

Dragana Seifert  
Axel Heinemann  
Klaus Püschel

# Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt

## Zusammenfassung

Häusliche Gewalterfahrungen durch Partner und Ex-Partner führen unter anderem zu körperlichen Verletzungen, die im Extremfall lebensbedrohlich sein können. Langfristig haben sie vor allem bei Frauen und deren Kindern schwerwiegende und anhaltende gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge. Trotz deren erhöhter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wird in Deutschland die Sensibilisierung von Ärzten und Pflegepersonal erst seit relativ kurzer Zeit verstärkt. Ärzte in Klinik und Praxis sind gefordert, die Ursachen typischer Verletzungsbefunde offen anzusprechen und im Hinblick auf potenzielle rechtliche Interessen des Opfers standardisiert zu dokumentieren. Darüber hinaus müssen ihre Beratungskompetenz hinsichtlich einer möglichen Weitervermittlung in psychosoziale Hilfen, eine Krisenintervention oder gegebenenfalls Schutzeinrichtungen verbessert werden. Die Rechtsmedizin steht als Partner

**H**äusliche Gewalt wird definiert als Gewalt zwischen zwei Personen, die aktuell oder in der Vergangenheit eine partnerschaftliche Beziehung eingegangen sind. Obwohl außer Zweifel steht, dass auch Männer Opfer häuslicher Gewalt werden können, widmet sich dieser Beitrag betroffenen Frauen und Kindern. Mehr als 90 Prozent der Opfer sind weiblich (1). Männer stellen in dieser Konstellation den weit überwiegenden Täteranteil.

Hinsichtlich der Ausprägungsformen von Gewalt differenzieren Wieners und Hellbernd zwischen körperlicher, sexualisierter, psychischer, ökonomischer und sozialer Gewalt (2) (*Kasten 1*). Es ist wichtig, dass im Gesundheitswesen tätige Personen sich aller Arten von Gewalt bewusst sind. Im individuellen Fall kommen meistens mehrere Formen parallel vor

für medikolegale Fragen an vielen Standorten für die Beratung von Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung. Sie dient zudem als Schnittstelle zwischen Justiz- und Gesundheitswesen. Nachdem 2002 in Deutschland das Gewaltschutzgesetz eingeführt wurde, sind flankierende Maßnahmen im Gesundheitswesen mit Konzepten für eine „integrierte Versorgung“ von Gewaltopfern dringend erforderlich.

**Schlüsselwörter:** häusliche Gewalt, Arzt-Patient-Beziehung, Befunddokumentation, Rechtsmedizin, öffentliche Gesundheit

## Summary

### The role of healthcare professionals in domestic violence

Domestic violence may lead to life threatening injuries and severely compromise the long term physical and mental health of women and

their children. Victims of domestic violence are known to come into frequent contact with health services, but awareness of the issue among health professionals in Germany is relatively lacking. Both primary and secondary care staff should ask the patient frankly about hidden causes of atypical injury. The injuries should be documented according to medicolegal standards and the physician be trained in counselling and referral of victims of domestic violence. Liaison with forensic pathologists, who have expertise in medicolegal examinations and serve as an interface between justice and public health system, is often helpful. Since the legal position of victims of violence has been improved by the German Violence Protection Act in 2002, conceptual work on victim-related integrated health care should be urgently promoted.

**Key words:** domestic violence, doctor patient relationship, forensic medicine, preservation of evidence, public health

## Epidemiologie

Die erste repräsentative Prävalenzstudie in Deutschland, in der 10 000 Frauen zu ihren Gewalterfahrungen in verschiedenen Lebensphasen befragt wurden, zeigt folgendes Bild (3):

42 Prozent aller interviewten Frauen gaben an, seit dem 16. Lebensjahr mindestens einmal psychische Gewalt erfahren zu haben, 37 Prozent waren körperlicher und 13 Prozent sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen. Jede vierte Frau im Alter zwischen 16 bis 85 Jahren, die in einer Partnerschaft gelebt hatte, erklärte, ein- oder mehrmals körperliche oder zusätzlich sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner – in 99 Prozent der Fälle männliche Täter – erlitten zu haben. Knapp ein Drittel der Frauen berichtete, im bisherigen Leben eine singuläre Gewaltsituation durch den Partner erlebt zu haben, 33 Prozent erinnerten sich an mehr als 10 (bis zu maximal 40) Situationen. 64 Prozent der Betroffenen wurden dabei körperlich verletzt.

Die körperliche Gewalt reichte von Ohrfeigen bis hin zu Verprügeln, Würgen, Verbrühen und Waffengebrauch. Die Verwendung des Begriffs „sexuelle Gewalt“ bezog sich ausschließlich auf strafrechtlich relevante Formen wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und unterschiedliche Arten von sexueller Nötigung unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohungen. Zur Erfassung von psychischer Gewalt wurden die Frauen gefragt, ob sie schon einmal oder regelmäßig gedemütigt, beschimpft, erniedrigt oder lächerlich gemacht, beziehungsweise bedroht oder ausgegrenzt worden waren.

Die Prävalenzdaten für Deutschland liegen – bei allen Einschränkungen hinsichtlich der Gegenüberstellung – im internationalen Vergleich im mittleren bis oberen Bereich. Unter Erste-Hilfe-/Notaufnahme-Patientinnen variieren die Lebenszeitprävalenzen für mindestens eine Form der häuslichen Gewalterfahrung zwischen 22,1

Kasten 1

**Gewaltdefinition**

- **Körperliche Gewalt:**  
Tätliche Angriffe, im Extremfall mit tödlichen Folgen (Ohrfeigen, Faustschläge, Misshandlung mit Gegenständen, Würgen, Fesseln u. a.)
- **Sexualisierte Gewalt:**  
Sexuelle Nötigung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung oder Zwang zur Prostitution
- **Psychische Gewalt:**  
Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug, Einschüchterungen
- **Ökonomische Gewalt:**  
Arbeitsverbote oder Zwang zur Arbeit, alleinige finanzielle Verfügungsmacht durch den Mann
- **Soziale Gewalt:**  
Zumeist als Bestreben des Mannes beschrieben, die Frau sozial zu isolieren (Kontaktverbot oder Kontrolle)

und 37 Prozent (4, 5), in den USA reichen sie bis über 50 Prozent (6). In rechtsmedizinischen Untersuchungen vorsätzlicher Tötungsdelikte in der Schweiz stellen Lebenspartner des Opfers den größten Anteil unter den Tätern (7).

**Risikofaktoren**

Wie bei anderen Erkrankungen liefern Risikofaktoren auch bei der „Krankheit Gewalt“ nur einen möglichen Rahmen, zu dem Einzelfallfaktoren hinzukommen.

Eines der wichtigsten Risiken, sowohl für das Opfer als auch für den Täter, ist ein frühes Erleben von sexueller oder körperlicher Gewalt in der Herkunftsfamilie sowie Gewalt in der Kindheit und Jugend (3, 8, 9). Die betroffenen Frauen waren zum Teil Zeugen elterlicher Gewalt, teilweise selbst Opfer (3). Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit des Täters spielen eine Rolle, sollten aber nicht überschätzt werden. Die Intensität und Frequenz

der Übergriffe steigt bei akuter Alkoholisierung oder Drogeneinnahme des Täters.

Kein Zusammenhang konnte zwischen Gewalterfahrung und Bildung festgestellt werden. Einzelne Studien benennen jüngeres Lebensalter und geringeres Familieneinkommen als risikoerhöhend. Ein schlechter gesundheitlicher Zustand ist, im Vergleich zu körperlicher und psychischer Gesundheit, mit einer Verdoppelung des Risikos assoziiert; dasselbe gilt für die Anwesenheit von Kindern im Haushalt (10).

**Gesundheitliche Folgen**

Häusliche Gewalt führt zu einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und zu 1,6- bis 2,3fach höheren Kosten im Vergleich zu Patienten mit gleicher Komorbiditätsstruktur (11). Zum einen besteht ein akutes Risiko beispielsweise durch Schädel-Hirn-Traumen, Strangulation und abdominale stumpfe Gewalteinwirkung, lebensgefährliche Verletzungen zu erleiden. Zum anderen präsentieren sich Patientinnen mit einer Vorgeschichte häuslicher Gewalterfahrung häufiger als Nicht-Betroffene mit

Kasten 2

**Gewaltbezogene Anamnese**

- **Wer** war der Verursacher (in welchem Verhältnis steht er zum Opfer/Fremdtäter)?
- **Wo** fand das Ereignis statt?
- **Wann** ist es geschehen?
- **Was** ist passiert?
- **Womit** wurde angegriffen?
- **Wiederholter Angriff/Erstereignis?**
- **Waren Kinder anwesend**, Lebensalter?

Wörtliche Zitate, mit denen die Authentizität gewinnt, kennzeichnen

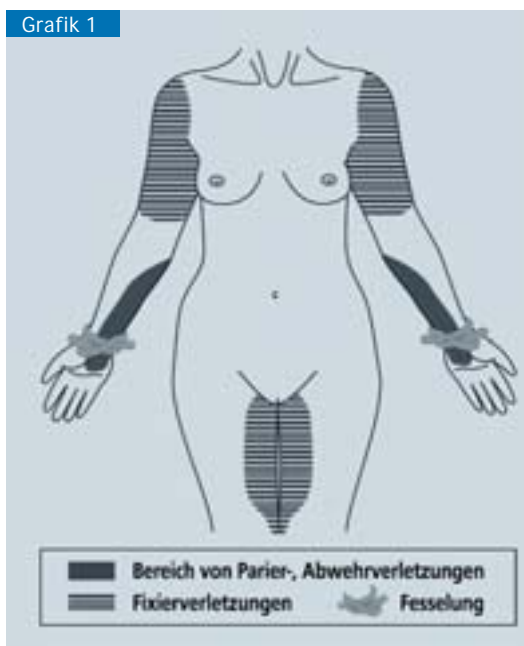
psychosomatischen Beschwerden, Essstörungen oder funktionellen Störungen im Unterbauch (Schmerz, Darmprobleme, Dysmenorrhö) oder in der Brust-/Halsregion. Neben Depressionen und Angststörungen sowie Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch ist bei einem Viertel der Opfer von Gewaltverbrechen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ohne Selbsterholung zu rechnen.

In Kombination mit sexualisierter Gewalt entwickelt sogar die Hälfte der Betroffenen eine PTBS. Opfer chronischer häuslicher Gewalt dürften mindestens in dieser Bandbreite einzuordnen sein. Häusliche Gewalt gegen Schwangere ist mit einer verzögerten Pränatalbetreuung sowie möglicherweise geringerem Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit assoziiert (12).

**Rechtliche Grundlagen**

Seit dem 1. Januar 2002 ist in Deutschland das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) in Kraft getreten. Gleichzeitig haben einige Bundesländer ihre Polizeigesetze geändert. Die Polizei hat die Möglichkeit, einen Täter für mehrere Tage aus der Wohnung und der unmittelbaren Umgebung der gefährdeten Person zu verweisen.

Grafik 1



Typische Fixier- und Parierverletzungen der Körpervorderseite

## Die Rolle des Arztes

Ärzte haben in ihrer besonderen Vertrauensposition gegenüber dem Patienten die Möglichkeit, neben dem vorergründigen Behandlungsauftrag Opfer von Gewalt zu erkennen und geeignet zu beraten. In der Regel haben sie Distanz zur sozialen Umgebung des Patienten. Deshalb suchen weibliche Opfer von Gewalt in den meisten Fällen nicht eine Hilfsorganisation, sondern einen Arzt auf, häufig, ohne sich hinsichtlich der Ursachen ihrer Beschwerden zu offenbaren (13). Ärzte nehmen daher eine Schlüsselrolle für den weiteren Verlauf der Biografie einer gewaltbelasteten Frau ein. Sie fühlen sich möglicherweise, wenn sich der Patient hinsichtlich seiner Gewalterfahrung offenbart, überfordert.

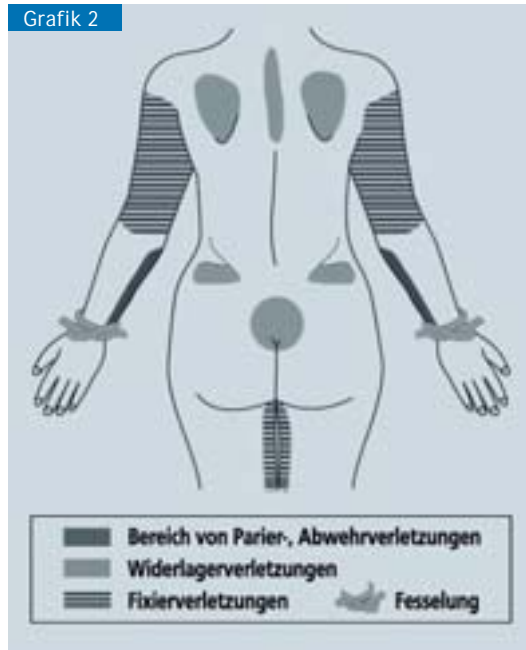
Anlass für einen Arztbesuch können neben akuten Verletzungen auch psychosomatische Krankheiten als Folge chronischer Gewalterfahrungen sein. Es ist für die Frauen möglich, Kontakte zum Gesundheitswesen – beispielsweise beim Routinecheck, in der Schwangerschaft oder Geburtshilfe oder als Begleitung ihrer Kinder beim Kinderarzt – zu nutzen, auch wenn die Kontakte zur Außenwelt durch den Partner massiv reglementiert werden. Viele Frauen suchen trotz chronischer Gewalterfahrung aufgrund befürchteter Eskalation, Zerstörung der Familie oder Wegnahme der Kinder zunächst keinen Kontakt mit der Polizei oder Justiz. Es werden soziale Isolation, finanzielle Überforderung, aber auch das Gefühl, dem Druck eines Ermittlungs- und Gerichtsprozesses nicht standhalten zu können, befürchtet.

Frühzeitige Diagnostik und Intervention sind gesundheitserhaltende Präventionsmaßnahmen. Eine rein

symptomatische Behandlung reicht bei einer Gewalterfahrung nicht aus.

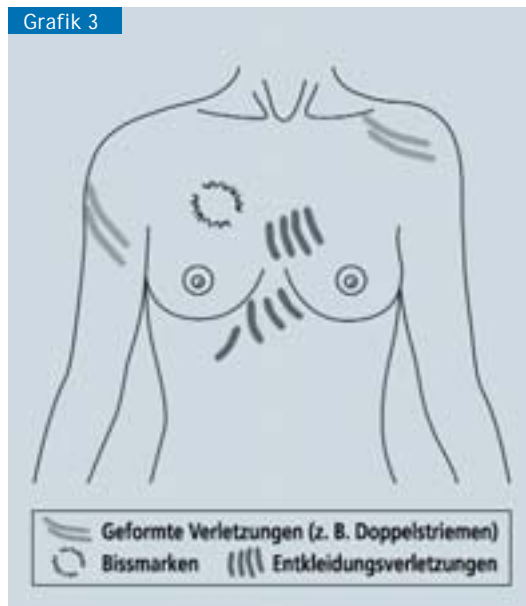
Die Verabreichung von Schmerzmitteln und Tranquilizern zur symptomatischen Therapie ist angesichts eines erhöhten Suchtrisikos sowie latenter Suizidalität kontraindiziert. Des Weiteren stellt die sedierende und vigilanzeinschränkende Wirkung von psychotropen Substanzen ein zusätzliches Risiko, verletzt zu werden, dar (3).

Grafik 2



Fixier-, Pariet- und Widerlagerverletzungen der Körperrückseite

Grafik 3



Spezielle Verletzungsmuster

## Vorgehensweise in der Praxis

Ärzte fast aller Fachrichtungen können mit Gewaltopfern konfrontiert werden. Die Beschränkung darauf, sich nur bei Frauen mit akuten Verletzungen nach Gewalterfahrungen zu erkundigen, verringert allerdings die diagnostische Sensitivität erheblich. Für ein Routinescreening existieren Kurzfragebögen – zum Beispiel Partner Violence Screen (14) – mit drei Fragen:

- Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig verletzt worden?
- Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Beziehung sicher?
- Bedroht ein Ex-Partner von Ihnen aktuell Ihre Sicherheit?

Der Einsatz der Fragebögen ist bei selektierten Patientengruppen, zum Beispiel mit Zahn- oder Gesichtsverletzungen, unter Evidenzmaßstäben umstritten, weil kein Beleg für den Effekt des Screenings mit nachfolgender Intervention vorliegt (15, 16).

Entscheidet der Arzt sich im Patientengespräch, nach Gewalterfahrungen zu fragen, ist eine von Empathie geprägte, geschützte Atmosphäre wichtig. Die Ansprache der Thematik sollte in Anwesenheit von Begleitpersonen eher vermieden werden.

Bei Patientinnen, die nicht Deutsch sprechen, ist die Einbeziehung von Familienangehörigen oder Bekannten als Übersetzer problematisch, denn es ist unklar, welche Rolle diese Personen in einem potenziell gewaltbesetzten Nahraum der Patientin spielen.

Die Grundstruktur im Arzt-Patienten-Verhältnis, die durch eine entscheidungsvorbereitende Rolle des Arztes und eine vertrauensbasierte Annahme von Ratschlägen und Therapieanweisungen durch den Patienten gekennzeichnet ist, erscheint bei der Beratung zum Umgang mit häuslicher Gewalterfahrung ungeeignet. Die Patientin allein trifft die Entscheidung, wie es weitergehen soll. Die Akzeptanz einer nur beratenden Funktion ist in Einzelfällen durchaus eine Herausforderung. Auch in einer bereits zugespitzten Situation ist Zeit für eine möglichst autonome Entscheidung notwendig.

Für die misshandelte Frau und ihre Kinder besteht das höchste Risiko, letale Verletzungen zu erleiden, wenn die Trennung vom Partner vollzogen wird. Im Sinne eines eigenen Risikomanagements sollten sie den Zeitpunkt der Loslösung selbst steuern. Der Arzt kann mit Verständnis und Beratung das oftmals verlorene Selbstwertgefühl stabilisieren. Er sollte deutlich machen, dass die Ausübung von Gewalt in der persönlichen Beziehung niemals ein legitimes Mittel ist.

Die konsiliarische Einbeziehung von psychologischem und psychiatrischem Sachverstand sowie Kontakte zu Beratungsstellen kann Frauen, die aus eigener Kraft unter ihrem aktuellen Selbst- und Rollenbild gegenwärtig den Absprung nicht schaffen, zusätzliche Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten eröffnen.

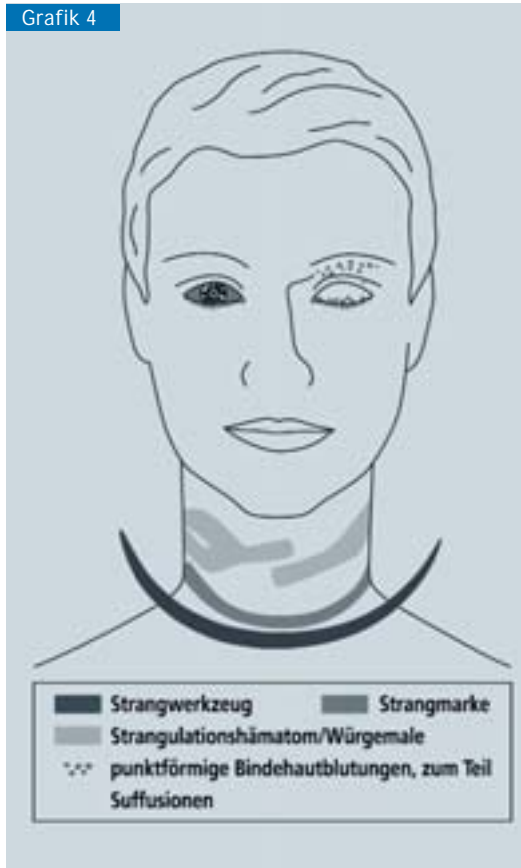
Wiederholt wurden typische Körperregionen definiert, an denen man üblicherweise durch häusliche Gewalt verursachte Verletzungen findet. Über diese Bereiche hinaus ist auf die exakte Lokalisation, zum Beispiel Innenseite Oberarme, Form, Intensität und Alter der Wunden zu achten. Das Nebeneinander unterschiedlich alter Verletzungen ist ebenfalls wichtig (Grafiken 1–4) (Kasten 3, 4).

## Standardisierte Dokumentation

Bei körperlicher Verletzung ist eine gewaltbezogene Anamnese (Kasten 2) und exakte Dokumentation als Grundlage für straf- oder familienrechtliche Ansprüche bedeutsam, auch wenn deren Geltendmachung zum Zeitpunkt einer ärztlichen Untersuchung meist nicht absehbar ist. Die Beschreibung muss eine Rekonstruktion des gewalttätigen Handelns mit größtmöglicher Evidenz auch nach längerer Zeit ermöglichen (Kasten 3).

Der nicht rechtsmedizinisch ausgebildete Arzt sollte deskriptiv dokumentieren, auf unmittelbare Schlussfolgerungen und Bewertungen jedoch verzichten. Gerade die Beurteilung auch anscheinend einfacher Verlet-

Grafik 4



Verletzungsmuster bei Strangulation

zungen kann im Gesamtkontext aller Verwundungen schwierig sein und sich mit nachträglichen Informationen verändern. Eine Vorabfestlegung könnte den rechtlichen Interessen des

Gewaltopfers entgegenstehen. Umgekehrt könnte eine Instrumentalisierung des Arztes bei eigentlich zugrunde liegendem selbstverletzenden Verhalten im Einzelfall problematisch sein. Allerdings sind selbstverletzendes Verhalten und häusliche Gewalt häufig miteinander assoziiert (4). Einen Überblick über weiterführende Informationen und Adressen zu Dokumentationsbögen, mit Anleitung auch zu Spurensicherungsmaßnahmen, gibt Kasten 5.

Der psychische Befund sollte beschreibend nicht wertend festgehalten werden. Bei Angabe oder Verdacht (zusätzlicher) sexualisierter Gewalt ist neben der extragenitalen Untersuchung in einem engen zeitlichen Zusammenhang gegebenenfalls eine genitale/ anale/ orale Spurensicherung, eventuell auch eine mikrobiologische Testung, vorzunehmen (17). Besonders wichtig ist der Zeitpunkt des letzten einverständlichen Sexualkontaktes mit dem misshandelnden Partner. Die Frage einer möglichen Schwangerschaft ist zu klären.

Kasten 3

### Körperlicher Untersuchungsbefund

- Bewährt: Dokumentationsbögen mit Anleitung auch zu Spurensicherungsmaßnahmen
- Aufzunehmende Angaben: Untersucher, Ort, Datum und Uhrzeit der Untersuchung, anwesende Personen
- Ganzkörperuntersuchung ist empfehlenswert, auch wenn zunächst nur auf bestimmte Körperregionen verwiesen wird
- Besondere Intimität der Untersuchungssituation beachten, Reviktimisierung verhindern (die Patientin sollte in keiner Untersuchungssituation vollständig entkleidet sein)
- Ganzkörperkizze mit Einzeichnungen der Verletzungen anfertigen
- Fotodokumentation unter Verwendung eines Maßstabes (möglichst kein Polaroid)
- Standardisierte Beschreibung jeder einzelnen Verletzung:
  - Lokalisation auf Detailtopographie bezogen (zum Beispiel Innenseite der Oberschenkel, Streckseite des rechten Unterarmes kleinfingerseitig etc.), Gruppierung?
  - Größe ggf. Tiefe der Verletzung in mehrdimensionaler cm-Angabe
  - Form der Verletzung, vor allem zur Feststellung eines Hämatomalters beziehungsweise unterschiedlich alter Hämatome
  - Bei Wunden die Wundränderbeschaffenheit beschreiben

## Beratung

Es empfiehlt sich, in Praxis oder Klinik eine Liste von Opferhilfsorganisationen, Frauenhäusern und so genannten Interventionsstellen griffbereit zu haben. Letztere gibt es in fast jedem Bundesland als Beratungsstelle speziell für den Problembereich häuslicher Gewalt. Manche Bundesländer, zum Beispiel Hamburg, stellen regelmäßig kostenlos Broschüren zur Verfügung, in denen die wichtigsten Anlaufstellen für Frauen dargestellt sind.

Bereits die Aushandigung dieser Informationen versetzt die Patientin in die Lage, allein zu entscheiden, welche Einrichtung für sie gegebenenfalls geeignet ist.

## Kinder und familiäre Gewalt

Kinder werden in betroffenen Familien unvermeidlich Zeugen häuslicher Gewalt und können dabei selbst verletzt werden (18) oder psychische Beeinträchtigungen erleiden.

Kinder werden in ihrem Sicherheitsgefühl erschüttert, sie fühlen sich ausgeliefert, aber auch verantwortlich für das, was sie beobachtet haben. Greifen sie aktiv ein, können sie selbst verwundet werden; mischen sie sich aus Angst nicht ein, können sie Schuldgefühle entwickeln. Das Miterleben der Gewalt gegen die Mutter führt nicht in allen Fällen zu einer Traumatisierung (19), aber alle Kinder profitieren von qualifizierter Unterstützung.

Eine besonders hohe Vulnerabilität in Form von Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Aggressivität, Schulschwierigkeiten und Entwicklungsverzögerungen haben Kinder, die über lange Zeit der Gewalt des Vaters gegen die Mutter ausgesetzt waren.

Die Erfahrung mit Patienten in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg haben gezeigt, dass das Problem der Anwesenheit von Kindern in häuslichen Gewaltsituationen oft vernachlässigt wird. Bei Ansprache der Thematik berichten Mütter häufig über psychische Veränderungen, die sie bei ihren Kindern fest-

### Kasten 4

#### Typische Verletzungsregionen (Grafik 1–4)

- Hirnschädel: Kopfhaut gelichtet (Follikelhämatom?), Hämatome, Platz-/Risswunden
- Gesicht, Orbita, Hirnschädel: Hämatome (Handabdruck?), Kratz-, Bissspuren, Schürfwunden, Frakturen, Lippen-/Mundvorraum-/Zahnverletzungen, Verletzungen an der Ohrmuschel
- Bindehäute der Augen, Mundschleimhaut, Gesichtshaut: Petechiale Einblutungen bei Strangulation
- Hals: Hautabschürfungen, Hämatome durch Kratzen, Würgen, Drosseln (eventuell mit Abdruckmarke), (Heiserkeit, Schluckbeschwerden)
- Streckseiten der Arme: Hämatome unterschiedlichen Alters, als Abwehrverletzungen auch Schnitte, Stich beugeseitig, Schürfwunden
- Hände: Schnittwunden als Abwehrverletzungen, Nagelränderbrüche
- Brüste: Hämatome, Bissspuren
- Rücken: Widerlagerverletzungen, Schürfwunden über Auflageseiten
- Innenseite Oberschenkel, Gesäß: Hämatome

Beispiele spezieller Verletzungen:

- Geformte Abdruckmarken, zum Beispiel von Gürtelschnalle, Schlagwerkzeug, Doppelstreifenkonturen?
- Zigaretten-Brandwunden (zirkuläre 5–15 mm), -narben
- Oberflächliche Stich-/Schnittverletzungen

gestellt haben. Die weitere Versorgung und Beratung kann in solchen Fällen beispielsweise in Kinderschutzzentren, bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder in einer Klinik für Jugend- und Kinderpsychiatrie erfolgen.

### Kasten 5

#### Weitere Informationen

Dokumentationsbögen und Kontaktadressen unter:

- Landesärztekammer Baden-Württemberg [www.aerztekammer-bw.de/20/gewzuhause](http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewzuhause)
- Kitteltaschenformat-Anleitung MED-DOC-CARD
- Ärztekammer Niedersachsen mit Materialien „Häusliche Gewalt“: [www.aekn.de](http://www.aekn.de)
- Hessisches Sozialministerium sowie Kasernenärztliche Vereinigung Hessen: [www.frauennotrufe-hessen.de/formulare/index/htm](http://www.frauennotrufe-hessen.de/formulare/index/htm)
- Kinderschutzzentrum der Region unter [www.kinderschutz-zentren.org](http://www.kinderschutz-zentren.org)

## Rechtsmedizin als Kompetenzpartner

Es gibt bislang in Deutschland lediglich in Ansätzen ein „integriertes Versorgungskonzept“ beziehungsweise einen „Behandlungspfad“ für gewaltbetroffene Patienten in der ärztlichen Praxis und Klinik. In diesem Versorgungskonzept werden Prävention, Screening, Diagnostik und Beratung zwischen unterschiedlichen Fächern konzeptuell harmonisiert und die Patientenversorgung sekundär mit psychosozialer, juristischer und psychologischer Beratung vernetzt. Modellcharakter hatte 1999 ein Handlungsleitfaden des Projektes S.I.G.N.A.L. am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Berlin (5).

Die Rechtsmedizin, als Disziplin zwischen Justiz und Gesundheitswesen mit universitärer Anbindung, hat historisch eher einen selektiven Zugang zu Gewaltopfern, weil sie überwiegend im Justizauftrag handelt. Sie ist aber regional Ansprechpartner für andere Fachbereiche in Fragen der Verletzungsdokumentation und Spu-

rensicherung. Derzeit werden auch die Kontakte zwischen Rechtsmedizin und dem psychosozialen Sektor wie Frauenhäusern und Opfer-/Frauenberatungsstellen verstärkt (20).

Die Untersuchungen körperlich verletzter Gewaltopfer, die Dokumentation der Verwundungen, die Sicherung biologischer Spuren und die gutachterliche Bewertung der erhobenen Befunde für die Justiz sind elementare Aufgaben der Rechtsmedizin (21). Unter dem Aspekt der Primär- und Sekundärprävention geht es aber gerade darum, Frühintervention zu leisten und (potenziell) gewaltbetroffene Patienten, kompetent und unabhängig von ihrem aktuellen Wunsch nach rechtlicher Verfolgung zu beraten. Hier sind die Vernetzung verschiedener Disziplinen und weitere Qualifikation in Ärzteschaft und Pflege gefordert. Eine klinisch-rechtsmedizinische Kooperation ist wünschenswert und wird beispielsweise für die Untersuchung von Sexualopfern durch die WHO empfohlen (22).

Um Opfer körperlicher/sexueller Gewalt auch unabhängig von einem Ermittlungsverfahren zu erreichen, wurde in Hamburg 1998 eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt mit 24-Stunden-Bereitschaft als Modellprojekt eingerichtet. Auch das Zuweisungsverhalten der Polizei hat sich dabei erheblich intensiviert.

Jeder vierte Patient ist in der Untersuchungsstelle Opfer von nicht sexualisierter Partnerschaftsgewalt, unter ihnen sind circa 15 Prozent zudem von sexualisierter Gewalt betroffen. Untersuchung und Begutachtung der Verletzungen sowie Fotodokumentation und Sicherung von biologischen Spuren sind für die Patienten derzeit durch Fund-Raising-Maßnahmen kostenlos. Erstmals wurde auch vor Ort in einem rechtsmedizinischen Institut eine psychologische Krisenintervention und Beratung bereit gestellt. Dieses Angebote können in die Vermittlung anderer regionaler Beratungshilfen oder in eine stützende Psychotherapie münden. Betroffene, Opferhilfseinrichtungen, Polizei und kurativ tätige Ärzte nutzen diese Optionen.

Rechtsmedizin kann im Sinne eines professionellen Multiplikators im Gesundheitswesen wirken, um für die Symptome und Auswirkungen der chronischen „Krankheit Gewalt“ zu sensibilisieren. Die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft für das Problem der häuslichen Gewalt ist seit 2002 auch in Gremien der Bundesärztekammer Thema (23). Landesärztekammern haben Leitfäden und standardisierte Dokumentationsbögen für die Untersuchung von Gewaltopfern veröffentlicht (*Kasten 5*, unter anderem MED-DOC-CARD). Eine Grundsatzregelung zur Honorierung von Dokumentationsleistungen und Spurensicherung für Gewaltopfer fehlt jedoch bislang, sofern die Untersuchung nicht im Auftrag der Justiz stattfindet.

Manuskript eingereicht: 9. 6. 2005, revidierte Fassung angenommen: 11. 1. 2006

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2006; 103(33): A 2168–73

**Literatur**

1. Hagemann-White C, Bohne S: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück 2003.
2. Wieners K, Hellbernd H: „Gewalt macht krank“. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: Länderbericht der Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWH-NET. Hannover 2000.
3. Müller O, Schröttle M, Glammer S, Oppenheimer C: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse). Eigendruck Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004.
4. Boyle A, Todd C: Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2004; 20: 438–42.
5. Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U: 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* 2004; 66: 164–9.
6. Abbott J, Johnson R, Koziol-Mc Lain J: Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763–7.

7. Curchod-Fernandez C, La Harpe R: Täterbezogene Analyse vorsätzlicher Tötungsdelikte im Kanton Genf (1971–1990). *Arch Kriminol* 2001; 207: 12–8.
8. Wetzels P: *Gewalterfahrungen in der Kindheit*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1997; 23: 237.
9. Roberts G, Hegarty K, Feder G: *Intimate partner abuse and health professionals*. Philadelphia, Elsevier, Churchill Livingstone 2006; 24–5.
10. Walby S, Allen J: *Domestic Violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*. Home Office Research Study 2004; 276: 73–88.
11. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS: Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J Prev Med* 2003; 24: 9–15.
12. Jasinski JL: Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5: 47–64.
13. Gloor D, Meier H: *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli*. Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Zürich: Edition Soziothek 2004.
14. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT: Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277: 1357–61.
15. Coulthard P, Yong S, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, Esposito M: Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD004486.
16. Nelson HD, Nygren P, Mc Inerney Y, Klein J: Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 387–96.
17. Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U: Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. *Dtsch Arztebl* 2004; 101 (40): A 2682.
18. Christian CW, Scribano P, Seidl T, Pinto-Martin JA: Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics* 2004; 99: 8.
19. Kavemann B: Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* 2000; 3: 106–20.
20. Grass H, Rothschild MA: *Klinische Rechtsmedizin. Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt*. *Rechtsmedizin* 2004; 14: 188–92.
21. Pollak S: *Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today*. *Forensic Sci Int* 2004; 144: 269–83.
22. WHO: *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, WHO 2004.
23. *Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer: Ethische Fragen, Ärztemangel, Arbeitsbedingungen, GOÄ*. *Dtsch Arztebl* 2002; 99 (24): A 1651.

Anschrift für die Verfasser:  
**Dr. med. Axel Heinemann**  
Institut für Rechtsmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Butenfeld 34, 22529 Hamburg