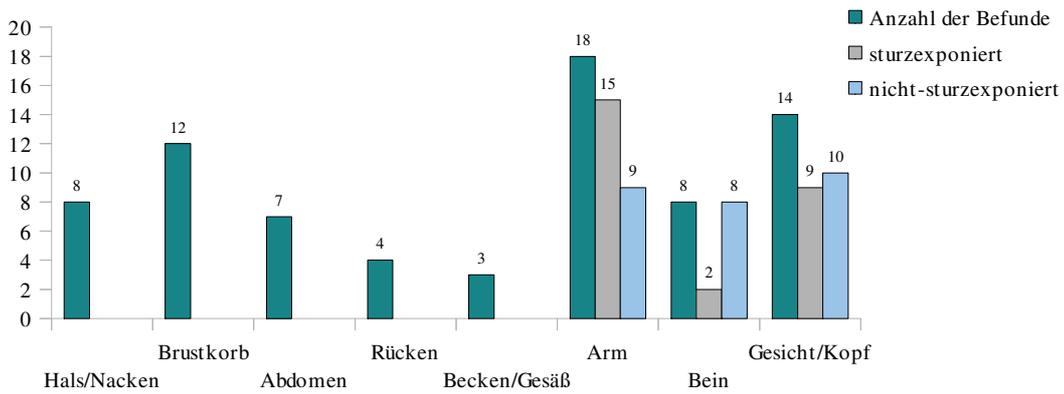


Abbildung 42: Unspezifische Gewalt

### 3.2.9.5 Narben

Es wurden in 54 Fällen 82 verschiedene Narben beschrieben, am häufigsten (34 Befunde, 41,5 %) an den Armen. Die nicht sturzexponierten Stellen traten hervor mit 28 Befunden (34,1 %). Am Bein kamen 16 Mal (19,5%) Narben vor, häufiger an den sturzexponierten Stellen (12, 14,6 %). In elf Fällen (13,4 %) wurden Narben im Gesicht beschrieben, auch hier waren die sturzexponierten Stellen (7,3 %) stärker betroffen (Abb. 43).

Bei den Untersuchungen in der Gewaltopferambulanz zeigten sich am Arm in fünf Fällen Narben, ansonsten wurden nur am Bein (1) und im Kopfbereich (2) Narben festgestellt.

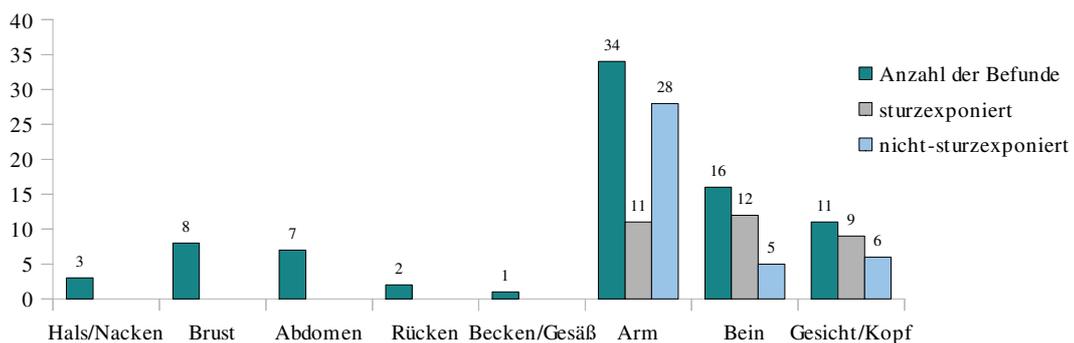


Abbildung 43: Narben

### 3.2.9.6 Frakturen

Es wurden insgesamt 29 Frakturen bei den Opfern beschrieben. Am häufigsten gab es eine Fraktur der Ulna (7 Befunde, 24,1 %). An der oberen Extremität fanden sich des weiteren drei Frakturen (10,3 %) der Finger-/Handknochen und jeweils eine Fraktur des Radius und des Humerus. Eine oder mehrere Rippen waren frakturiert in 4 Fällen (13,8 %). Die Nase (nicht näher bezeichnet) war in fünf Fällen (17,2 %) betroffen, davon lagen zwei Frakturen bei Frauen vor, die die Gewaltopferambulanz aufgesucht haben. Im Gesicht fanden sich weitere Frakturen der Orbita (3 Fälle, 10,3 %), des Ober-/Unterkiefer (2 Fälle, 6,8 %) und des Mittelgesichtes (nicht näher bezeichnet, 1 Fall). Zudem wurden eine Patellafraktur und eine Femurfraktur beschrieben (Abb. 44).

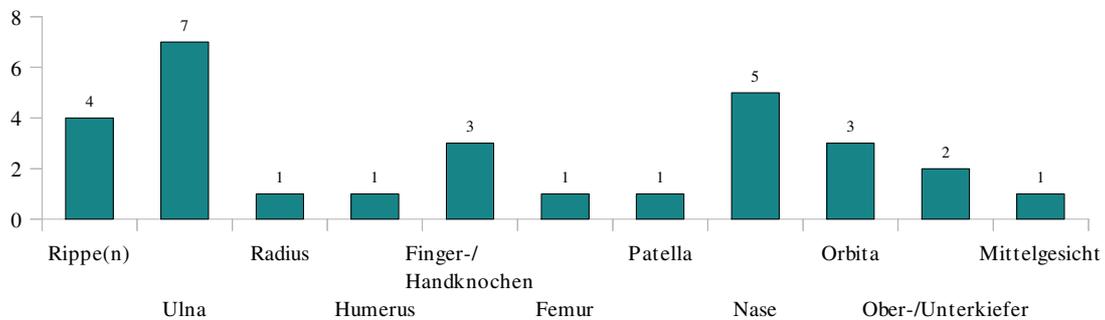


Abbildung 44: Frakturen

### 3.2.9.7 Intrakranielle Befunde

Es wurden insgesamt 29 intrakranielle Befunde beschrieben. In jeweils fünf Fällen litt das Opfer an einer subduralen Blutung bzw. an einer subarachnoidalen Blutung und in drei Fällen an einer epiduralen Blutung. In fünf Fällen kam es durch die Misshandlung zu einem Hirnödem. Es wurden in sieben Fällen anderweitige zerebrale Blutungen beschrieben. Ein Opfer erlitt einen akuten Arteria carotis-Verschluss im Rahmen eines Polytraumas bei einem Sturz vom Balkon aus 8 Meter Höhe (Abb. 45).

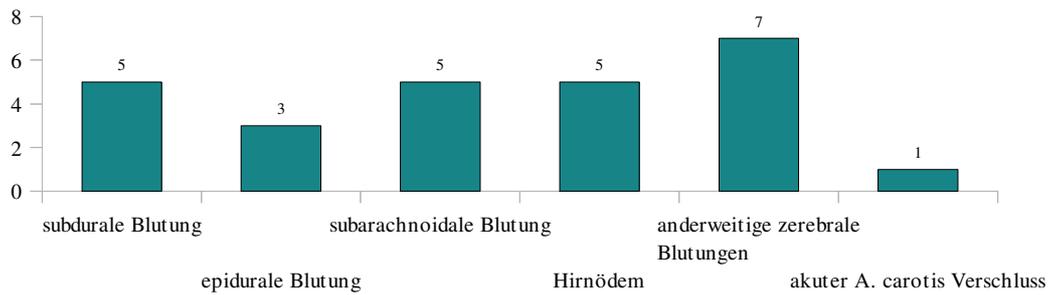


Abbildung 45: Intrakranielle Befunde

### 3.2.9.8 Schädelfrakturen

Betrachtet man die Frakturen des Craniums zeigten sich drei Fälle mit einer Fraktur der Schädelkalotte. In zwei Fällen war es im Rahmen der Misshandlung zu einer Fraktur der Schädelbasis gekommen. Weitere Frakturen wurden am Os parietale (2 Fälle), am Os temporale (1 Fall) und am Os occipitale (1 Fall) dokumentiert (Abb. 46).

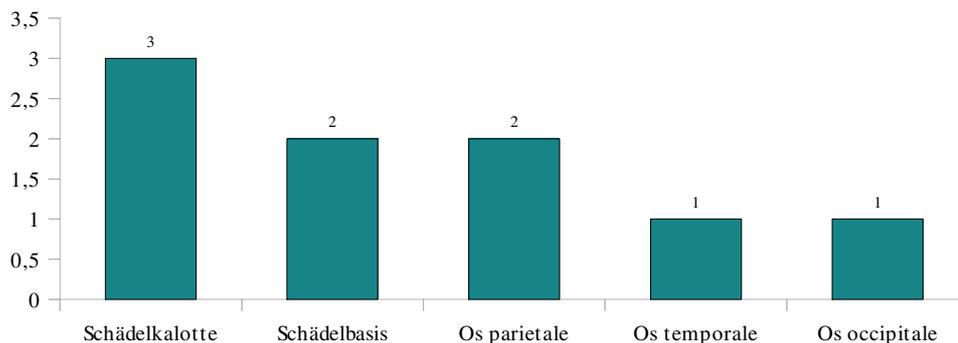


Abbildung 46: Schädelfrakturen

### 3.2.9.9 Würgemale bei dem Opfer

In 16,7 % (43) der Fälle fanden sich Würgemale bei der körperlichen Untersuchung des Opfers. Nicht eindeutig waren die Befunde diesbezüglich bei drei Opfern (11,6 %). Bei 165 Untersuchungen (64,0 %) wurden keine Würgemale dokumentiert und in 47 Fällen (18,2 %) gab es keine Angaben dazu.

### 3.2.9.10 Bewusstlosigkeit des Opfers bei der Tat

In 32 Fällen (12,4 %) lag bei dem Opfer eine Bewusstlosigkeit vor, in 32 Fällen (12,4 %) wurde eine Bewusstlosigkeit verneint. 20 Opfer (7,8 %) gaben eine Erinnerungslücke an und bei zwei Opfern (0,8 %) bestand eine Vigilanzminderung (Abb. 47). In 172 Fällen (66,7 %) gab es keine Angaben.

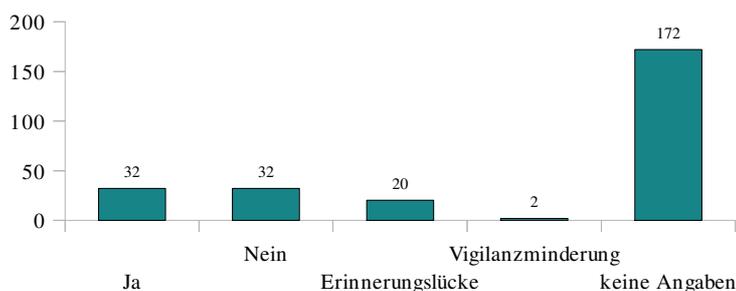


Abbildung 47: Bewusstlosigkeit des Opfers

### 3.2.9.11 Beurteilung des Gutachters

In 115 Fällen (43,7 %) kam der Gutachter zu dem Schluss, dass die Befunde charakteristisch für eine Misshandlung waren. Bei fünf Gutachten (1,9 %) lautete die Beurteilung, dass die Befunde nicht charakteristisch für eine Misshandlung waren. In zwei Fällen (0,8 %) waren die Befunde charakteristisch für eine Vergewaltigung, in elf Fällen (4,2 %) konnte eine Vergewaltigung nicht bewiesen werden. Keine eindeutige Befunde gab es in 20,4 % (54) der Gutachten. In 23 Fällen (8,7 %) gab es keine Befunde bzw. Hinweise für eine Misshandlung. In 28 Fällen (10,6 %) zog der Gutachter kein Fazit aus den Befunden, davon sind 19 Fälle im Rahmen der Gewaltopferambulanz begutachtet worden. In 25 Fällen (Sonstiges) ist der Gutachter zu dem Schluss gekommen, dass die Verletzungen auf eine Selbstbeibringung (12) oder ein Sturzgeschehen (8) deuten oder nicht zur Aussage des Opfers passen (4) beziehungsweise zur Aussage passen (1) (Abb. 48).

Neben den 19 Fällen in der Gewaltopferambulanz, bei denen es keine Beurteilung gab, erachtete der Gutachter in 13 Fällen die Verletzungen als charakteristisch für eine Misshandlung. In drei Fällen wurden die Verletzungen auf eine Selbstbeibringung zurückgeführt während in jeweils einem Fall es keine eindeutigen Befunde bzw. keine Hinweise auf eine Misshandlung gab.

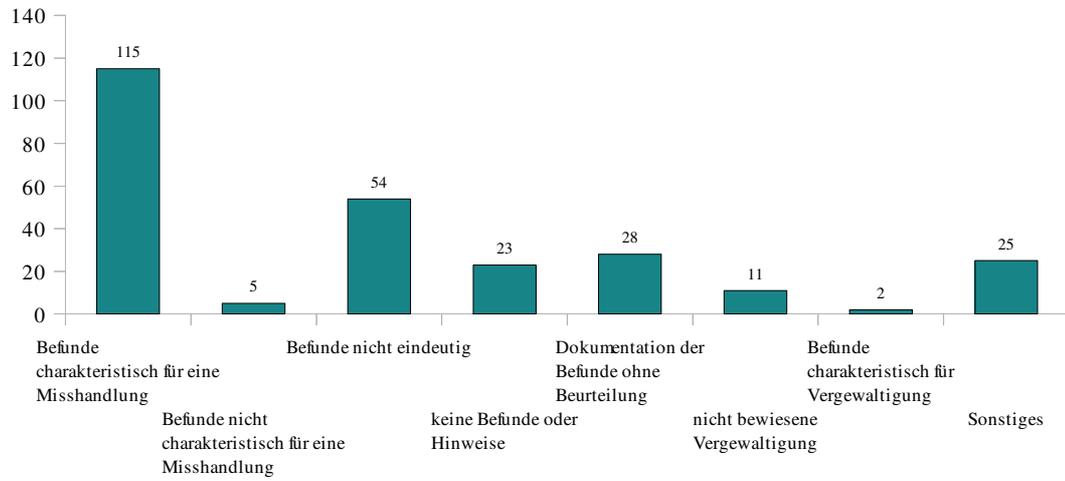


Abbildung 48: Beurteilung des Gutachters

## **4. Diskussion**

### **4.1 Kinder und Jugendliche**

#### **4.1.1 Daten zu den Umständen der Untersuchung**

##### **4.1.1.1 Ort der Untersuchung**

Die Untersuchungen fanden am häufigsten in einem Krankenhaus statt (61,9 %), 41,1 % in auswärtigen Krankenhäusern und 20,8 % im Universitätsklinikum Münster. 24,8 % der Untersuchungen erfolgten im Institut für Rechtsmedizin. In Bartholls Arbeit (Bartholl 2009) fanden sich ähnliche Zahlen: 69,2 % der körperlichen Begutachtungen waren in einem Krankenhaus (41,0 % in auswärtigem Krankenhaus und 28,2 % im Universitätsklinikum) während 20,1 % im Institut für Rechtsmedizin stattfanden. Wahl (2011) stellte für die Opferversorgung der Kinder unter 5 Jahren in Hamburg dar, dass 72 % in verschiedenen Krankenhäusern und 19 % im Institut für Rechtsmedizin versorgt wurden. 9 % der Untersuchungen dort fanden in Polizeikommissariaten statt (Wahl 2011).

Bei einer Befragung deutschsprachiger rechtsmedizinischer Institute stellte sich heraus, dass 7 % der befragten Institute keine geeigneten Untersuchungsräumlichkeiten für die Gewaltopfer hätten (Gahr et al. 2012). Das zeigt, dass die rechtsmedizinischen Institute bis auf einige Ausnahmen mittlerweile Gewaltopferambulanzen etabliert haben.

##### **4.1.1.2 Datum und Uhrzeit der Untersuchung**

Es wurden 358 Untersuchungen in acht Jahren mit Verdacht auf Kindesmisshandlung ausgewertet. Demzufolge wurden durchschnittlich 44,25 Untersuchungen pro Jahr durchgeführt. Bei Bartholl gab es 234 Gutachten im Zeitraum von 1996 bis 2005, somit durchschnittlich 23,4 Gutachten im Jahr (Bartholl 2009). Schubries' Studie umfasste ebenfalls im Zeitraum von 1996 bis 2005 148 Untersuchungen für das mittlere Ruhrgebiet (Schubries 2009). Herber wertete 36 Untersuchungen von Kindern unter 14 Jahren am Institut für Rechtsmedizin von 1994 bis 1999 aus (Herber 2003).

Es zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Untersuchungen (52,8 %) in den Geschäftszeiten des Instituts für Rechtsmedizin zwischen 8 und 16 Uhr durchgeführt wurden. Bei Bartholl (2009)

waren es 41,5 % der Fälle.

#### **4.1.1.3 Auftraggeber der Untersuchung**

56,1 % der Untersuchungen wurden von der Polizei bzw. der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben. Das Jugendamt war Auftraggeber von 30,6 % der Untersuchungen. Verglichen mit Bartholls Ergebnissen von 2009 (Polizei/ Staatsanwaltschaft in 70,9 % und Jugendamt in 11,5 %) zeigte sich ein Anstieg der vom Jugendamt in Auftrag gegebenen Untersuchungen (Bartholl 2009). Die Polizei und die Staatsanwaltschaft hätten die Aufgabe bei strafbaren Handlungen zu ermitteln, während das Jugendamt Kinder und Jugendliche vor weiteren Gefahren häuslicher Gewalt schützen sollte. In den letzten Jahren sei der Druck auf die Jugendämter gestiegen durch verschiedenen Kindstötungen durch Misshandlung (Friedrich-Graf 2008, Jacobi 2008). Bei Päslers Auswertung (2010) für die Rechtsmedizin in Köln ergab sich, dass 54,7 % der Untersuchungen von der Polizei in Auftrag gegeben wurden und 28,3 % von der Universitätsklinik bzw. anderen Krankenhäusern. Das Jugendamt war nur in einem Fall Auftraggeber. Dazu lässt sich anmerken, dass diese Ergebnisse sich auf die Jahre 2000 bis 2004 beziehen (Päsler 2010).

In Meyers Studie (2010) war das Krankenhaus in 34,6 % der Fälle mit Verdacht auf Kindesmisshandlung Auftraggeber und in 8,2 % der Fälle mit dem Tatvorwurf des sexuellen Kindesmissbrauchs (Meyer 2010).

#### **4.1.1.4 Tatvorwurf**

In den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin in Münster ergab sich folgende Verteilung bei den Tatvorwürfen: In 256 Fällen (70,3 %) ging es um Kindesmisshandlung, in 75 Fällen (20,6 %) um sexuellen Missbrauch und in 27 Fällen (7,4 %) um Vergewaltigung. Betrachtet man Bartholls Ergebnisse zeigte sich, dass 67,1 % der Tatvorwürfe Kindesmisshandlung waren, 23,6 % sexueller Missbrauch und 8,1 % Vergewaltigung (Bartholl 2009). Im Vergleich dazu wurden in Meyers Studie die Untersuchungen in 55,7 % aufgrund eines Verdachts auf sexuelle Gewalt und in 44,3 % bei Verdacht auf Kindesmisshandlung durchgeführt (Meyer 2010). Im Institut für Rechtsmedizin in München wurden im Jahre 2001 33 Kinder wegen Verdachts auf sexuellen Missbrauchs untersucht, das waren 11,0 % von insgesamt 299 körperlichen Untersuchungen (Rauch und Graw 2003).

## **4.1.2 Personenbezogene Daten zum Opfer**

### **4.1.2.1 Geschlecht des Opfers**

In den hier vorgenommenen Untersuchungen waren 59,1 % der 352 Opfer weiblich und 40,9 % (144) männlich. Ähnliche Ergebnisse lieferte Gölz (2011) für die Kinderschutzambulanz Düsseldorf (53 % weiblich und 47 % männlich).

Eine Häufung der männlichen Opfer zeigte sich bei Bartholl 2009 (52,7 % männlich, 46,9 % weiblich), Wahl 2011 (57 % männlich, 43 % weiblich), Schubries 2009 (62,2 % männlich, 37,8 % weiblich), Jacobi 2008 (57,3 % männlich, 42,7 % weiblich), Päsler 2010 (58,5 % männlich, 41,5 % weiblich). In der Polizeilichen Kriminalstatistik 2012 sind die Opfer in 57,6 % der Anzeigen wegen Kindesmisshandlung unter 14 Jahren männlich. Geht es wiederum um sexuellen Missbrauch, sind 74,6 % der Betroffenen weiblich (Bundeskriminalamt 2013). Das zeigten auch die Studien von Neumann 2012 (71,2 % weiblich) und Gölz 2011 (73,5 % weiblich).

In der Gewaltopferambulanz ergab sich, dass 71,4 % der Opfer weiblich und 28,6 % männlich waren. Auch in Hamburg waren 60,5 % der untersuchten Kinder und Jugendliche weiblich und 39,5 % männlich (Seifert et al. 2004).

Lamnek et al. (2012) vermuten, dass die Dunkelziffer bei Jungen höher sei als bei Mädchen, da sie weniger darüber sprechen würden (Lamnek et al. 2012).

Man kann daraus schlussfolgern, dass physische Misshandlung bei Jungen häufiger auftritt, während die Opfer von sexuellem Missbrauch häufiger weiblich sind.

### **4.1.2.2 Alter des Opfers**

In meiner Studie waren Kinder unter sechs Monaten in 19,3 % der Fälle betroffen, bei Bartholl (2009) waren es 17,8 %. 56,0 % der untersuchten Kinder waren unter sechs Jahre alt, in Bartholls Studie 66,3 % (Bartholl 2009). Andere klinische Untersuchungen berichteten von 100 untersuchten Kindern (42,7 %) unter sechs Monaten (Jacobi 2008), von 14 Kindern (13,6 %) unter sechs Monaten und 76 (73,8 %) unter sechs Jahren (Trube-Becker 1987) sowie von einem Altersgipfel zwischen 6 und 14 Jahren (63 %) bei den Opfern in der Kinderschutzambulanz Düsseldorf (Gölz 2011).

Menzel et al. (2013) stellten dar, dass Kinder unter einem Jahr häufiger an schwerwiegenderen Verletzungen leiden würden als Kinder älter als ein Jahr. „Die möglichen Gründe für die besondere Vulnerabilität dieser Altersgruppe sind vielfältig. Säuglinge können sich nicht

mitteilen; sie sind ungleich stärker auf ständige Fürsorge angewiesen. Diese Tatsache führt häufig zur Überforderung gerade unerfahrener Eltern“ (Menzel et al. 2013). Auch Trube-Becker weist darauf hin, dass Kinder vor allem in den ersten drei Lebensjahren ein hohes Risiko hätten eine körperliche Misshandlung zu erleben. Die Dunkelziffer in dem Bereich sei sehr hoch, da die Kleinkinder schließlich keine Möglichkeit haben auszusagen (Trube-Becker 1987). Auch ältere Kinder können Schwierigkeiten haben sich jemandem anzuvertrauen, vor allem bei psychischer und sexueller Gewalt (Lamnek et al. 2012).

Neumann (2012) untersuchte nur Fälle des sexuellen Missbrauchs, weswegen sich die Altersverteilung anders darstellt: die meisten Opfer waren zwischen 7 und 12 Jahre (58,2 %) und 17,2 % der Opfer 13 Jahre und älter (Neumann 2012).

Betrachtet man die Gewaltopferversorgung am Institut für Rechtsmedizin in Münster, so zeigte sich, dass 9,5 % der betroffenen Kinder unter einem Jahr alt waren, in Hamburg (Seifert et al. 2004) waren es 8,4 % der Kinder. Jugendliche Opfer wurden in 28,6 % der Fälle in Münster untersucht, in Hamburg waren es 48,3 % (Seifert et al. 2004).

#### **4.1.2.3 Nationalität des Opfers**

In meiner Studie gab es wenige Angaben zur Nationalität des Opfers, daher erscheint ein Vergleich nicht sinnvoll.

#### **4.1.2.4 Stand in der Familie**

Eine Studie aus Hamburg kommt zu folgendem Ergebnis: „Kinder aus Haushalten mit geringer Geschwisterzahl weisen häufiger schwerwiegende Verletzungen auf als Kinder mit mehr als 2 Geschwistern“ (Menzel et al. 2013). Es zeigt sich, dass Kinder mit weniger als zwei Geschwistern eine doppelt so große Wahrscheinlichkeit für schwere Verletzungen haben wie Kinder mit mindestens zwei Geschwistern. Bei Familien mit vielen Kindern wird vermutet, dass häufiger, aber weniger intensive Gewaltanwendung vorkommt (Menzel et al. 2013). Trube-Becker machte allerdings die Feststellung, dass „häufig [...] das misshandelte Kind ein Kind einer größeren Geschwisterreihe“ ist (Trube-Becker 1987).

Lamnek et al. (2012) kamen in ihrer Studie ebenfalls zum Schluss, dass „die Wahrscheinlichkeit von Gewalt gegen Kinder mit deren Anzahl im Haushalt ansteigt“. Sie beschreiben, dass Erstgeborene ein höheres Risiko für Misshandlungen hätten aufgrund bestimmter Konstellationen wie ungeplante Schwangerschaft, unehelich geboren oder junge, unerfahrene

Mutter. Letztgeborene hätten das zweihöchste Risiko für Gewalt (Lamnek et al. 2012).

In meiner Studie war das jüngste Kind am häufigsten (11,6 %) von Kindesmisshandlung betroffen und in Bartholls Studie ebenso (19,5 %) (Bartholl 2009). Dazu lässt sich anmerken, dass es in 77,8 % der Untersuchungen keine Angaben zu den Geschwistern des Opfers gab, weswegen die Zahlen nur mit Vorsicht interpretiert werden sollten.

Schubries (2009) hat die Anzahl der Geschwister untersucht und es zeigte sich, dass von den Opfern mit Geschwistern die meisten (78,6 %) ein einzelnes Geschwisterkind haben. 14,3 % der Kinder hatten zwei und 7,2 % drei oder mehr Geschwister. Angaben zum Stand des betroffenen Kindes in der Geschwisterreihe werden nicht gemacht (Schubries 2009).

#### **4.1.2.5 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers**

Von den untersuchten Kindern hatten 18 (5,1 %) eine körperliche und/ oder geistige Behinderung. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Bartholl 2009 (3,9 %) und Meyer 2010 (5,5 %). In Schubries' Arbeit hatte ein Kind eine geistige Retardierung (0,7 %) (Schubries 2009).

Lamnek et al. (2012) stellten fest, dass „Frühgeburten und untergewichtige Kinder überproportional häufig misshandelt [werden], sofern deren Betreuung für die Pflegepersonen schwieriger als die normalgewichtiger Säuglinge ist“. Leide das Kleinkind häufig an Erkrankungen, könnten die Eltern schneller überfordert sein und das Risiko für eine Misshandlung würde ansteigen (Lamnek et al. 2012).

In einer Studie des BMFSFJ gaben 74-90 % der befragten Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen an, dass sie in Kindheit und Jugend elterliche körperliche Gewalt erlebt hatten. Bei sexuellem Missbrauch waren es 20-34 % der Frauen, damit sind sie zwei- bis dreimal häufiger betroffen als der Durchschnitt. Diese Tatsache betrifft vor allem gehörlose Frauen, von denen 52 % sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013a).

Psychische Erkrankungen wurden bei 13 Kindern und Jugendlichen (3,7 %) beschrieben. In Meyers Studie war ein Opfer psychisch auffällig und zwei in psychologischer Behandlung (Meyer 2010). Bei Schubries (2009) gab es bei 12 Kindern (8,1 %) psychische Auffälligkeiten (Schubries 2009).

Jacobi (2008) stellt dar, dass Misshandlungen „häufig zu einer emotionalen Deprivation“ führen würden. Die Folgen von Kindesmisshandlung seien nicht spezifisch, man könne aber sagen, dass es zu Persönlichkeitsveränderungen kommt. Bei Mädchen werde häufig ein Rückzug, psychosomatische Beschwerden und Selbstverletzung beobachtet, während bei Jungen eher mit

aggressivem und antisozialem Verhalten zu rechnen sei. Aus dem Grund könne ein Kreislauf resultieren, bei dem erlebte Gewalt auch zu neu angewandter Gewalt vonseiten der einst Betroffenen führen könnte (Jacobi 2008).

Martinius (1987) beschreibt, dass „misshandelte Kinder [...] eindeutige und möglicherweise spezifische Störungen in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung“ zeigen würden. Häufig (bei 66 %) ließe sich eine Anhedonie bei misshandelten Kindern beobachten. Auch Verhaltensstörungen (bei 62 %) und ein schwaches Selbstwertgefühl (bei 52 %) würden viele Kinder aufweisen. Durch die Verhaltensauffälligkeiten sei es gegeben, dass das Risiko für das Weitergeben der selbst erlebten Gewalt höher sei (Martinius 1987).

#### **4.1.2.6 Aufenthalt außerhalb von Zuhause**

13,9 % der Untersuchten hielten sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in ihrem Zuhause auf. In Meyers Studie waren es 7 Kinder (7,7 %), die in Pflegefamilien oder im Heim bzw. in einer Wohngruppe lebten (Meyer 2010). Eine Unterbringung in einer Einrichtung des Kinderschutzes erfolgte bei Päsler in 24,5 % (Päsler 2010) und bei Gölz in 44,3 % der Untersuchten (Gözl 2011).

Aus einer Statistik der Kinder- und Jugendhilfe lässt sich ableiten, dass 3.270 Kinder im Jahre 2011 in Deutschland aus ihren Familien herausgenommen wurden aufgrund von Anzeichen für Misshandlung, im Jahre 1995 waren es 891. Wegen sexuellem Missbrauch sind 730 Kinder im Jahre 2011 in andere Obhut gegeben worden, 1995 waren es noch 1.098 Kinder (Statistisches Bundesamt 2013).

#### **4.1.3 Personenbezogene Daten zum Täter**

##### **4.1.3.1 Geschlecht des Täters**

Das Bundeskriminalamt gibt an, dass 2012 in 95,9 % des angezeigten sexuellen Missbrauchs männliche Täter verdächtigt wurden (Bundeskriminalamt 2013: Polizeiliche Kriminalstatistik 2012). Dies wird auch in Neumanns Studie bestätigt (94,4 % männliche Täter) (Neumann 2012).

Bei den Anzeigen zur Misshandlung von Kindern stellte sich dar, dass 56,9 % der Tatverdächtigen männlich und 43,1 % weiblich waren (Bundeskriminalamt 2013). Jacobi (2008) hat Zahlen aus acht anderen rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland analysiert

und kam zu dem Schluss, dass von insgesamt 2.298 Tatverdächtigen 1.415 Männer (61,6 %) und 883 Frauen (38,4 %) waren (Jacobi 2008).

Ähnliche Zahlen für männliche Tatverdächtige ergaben sich in meiner Studie (55,5 %) während in 20,1 % der Fälle Frauen verdächtigt wurden. Im Rahmen der restlichen Untersuchungen (24,1 %) wurden keine Angaben gemacht. Entsprechende Ergebnisse gab es bei Bartholl 2009 (71,25 % männlich), Herber 2003 (60 % männlich), Götz 2011 (69 % männlich), Wahl 2011 (46,4 % männlich, in 23,6 % keine Angaben).

#### **4.1.3.2 Alter des Täters**

Bei den Anzeigen der Kindesmisshandlung in der Polizeilichen Kriminalstatistik 2012 (Bundeskriminalamt 2013) findet man folgende Altersstruktur: 83,3 % der Misshandlungen waren von Erwachsenen zwischen 25 und 60 Jahren ausgegangen während 13,4 % der Tatverdächtigen zwischen 18 und 24 Jahren alt waren. Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik erfolgten Anzeigen des sexuellen Kindesmissbrauchs waren 16,7 % der Tatverdächtigen zwischen 14 und 17 Jahren alt. Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren wurden in 14,5 % beschuldigt. 61,5 % der angezeigten sexuellen Missbrauchsfälle sollen von Erwachsenen ab 25 Jahren ausgeführt worden sein (Bundeskriminalamt 2013).

In meiner Studie gab es wenige Angaben zum Alter der Täter. Ein Altersgipfel lässt sich unter den ermittelten Daten zwischen 20 und 34 Jahren (53,3 %) ausmachen. Vergleichbare Ergebnisse gab es bei Bartholl 2009 (61,1 % der Täter zwischen 18 und 35 Jahren), bei Götz 2011 (71,4 % der Täter zwischen 21 und 40 Jahren) und bei Herber 2003 (71,4 % der Täter zwischen 21 und 35 Jahren).

Jacobi (2008) stellte dazu folgendes fest: „Das Alter der misshandelnden Eltern variiert stark. Wichtig erscheint mir darauf hinzuweisen, dass Mütter, die noch sehr jung sind [...] und Väter, die über 40 Jahre alt sind, ihre Kinder besonders schwer misshandeln“ (Jacobi 2008).

Dazu ergänzten Menzel et al. (2013), dass die Schwere der Verletzung mit einem jungen Alter der Mutter korreliere. Dies zeige sich bei Müttern unter 25 Jahren und noch deutlicher bei Müttern unter 20 Jahren, da diese die Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch nähmen, was eine Früherkennung und Prävention erschweren würde (Menzel et al. 2013).

#### **4.1.3.3 Nationalität des Täters**

Zur Nationalität des Täters konnten in den Untersuchungsdokumentationen nur wenige Daten erhoben werden, weswegen auf einen Vergleich verzichtet wird.

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik für 2012 gab es nicht-deutsche Tatverdächtige in 19,8 % der Anzeigen der Kindesmisshandlung und in 11,2 % des sexuellen Missbrauchs (Bundeskriminalamt 2013).

Jacobi (2008) meint dazu, dass Migrantenfamilien oftmals engeren Kontakt mit den Behörden hätten und somit mehr Kontrolle erleben würden als deutsche Familien (Jacobi 2008).

#### **4.1.3.4 Beruf des Täters**

Es konnten nur wenige und somit nicht repräsentative Daten bezüglich des Berufs des Täters erhoben werden.

Die Meinungen darüber, in welchen sozialen Schichten Kindesmisshandlung häufiger auftritt, gehen weit auseinander.

Lamnek et al. stellten dar, dass Täter aus unteren Schichten eine größere soziale Kontrolle erfahren und daher häufiger angezeigt und verurteilt werden würden (Lamnek et al. 2012).

Jacobi wiederum sieht eine Gefährdung des Kindes bei Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeanspruch oder ungelerner und häufig wechselnder Tätigkeit des Hauptverdieners (Jacobi 2008).

Wetzels stellte fest: „Je geringer das Einkommen und je schlechter der Bildungsstand, desto wahrscheinlicher war physische Gewaltausübung gegen Kinder. Insbesondere im Falle von Arbeitslosigkeit war das Risiko der Gewalt gegen Kinder signifikant erhöht“ (Wetzels 1997).

Eine Befragung von Häuser et al. kam zu dem Ergebnis, dass Personen der Unterschicht und Mittelschicht signifikant häufiger schweren Missbrauch und Vernachlässigung erlebten. Dies wird auf einen fürsorglicheren Erziehungsstil in höheren sozialen Schichten zurückgeführt (Häuser et al. 2011).

#### **4.1.3.5 Vorstrafen des Täters**

Es gab in acht Fällen Angaben zu einer Vorstrafe des Täters (2,3 %). Jacobi (2008) berichtete von 6 % vorbestraften Tätern, Herber (2003) von 31 %.

#### 4.1.4 Daten zum Misshandlungsgeschehen

##### 4.1.4.1 Verhältnis des Opfers zum Täter

In meiner Studie wurden in 52,9 % der Untersuchungen ein oder beide Elternteile verdächtigt ihr Kind misshandelt zu haben. Folgende Verteilung stellte sich dar: der Vater wurde in 30,1 % der Fälle verdächtigt, die Mutter in 16,8 % und beide Eltern in 6,0 %. Bei Bartholl wurden in 59,8 % die Eltern alleine oder gemeinsam verdächtigt, häufiger die leibliche Mutter (Vater in 26 % und Mutter in 33,8 %) (Bartholl 2009). Auch in anderen Studien gehören Eltern zu den häufigsten Beschuldigten: Herber 2003 (Vater in 40 %, Mutter in 36 %), Gölz 2011 (beide Eltern in 18,2 %, Vater in 15,9 %, Mutter in 13,6 %), Wahl 2011 (Vater in 38,2 %, Mutter in 30 %), Trube-Becker 1987 (Vater in 19,6 %, Mutter in 19,6 %, beide Eltern in 25 %), Jacobi 2008 (Vater bzw. Partner in 29 %, Mutter bzw. Partnerin in 49 %, beide Eltern in 16 %), Schubries 2009 (beide Eltern in 33,8 %, Vater in 28,3 %, Mutter in 14,5 %).

Betrachtet man sexuellen Missbrauch, stellte sich in meiner Arbeit folgendes Ergebnis dar: 26,7 % (20 Fälle) der Taten gehen vom Vater des Opfers aus, 16 % (12) von anderen Verwandten, 5,3 % (4) von Bekannten und 4% (3) von fremden Personen.

In weiteren Untersuchungen zu sexuellem Missbrauch zeigten sich unterschiedliche Verteilungen der Tatverdächtigen: Meyer 2010 (Vater in 26,4 %, andere Verwandte in 19,7 %, Bekannte in 24,2 %), Neumann 2012 (Vater in 6,2 %, andere Verwandte in 20,5 %, Bekannte in 32,3 % und Fremde in 24,4 %) und Stadler et al. 2012 (männlicher Verwandter bei Jungen in 44,4 % und bei Mädchen in 49,9 %, weiblicher Täter bei Jungen in 14,7 % und bei Mädchen in 1,5 %, fremder männlicher Täter in 19,7 %).

Außerdem gingen in meiner Auswertung 7,1 % der Misshandlungen von dem Partner der Mutter aus. Im Vergleich dazu waren es bei Bartholl (2009) 12,1 %, bei Herber (2003) 12 %, bei Wahl (2011) 8,2 %, bei Gölz (2011) 11,4 %, bei Trube-Becker (1987) 13,0 %, bei Schubries (2009) 17,2 % der Fälle. Trube-Becker berichtet: „Entgegen der weitverbreiteten Anschauung, dass vorwiegend nicht-eheliche und Stiefkinder misshandelt werden, haben die Untersuchungen der letzten Jahren ergeben, dass Misshandlungen bei ehelichen Kindern weit häufiger vorkommen“ (Trube-Becker 1987).

Des Weiteren beschreibt Trube-Becker, dass Frauen eher zum Täter werden durch die Überforderung mit der Betreuung der Kinder und Unzufriedenheit und Ärger auf den Ehemann. Entlastung im Haushalt und eine zufriedenstellende Berufstätigkeit würde das Risiko für Misshandlung minimieren (Trube-Becker 1987). Jacobi ist anderer Meinung: „redet man von 'Überforderung', meint man Erklärung und Entschuldigung zugleich“. Er geht davon aus, dass

auch der nicht misshandelnde Elternteil von der Misshandlung gewusst hätte und somit auch mitverantwortlich gemacht werden könnte (Jacobi 2008).

Wetzels fand in seiner Untersuchung heraus, dass 38,8 % der Befragten in der Kindheit mehrfach körperliche Erziehungsgewalt durch die Eltern erlebt haben, davon ließen sich 4,7 % körperlicher Misshandlung zuordnen. Er stellte außerdem fest, dass „Kinder alleinerziehender Mütter eine höhere Züchtigungs- und Misshandlungsrate [aufweisen] als jene von Müttern aus vollständigen Familien“ (Wetzels 1997).

Bange und Deegener machten bei der Opfer-Täter-Beziehung die Feststellung, dass „der außerfamiliale [sexuelle] Missbrauch durch bekannte Täter etwa 50 Prozent der Fälle“ ausmacht, während jeweils ein Viertel von Angehörigen sowie Fremden missbraucht wird. Des weiteren kommen sie zu folgendem Schluss: „viele Täter haben es aufgrund der bestehenden emotionalen Beziehung zum Kind zumindest zu Beginn des sexuellen Missbrauchs nicht nötig, die sexuellen Handlungen mit körperlicher Gewalt zu erzwingen“ (Bange und Deegener 1996).

#### **4.1.4.2 Ort der Misshandlung**

Am häufigsten (47,2 %) fanden die Misshandlungen in der häuslichen Umgebung des Opfers und/ oder des Täters statt. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Bartholl 2009 (68,8 %), Herber 2003 (90 %), Götz 2011 (85 %), Meyer 2010 (39,6 %).

An öffentlich zugänglichen Orten fanden 9,1 % der Übergriffe statt, bei Herber (2003) waren es 10 % und bei Meyer (2010) 18,7 %. In Bartholls Studie (2009) ereigneten sich 13,7 % der Taten außerhalb der Wohnung von Opfer bzw. Täter (Bartholl 2009).

Lamnek et al. wiesen darauf hin, dass „die extreme Privatheit, die soziale Isolierung und die heute üblichen Wohnverhältnisse bzw. -formen [...] tendenziell die familiäre Gewaltschwelle [senken], da häusliche Gewalt dadurch weniger sichtbar und von außen kontrollierbar sei“ (Lamnek et al. 2012).

#### **4.1.4.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters/Opfers**

Es stellte sich dar, dass in 5,1 % der Fälle der Täter während des Tathergangs unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen standen. Dabei ist anzumerken, dass der Verzehr nicht durch Blut- oder Urinproben bestätigt wurden, sondern sich die Angaben meist auf die Aussage des Opfers oder anderer Zeugen stützen. Weitere Ergebnisse zeigten Herber 2003 (17 %), Lüdeking 1984 (14,6 %), Jacobi 2008 (11 %), Bartholl 2009 (2,9 %), Gölz 2011 (19,8 %), Neumann 2012 (7,4 %).

Holman sieht in Drogenmissbrauch ein Alibi für Eltern, die vorgeben würden sich an die Misshandlung im Rausch nicht zu erinnern oder dies als Ursache für ihr unverantwortliches Handeln angeben. Alkohol- und Drogenabhängigkeit seien allerdings nicht Ursache von sexuellem Missbrauch, sondern ein Teil des gesamten gestörten Familiensystem (Holman 1986).

Das Opfer hatte in 4,8 % der Fälle Alkohol oder Drogen konsumiert. Bei Bartholl (2009) waren es 3,8 %.

#### **4.1.4.4 Art der Misshandlung**

In den hier untersuchten Fällen wurden Kinder und Jugendliche auf unterschiedlichste Weise misshandelt, die Variation lässt sich schwer abbilden.

Eine Häufigkeit ließ sich bei Schlägen ohne Hilfsmittel feststellen (15,1 %). Auch andere Autoren kamen zu dieser Feststellung: bei Bartholl (2009) in 21,8 %, bei Herber (2003) in 47 %, bei Lüdeking (1984) in 27,2 %, bei Schubries (2009) sogar in 75,7 %.

Schläge mit Hilfsmittel kamen seltener vor: in meiner Studie in 5,4 %, bei Bartholl (2009) in 10,2 %, bei Herber (2003) in 22 %, bei Lüdeking (1984) in 21,2 %, bei Päsler (2010) in 22,6 % (instrumentelle Gewalt), bei Schubries (2009) in 17,6 %.

Eine Misshandlung durch Schütteln konnte in meiner Studie in 7,1 % festgestellt werden. Unterschiedliche Häufigkeiten zeigten sich in folgenden Studien: Bartholl 2009 (9,8 %), Herber 2003 (2,4 %), Wahl 2011 (8,5 %), Jacobi 2008 (24,8 %), Schubries 2009 (10,1 %).

#### **4.1.4.5 Schutzbehauptung**

Die vorgebrachten Schutzbehauptungen variierten in meiner Untersuchung stark, der Sturz als vorgeschobene Ursache der Verletzungen lässt sich als einzige gehäufte Schutzbehauptung herauskristallisieren (in 13,9 %). Ähnliches lässt sich bei Bartholl 2009 (10,3 %) und bei

Lüdeking 1984 (23,3 %) feststellen.

Schutzbehauptungen würden dazu dienen die Entstehung der Verletzungen und die Verletzungen selbst zu verharmlosen. Die Schuld würde dem Kind zugeschoben, indem behauptet werden würde, es sei ungeschickt, eigensinnig und trotzig (Trube-Becker 1987).

Jacobi machte die Beobachtung, dass es typische Schutzbehauptungen gäbe, wie zum Beispiel das Kind sei durch eigene Aktivität heruntergefallen, obwohl es erst wenige Monate alt sei oder die Verletzungen seien durch Geschwisterkinder zugefügt worden (Jacobi 2008).

Geschwisterkinder wurden in meiner Studie in fünf Fällen verantwortlich gemacht, bei Bartholl (2009) waren es zehn Fälle (4,2 %) und bei Lüdeking (1984) vier Fälle (9,3 %).

#### **4.1.5 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung**

Bei der körperlichen Untersuchung solle man auf typische Lokalisationen für misshandlungsbedingte Verletzungen speziell an geschützten Körperteilen schauen: Augen, Wangen, Kopf oberhalb der „Hutkrempeinie“, Oberarme, Unterarmstreckseiten, Handrücken, Oberschenkel, Gesäß, Rücken und Genitalien. Eher für einen Sturz sprächen Befunde an vorstehenden Körperteilen mit wenig Unterhautfettgewebe wie Stirnwülste, Kinn, Nase, Ellenbogen, Handballen, Knie und Schienbeine (Sperhake und Matschke 2013, Madea et al. 2012). „Hier ist aber das Gesamtbild entscheidender als die unreflektierte Einordnung einer Verletzung nach einem Schema“ (Sperhake und Matschke 2013).

##### **4.1.5.1 Stumpfe Gewalt**

„Unter stumpfer Gewalt versteht man die Einwirkung eines flächigen, stumpfkantigen, kantigen oder auch runden (stockförmigen) Werkzeuges oder Gegenstands [...], die in der Regel an der Einwirkungsstelle zu sichtbaren Veränderungen (Rötung, Wunde, Blutunterlaufung) und mit zunehmender Intensität zu schwerwiegenden Verletzungen des Skelettsystems und der inneren Organe führen. Bemerkenswerterweise besteht keine Korrelation zwischen äußerlich sichtbaren Verletzungen und der Schwere innerer Verletzungen“ (Bratzke und Niess 2008).

Laut Herrmann et al. seien Hämatome eine häufig sichtbare Folge von stumpfer Gewalteinwirkung bei misshandelten Kindern. Speziell bei Säuglingen unter sechs Monaten seien Hämatome ein Hinweis auf eine nicht akzidentelle Entstehung. Es könnten Hautabschürfungen festgestellt werden, wenn die Gewalt tangential ausgeübt worden sei. „Die häufigsten Lokalisationen [von Hämatomen] sind der Kopf mit Ohren und Gesicht, gefolgt von

Hals, Stamm, Gesäß, Armen und Händen“ (Herrmann et al. 2010). Besonders bei multiplen Hämatomen und einem symmetrischen Verletzungsmuster sowie bei Abdrücken von Gegenständen ließe sich ein Verdacht der Kindesmisshandlung erhärten (Oesch und Zachariou 2008).

In meiner Arbeit fanden sich in 255 Fällen (72,5 %) Anzeichen für stumpfe Gewalt. Bartholl fand in seiner Studie in 60,6 % der Fälle Hämatome und in 24,7 % Abschürfungen (Bartholl 2009). Bei Lüdeking waren es 95,3 % der Kinder, die Hämatome aufwiesen, und 21 % Schwellungen (Lüdeking 1984). In Herbers Studie hatten 72 % der Opfer Hämatome und Schwellungen (Herber 2003). Trube-Becker konnte bei 75,7 % der untersuchten Kinder Hämatome feststellen (Trube-Becker 1987). In Schubries' Arbeit ergab sich, dass bei 82,4 % der Opfer Anzeichen für stumpfe Gewalt vorlagen (Schubries 2009).

Die meisten Befunde (25,0 %) gab es im Gesicht vor allem an den nicht sturzexponierten Stellen (21,4 %). Am Arm (17,7 %) standen ebenso die nicht sturzexponierten Lokalisationen (14,7 %) im Vordergrund.

In 12,0 % aller dokumentierten Verletzungen gab es in Herbers Studie Verletzungen im Gesicht (Herber 2003). Auch in Wahls Studie fanden sich viele Befunde im Gesicht (25,1 %), während die untere Extremität in 18,4 % und die obere in 12,8 % der Fälle betroffen war (Wahl 2011). Ebenso bei Schubries wurde das Gesicht als häufige Lokalisation in 22,0 % genannt während der Arm in 16,1 % und das Bein in 19,6 % Spuren zeigten (Schubries 2009).

Jacobi (2008) stellte heraus, dass Schläge auf den Kopf oder ins Gesicht nicht nur oberflächliche Verletzungen hervorrufen könnten, sondern auch eine substantielle Hirnverletzung (Jacobi 2008).

Der Rücken und das Gesäß sind hochverdächtige Lokalisationen für eine Misshandlung. In meiner Studie traten 11,0 % der Verletzungen am Rücken und 8,5 % am Becken und Gesäß auf. Vergleichbar sind Ergebnisse in anderen Arbeiten: der Rücken und das Gesäß in jeweils 10 % der Untersuchungen bei Wahl (2011) und der Rücken in 11,8 % der Fälle bei Schubries (2009).

#### **4.1.5.2 Scharfe Gewalt**

Es wurden 16 Verletzungen festgestellt, die durch scharfe Gewalt entstanden sind. In Schubries' Studie waren es 2,7 % der Opfer, die scharfe Gewalt erlebten (Schubries 2009). Oesch und Zachariou bemerken dazu, dass penetrierende Verletzungen selten bei Kindesmisshandlung auftreten würden (Oesch und Zachariou 2008).

Anders sei es bei Bissverletzungen, die an unterschiedlichen Körperstellen aufzufinden sein

könnten. Durch deren charakteristische Form könne man versuchen den Abdruck und evtl. Speichelspuren dem Täter zuzuordnen (Bratzke und Niess 2008). In meiner Arbeit gab es neun Fälle mit eindeutigen Bissspuren. Trube-Becker stellte bei acht Kindern (7,8 %) Bissspuren fest und sieht darin ein Indiz für sexuelle Gewalt (Trube-Becker 1987).

#### **4.1.5.3 Sexuelle Gewalt**

Es stellte sich heraus, dass von den 102 Opfern von sexueller Gewalt 47 Opfer (46,1 %) Verletzungen im anogenitalen Bereich hatten. Darüber hinaus gab es in 53 Fällen (52,0 %) extragenitale Befunde. In Meyers Studie (2010) fanden sich bei 24 von 91 Opfern (27,0 %) Befunde im Anogenitalbereich. Davon waren acht Befunde (9,0 %) spezifisch für sexuellen Kindesmissbrauch. Am restlichen Körper konnten in 11 Fällen (12,1 %) Verletzungen festgestellt werden (Meyer 2010). In Neumanns Studie (2012) hatten sich nur 4,1 % der Kinder Verletzungen während eines sexuellen Missbrauchs zugezogen. Das könnte damit zusammenhängen, dass in der Studie nur Fälle untersucht wurden, wo es zu einer Anzeige gekommen ist und nur 32,6 % der Opfer medizinisch untersucht wurden (Neumann 2012). In Gözl' Untersuchung ließen sich bei 34 Opfern nur bei zwei Kindern Befunde (5,9 %) im anogenitalen Bereich feststellen (Gözl 2011).

Adams et al. (1994) fanden bei den körperlichen Untersuchungen von 213 minderjährigen Opfern sexuellen Missbrauchs bei den weiblichen Opfern (91 %) in 28 % normale Befunde, in 49 % unspezifische und in 9 % verdächtige Befunde. 5% der Befunde waren hinweisend und nur 9 % waren eindeutig für einen sexuellen Missbrauch. Im Analbereich konnten nur bei einem Prozent der untersuchten weiblichen und männlichen Opfer charakteristische Befunde für einen sexuellen Missbrauch festgestellt werden, 6 % der Befunde waren verdächtig und 62 % unspezifisch (Adams et al. 1994).

Motzkau (2002) stellte dazu fest: „Nach einer sexuellen Misshandlung finden sich bei Mädchen nur bei 3-16 % die Hauptsymptome: Verletzung im Genitalbereich, Geschlechtskrankheit oder Sperma“. Es würden häufig allgemeine Befunde erhoben, wie eine Rötung und Schwellung der Schamlippen bzw. des Penis, kleine Einrisse, Ausfluss, Blut im Urin oder aus der Scheide. Diese können auf eine Misshandlung deuten, aber auch als Folge von Erkrankungen auftreten (Motzkau 2002).

Laut Herrmann et al. (2002) ließe sich aus einer Metaanalyse schließen, dass bei über 50 % der missbrauchten Kinder keine auffälligen Befunde erhoben werden könnten. Das sei auf die Art des Missbrauchs zurückzuführen, da er oftmals ohne große gewaltsame Anwendung geschehen

würde. Zudem wären kleinere Kinder nicht in der Lage zu beschreiben, wie und wo am Körper sich das Geschehen abgespielt hätte (Herrmann et al. 2002).

Ein sexueller Missbrauch könne bewiesen werden, wenn Spermien nachweisbar seien, eine Verletzung des Hymenalsaums bis auf den Grund, Scheideneinrisse und Kerbenbildungen vorlägen. „Verdächtig sind verdickt erscheinende Hymenalsäume bzw. ein eingerollter Rand, sowie eine deutliche Vergrößerung der Hymenalöffnung, die nicht durch die Untersuchungstechnik hervorgerufen wurde“ (Rauch und Graw 2003). Im Analbereich seien Fissuren oder Rhagaden auffällig, dabei solle Obstipation als mögliche Ursache abgeklärt werden (Rauch und Graw 2003, Rauch et al. 2004). Rauch et al. (2004) stellten zudem heraus, dass es beim sexuellen Missbrauch selten eindeutige Befunde gäbe und dass ein intaktes Hymen einen sexuellen Missbrauch nicht ausschließen würde (Rauch et al. 2004).

#### **4.1.5.4 Narben**

16,8 % der Opfer wiesen Narben an verschiedenen Lokalisationen auf. Verglichen dazu stellte Trube-Becker (1987) bei 13,6 % der Opfer Narben fest und Jacobi (2008) bei 19 % der chronisch misshandelten untersuchten Kinder. Bratzke und Niess schildern dazu, dass rundliche Narben durch umschriebene Hitzeeinwirkungen, wie zum Beispiel von Zigaretteenglut, entstehen könnten (Bratzke und Niess 2008).

#### **4.1.5.5 Intrakranielle Befunde**

Laut Erfurt et al. (2008) und Herrmann et al. (2008) sei zur Akutdiagnostik von intrakraniellen Blutungen sowie Schädel- und Gesichtsfrakturen die Computertomografie gut geeignet. Um das vollständige Ausmaß im Sinne von Hygromen, Kontusionsherden, Hirnödemen zu erfassen, solle zusätzlich so bald wie möglich eine Magnetresonanztomografie gemacht werden. Das MRT habe „die höchste Sensitivität und Spezifität in der Diagnostik der Kindesmisshandlung“ (Erfurt et al. 2008). Nach zwei bis drei Monaten solle eine erneute Magnetresonanztomografie durchgeführt werden zur Beurteilung der Folgeschäden (Herrmann et al. 2008).

Im ersten Lebensjahr könnten geschätzt 95 % der schweren Schädelverletzungen auf eine Misshandlung zurückgeführt werden (Madea et al. 2012). Subdurale Blutungen durch den Einriss von Brückenvenen kämen bei Kindern unter zwei Jahren am häufigsten durch ein Schütteltrauma zustande (Büttner et al. 2011).

Bei der eigenen Auswertung ergab sich, dass 13,9 % aller untersuchten Opfer (50) eine

intrazerebrale Blutung hatten, im Vergleich waren es bei Bartholl (2009) 15,8 %. Bei 56 % der 50 intrazerebralen Blutungen handelte es sich um ein subdurales Hämatom, bei Bartholl (2009) waren es 75,7 %. Ansonsten lagen in meiner Untersuchung in 4,0 % epidurale Blutungen, in 18,0 % subarachnoidale Blutungen und in 22,0 % anderweitige zerebrale Blutungen vor. In Bartholls Studie waren es in 16,2 % eine subarachnoidale Blutung und in 5,4 % ein epidurales Hämatom (Bartholl 2009).

Jacobi (2008) diagnostizierte bei 24,8 % der untersuchten Kinder Verletzungen infolge eines Schütteltraumas: 31 % hatten akute Subduralblutungen, 74 % Subarachnoidalblutungen und 28 % anderweitige intrazerebrale Blutungen. Betrachtet man alle von Jacobi untersuchten Kinder ergab sich bei 29,9 % der Opfer eine subarachnoidale Blutung und bei 41,9 % eine akute und/oder chronische Subduralblutung (Jacobi 2008).

In Lüdekings Arbeit wurde bei 20,9 % aller untersuchten Kinder ein subdurales Hämatom festgestellt (Lüdeking 1984). Wahl fand heraus, dass 10,7 % der untersuchten Kinder unter fünf Jahren eine intrakranielle Blutung erlitten hatten und davon waren es in 51,4 % subdurale Hämatome (Wahl 2011). Schubries erhob in 11,5 % der Fälle den Befund einer intrakraniellen Blutung (Schubries 2009).

Des weiteren wurden in meiner Arbeit Hygrome in 15,5 % (13) der 84 dokumentierten intrakraniellen Befunde beschrieben. Bajanowski et al. sowie Debertin und Sperhake stellten heraus, dass es nicht eindeutig geklärt sei, ob ein Hygrom auf dem Boden einer alten Blutung entstände oder akut auf einen Einriss der weichen Hirnhaut und somit einem Liquoreintritt in den Subduralraum zurückzuführen sei (Bajanowski et al. 2008, Debertin und Sperhake 2008). „Entsprechend wird auch ein Hygromnachweis für die Diagnose Schütteltrauma unterschiedlich bewertet“ (Bajanowski et al. 2008).

In 13,1 % der 84 Befunde zeigte sich bei dem untersuchten Kind ein Hirnödem. Jacobi (2008) stellte bei 18,8 % aller Opfer ein Hirnödem fest. Die Entstehung könne auf Kontusionen, bei denen es zu Zerreißen der weißen Substanz käme, im Rahmen des Schütteltraumas zurückgeführt werden und könne zur Steigerung des intrakraniellen Drucks führen (Jacobi 2008).

#### **4.1.5.6 Schädelfrakturen**

„Es sind bei Misshandlungen alle Arten von Schädelfrakturen möglich, am häufigsten besteht eine Fissur, die allein als Beweis jedoch nicht ausreicht, da sie akzidentell entstanden sein kann. Bestehen aber multiple, bilaterale Frakturen, wachsende Frakturen und Impressionsfrakturen, ist insbesondere bei leerer Anamnese eine Misshandlung immer zu vermuten“ (Stöver 2008).

In meiner Arbeit fanden sich 10 Kinder mit Schädelfrakturen (2,8 %) unterschiedlicher Lokalisation. Andere Ergebnisse gab es bei Bartholl (2009) 4,3 % (10), bei Lüdeking (1984) 11,6 % (5), bei Wahl (2011) 9,4 % (22), bei Jacobi (2008) 28,2 % (66).

Laut Erfurt et al. (2008) sei bei Schädelfrakturen zu beachten, dass es keine Kallusbildung gäbe und somit die Alterseinschätzung allein anhand des Röntgenbildes nicht möglich sei. Hierbei könnten klinische Untersuchungsbefunde wie Weichteilschwellungen und Hämatome zur Einschätzung des Alters beitragen (Erfurt et al. 2008).

#### **4.1.5.7 Andere Frakturen**

Stöver (2008) und Erfurt et al. (2008) stellten heraus, dass metaphysäre Frakturen hochspezifisch für Kindesmisshandlung seien. Schleuder- und Rotationskräfte bei der Misshandlung könnten zu metaphysären Kantenabsprengungen, Korbhenkelfrakturen und metaphysären Brüchen führen. Epiphysäre Läsionen hingegen könnten sowohl durch eine Misshandlung als auch durch ein akzidentelles Trauma entstehen. Nur die Epiphysiolyse des distalen Humerus beim Säugling sei höchst verdächtig auf ein Misshandlungsgeschehen. Frakturen der Diaphyse von Röhrenknochen könnten häufig als Folge von Misshandlung entstehen, vor allem glatte Querfrakturen (Stöver 2008, Erfurt et al. 2008). Frakturen im Rahmen einer Misshandlung betreffen in 80 % Kinder unter 18 Monate während akzidentelle Frakturen in 85 % bei Kindern über 5 Jahren auftreten würden (Worlock et al. 2008).

13 Kinder (3,7 %) wiesen Frakturen des Humerus auf. Dazu kann man sagen, dass misshandlungsbedingte Frakturen in dieser Lokalisation eher im mittleren und distalen Drittel als proximal zu finden sind. Bei übermäßiger Verdrehung des Armes könnten Schräg- und Spiralfrakturen und bei einem Schlag glatte Querfrakturen auftreten (Stöver 2008). In Bartholls Arbeit gab es sechs Kinder (2,6 %) mit einer Fraktur des Humerus (Bartholl 2009).

Rippenfrakturen, vor allem in Serie und dorsal gelegen, hätten eine hohe Spezifität für Kindesmisshandlung. Sie träten äußerst selten bei Unfällen und Stürzen aus der Höhe auf durch das reflektorische Anlegen der Arme an den Thorax. Bei einer Thoraxkompression im Rahmen eines Schütteltraumas würden Rippenfrakturen gehäuft festgestellt (Erfurt et al. 2008, Jacobi

2008). In meiner Studie wiesen 10 Kinder (2,8 %) eine oder mehrere Rippenfrakturen auf. Rippenfrakturen zeigten sich bei Jacobi (2008) in 16,7 %, bei Wahl (2011) in 3,8 % und bei Bartholl (2009) in 4,3 %.

Elf Kinder (3,1 %) hatten eine Fraktur des Femurs erlitten, bei Bartholl (2009) waren es 5,1 %. Dazu beschreibt Stöver (2008), dass diese vor allem bei Misshandlungsoptionen im Alter von 6 Monaten zu finden seien. „Die hoch suspekten Schräg- oder Spiralfrakturen des Femurs im genannten Alter entstehen durch Scherkräfte, die gegen den Oberschenkel ausgeübt werden. Querfrakturen können durch einen direkten Schlag, heftiges Zufassen oder aber durch Wegschleudern des Kindes entstehen“ (Stöver 2008).

Nach Humerus- und Femurfrakturen traten Tibiafrakturen am dritthäufigsten als Misshandlungsfolge auf (Stöver 2008). In meiner Studie ließ sich dies mit sechs Fällen (1,7 %) bestätigen, bei Bartholl (2009) waren fünf Kinder (2,1 %) betroffen. „Eine typische Fraktur als Misshandlungsfolge ist im Bereich der Tibia nicht beschrieben, alle Formen der Schaftfraktur sind möglich“ (Stöver 2008).

Interessant für die strafrechtliche Verfolgung sind das Alter der Fraktur und eine Mehrzeitigkeit der Misshandlung. Dazu könne man verschiedene von Erfurt et al. (2008) beschriebene Parameter zugrunde legen: Erst käme es zu einer Weichteilschwellung und in der Bildgebung erkennbaren Frakturlinien. Nach frühestens sieben Tagen fange sich der Kallus an zu bilden, der sei nach 10 bis 14 Tagen deutlich zu erkennen. Bis zu acht Wochen dauere die Knochenneubildung und es folge die Resorption. Nach drei Monaten könne die Fraktur ohne Residuen abgeheilt sein (Erfurt et al. 2008).

#### **4.1.5.8 Würgemale bei dem Opfer**

Bei acht untersuchten Kindern und Jugendlichen konnten Würgemale am Hals festgestellt werden. Trube-Becker (1987) konnte bei 6,8 % ihrer Patienten Würgemale ausmachen. Bratzke und Niess erklärten, dass Strangulation in der Kindesmisshandlung eine untergeordnete Rolle spiele (Bratzke und Niess 2008)

#### **4.1.5.9 Bewusstlosigkeit des Opfers**

14 Opfer (3,9 %) waren durch die Tat bewusstlos. 5 Opfer berichten von einer Erinnerungslücke während sechs Opfer eine geminderte Vigilanz zeigten.

Bei Jacobi sind die Zahlen höher: er berichtete von 28 Kindern (12,0 %), die bei der

Untersuchung somnolent waren, und von 60 komatösen Kindern (25,6 %) (Jacobi 2008).

#### **4.1.5.10 Mehrzeitigkeit der Misshandlung**

Jacobi machte die Feststellung: „Kindesmisshandlung ist in der Regel ein Wiederholungsdelikt, wobei Anzahl, Schwere und Zeitdauer sehr stark variieren“ (Jacobi 2008).

In meiner Arbeit ging der Gutachter bei 15,6 % der untersuchten Kinder und Jugendliche von einer mehrzeitigen Misshandlung aus. Die Fälle der mehrzeitigen Misshandlung waren in anderen Studien höher: Herber 2003 (74 %), Bartholl 2009 (32,9 %), Wahl 2011 (31,6 %), Päsler 2010 (45,3 %).

#### **4.1.5.11 Beurteilung des Gutachters**

Die Beurteilung des Rechtsmediziners ist entscheidend für das weitere Vorgehen der Polizei, der Justiz und des Jugendamtes.

Herrmann et al. (2010) stellten dar, dass die Spezifität der einzelnen Verletzungen für eine nicht-akzidentelle Entstehung variere. Zur Beurteilung sei es zudem wichtig den geschilderten Entstehungsmechanismus zu betrachten und dessen Plausibilität mit den Verletzungen abzugleichen. Eine Kindesmisshandlung ließe sich dementsprechend deklarieren, wenn die Erklärungen für ein akzidentelles Geschehen nicht zum Verletzungsmuster passen würden, es unklare, sichere nicht-akzidentelle Befunde gäbe und Differenzialdiagnosen ausgeschlossen würden (Herrmann et al. 2010). Sperhake und Matschke weisen noch mal ausdrücklich darauf hin, dass es neben dem Schutz des Kindes genauso wichtig sei, die Eltern zu entlasten und Fehldiagnosen zu vermeiden (Sperhake und Matschke 2013).

Es stellte sich dar, dass die meisten Gutachten (56,7 %) zu dem Schluss kamen, dass die erhobenen Befunde zu einem Misshandlungsgeschehen passen. Auch in anderen Arbeiten wurden die Verletzungen häufig als charakteristisch für eine Misshandlung beurteilt: Bartholl (2009) mit 36,8 %, Wahl (2011) mit 54 %, Schubries (2009) mit 66,2 %. Bei Päsler wurde in 35 % eine Übereinstimmung des Tathergangs mit dem Verletzungsmuster festgestellt, in 11 % stimmte dies nur teilweise überein (Päsler 2010). Die Befunde waren in 22,3 % der Fälle nicht eindeutig, bei Schubries (2009) waren es 7,4 % der Fälle, bei Wahl (2011) 20,1 %. Keine Hinweise auf eine Misshandlung gab es in 9,9 % der Untersuchungen, bei Wahl (2011) in 16 % und bei Schubries (2009) in 26,4 %.

## **4.2 Frauen**

### **4.2.1 Daten zu den Umständen der Untersuchung**

#### **4.2.1.1 Ort der Untersuchung**

In der eigenen Arbeit fanden 60,6 % der Untersuchungen in diversen Krankenhäusern statt und 24,7 % im Institut für Rechtsmedizin.

Betrachtet man das Modellprojekt Hamburg, zeigt sich, dass 61,3% der gesamten Untersuchungen (Frauen, Männer, Kinder inbegriffen) im Institut für Rechtsmedizin Hamburg stattfanden. 20 % weitere Untersuchungen wurden in der Universitätsklinik durchgeführt, während Einrichtungen der Polizei in 7,7 % aufgesucht wurden. Die Rechtsmedizin böte dort optimale Untersuchungsbedingungen, sodass möglichst alle Untersuchungen dort stattfänden. Privathaushalte würden in der Regel nicht aufgesucht, da dies Gefahren für den Untersucher sowie zeitliche und finanzielle Probleme mit sich bringen würde (Seifert et al. 2004).

Meyer stellte dar, dass 37,4 % aller Untersuchungen der Hannoveraner Rechtsmediziner im Institut stattfanden, des weiteren erfolgten 31,3 % in Krankenhäusern und 27,0 % in Einrichtungen der Polizei (Meyer 2010). Bei Päsler zeigte sich, dass 52 % der Untersuchungen im Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln stattfanden und jeweils 23 % in Krankenhäusern sowie auf Polizeiwachen (Päsler 2010).

#### **4.2.1.2 Datum und Uhrzeit der Untersuchung**

Im Institut für Rechtsmedizin fanden im Jahr durchschnittlich 32,4 Untersuchungen weiblicher erwachsener Gewaltopfer statt. Es zeigte sich eine Abnahme der klinischen Untersuchungen von 40 im Jahr 2012 auf 23 im Jahr 2013. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Aufträge für rechtsmedizinische Gutachten vonseiten der Polizei abgenommen hat. Währenddessen werden die Untersuchungen von Opfern sexueller Gewalt zunehmend von Gynäkologen übernommen und die realen Fallzahlen sind gestiegen.

Seifert et al. (2004) berichteten von einer Steigerung der Untersuchungen in der Gewaltopferambulanz von 46 (1999) auf 1071 (2003).

Über die Hälfte der Untersuchungen (55,2 %) fanden in den Geschäftszeiten des Instituts statt. Vergleichbar ist die Situation in Hamburg, wo 45 % der Untersuchungen außerhalb der Regeldienstzeit erfolgten (Seifert et al. 2004).

#### **4.2.1.3 Auftraggeber der Untersuchung**

In der eigenen Arbeit wurden 75,3 % der Gutachten und somit die meisten von der Polizei in Auftrag gegeben.

Für die Region Hannover zeigte sich in Meyers Arbeit (2010), dass 94,0 % aller Untersuchungen der klinisch-forensischen Medizin von der Polizei beauftragt wurden. Meyer sieht den Grund dafür in der derzeit in Hannover nicht geklärten Kostenregelung der privaten und konsiliarischen Aufträgen (Meyer 2010). Das Institut für Rechtsmedizin in Münster hat durch seine eingerichtete Gewaltopferambulanz ein Angebot, das die Begutachtung der Opfer ohne eine Anzeige bei der Polizei ermöglicht. Somit lässt sich in der eigenen Arbeit feststellen, dass 11,2 % der Untersuchungen von Opfern selbst in Auftrag gegeben wurden.

In Köln wiederum ergab sich in Päslers Arbeit (2010), dass die Polizei in 53,2 % der Auftraggeber war und das Opfer selbst in 45,2 % der Fälle. Dies könnte auf die Mitarbeit an einem Modellprojekt gegen häusliche Gewalt und das Angebot der Dokumentation von Verletzungsbefunden sowie der anonymen Spurensicherung zurückzuführen sein (Päsler 2010).

#### **4.2.1.4 Tatvorwurf**

Eine körperliche Misshandlung war der häufigste Tatvorwurf (153 Fälle). In 107 Fällen warf das Opfer einem Tatverdächtigen sexuelle Gewalt vor. In 18 Fällen drehte sich der Vorwurf um körperliche sowie sexuelle Gewalt. In einem Fall ging es um einen Mordversuch an einem Opfer.

Ein sexuelles Motiv wurde in verschiedenen Untersuchungen als Grund für eine Gewalttat gegen Kinder und Erwachsene genannt: Seifert et al. 2004 (25,0 %), Päsler 2010 (12,0 %).

### **4.2.2 Personenbezogene Daten zum Opfer**

#### **4.2.2.1 Alter des Opfers**

Die Hälfte der weiblichen Gewaltopfer in meiner Studie war zwischen 18 und 29 Jahre alt (50,0 %) und 19,4 % der Opfer stammten aus der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren. Anders zeigte sich in Päslers Arbeit eine Häufung der Opfer in der Altersgruppe von 30 bis 39 (41,9 %) während 30,6 % der Opfer zwischen 18 und 29 Jahre alt waren (Päsler 2010). In den

Untersuchungen von Wischmann et al. (2013) und Seifert et al. (2004) waren Frauen im jungen Erwachsenenalter (38,0 % bzw. 36,5 %) sowie im mittleren Erwachsenenalter ähnlich stark vertreten (48,1 % bzw. 42,0 %).

Für Sexualdelikte kamen Meyer (2010) und Seibel (2011) zu dem Ergebnis, dass vor allem Menschen zwischen 18 und 30 Jahren betroffen waren (63,6 % bzw. 42,5 %). Auch Naeve und Lohmann kamen zu diesem Ergebnis: 68,4 % der von sexueller Gewalt Betroffenen war zwischen 16 und 29 Jahre alt (Naeve und Lohmann 1973).

#### **4.2.2.2 Nationalität des Opfers**

Die Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Partnergewalt zeigte, dass körperliche, sexuelle sowie psychische Gewalt bei Frauen mit Migrationshintergrund häufiger vorkam. 18 % der Frauen aus der Türkei und 9 % der Frauen aus der ehemaligen UdSSR erlebten Gewalt durch ihren Partner während 5 % der deutschen Frauen betroffen waren. Die Studie führte dies auf die durch die Migration entstehenden sozialen Spannungen und Belastungen im Geschlechterverhältnis zurück. Andere Faktoren seien die mangelnde Bildungsressourcen und schlechtere ökonomische Stellung. Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse sowie kulturell bedingte Unterordnung im Geschlechterverhältnis würden die Frauen eher davon abhalten sich aus den Beziehungen zu lösen (BMFSFJ 2012).

In verschiedenen Studien zeigte sich, dass die meisten Opfer deutscher Nationalität waren: Seifert (2009) 80,2 %, Goedelt (2010) 90,0 %, Seibel (2011) 65,8 %, Seifert et al. (2004) 79,0 %.

In den untersuchten Gutachten fanden sich nur wenige Angaben zur Nationalität des Opfers, daher kann keine Aussage diesbezüglich gemacht werden.

#### **4.2.2.3 Beruf des Opfers**

Insgesamt gab es in den hier untersuchten Gutachten wenige Angaben zum Beruf des Opfers. Es fällt auf, dass in fünf Fällen als berufliche Tätigkeit Prostitution beschrieben wurde. Aufgrund der geringen Fallzahl ist allerdings ein repräsentativer Rückschluss nicht möglich.

In einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Lebenssituation von Frauen in Deutschland stellte sich dar, dass 41 % der Frauen, die als Prostituierte arbeiten, körperliche und/ oder sexuelle Gewalt im Rahmen der Arbeit erlebt haben (BMFSFJ 2013b) .

Außerdem wurde in der Studie des BMFSFJ (2013b) festgestellt, dass bei jüngeren Frauen ohne Bildungsressourcen das Risiko für Gewalterleben größer ist. Es könnte sein, dass diese Frauen sich schwerer aus Beziehungen lösen können. Betrachtet man allerdings Frauen ab 45 Jahren, zeigte sich, dass Frauen mit besserer Bildung eher von Gewalt betroffen sind. Folglich kam man zu dem Ergebnis, dass Frauen aus höheren Bildungsschichten ebenso häufig von Gewalt betroffen sind (BMFSFJ 2013b).

#### **4.2.2.4 Körperliche/geistige Behinderung und/oder psychische Erkrankung des Opfers**

In meiner Untersuchung stellte sich dar, dass in sechs Fällen eine körperliche sowie geistige Behinderung (2,7 %) vorlag. Eine körperliche Behinderung allein gab es in fünf Fällen (1,9 %). Betrachtet man psychische Erkrankungen des Opfers, findet man in 35 Fällen (13,6 %) Angaben dazu.

In einer Studie der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ergab sich, dass Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen doppelt so häufig körperliche Gewalt erleben wie der Durchschnitt. Vor allem sind gehörlose sowie psychisch erkrankte Frauen gefährdet. Betrachtet man sexuelle Gewalt, stellte sich dar, dass Frauen mit Behinderungen zwei- bis dreimal häufiger betroffen waren (BMFSFJ 2013a).

Meyer (2010) fand in ihrer Arbeit heraus, dass in Hannover bei den Opfern von Sexualdelikten psychische Erkrankungen in 5,8 % der Fällen angegeben wurden. Eine geistige Behinderung lag bei 3,1 % der Opfer vor (Meyer 2010). In Goedelts Untersuchung zeigte sich, dass 7,2 % der Opfer bereits in der Psychiatrie behandelt wurden und 5,7 % in psychotherapeutischer Behandlung gewesen waren (Goedelt 2010).

#### **4.2.2.5 Aufenthalt außerhalb von Zuhause**

In meiner Arbeit zeigte sich in 19 Fällen (7,3 %), dass sich die Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in ihrem Zuhause aufhielten. Acht Frauen hatten sich in das Frauenhaus begeben.

Bei der europaweiten Erhebung zu Gewalt gegen Frauen stellte sich heraus: „nur 6 % der betroffenen Frauen nahmen Kontakt mit einem Frauenhaus und 4 % mit einer Opferschutzeinrichtung auf.“ Dies könne auf die Unkenntnis der Frauen über solche Hilfsmöglichkeiten, auf fehlende regionale Verfügbarkeit und Ressourcen sowie andere

Prioritäten für das Opfer zurückzuführen sein (FRA-Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014).

Meyer fand für Hannover heraus, dass zwei Frauen (0,7 %) in einem Frauenhaus untergebracht waren (Meyer 2010). Bei Päsler waren es acht Frauen (8,2 %) (Päsler 2010).

Die Frau signalisiere laut Dutton (2002) mit der Zuflucht ins Frauenhaus ihrem Partner, dass sie eventuell sich von ihm lösen und ausziehen könnte. Allerdings ist die Rate an wiederholten Misshandlungen an zurückgekehrten Frauen hoch: 57 % erlebten innerhalb von sechs Monaten nach der Rückkehr zum Misshandler erneut Gewalt (Giles-Sims 1983).

Strasser bemerkt dazu: „Frauen, die das Frauenhaus als psychosozialen Zufluchtsort benötigen, [haben] keine sozialen oder ökonomischen Ressourcen zur Verfügung, um sich nach der Trennung vom Mann als Alleinerzieherin eine selbstständige soziale Existenz aufbauen zu können“ (Strasser 2001). Auch Dutton ist der Meinung, dass das Frauenhaus für eine wohlhabende Frau eher mit einem Stigma verbunden sei (Dutton 2002).

### **4.2.3 Personenbezogene Daten zum Täters**

#### **4.2.3.1 Geschlecht des Täters**

In der eigenen Untersuchung waren in 80,6 % der Fälle die Tatverdächtigen männlich. In anderen Veröffentlichungen sind die Zahlen für männliche Täter ähnlich hoch: Päsler 2010 (80,2 %), Durose et al. 2005 (79,9 %). Sexuelle Gewalt geht laut Untersuchungen von Seibel 2011 (100 %) und der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (BKA 2013: 98,9 %) hauptsächlich von Männern aus.

#### **4.2.3.2 Alter des Täters**

Die meisten der 40 Angaben zum Alter der Tatverdächtigen bezogen sich auf Täter jünger als 30 Jahre (45 % aller Angaben) und keine Angaben gab es in 86,5 % der Gutachten.

Folgende Altersverteilung zeigte sich in verschiedenen Quellen: Seifert 2009 (31,8 % zwischen 21 und 29 Jahre, 27,1 % zwischen 30 und 39 Jahre), Seibel 2011 (21,7 % zwischen 18 und 29 Jahre, 25,0 % zwischen 30 und 39 Jahre, 23,3 % zwischen 40 und 49 Jahre), Polizeiliche Kriminalstatistik 2012 des Bundeskriminalamtes (2013) (37,5 % der wegen Vergewaltigung Tatverdächtigen zwischen 14 und 24 Jahre), Durose et al. 2005 (22,4 % unter 18 Jahre, 34,4 % zwischen 18 und 29 Jahre, 34,2 % über 30 Jahre).

Daraus lässt sich schließen, dass der Täter in Relation zur Bevölkerungsdichte überdurchschnittlich häufig aus der Altersgruppe der jungen Erwachsenen kommt.

#### **4.2.3.3 Nationalität des Täters**

In der Polizeilichen Kriminalstatistik von 2012 ergab sich, dass in 29,3 % der Vergewaltigungen und sexuellen Nötigungen nicht-deutsche Täter verdächtigt wurden. Dazu wurde angemerkt, dass die nichtdeutschen Bürger im Vergleich zu den Deutschen im Schnitt jünger seien (Bundeskriminalamt 2013).

Des weiteren stellte Seifert (2009) fest, dass bei Sexualdelikten 54,1 % der Täter die deutsche Nationalität hatten. Bei Goedelt (2010) waren es 78 % und bei Seibel (2011) 57,5 %.

In Migrantenfamilien zeigte sich bei Nachforschungen von Strasser, dass die Frauen im Herkunftsland häufig noch keine Gewalt erlebt hätten und erst nach der Migration Opfer werden würden. Gründe dafür seien die Isolation, der soziale und berufliche Abstieg der Familie im neuen Land (Strasser 2001).

#### **4.2.3.4 Beruf des Täters**

Die Studie zu Partnergewalt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) kam zu dem Ergebnis, dass erwerbslose Männer signifikant häufiger Gewalt ausüben (BMFSFJ 2012). Dazu hat Strasser folgende Erklärung: „Da Männlichkeit über Erwerbstätigkeit definiert ist, führt Arbeitslosigkeit zur Krise in der männlichen Identität. Auch unterdrückende und entwürdigende Arbeitsbedingungen, die zu Gefühlen der Ohnmacht und Überforderung bei Männern führen, verstärken ihr Aggressionspotential innerhalb der Familie“ (Strasser 2001).

In Goedelts Arbeit zu Vergewaltigungen und sexuellen Nötigungen konnte dies bestätigt werden: 27,2 % der Tatverdächtigen war arbeitslos oder Sozialhilfeempfänger (Goedelt 2010).

#### **4.2.3.5 Vorstrafen des Täters**

Für Sexualdelikte fand Goedelt heraus, dass 6,9 % aller Tatverdächtigen vorbestraft waren (Goedelt 2010).

## 4.2.4 Daten zum Misshandlungsgeschehen

### 4.2.4.1 Verhältnis des Opfers zum Täter

In der Polizeilichen Kriminalstatistik ergab sich für das Jahr 2012, dass 24,3 % aller angezeigten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Tatverdächtigen aus der Verwandtschaft begangen wurden. Der Partner des Opfers wurde in 17,4 % beschuldigt, dabei war es in 6,6 % der Ehemann. Bekannte Tatverdächtige gab es in 31,4 % der Anzeigen (Bundeskriminalamt 2013).

Betrachtet man Anzeigen wegen Körperverletzung, so zeigt sich, dass 43,6 % von verwandten Tatverdächtigen ausgeübt wurden. Partner als Tatverdächtige wurden in 14,8 % der Anzeigen bezeichnet und Tatverdächtige aus dem Bekanntenkreis in 20,0 % der Anzeigen (Bundeskriminalamt 2013).

Bei der Untersuchung zur Lebenssituation der Frauen ergab sich folgende Verteilung der Täter bei körperlicher Gewalt: 50,2 % waren Partner oder Expartner des Opfers, 30,1 % stammten aus der Familie und 19,5 % waren unbekannt (BMFSFJ 2013b).

Die Gewalt durch frühere Partner erreicht laut der Studie zur Partnergewalt des BMFSFJ (2012) deutlich höhere Schweregrade, woraus geschlossen werden könne, dass Frauen gefährdet seien, die sich aus Beziehungen lösen/ gelöst haben (BMFSFJ 2012). Auch Buskotte fand heraus, dass 17,1 % der Frauen erstmals von ihrem Partner misshandelt wurden als sie sich zur Trennung von dem ihm entschlossen hatten (Buskotte 2007).

In der eigenen Arbeit zeigte sich, dass in 25,2 % der Fälle der Täter sich in einer Partnerschaft mit dem Opfer befand. In 14,3 % war der Täter eine dem Opfer bekannte Person, während er ihm in 19,0 % fremd war.

Päsler kam in ihrer Studie zu häuslicher Gewalt zu dem Ergebnis, dass Frauen am häufigsten durch den (Ex-)Partner misshandelt wurden (86 %) oder seltener durch ein anderes Familienmitglied (10 %) (Päsler 2010). Wischmann et al. (2013) stellten fest, dass in 18,1 % eine familiäre Beziehung bestand, in 20,7 % eine nähere und in 15,5 % eine flüchtige Bekanntschaft. In 37,9 % ging die Tat von einer dem Opfer fremden Person aus (Wischmann et al. 2013). Die von Seifert et al. untersuchten Patienten erlebten Gewalt vor allem durch (Ex-)Partner (28,4 %) und durch Fremdtäter (30,4 %) (Seifert et al. 2004).

Meyer (2010) stellte in ihrer Arbeit fest, dass bei den untersuchten Sexualdelikten in 12,6 % der Partner und in 9,3 % der Expartner beschuldigt wurden. Dem Opfer bekannte Täter wurden in 24,4 % verdächtigt und Fremdtäter in 12,6 % (Meyer 2010).

In Goedelts Studie (2010) zeigte sich folgendes Bild: 26,3 % der Sexualdelikten wurde von

Personen ausgeübt, die in enger Beziehung zum Opfer standen (Partner, Verwandte, Freunde). Nachbarn oder Bekannte wurden in 50,0 % der Fälle als Täter genannt während in 23,7 % der Täter nicht bekannt war (Goedelt 2010).

Seifert stellte fest, dass in 45,7 % der Sexualdelikte sich der Angeklagte und die Geschädigte gut kannten während sie flüchtig miteinander bekannt waren in 35,8 % und gar nicht bekannt in 18,5 % der Fälle (Seifert 2009).

Bei Hilden et al. zeichnete sich folgende Verteilung bei der Beziehung des Täters zum Opfer ab: 14,1 % (Ex-)Partner, 4,8 % anderes Familienmitglied, 27,3 % Freund, 24,9 % Bekannter, 24,9 % Fremder (Hilden et al. 2005).

In Seibels Auswertung von Staatsanwaltsakten zeigte sich, dass die Tat in 32,5 % vom (Ex-)Partner ausgeübt wurde, in 42,5 % durch Bekannte und in 15,8 % durch Fremde (Seibel 2011).

Insgesamt lässt sich sagen, dass Frauen am ehesten durch Personen aus ihrem engen Umfeld, vor allem durch ihren eigenen Partner, gefährdet sind.

#### **4.2.4.2 Ort der Misshandlung**

In der eigenen Arbeit ergab sich, dass die Gewalt am häufigsten in der Wohnung stattfand, in der das Opfer (22,0 % aller Angaben) oder Opfer und Täter gemeinsam lebten (18,6 %). Ein anderer häufig angegebener Ort war im Freien (16,7 %).

Auch andere Studien bestätigen, dass die Wohnung von Opfer, Täter oder beiden zusammen am häufigsten der Tatort war: Päsler 2010 (68 %), Goedelt 2010 (47,1 %), Seifert 2009 (55,6 %), BMFSFJ 2013b (71 % bei körperlicher und 69 % bei sexueller Gewalt), Wischmann et al. 2013 (38,1 %), Seibel 2011 (60,0 %). Auch Taten im Freien bzw. in der Öffentlichkeit kamen häufig vor: Goedelt 2010 (19,9 %), Seifert 2009 (16,0 %), Wischmann et al. 2013 (47,6 %), Seibel 2011 (28,3 %).

#### **4.2.4.3 Alkohol-/Drogeneinfluss des Täters/ Opfers**

In 11,6 % der Fälle konnte anamnestisch ein Alkohol- bzw. ein Drogenabusus des Täters festgestellt werden.

Die Studie zu Partnergewalt (2012) kommt zu dem Ergebnis, dass Gewalt doppelt so häufig auftritt, wenn der Misshandelnde vermehrt Alkohol konsumiert (BMFSFJ 2012). Auch Seifert et al. (2006a) stellten fest, dass Intensität und Frequenz der häuslichen Gewalt bei Alkohol- oder

Drogeneinfluss steige. Buskotte betonte, dass Alkohol nicht der Auslöser der Gewalt sei, sondern lediglich die Hemmschwelle senke (Buskotte 2007).

Betrachtet man die Polizeiliche Kriminalstatistik von 2012 zeigte sich, dass 28,9 % der Fälle von Vergewaltigungen und sexueller Nötigung unter Alkoholeinfluss stattfanden (Bundeskriminalamt 2013).

Die Zahlen in den Studien zum Alkoholeinfluss des Täters während der Tat variieren stark: bei Seifert (2009) waren es 62,3 % der Sexualdelikte, bei Schumann (2012) 5 %, bei Meyer (2010) 43,2 %, bei Seibel (2011) 29,2 %, bei Durose et al. in der Family Violence Statistics (2005) 30,0 %, in der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (2013) 28,9 %.

Das Opfer stand in meiner Arbeit in 24,0 % der Fälle unter Alkoholeinfluss. Bei Seifert (2009) waren es 34,6 % der Opfer, bei Schumann (2012) 9,7 %, bei Meyer (2010) 41,8 %, bei Hilden et al. (2005) 61,8 %, bei Seibel (2011) 31,7 %.

#### **4.2.4.4 Art der Misshandlung**

In meiner Untersuchung gaben 37 Opfer (14,3 %) an vaginal vergewaltigt worden zu sein, während elf Frauen zu analem und sechs Frauen zu oralem Geschlechtsverkehr gezwungen wurden.

Bei Seifert (2009) zeigte sich, dass 36,8 % der Untersuchten Opfer einer Vergewaltigung waren und in 13,2 % einer versuchten Vergewaltigung. Meyer (2010) stellte dar, dass 71,4 % der untersuchten Opfer eines Sexualdeliktes eine penil-vaginale Vergewaltigung und in 17,3 % eine digital-vaginale Vergewaltigung erlebten. Zudem erlitt in 8,9 % der Fälle das untersuchte Opfer einen penil-analen und in 13,4 % einen penil-oralen Missbrauch (Meyer 2010).

Des weiteren wurde in 19 Fällen eine Gewalteinwirkung mit einem Gegenstand beschrieben. Päsler (2010) beschreibt in ihrer Arbeit in 81 % der Fälle körperliche Gewalt und davon 30 % mit Einsatz von Waffen oder Gegenständen. Bei Durose et al. (2005) erfolgte körperliche Gewalt in 74,3 % ohne einen Gegenstand und in 25,7 % mit einem Gegenstand.

#### **4.2.5 Daten zu den Ergebnissen der Untersuchung**

##### **4.2.5.1 Stumpfe Gewalt**

Opfer von häuslicher Gewalt erleben vorwiegend Verletzungen durch stumpfe

Gewalteinwirkung. Diese „stellen sich in Form von Schürfungen, Blutunterlaufungen, Quetschungen und evtl. Knochenbrüchen dar“ (Gerlach 2013).

81,5 % der begutachteten Frauen zeigten Spuren von stumpfer Gewalt.

Verletzungen infolge stumpfer Gewalteinwirkung fanden sich auch häufig in anderen Studien: Päsler 2010 (64 % der untersuchten Frauen und Mädchen erlebten ungeformte stumpfe Gewalt, 7 % geformte stumpfe Gewalt), Schumann 2012 (90 %), Meyer 2010 (68,7 %), Seifert et al. 2004 (73,7 %). Brzank et al. fanden heraus, dass 44,2 % der befragten Frauen Hämatome und Prellungen und 7,7 % Abschürfungen sowie Kratzwunden im Rahmen von häuslicher Gewalt erlitten haben (Brzank et al. 2004). Bei Seibel zeigte sich, dass 39,5 % der Opfer von sexualisierter Gewalt Hämatome aufwiesen, 23,3 % Kratzspuren und 18,6 % Schürfungen (Seibel 2011).

Häufige Lokalisation der stumpfen Gewalteinwirkung waren die nicht sturzexponierten Stellen des Gesichts (42,1 % aller Opfer) und des Arms (43,2 %). Laut Gerlach sind die Verletzungen „meistens im Kopfbereich, am Hals sowie im Sinne von Abwehr- oder Halteverletzungen an den oberen Gliedmaßen lokalisiert“ (Gerlach 2013). Im Hals- und Nackenbereich fanden sich bei 24,3 % der Opfer Anzeichen für stumpfe Gewalt. Im Gesicht gäbe es typische Prädispositionsstellen für nicht akzidentelle Verletzungen wie die Augenbindehäute, die Innenseiten der Lippen, die Mundschleimhaut, die Hinterohrregion und die behaarte Kopfhaut (Gerlach 2013).

In anderen Studien gibt es unterschiedliche Ergebnisse zur Häufigkeit der Lokalisationen aller Gewaltformen: Schumann (2012) im Kopfbereich (42 %) und am Arm (17 %), Meyer 2010 (12,7 % im Gesicht bzw. 38,4 % am Arm), Seibel 2011 (41,9 % am Arm), Naeve und Lohmann 1973 (25 % am Kopf), Jungbluth et al. 2012 (48 % Schädel/ Hals, 31 % Extremitäten).

Laut Gerlach (2013) gibt es bei Opfern häuslicher Gewalt seltener Verletzungen an den Beinen und am Rumpf. Bei meiner Auswertung zeigten sich an den Beinen in 18,8 % Befunde stumpfer Gewalt, während akzidentelle und nicht akzidentelle Verletzungen gleich häufig auftraten (12,5 % bzw. 12,8 %). Andere Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Schumann 2012 (5 %), Meyer 2010 (24,3 %), Seibel 2011 (27,9 %).

Seifert et al. (2006a) stellten fest, dass bei Partnerschaftskonflikten mehr als eine Körperregion durch stumpfe Gewalt signifikant häufiger verletzt wurde als bei anderen Opfer-Täter-Konstellationen. Auffallend ist die hohe Prävalenz von Verletzungen an den oberen Extremitäten, die durch den Partner zugefügt wurden (46,2 %). Die Befunde sprächen für Abwehr- und Fixierverletzungen und seien durch eine höhere Verteidigungsbereitschaft des Opfers erklärbar. Gewalt gegen den Hals wurde in 22,9 % der Partnerschaftskonflikte

festgestellt, was auf eine mögliche Lebensgefährdung des Opfers in der Partnerbeziehung deutet (Seifert et al. 2006a).

Am häufigsten zeigten sich bei Wischmann et al. die Befunde (alle Gewaltarten) an den oberen Extremitäten (57,5 %). Das Gesicht und der Gesichtsschädel waren in 54,6 % betroffen (Wischmann et al. 2013).

#### **4.2.5.2 Scharfe Gewalt**

Wischmann et al. (2013) fanden heraus, dass es in 6,9 % der Fällen eine Anwendung von scharfer Gewalt gab. Diese trat gehäuft bei Raubüberfällen und Gewalt durch Fremdtäter auf während sie im Rahmen von familiären Konflikten eher selten festgestellt wurde. Eine Erklärung könnte die Bedrohung des Opfers mit einem Messer sein oder auch Verletzung durch Glaswerkzeugen in Verbindung mit Alkoholkonsum z.B. in einem Nachtclub (Wischmann et al. 2013).

In meiner Studie waren 40 Frauen (15,4 %) von scharfer Gewalt betroffen. In anderen Studien bewegt sich die Zahl der betroffenen weiblichen Opfer (Mädchen und Frauen) in vergleichbarem Rahmen: Schuhmann 2012 (10 %), Päsler 2010 (4,7 % Stichverletzungen, 11,0 % Schnittverletzungen).

#### **4.2.5.3 Intrakranielle Befunde**

In Schumanns Studie wurde bei neun Opfern (22,0 %) von häuslicher Gewalt ein Schädel-Hirn-Trauma festgestellt, während 30 % der Opfer unklarer Gewalt betroffen war (Schumann 2012). Verglichen dazu stellten Jungbluth et al. in 17 % der Fälle von häuslicher Gewalt und in 13% der Fälle von nicht-häuslicher Gewalt ein Schädel-Hirn-Trauma fest (Jungbluth et al. 2012).

Meyer (2010) beschrieb in ihrer Arbeit einen Fall, bei dem ein Opfer eines Sexualdeliktes ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat.

Meine Ergebnisse zeigen 29 intrakranielle Befunde, davon lassen sich 20 Befunde als Blutung klassifizieren. In anderen Studien werden Schädel-Hirn-Traumata häufig ohne jegliche Spezifikation beschrieben, weswegen ein Vergleich erschwert wird.

#### **4.2.5.4 Frakturen**

In meiner Auswertung wurden 29 Frakturen dokumentiert. Davon waren 41,4 % an der oberen Extremität lokalisiert.

In Päslers Arbeit (2010) konnten zehn Frakturen bei sechs Frauen (16,1 %) festgestellt werden, davon jeweils drei Frakturen am Gesichtsschädel und an der oberen Extremität (Päsler 2010). In der Gewaltopferambulanz in Hamburg wurden bei 6,3 % der untersuchten weiblichen und männlichen Opfern Frakturen festgestellt (Seifert et al. 2004).

Jungbluth et al. stellten dar, dass die in der chirurgischen Notfallambulanz betreuten Gewaltopfer in 15 % der Fälle häuslicher Gewalt und in 21% der Fälle nicht-häuslicher Gewalt Frakturen aufwiesen (Jungbluth et al. 2012).

Schumann (2012) berichtete in ihrer Arbeit von sechs Frauen (14,6 %), die als Opfer von häuslicher Gewalt Frakturen erlitten. Opfer von unklarer Gewalt wiesen in vier Fällen (20 %) eine Fraktur auf. Dabei stellte sich dar, dass die meisten Frakturen der Opfer beider Gewaltarten im Kopf-/Halsbereich (7) lokalisiert waren, weitere Frakturen fanden sich an den oberen Extremitäten(2) und am Rumpf (1) (Schumann 2012).

In Meyers Arbeit konnte bei drei Opfern (1,0 %) eines Sexualdeliktes Frakturen festgestellt werden (zwei Nasenbein- und eine Oberarmfraktur) (Meyer 2010). Banaschak et al. (2013) bestätigten, dass Frakturen zu den seltenen extragenitalen Verletzungen bei einem Sexualdelikt gehören.

#### **4.2.5.5 Sexuelle Gewalt**

Es stellte sich in meiner Untersuchung dar, dass bei 20,6 % der Opfer von sexuellen Übergriffen Verletzungen im anogenitalen Bereich festgestellt werden konnten. In Meyers Studie konnten bei 61,7 % der Frauen anogenitale Befunde erhoben werden, von denen allerdings nur 26,8 % spezifisch waren (Meyer 2010). Seifert fand heraus, dass in 20,6 % Verletzungszeichen im Genitalbereich festgestellt wurden (Seifert 2009).

Hilden et al. (2005) stellten fest, dass 32 % der innerhalb 72 Stunden nach dem Delikt untersuchten Frauen Verletzungen im Genitalbereich aufwiesen.

In der Studie von McLean et al. (2011) zeigte sich, dass 23 % der vaginal vergewaltigten Frauen mindestens eine genitale Verletzungen hatten. In der Vergleichsgruppe dazu hatten nur 6 % der Frauen nach einvernehmlichem Geschlechtsverkehr eine Verletzung im Genitalbereich (McLean et al. 2011).

Banaschak et al. (2013) erläuterten, dass zu den typischen Verletzungen Einrisse der

Schleimhaut der Vagina gehören würden. Diese seien allerdings nicht unbedingt beweisend für eine Vergewaltigung, da die Läsionen auch bei einvernehmlichem Geschlechtsverkehr auftreten könnten. Befunde einer schweren Verletzung wie tiefere Einrisse bis in die Muskelschicht sollten gemeinsam mit der Aussage der Frau betrachtet werden, da diese auch bei einvernehmlichem robustem Geschlechtsverkehr entstehen könnten (Banaschak et al. 2013).

Laut Hilden et al. (2005) bestünde bei Opfern unter 19 und über 50 Jahren ein erhöhtes Risiko für eine Verletzung im Genitalbereich. Bei den Adoleszenten könne dies gegebenenfalls auf die geringere sexuelle Vorerfahrung zurückzuführen sein (Hilden et al. 2005).

Extragenitale Verletzungen konnten in meiner Studie in 75,7 % der Sexualdelikten erhoben werden. Bei McLean et al. (2011) waren es 72 % der untersuchten Frauen.

Kernbach et al. (1984) fanden heraus, dass es sich bei den extragenitalen Befunden hauptsächlich um stumpfe Gewalt handelt (in fast 50 %), während halbscharfe Gewalt (ca. 15 %) und Würgemale (ca. 3 %) eher seltener auftraten (Kernbach et al. 1984).

Banaschak et al. (2013) ergänzten: „Hinzu kommen Verletzungen durch das gewaltsame Entkleiden oder den Versuch, das Opfer „zum Schweigen“ zu bringen (z. B. Verschluss des Mundes, um es am Schreien zu hindern). Entsprechend der Art der Gewalteinwirkung handelt es sich zumeist um Hämatome und Hautabschürfungen. Seltener werden Frakturen (Brüche) beschrieben“. Zudem betonten Banaschak et al. (2013), dass nach Vergewaltigung keine (massiven) Genitalverletzungen vorlägen und die extragenitalen Begleitverletzungen daher häufig entscheidender sind. Bei übermäßigem Einfluss von Alkohol, Drogen oder K.O.-Tropfen könnte es sein, dass das Opfer keine Verletzungen aufweise (Banaschak et al. 2013).

#### **4.2.5.6 Würgemale bei dem Opfer**

Bei 16,7 % der Opfer konnten Anzeichen für einen Würgevorgang festgestellt werden. In Schumanns Studie hatten 9,8 % der Frauen Würgemale am Hals (Schumann 2012). Seibel (2011) fand heraus, dass 8,8 % der Opfer von Sexualdelikten auch eine Strangulation erlitten haben.

Laut Gerlach (2013) sei ein nicht vorhandenes Stauungssyndrom kein Beweis dafür, dass es nicht zu einem Angriff gegen den Hals gekommen sei. Die Verletzungen könnten sich schnell zurückbilden und daher sei es umso wichtiger das Opfer zeitnah nach dem Vorfall zu untersuchen (Gerlach 2013).

#### **4.2.5.7 Bewusstlosigkeit des Opfers**

12,4 % der Opfer in meiner Untersuchung berichteten von einer Bewusstlosigkeit während der Tat, eine Erinnerungslücke bestand bei 7,8 %.

In Meyers Studie haben 8,4 % der Opfer ein Black-Out-Erlebnis gehabt während es bei 4,4 % einen Verdacht auf die Gabe von K.O.-Tropfen gab (Meyer 2010). In der Untersuchung von Hilden et al. bestand bei 8,4 % der Opfer eine Amnesie aufgrund eines Alkoholeinflusses (Hilden et al. 2005).

#### **4.2.5.8 Beurteilung des Gutachters**

Misshandlungstypische Befunde gab es in 43,7 % der Fälle, im Vergleich sind es bei Naeve und Lohmann (1973) 56,7 % und bei Päsler (2010) 55 % (alle erwachsene Geschädigte).

Keine eindeutigen Befunde gab es in 20,4 %, keine Hinweise in 8,7 % und keine Beurteilung in 10,6 % der Gutachten. Naeve und Lohmann stellten fest, dass in 17,9 % die Befunde keine Aussage zuließen (Naeve und Lohmann 1973). Bei Päsler gab es in 39 % der Untersuchungen erwachsener Geschädigter keine Angaben zur Korrelation zwischen Anamnese und Befund was durch die hohe Anzahl der alleinigen Attestierung der Verletzungen bedingt sei (Päsler 2010).

## 5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden 617 Untersuchungen von Gewaltopfern, die in den Jahren 2006 bis 2013 im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster erfolgten, retrospektiv ausgewertet. Es handelte sich um klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Frauen, bei denen den Tatvorwürfen der Kindesmisshandlung, der körperlichen Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs, der Vergewaltigung und der Vernachlässigung nachgegangen wurden. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Analyse der Verletzungsmuster der Opfer mit dem Ziel die Merkmale der verschiedenen Misshandlungsarten auszuarbeiten.

Von den untersuchten Kindern und Jugendlichen waren 59,1 % weiblich und 40,1 % männlich. Der Anteil der Opfer unter sechs Jahren betrug 56,0 %, davon waren 19,3 % Säuglinge unter sechs Monaten. Es zeigte sich eine Häufigkeit von männlichen Tätern (64,2 %). Die Misshandlung ging am häufigsten von einem oder beiden Elternteilen aus (52,9 %). Dabei fällt auf, dass bei körperlicher Misshandlung häufig beide Eltern beschuldigt werden und bei sexuellem Missbrauch der Vater meist allein im Fokus steht. Am ehesten erlitten die Opfer stumpfe Gewalt (72,5 %), z. B. durch Schläge ohne Hilfsmittel (15,1 %). Der Gesichtsbereich (25,0 %), die Beine (21,4 %) und die Arme (17,7 %) waren von stumpfer Gewalt und auch von den anderen Gewaltformen am häufigsten betroffen. Bei 46,1 % der Sexualopfer fanden sich Verletzungen im Genitalbereich, extragenitale Befunde konnten in 52,0 % erhoben werden. Es lässt sich schlussfolgern, dass es nach sexuellem Missbrauch selten eindeutige, aussagekräftige Befunde gibt. Aus dem Grund kann auch bei fehlendem Nachweis ein Missbrauch nicht ausgeschlossen werden. 13,3 % der Opfer haben infolge einer höheren Gewaltintensität eine zerebrale Blutung erlitten. In meiner Studie kamen in 15,6 % der Untersuchungen der Gutachter zu dem Schluss, dass die erhobenen Befunde für eine Mehrzeitigkeit des Gewaltgeschehens sprechen. Die erhobenen Verletzungsmuster wurden in 56,7 % der Fälle von den Rechtsmedizinern als Folge eines Misshandlungsgeschehen gedeutet.

Bei den untersuchten erwachsenen weiblichen Opfern zeigte sich eine Häufigkeit in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 18 bis 29 Jahren. In 80,6 % der Untersuchungen ging man von einem männlichen Täter aus. Am häufigsten ging die Gewalt vom aktuellen bzw. früheren Partner aus (39,1 %). Bei Opfern von sexueller Gewalt fanden sich in 20,6 % der Fälle Befunde im anogenitalen Bereich. Am restlichen Körper ließen sich in 75,7 % der Untersuchungen Verletzungen feststellen. Dabei zeigt sich, dass die Beweissicherung stark vom Zeitpunkt der körperlichen Untersuchung abhängig ist. Es erweist sich bei sexueller

Gewalt als schwierig die Verletzungen einzuschätzen und es lässt sich selten ein Geschehen gegen den Willen der Frau beweisen. Andere Verletzungen ließen sich am häufigsten auf eine stumpfe Gewalteinwirkung zurückzuführen (81,5 %), davon fanden sich die meisten im Gesichtsbereich (19,6 %), an den Beinen (18,8 %) und an den Armen (20,3 %). Als misshandlungstypisch wurden die körperlichen Untersuchungsbefunde in 43,7 % der Fälle gewertet.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass eine frühzeitige Untersuchung des Opfers eine bessere und umfangreichere Befundsicherung und Beurteilung zulässt. Zudem sollte eine standardisierte Anamnese und Untersuchung mithilfe Erhebungsbögen erfolgen, auf diesem Wege lassen sich die Daten vollständig erheben.

## 6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ort der Untersuchung	12
Abbildung 2: Anzahl der Untersuchungen pro Monat	13
Abbildung 3: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr	13
Abbildung 4: Uhrzeit der Untersuchung	14
Abbildung 5: Auftraggeber der Untersuchung	15
Abbildung 6: Tatvorwurf	15
Abbildung 7: Geschlecht des Opfers	16
Abbildung 8: Alter des Opfers	16
Abbildung 9: Stand des Opfers in der Geschwisterreihe	17
Abbildung 10: Aufenthalt außerhalb von Zuhause	18
Abbildung 11: Geschlecht des Täters	18
Abbildung 12: Alter des Täters	19
Abbildung 13: Verhältnis des Täters zum Opfer	20
Abbildung 14: Ort des Geschehens	21
Abbildung 15: Art der Misshandlung	22
Abbildung 16: Schutzbehauptung	22
Abbildung 17: Stumpfe Gewalt	24
Abbildung 18: Scharfe Gewalt	25
Abbildung 19: Unspezifische Gewalt	26
Abbildung 20: Narben	26
Abbildung 21: Frakturen	27
Abbildung 22: Intrakranielle Blutung	28
Abbildung 23: Schädelfrakturen	28
Abbildung 24: Bewusstlosigkeit des Opfers	29
Abbildung 25: Beurteilung des Gutachters	30
Abbildung 26: Ort der Untersuchung	31
Abbildung 27: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr	32
Abbildung 28: Anzahl der Untersuchungen pro Monat	32
Abbildung 29: Uhrzeit der Untersuchung	33
Abbildung 30: Auftraggeber	33
Abbildung 31: Tatvorwurf	34
Abbildung 32: Alter des Opfers	35

Abbildung 33: Psychische Erkrankung des Opfers	36
Abbildung 34: Aufenthalt außerhalb von Zuhause	36
Abbildung 35: Geschlecht des Täters	37
Abbildung 36: Alter des Täters	37
Abbildung 37: Verhältnis des Täters zum Opfer	39
Abbildung 38: Ort des Geschehens	39
Abbildung 39: Art der Misshandlung	41
Abbildung 40: Stumpfe Gewalt	42
Abbildung 41: Scharfe Gewalt	43
Abbildung 42: Unspezifische Gewalt	44
Abbildung 43: Narben	44
Abbildung 44: Frakturen	45
Abbildung 45: Intrakranielle Befunde	46
Abbildung 46: Schädelfrakturen	46
Abbildung 47: Bewusstlosigkeit des Opfers	47
Abbildung 48: Beurteilung des Gutachters	48
Abbildung 49: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2005	I
Abbildung 50: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2006	I
Abbildung 51: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2007	I
Abbildung 52: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2008	II
Abbildung 53: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2009	II
Abbildung 54: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2010	II
Abbildung 55: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2011	III
Abbildung 56: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2012	III
Abbildung 57: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2013	III
Abbildung 58: Fotodokumentation der Befunde	IV
Abbildung 59: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2006	V
Abbildung 60: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2007	V
Abbildung 61: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2008	V
Abbildung 62: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2009	VI
Abbildung 63: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2010	VI
Abbildung 64: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2011	VI
Abbildung 65: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2012	VII
Abbildung 66: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2013	VII

## 7. Literaturverzeichnis

1. Adams J, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) : Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal. *Pediatrics* 94: 310-17  
DOI: [pediatrics.aappublications.org/content/94/3/310](https://doi.org/10.1093/pediatrics/94/3/310)
2. Bajanowski T, Neuen-Jacob E, Schubries M, Zweihoff R (2008) Nichtakzidentelles Schädel-Hirn-Trauma und Schütteltrauma. Praktisches Vorgehen anhand ausgewählter Fallbeispiele. *Rechtsmedizin* 18: 23 – 28      DOI: 10.1007/s00194-007-0486-3
3. Banaschak S, Madea B (2007) Kindesmisshandlung. In: Madea B (Hrsg) *Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Springer Verlag, Heidelberg, 2. akt. Aufl.
4. Banaschak S, Debertin AS, Klemm P, Mützel E (2013) Sexualisierte Gewalt. In: Grassberger M, Türk E, Yen K (Hrsg) *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfer*. Springer-Verlag, Wien, S. 317–325
5. Bange D, Deegener G (1996) *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß. Hintergründe. Folgen*. BELTZ - Psychologie VerlagsUnion, Weinheim
6. Bartholl T (2009) *Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch – eine retrospektive Studie aus den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005 [Dissertation]* Fachbereich Medizin der WWU Münster
7. Bratzke H, Niess C (2008) In: Jacobi G (Hrsg) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen*. Hans Huber Verlag, Bern, S. 406-422
8. Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. *Gesundheitswesen* 66: 164-169      DOI: 10.1055/s-2004-813029
9. Bundeskriminalamt (2013) *Polizeiliche Kriminalstatistik, Bundesrepublik Deutschland, Berichtsjahr 2012*. Bundeskriminalamt Wiesbaden      URL: [http://www.bka.de/nn\\_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2012/pks2012\\_\\_no-de.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2012/pks2012__no-de.html?__nnn=true) [Stand 03.12.2015]
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012) *Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter*

- Gewalt. Kurzfassung [Broschüre], 4. Aufl., Berlin URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewalt-paarbeziehungen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 03.12.2015]
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013a) Lebenssituation und Belastung von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht, Berlin  
URL: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Langfassung-Ergebnisse\\_20der\\_20quantitativen-Befragung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Langfassung-Ergebnisse_20der_20quantitativen-Befragung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) [Stand 03.12.2015]
  12. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013b) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung [Broschüre], 5. Aufl., Berlin URL: <https://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 03.12.2015]
  13. Buskotte A (2007) Gewalt in der Partnerschaft. Ursachen/ Auswege/ Hilfen. Patmos-Verlag, Düsseldorf
  14. Büttner A, Penning R, Graw M (2011) Ursachen des Schädel-Hirn-Traumas im Kindesalter. Differenzierung zwischen akzidentellen und nichtakzidentellen Umständen. Rechtsmedizin 21: 185–190 DOI: 10.1007/s00194-011-0751-3
  15. Caffey J (1974) The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash- Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation. Pediatrics 54(4): 396-403 DOI: <http://pediatrics.aappublications.org/content/54/4/396>
  16. Debertin AS, Sperhake JP (2008) Untersuchung und Dokumentation des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. Rechtsmedizin 18: 17 – 22 DOI: 10.1007/s00194-007-0484-5
  17. Deutscher Bundestag (1986) Drucksache 10/5460 vom 13.05.1986: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Wagner und der Fraktion DIE GRÜNEN. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn  
URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/10/054/1005460.pdf> [Stand 03.12.2015]
  18. Deutscher Bundestag (1997) Drucksache 13/7324 vom 21.03.1997: Entwurf eines ...

- Strafrechtsänderungsgesetzes - §§ 177 bis 179 StGB. Bonn  
 URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/073/1307324.pdf> [Stand 03.12.2015]
19. Deutscher Bundestag (2010) Drucksache 17/4265 vom 13.12.2010: Zwischenbericht des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“. Berlin  
 URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/042/1704265.pdf> [Stand 04.12.2015]
  20. Duden Recht A-Z (2010) Fachlexikon für Studium, Ausbildung und Beruf, Bibliographisches Institut AG, Mannheim, 2. Aufl. S. 485-486
  21. Durose MR, Wolf Harlow C, Langan PA, Motivans M, Rantala RR, Smith EL (2005) Family Violence Statistics: Including Statistics on Strangers and Acquaintances. U. S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, Washington URL: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/fvs.pdf> [Stand 04.12.2015]
  22. Dutton MA (2002) Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. Verlag Hans Huber, Bern, 1. Aufl.
  23. Ellsäßer G (2014) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2013. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2011. Fachbericht. Statistisches Bundesamt (Hrsg), Wiesbaden, S. 15
  24. Engfer A (2005) Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U, Hoffmann S, Joraschky P (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Schattauer, Stuttgart, 3., vollst. akt. und erw. Aufl., S. 3–19
  25. Erfurt C, Hahn G, Roesner D, Schmidt U (2008) Kinderradiologische Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin 18: 281–292  
 DOI: 10.1007/s00194-008-0553-4
  26. Erfurt C, Schmidt U (2012) Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung aus rechtsmedizinischer Sicht. In: Lammel M, Sutarski S, Lau S, Bauer M (Hrsg) Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung - Medizinische und juristische Perspektiven. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 49-58
  27. FRA–Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014) Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg DOI: 10.2811/60272
  28. Franke B, Seifert D, Anders S, Schröer J, Heinemann A (2004) Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. Rechtsmedizin 14: 193–198  
 DOI 10.1007/s00194-004-0263-5

29. Friedrich-Graf U (2008) In: Jacobi G (Hrsg) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Hans Huber Verlag, Bern, S. 449-480
30. Gahr B, Graß H, Ritz-Timme S, Banaschak S (2012) Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltopferversorgung. Was leisten Institute für Rechtsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz? Rechtsmedizin 22: 379-384  
DOI: 10.1007/s00194-012-0841-x
31. Gerlach K (2013) Häusliche Gewalt. In: Grassberger M, Türk E, Yen K (Hrsg) Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfer. Springer-Verlag, Wien, S. 227–242
32. Giles-Sims J (1983) Wife Battering : A Systems Theory Approach. Guilford Press, New York, S. 62
33. Goedelt K (2010) Vergewaltigung und sexuelle Nötigung. Untersuchung der Strafverfahrenswirklichkeit [Dissertation] Fachbereich Rechtswissenschaften der Georg-August-Universität Göttingen
34. Gölz AE (2011) Medizinische Versorgung von Kindern als Gewaltopfer in Düsseldorf [Dissertation] Fachbereich Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
35. Hahn D, Blättner B (2013) Häusliche Gewalt – eine Einführung. In: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Hessisches Sozialministerium (Hrsg) Ärztliches Praxis-handbuch Gewalt. Verlag S. Kramarz, Berlin, S. 46-48
36. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 108(17): 287–94  
DOI: 10.3238/arztebl.2011.0287
37. Helfer RE, Kempe CH (Hrsg) (1968) The battered child. University of Chicago Press, Chicago
38. Herber B (2003) Medizinische, kriminalistische und juristische Aspekte von begutachteten Kindesmisshandlungen am Zentrum der Rechtsmedizin Frankfurt (1994 – 1999) [Dissertation] Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main
39. Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch von Kindern. Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1344–1356 DOI: 10.1007/s00112-002-0613-x
40. Herrmann B, Novak W, Pärtan G, Spermhake J (2008) Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom. Klinische und pathophysiologische

- Aspekte. Monatsschr Kinderheilkd 156: 644–653 DOI: 10.1007/s00112-008-1785-9
41. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag, Heidelberg, 2. vollst. akt. und erw. Aufl.
  42. Heynen S (2002) Vergewaltigung. In: Bange D, Körner W (Hrsg) Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 697–703
  43. Hilden M, Schei B, Sidenius K (2005) Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. Forensic Science International 154: 200 – 205  
DOI: 10.1016/j.forsciint.2004.10.010
  44. Holman P L (1986) Inzestuös missbrauchte Kinder. Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. In: Backe L, Leick N, Merrick J, Michelsen N (Hrsg) Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien. Deutscher Ärzteverlag, Köln
  45. Jacobi G (Hrsg) (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Hans Huber Verlag, Bern
  46. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B (2010) Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern – Diagnose und Vorgehen. Dtsch Arztebl Int 107(13): 231–40 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231
  47. Jungbluth P, Grassmann JP, Wild M, Betsch M, Dassler K, Möller-Herckenhoff L, Hakimi M, Windolf J, Ritz-Timme S, Graß H (2012) Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. Interdisziplinäre Aufgabe für Unfallchirurgie und Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 22: 163–168 DOI: 10.1007/s00194-012-0821-1
  48. Kavemann B (2002) Häusliche Gewalt. In: Bange D, Körner W (Hrsg) Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 174 – 183
  49. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The Battered Child Syndrome. J Amer Med Ass 181(1): 17-24 DOI: 10.1001/jama.1962.03050270019004
  50. Kernbach G, Püschel K, Brinkmann B (1984) Extragenitale Verletzungen bei Vergewaltigung. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 44(10): 643–650 DOI: 10.1055/s-2008-1036323
  51. Kröner HP (2008) In: Jacobi G (Hrsg) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Hans Huber Verlag, Bern, S. 21-44
  52. Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (2012) Tatort Familie: Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 3. erw. und überarb. Aufl.

53. Lips U (2002) Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindesmisshandlung. Schweiz Med Forum 02(04): 72-76 URL: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/de/2002/2002-04/2002-04-280.pdf> [Stand 03.12.2015]
54. Lüdeking W (1984) Sozial- und Rechtsmedizinische Aspekte der Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung [Dissertation] Fachbereich Medizin der WWU Münster
55. Madea B, Mußhoff F, Tag B (2012) Kurzlehrbuch Rechtsmedizin. Hans Huber Verlag, Bern
56. Martinius J (1987) Emotionale Katastrophe in der Entwicklung des misshandelten Kindes. Dtsch Arztebl 4 (24): A-1725-29 URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/115921/Misshandlung-von-Kindern-und-Jugendlichen-Emotionale-Katastrophe-in-der-Entwicklung-des-misshandelten-Kindes> [Stand 03.12.2015]
57. Matschke J (2008) Historischer Überblick des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. Rechtsmedizin 18: 7-8  
DOI: 10.1007/s00194-007-0490-7
58. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S (2011) Female genital injuries resulting from consensual and non- consensual vaginal intercourse. Forensic Sci Int 204 (1-3): 27–33  
DOI: 10.1016/j.forsciint.2010.04.049
59. Menzel S, Heinemann A Püschel K, Seifert D (2013) Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Einfluss auf die Schwere der Verletzung. Rechtsmedizin 23: 29–37 DOI: 10.1007/s00194-012-0866-1
60. Mertens B, Pankofer S (2011) Kindesmisshandlung: Körperliche Gewalt in der Familie. UTB, Stuttgart
61. Meyer H (2010) Klinisch-forensische Untersuchungen im Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Eine Analyse mit Fokus auf Sexualdelikten und sexuellem Kindesmissbrauch [Dissertation] Medizinische Hochschule Hannover
62. Motzkau E (2002) Gynäkologische Untersuchung. In: Bange D, Körner W (Hrsg) Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 171–174
63. Naeve W, Lohmann E (1973) Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten. Z. Rechtsmedizin 72: S. 79 – 99  
DOI: 10.1007/BF02077211
64. Neumann F (2012) Sexueller Missbrauch von Kindern in Hamburg - Ein Vergleich der Fälle aus den Jahren 2005 und 2009 [Dissertation] Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
65. Oesch V, Zachariou Z (2008) In: Jacobi G (Hrsg) Kindesmisshandlung und

- Vernachlässigung: Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Hans Huber Verlag, Bern, S. 297-319
66. Osterloh F (2012). Gewalt gegen Frauen: Kein Schutz für alle. Dtsch Arztebl PP (9): 397–398 URL: <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=129351> [Stand 04.12.2015]
  67. Päsler E (2010) Häusliche Gewalt – ein Phänomen im Spiegel der Rechtsmedizin. Rechtsmedizinische Fallanalyse zur Thematik „Gewalt in Partnerschaften“ für die Jahre 2000 bis 2004 [Dissertation] Fachbereich Medizin der Universität Köln
  68. Rauch E, Graw M (2003) Rechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Der Gynäkologe 36(1): 18-24 DOI: 10.1007/s00129-002-1318-x
  69. Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U (2004) Sexualdelikte - Diagnostik und Befundinterpretation. Dtsch Arztebl 101(40): A 2682–2688 URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/101/40/a2682.pdf> [Stand 18.12.2015]
  70. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D (2005) The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child Abuse & Neglect 29: 325–334 DOI: 10.1016/j.chiabu.2004.04.007
  71. Schubries M (2009) Rechtsmedizinische Untersuchung : Kindesmisshandlung im mittleren Ruhrgebiet in den letzten Jahren 1996 – 2005 [Dissertation] Fachbereich Medizin der Universität Duisburg – Essen
  72. Schumann K (2012) Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie – Schwerpunkt häusliche Gewalt [Dissertation] Fachbereich Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
  73. Seibel FJ (2011) Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen. Fokus „sexualisierte Gewalt“. Auswertung klinischer und staatsanwaltschaftlicher Fallakten [Dissertation] Fachbereich Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
  74. Seifert D, Anders S, Franke B, Schröer J, Gehl A, Heinemann A, Püschel K (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. Rechtsmedizin 14: 182–187 DOI: 10.1007/s00194-004-0262-6
  75. Seifert D, Heinemann A, Anders S, Gehl A, Schröer J, Püschel K (2006a) Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern. Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. Rechtsmedizin 16: 205–212 DOI: 10.1007/s00194-006-0390-2

76. Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006b) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Arztebl 103(33): A 2168–73 URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/52433/Frauen-und-Kinder-als-Opfer-haeuslicher-Gewalt> [Stand 04.12.2015]
77. Seifert T (2009) Sexualdelikte in Hamburg. Forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte. Eine Auswertung staatsanwaltschaftlicher Verfahrensakten aus dem Jahr 1997 [Dissertation] Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
78. Spermhake JP, Matschke J (2013) Kindesmisshandlung. In: Grassberger M, Türk E, Yen K (Hrsg) Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfer. Springer-Verlag, Wien, S. 265–278
79. Stadler L, Bieneck S, Pfeiffer C (2012) Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. KFN-Forschungsbericht Nr. 118. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover  
URL: <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fob118.pdf> [Stand 04.12.2015]
80. Statistisches Bundesamt (2013) Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2011. Vorläufige Schutzmaßnahmen. Wiesbaden URL: [https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00015140/5225203117004.pdf](https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00015140/5225203117004.pdf) [Stand 04.12.2015]
81. Stöver B (2008) Bildgebende Diagnostik des Battered-Child-Syndroms. In: Jacobi G (Hrsg) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Hans Huber Verlag, Bern, S. 320–384
82. Strasser P (2001) Kinder legen Zeugnis ab. Gewalt gegen Frauen als Trauma für Kinder. Studien Verlag, Innsbruck
83. Tardieu A (1860) Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Ann Hyg Publique Med Leg. 13: 361–398
84. Trube-Becker E (1987) Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Mißhandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 2. überarb. Aufl.
85. Trube-Becker E (1992) Mißbrauchte Kinder: Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung. Kriminalistik Verlag, Heidelberg
86. UNICEF, Innocenti Research Centre (2003) A league of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card No. 5. Florenz, Italien URL: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf> [Stand 04.12.2015]
87. Wahl N (2011) Phänomenologische, kriminologische und epidemiologische Aspekte der

- Kindesmisshandlung im Großraum Hamburg. Eine retrospektive Analyse der klinisch-rechtsmedizinischen Untersuchungen 1988 bis 2004 [Dissertation] Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
88. Wegener R, Zack F (2012) Die tödliche Kindesmisshandlung: kriminologische und rechtsmedizinische Aspekte. In: Lammel M, Sutarski S, Lau S, Bauer M (Hrsg) Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung - Medizinische und juristische Perspektiven. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 59-69
  89. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Kopenhagen URL: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf) [Stand 04.12.2015]
  90. Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos, Baden-Baden
  91. Wischmann M, Heinemann A, Püschel K, Seifert D (2013) Frauen als Opfer von Gewalt. Untersuchungsgut der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg. Rechtsmedizin 23: 466–471 DOI: 10.1007/s00194-013-0922-5
  92. Worlock P, Stower M, Barbor P (1986) Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. Br Med J (Clin Res Ed) 293(6539): 100–102 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.293.6539.100>

## 8. Anhang

### 8.1 Ergänzende Daten zu Kinder und Jugendlichen

#### 8.1.1 Anzahl der Untersuchungen in den jeweiligen Jahren von Kindern und Jugendlichen

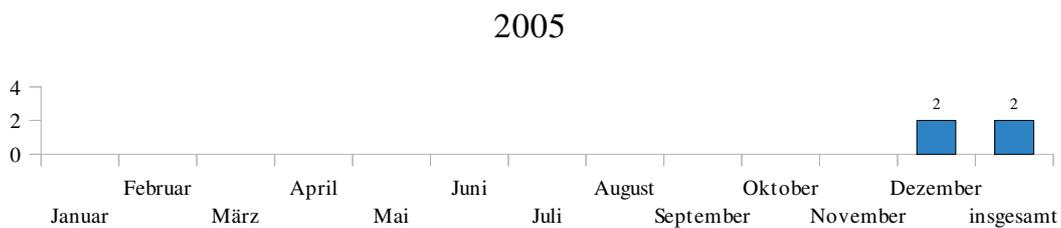


Abbildung 49: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2005

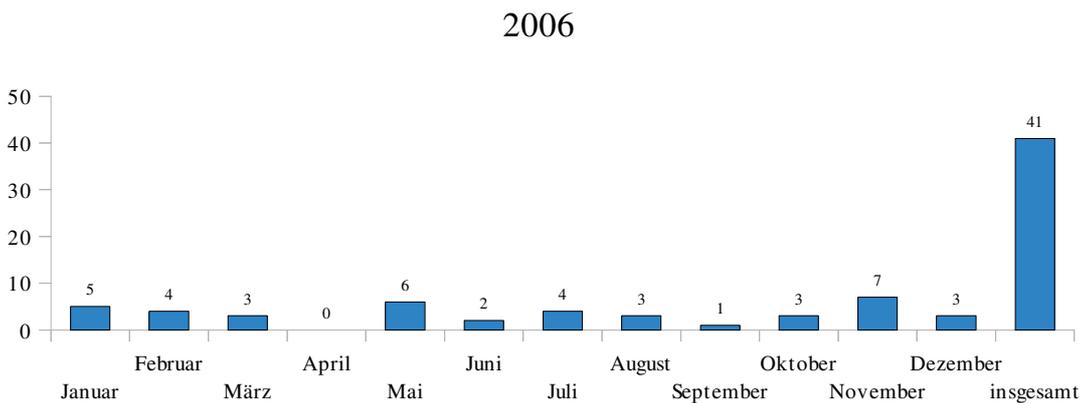


Abbildung 50: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2006

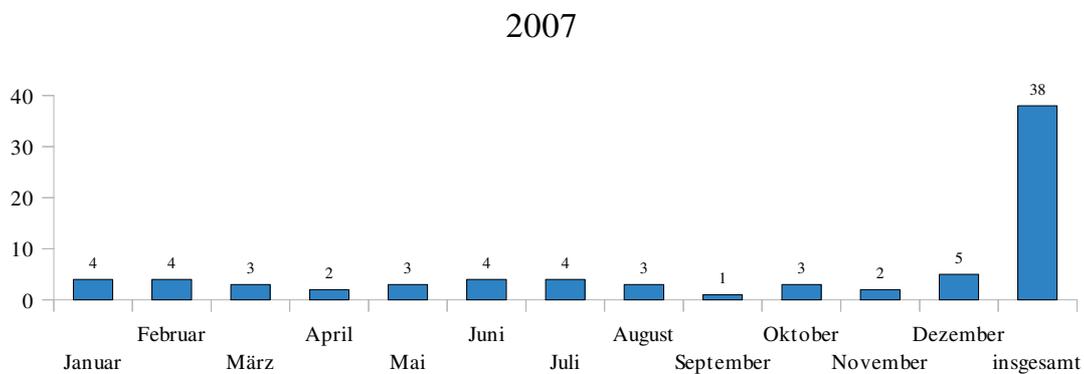


Abbildung 51: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2007

## 2008

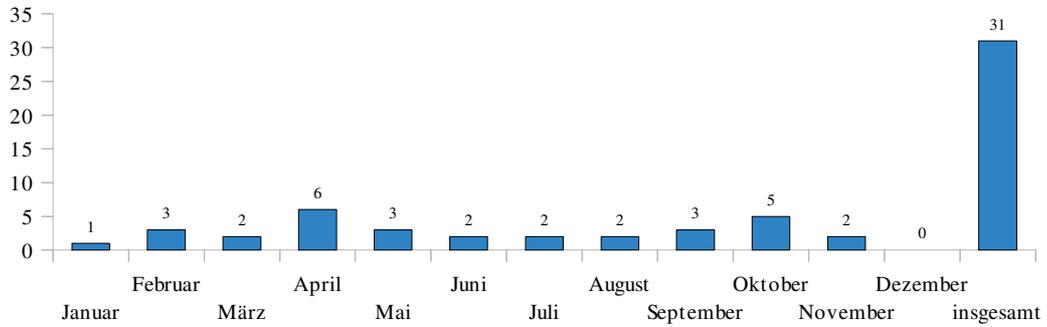


Abbildung 52: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2008

## 2009

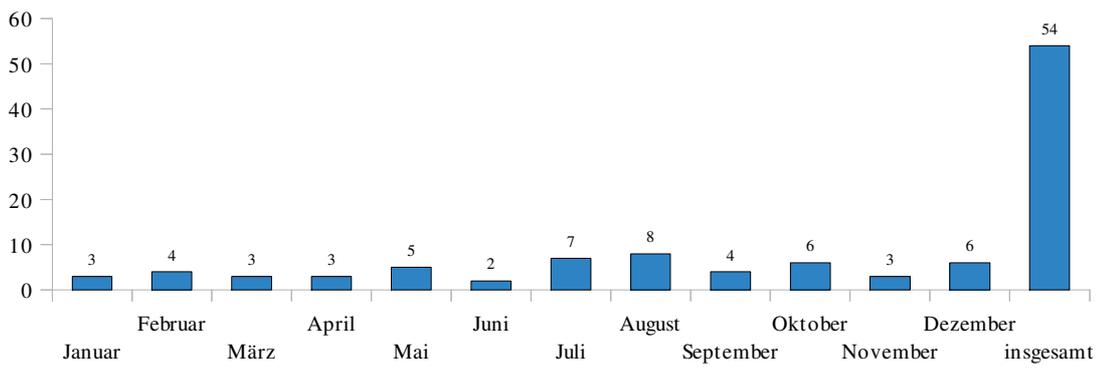


Abbildung 53: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2009

## 2010

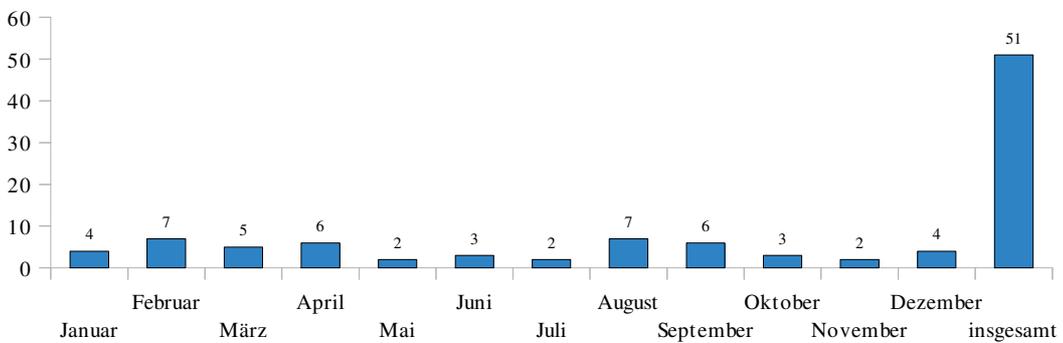


Abbildung 54: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2010

## 2011

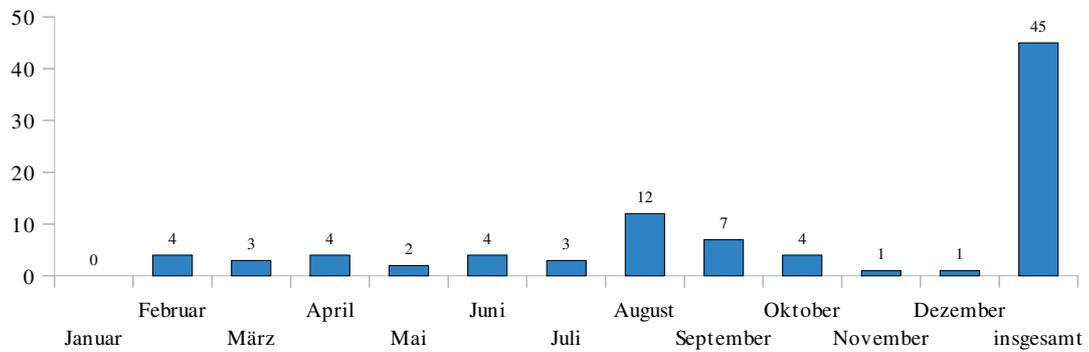


Abbildung 55: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2011

## 2012

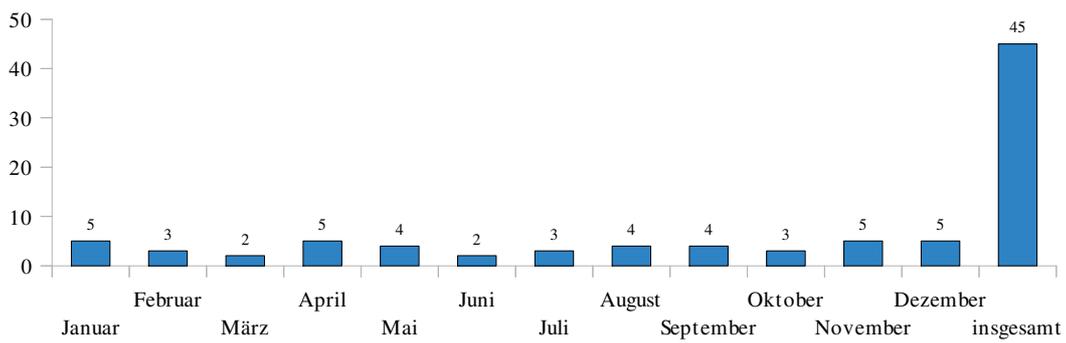


Abbildung 56: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2012

## 2013

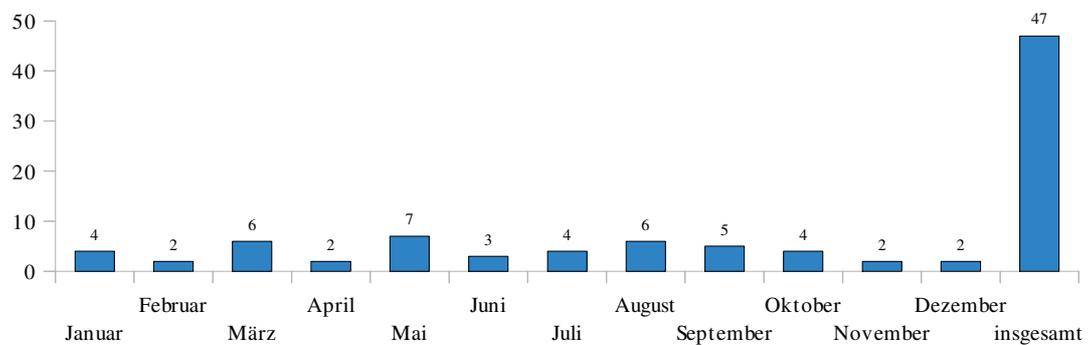


Abbildung 57: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2013

### 8.1.2 Abstrichnahme bei dem Opfer

In 56 Fällen (22,0 %) wurde ein Abstrich beim Opfer entnommen, in fünf Fällen wurde dies verneint. Keine Angaben gab es diesbezüglich in 293 Fällen.

### 8.1.3 Fotodokumentation der Befunde

Eine Fotodokumentation wurde in 42,7 % (151 Fälle) durch den Gutachter gemacht. In 23 Fällen (6,5 %) sorgten Ärzte im Krankenhaus und in sieben Fällen andere Personen für eine Fotodokumentation. In fünf Fällen wurde eine Fotodokumentation verneint. 168 Fällen gab es keine Angaben zu einer Fotodokumentation.

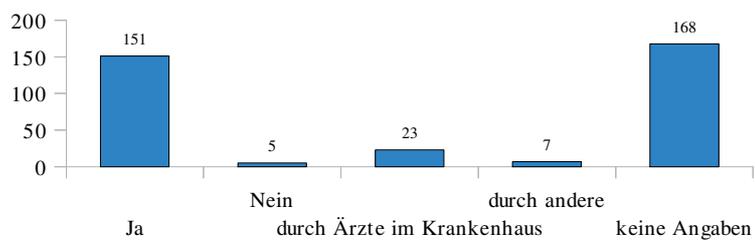


Abbildung 58: Fotodokumentation der Befunde

## 8.2 Ergänzende Daten zu Frauen

### 8.2.1 Anzahl der Untersuchungen in den jeweiligen Jahren von Frauen

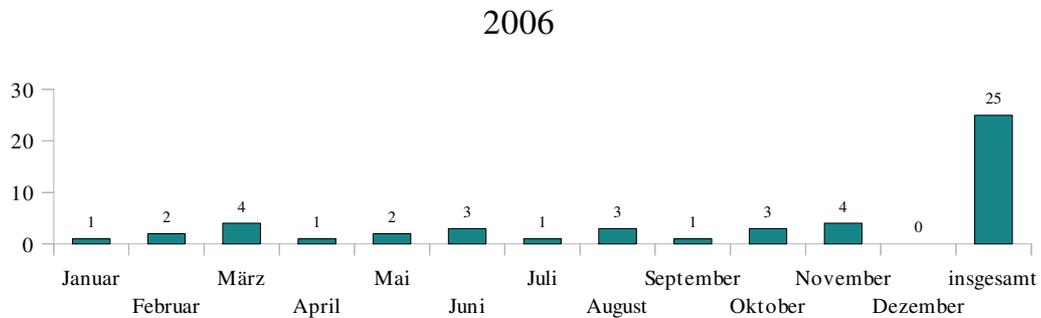


Abbildung 59: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2006

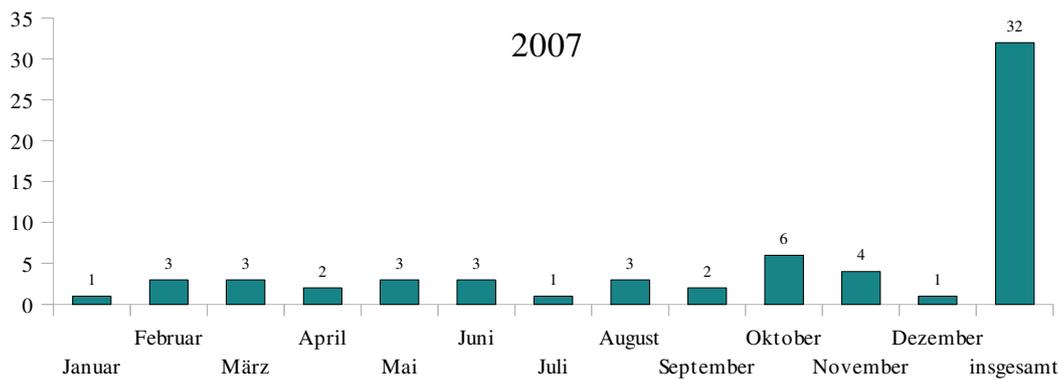


Abbildung 60: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2007

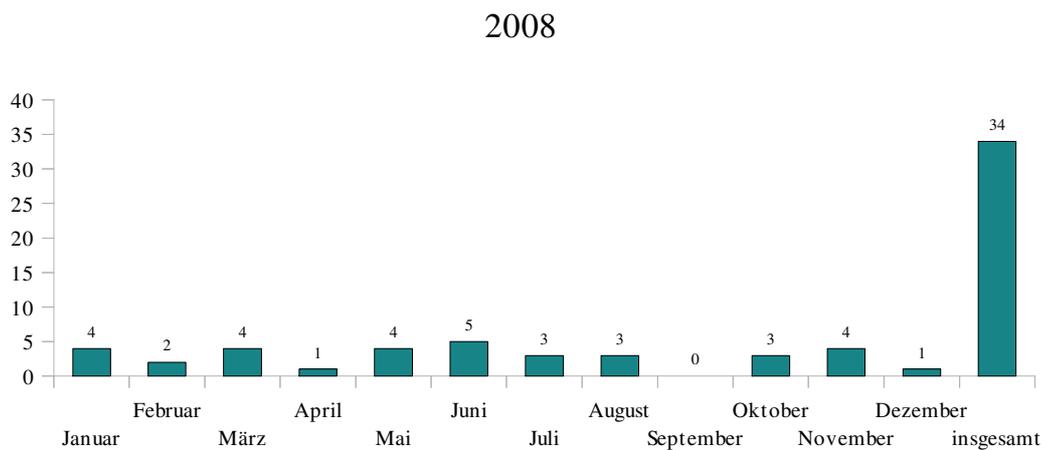


Abbildung 61: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2008

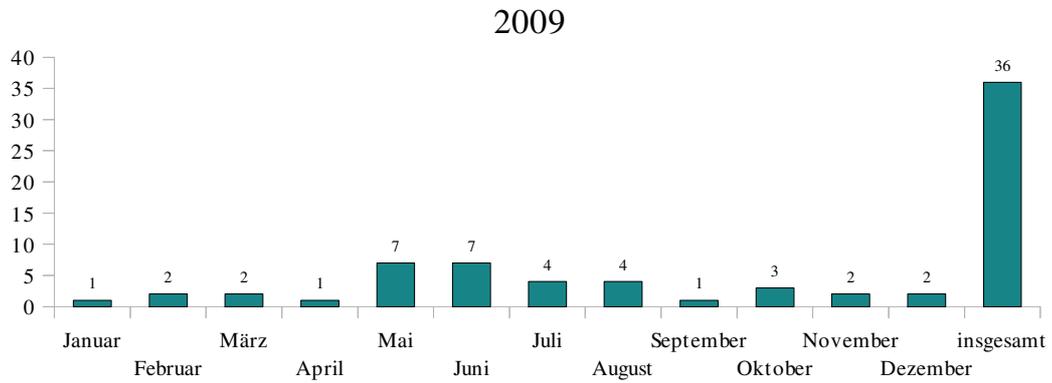


Abbildung 62: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2009

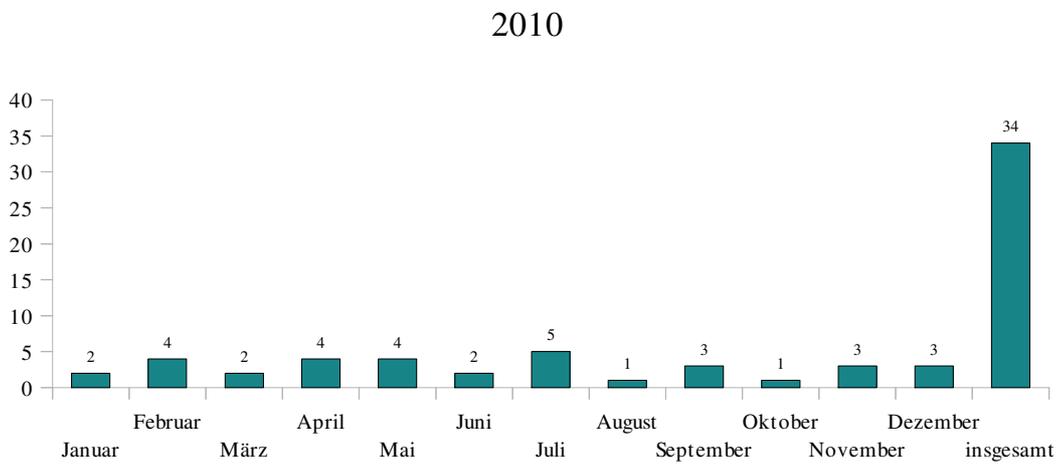


Abbildung 63: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2010

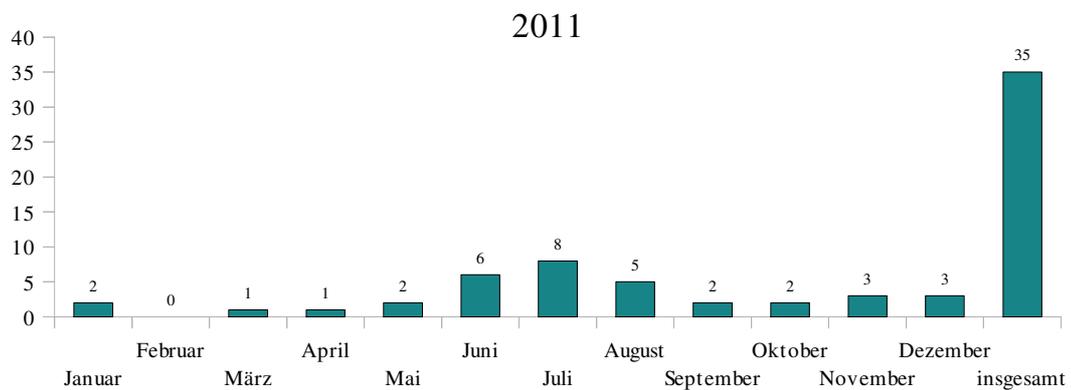


Abbildung 64: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2011

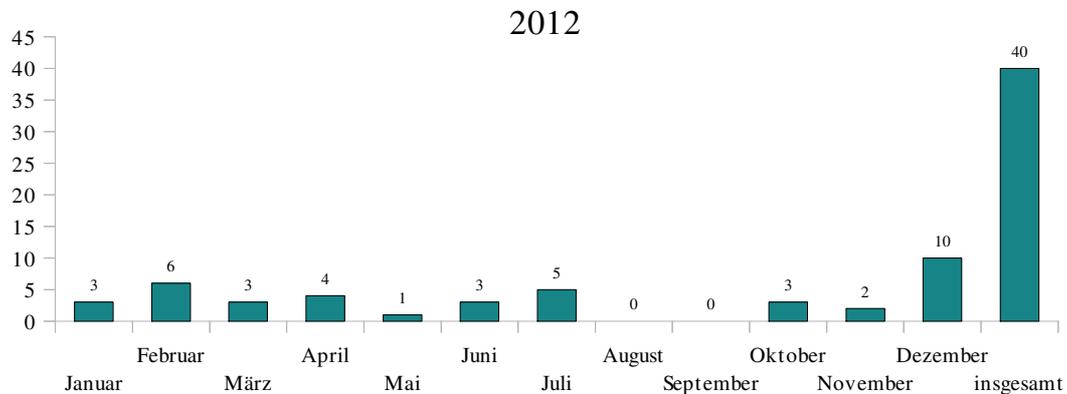


Abbildung 65: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2012

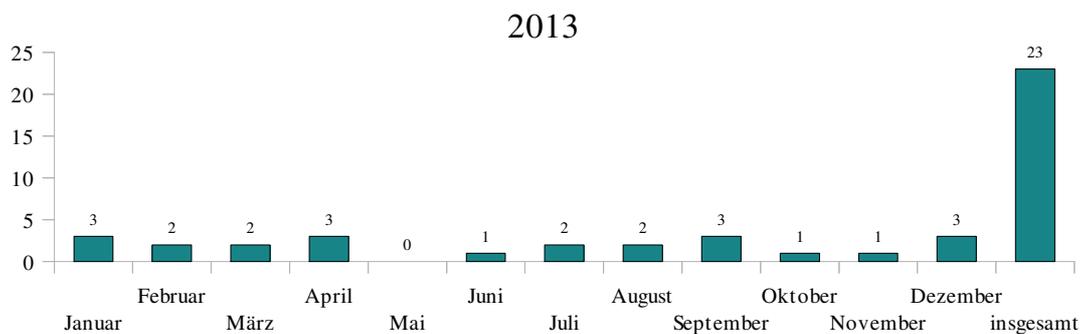


Abbildung 66: Anzahl der Untersuchungen im Jahre 2013

### 8.2.2 Abstrichnahme beim Opfer

In 97 Fällen (37,6 %) wurde beim Opfer ein Abstrich entnommen, in 5 Fällen (1,9 %) nicht. Bei 60,5 % (156) der Gutachten gibt es keine Angaben zur Abstrichnahme.

### 8.2.3 Fotodokumentation der Befunde

Bei 48,4 % (125) der Gutachten wurde eine Fotodokumentation gemacht, in fünf Gutachten (1,9 %) wird dies verneint. In fünf Fällen (1,9 %) wurde eine Fotodokumentation durch andere gemacht: Polizei, Ärzte im Krankenhaus. Keine Angaben zur Fotodokumentation gibt es in 123 Fällen (47,7 %).



