

pg ≡ papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2012

Januar 2012

Ein Kompetenzzentrum für Gewaltopfer im öffentlichen Gesundheitsdienst. Erste Erfahrungen der „Schutzambulanz Fulda“

Beate Blättner, Kerstin Krüger, Annette Grewe



Beate Blättner, Kerstin Krüger, Annette Grewe

Ein Kompetenzzentrum für Gewaltopfer im öffentlichen Gesundheitsdienst. Erste Erfahrungen der „Schutzambulanz Fulda“

Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes

pg-papers 01/2012

Die wissenschaftliche Begleitung der Schutzambulanz Fulda wird vom Hessischen Sozialministerium finanziert.

Projektlaufzeit: August 2009 bis Dezember 2012

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax: +49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-03-2

Copyright © pg-papers, Januar 2012

Inhalt

Kurzzusammenfassung	6
1 Hintergrund	7
2 Vorgehen	9
3 Ergebnisse	10
3.1 Klientel	10
3.2 Gewaltgeschehen	11
3.3 Fallmanagement	13
3.4 Ärztliche Dokumentation und die Folgen.....	14
4 Diskussion	17
5 Fazit.....	20
Abbildungsverzeichnis	21
Literatur.....	22

Kurzzusammenfassung

Die Schutzambulanz Fulda dokumentiert gerichtsverwertbar Verletzungen nach interpersoneller Gewalt und asserviert Beweismaterial, unabhängig von einer Strafanzeige. Das vom Land Hessen und dem Landkreis Fulda finanzierte Modellprojekt ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelt.

Zwischen dem 17.05.2010 und dem 06.06.2011 wurden 141 Verdachtsfälle bekannt. In einer Vollerhebung wurden Angaben zur betroffenen Person, zum Ort und zur Art des Ereignisses, zu den angreifenden Personen sowie den Gewaltfolgen statistisch erfasst und ausgewertet.

Die Schutzambulanz erreichte überwiegend Opfer von Partnergewalt gegen Frauen und familiärer Gewalt gegen Kinder aus den städtischen Regionen des Landkreises Fulda. Mutmaßliche Angreifer waren überwiegend männlich. In 55 Fällen erfolgte eine gerichtsverwertbare Dokumentation. Verletzungen waren vor allem am Kopf und an den oberen Extremitäten erkennbar. In 35 Fällen erfolgte eine Vermittlung an die Polizei.

Die Schutzambulanz scheint ihre Ziele erreichen zu können.

1 Hintergrund

Gewalt ist direkt und indirekt mit weitreichenden gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen für die Betroffenen sowie für die Gesellschaft verbunden (Krug et al. 2002; Hornberg et al 2008; Brzank 2009). Interpersonelle Gewalt kann im öffentlichen Raum durch Fremde und eher flüchtig Bekannte ausgeübt werden oder im familiären Raum durch Verwandte und Intimpartner. Sie kann als körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung oder auch als ökonomische oder soziale Gewalt erfolgen (Krug et al 2002). Für familiäre Gewalt und Partnergewalt ist typisch, dass sie in der Regel kein einmaliges Ereignis ist, sondern sich aufgrund emotionaler, sozialer oder ökonomischer Abhängigkeit ein Gewaltkreislauf entwickelt und meist mehrere Gewaltformen miteinander kombiniert sind (Brzank et al 2006).

Im Folgenden stehen Formen von Gewalt im Fokus, deren Folgen als körperliche Verletzungen für die Gesundheitsversorgung sichtbar sein können. Die Gesundheitsversorgung kann prinzipiell einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten und den Gewaltkreislauf durchbrechen (Krug et al 2002; Brzank et al 2005). Sie kann Gewaltfolgen erkennen und Betroffene ansprechen, Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentieren und Opfer an andere Institutionen des Hilfesystems weiterleiten (Hellbernd et al 2004). Die Dokumentation kann in Straf- und Zivilprozessen Beweismittel sein sowie darin unterstützen, sozialrechtliche Ansprüche auf Opferentschädigung geltend zu machen. Menschen, denen Gewalt widerfahren ist, möchten in der Gesundheitsversorgung angesprochen werden; Gesundheitsberufe sehen sich selbst grundsätzlich als Ansprechpartner und dennoch wird Gewalt in der Gesundheitsversorgung nicht hinreichend erkannt, thematisiert und dokumentiert (Blättner et al. 2009).

Im letzten Jahrzehnt wurden in Deutschland einige Anstrengungen zur Verbesserung der Handlungsoptionen in der Gesundheitsversorgung unternommen: Dokumentationsbögen und Handlungsanleitungen wurden in einigen Bundesländern, zum Beispiel in Hessen, für Partnergewalt, für sexualisierte Gewalt und für Kindesmisshandlung entwickelt, implementiert und teilweise evaluiert (Blättner et al. 2009; Herrmann et al 2010; Hintz et al. 2011). Vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Modellprojekte in der stationären und in der ambulanten Versorgung wurden durchgeführt und evaluiert (Hellbernd et al. 2004; Mark, Hellbernd 2010). Medizinische Leitlinien zur Versorgung bei sexualisierter Gewalt (DGGG 2010) und bei Gewalt gegen Kinder (DGKJP 2007) entstanden.

Eine flächendeckende Umsetzung entsprechender Handlungsempfehlungen für alle Gewaltformen ist allerdings bislang nicht in Sicht. So ist in Hessen bei sexualisierter Gewalt eine polizeibeauftragte Dokumentation weitgehend etabliert, eine durch die Patientin beauftragte Dokumentation aber nur in wenigen Regionen gesichert (Hintz et al. 2011). Bei körperlicher Gewalt gegen die Partnerin ist die Implementierung des Dokumentationsbogens trotz erheblicher Bemühungen nicht zufriedenstellend gelungen (Blättner et al. 2009).

Wie in Hamburg wurden parallel zu diesen Entwicklungen an einigen rechtsmedizinischen Zentren Opferambulanzen eingerichtet (Seifert et al. 2004; Seifert et al. 2006), die als Kompetenzzentren für alle Gewaltopfer die Versorgungslücke schließen sollen. Kinderschutzambulanzen entstanden, wie in Kassel, insbesondere an Kliniken mit einer auch kindergynäkologischen Expertise.

Die Idee, Anlaufstellen für alle Opfer von Gewalt in den sechs hessischen Versorgungsregionen zu etablieren, vor allem aber die Versorgungslücke im Kontext von Partnergewalt und familiärer Gewalt schließen zu helfen, war für die Einrichtung der Schutzambulanz Fulda leitend. Osthessen steht dabei beispielhaft für eine Region mit einem eher durchschnittlichen Gewaltaufkommen und ohne ein eigenes rechtsmedizinisches Institut. In der regionalen Gliederung der Polizei umfasst Osthessen die Landkreise Fulda, Vogelsberg und Hersfeld-Rotenburg. Mit 48 % der osthessischen Einwohnerinnen und Einwohner ist Fulda der größte Kreis. Für das Jahr 2010 weist die Kriminalstatistik für Osthessen 1.268 Fälle einfacher Körperverletzung, 526 Fälle gefährlicher oder schwerer Körperverletzung und 120 Fälle von Vergewaltigung, sexueller Nötigung oder sexuellem Missbrauch auf. Darunter wurden 328 Fälle einfacher Körperverletzung, 60 Fälle schwerer Körperverletzung und 11 Sexualdelikte der Gewalt in ehelichen oder nicht ehelichen Lebensgemeinschaften zugeordnet (Polizeipräsidium Osthessen 2010). Dies bildet allerdings nur das Hellfeld des Gewaltgeschehens ab.

In dem vom Land Hessen und dem Landkreis Fulda finanzierten Modellprojekt Schutzambulanz Fulda soll erprobt werden, wie es möglich ist, in Kooperation mit dem rund 100 km entfernten Institut für Rechtsmedizin der Universität Gießen ein Kompetenzzentrum im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu etablieren. Der ÖGD als Träger schien deshalb geeignet, weil er nicht unmittelbar in Versorgungsaufgaben eingebunden ist, ohnehin öffentlich finanziert wird und öffentliche Aufgaben in der Gesundheitsversorgung wahrnimmt. Insofern stellt er für Regionen ohne eigene rechtsmedizinische Versorgung eine Alternative zu einer Trägerschaft direkt innerhalb der Versorgung dar.

Im Auftrag von Menschen aus Osthessen, denen mutmaßlich Gewalt widerfahren ist, werden in der Schutzambulanz Fulda Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentiert, Beweismaterial unabhängig von einer Strafanzeige asserviert, Betroffene an andere Hilfesysteme weitergeleitet sowie regional und landesweit die Gesundheitsversorgung sensibilisiert, unterstützt und fortgebildet. Die Schutzambulanz soll rund um die Uhr telefonisch erreichbar sein und Dokumentationen im Bedarfsfall auch am Wochenende durchführen können. Die Angebotsstruktur orientiert sich vor allem an dem der Opferambulanz Hamburg (Seifert et al. 2004) sowie einem ähnlichen Modell an der Universitätsklinik Lausanne (Hofner 2009).

Die Schutzambulanz Fulda nahm am 17. Mai 2010 ihre Arbeit mit Gewaltopfern auf, zunächst auf den Landkreis Fulda fokussiert. Mit dem Umzug in eigene Räumlichkeiten Ende November 2010 konnte die Asservierung von Beweismaterial bis zur Anzeigeerstattung erfolgen. Der Einzugsbereich wurde auf Osthessen erweitert. Im betrachteten Zeitraum bestand das Team der Schutzambulanz aus ärztlichem und wissenschaftlich qualifiziertem pflegerischen Personal, mit einem unterschiedlichen Grad an auf die Versorgung von Gewaltopfern spezialisierter Kompetenz.

Die Arbeit des ersten Projektjahres wird im Folgenden bilanziert.

2 Vorgehen

Das Team der Schutzambulanz Fulda dokumentiert jeden direkten oder indirekten Kontakt zu einer Person, die mutmaßlich Gewalt erfahren hat oder sich aufgrund von einem potentiellen Gewaltgeschehen an die Schutzambulanz wendet, in einem Fallmanagementbogen, der neben einer Kurzbeschreibung der Sachlage und der erfolgten Intervention auch statistische Angaben zu der betroffenen Person, zum Ort, zur Art des Gewaltereignisses und zu den angreifenden Personen sowie zu den Gewaltfolgen umfasst, soweit entsprechende Angaben ermittelbar sind.

Die statistischen Daten sollten elektronisch erfasst und in anonymisierter Form als Excel-Tabelle an die wissenschaftliche Begleitung weitergeben werden. Im ersten Jahr der Modellphase entstanden dabei technische Probleme und Schwierigkeiten bei der Datenerfassung.

Deswegen wurden unter Wahrung des Datenschutzes anonymisierte Kopien der Fallmanagementbögen und der Dokumentationen an die wissenschaftliche Begleitung weitergegeben, die auf dieser Basis alle Datensätze per Hand korrigiert hat. Die Daten wurden um Doppelung bei mehreren Kontakten pro Person und offensichtlich fehlerhafte Eingaben bereinigt. Unklare Punkte und offene Fragen wurden mit dem Team der Schutzambulanz erörtert und die Datensätze wurden entsprechend ergänzt oder bereinigt.

Die so erhobenen Daten wurden in SPSS 19 übertragen und statistisch ausgewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Klientel

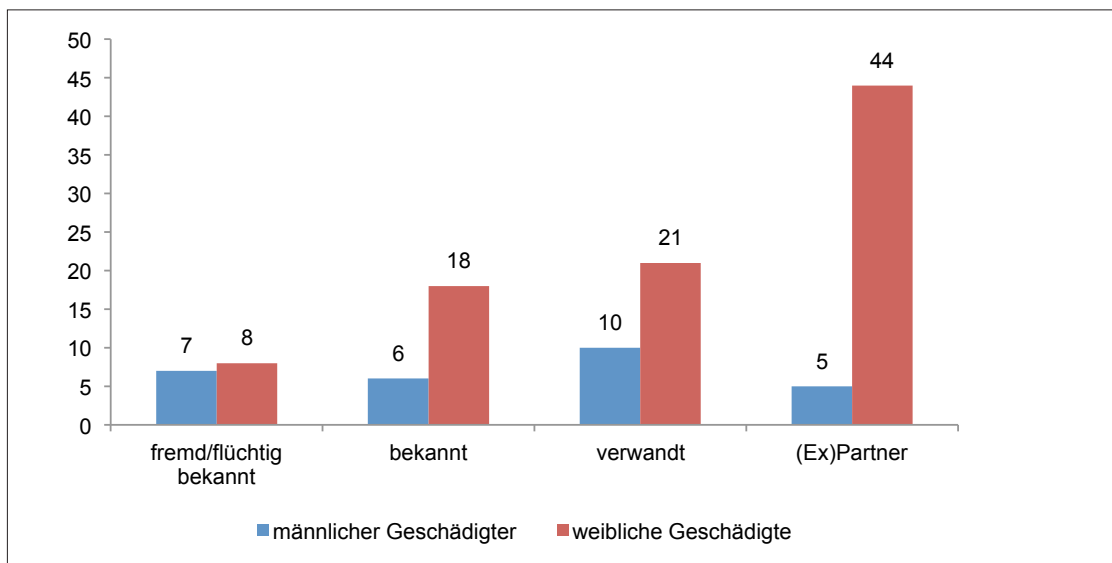
Zwischen dem 17.05.2010 und dem 06.06.2011 kam die Schutzambulanz Fulda mit 141 Personen direkt oder indirekt in Kontakt, die angegeben haben, dass sie Opfer von interpersoneller Gewalt geworden waren oder bei denen andere einen solchen Verdacht äußerten.

76,6 % der möglicherweise durch Gewalt Geschädigten (n=108) waren weiblich, in zwei Fällen war kein Geschlecht angegeben. Das Alter reichte von 3 bis 92 Jahren. 12,8 % (n=18) waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, 6,4 % (n=9) über 65 Jahre alt. In 16 Fällen wurde kein Alter notiert. Unter dem männlichen Klientel waren 25,8 % (n=8) unter 18 Jahren alt, unter dem weiblichen 8,3 % (n=9). Knapp ein Drittel der Männer (29 %; n=9) war zwischen 51 und 60 Jahren alt, während ein knappes Drittel der Frauen (28,7 %; n=31) zwischen 21 und 30 Jahren alt war und ein weiteres Drittel (29,6 %; n= 32) zwischen 31 und 50 Jahren. Zur Staatsangehörigkeit lagen in 60 Fällen Angaben vor. Danach waren 86,7 % Deutsche.

Im betrachteten Zeitraum erreichte die Schutzambulanz überwiegend Personen, die vermutlich familiäre Gewalt durch Verwandte oder Partnergewalt durch Intimpartner oder Ex-Partner (57,5 %) erfahren haben. 17 % der angreifenden Personen waren Bekannte. Gewalt im öffentlichen Raum, das heißt durch fremde oder allenfalls flüchtig bekannte Personen, war eher in wenigen Fällen (10,7 %) Thema. In 18 Fällen wurde zu den angreifenden Personen keine Angabe gemacht. In 16,3 % der Fälle wurde mehr als eine Person als Angreifer angegeben.

In einer geschlechtsspezifischen Darstellung in Abbildung 1 zeigt sich deutlich, dass weibliche Geschädigte (48,4 %; n=44) vor allem aufgrund von Partnergewalt die Schutzambulanz aufsuchten, während männliche Geschädigte (35,7 %; n=10) am ehesten aufgrund mutmaßlicher Gewalt durch Verwandte, am zweithäufigsten durch Fremde (25 %; n=7) Kontakt aufnahmen.

Abbildung 1: Bekanntheitsgrad zwischen geschädigter und angreifender Person nach Geschlecht



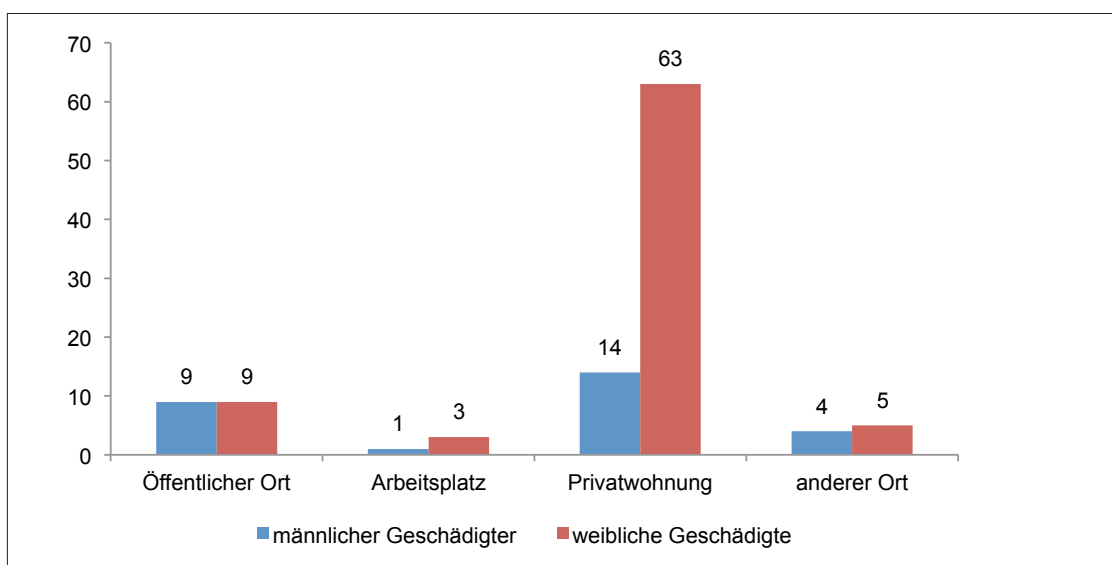
Quelle: Eigene Darstellung

Die mutmaßlich angreifende Person war zu 66,7 % männlich. In 6,4 % der Fälle waren Personen beider Geschlechter am Angriff beteiligt. Frauen erfuhren zu 72,2 % von Männern Gewalt.

3.2 Gewaltgeschehen

In 108 Fällen wurden Angaben zum Ort des Ereignisses gemacht. Bei 71,3 % war dies eine Privatwohnung, bei 16,7 % ein öffentlicher Ort wie zum Beispiel eine Straße oder Lokalität. Frauen, die in Privatwohnungen Gewalt erfahren haben, machen den Großteil (58,3 %) der Klientel aus. Abbildung 2 verdeutlicht in der geschlechterdifferenzierenden Darstellung, dass die Privatwohnung für beide Geschlechter, vor allem aber für Frauen, der primäre Ort der Gewalterfahrung war.

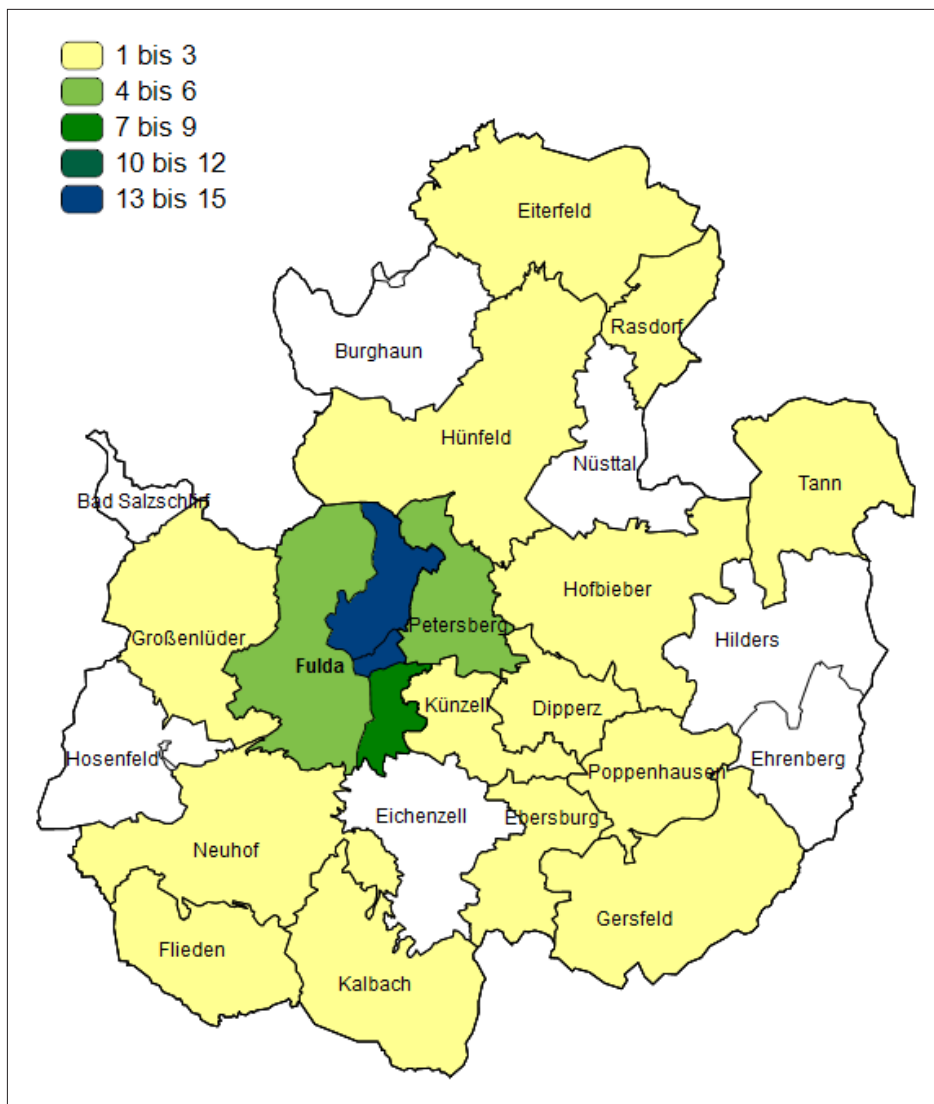
Abbildung 2: Ort des berichteten Angriffs nach Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung

Der Ort des Ereignisses wurde auch über die zugehörigen Postleitzahlen erfasst. In 83 Fällen lagen dazu Angaben vor. Abbildung 3 zeigt die räumliche Verteilung der Orte im Landkreis Fulda, an denen mutmaßlich Gewalt ausgeübt wurde. In 49,4 % der Fälle ereignete sich das Geschehen in einer der vier Postleitzahlbezirke des Stadtgebietes Fuldas, in weiteren 4,8 % in Petersberg. Aus allen anderen Gemeinden des Landkreises sind je maximal 2 Fälle in der Schutzambulanz bekannt geworden. 4,8 % der berichteten Ereignisse fanden in den Landkreisen Vogelsberg und Hersfeld-Rotenburg statt, 9,7 % nicht in Osthessen.

Abbildung 3: Häufigkeit der Gewaltvorkommen nach Region im Landkreis Fulda

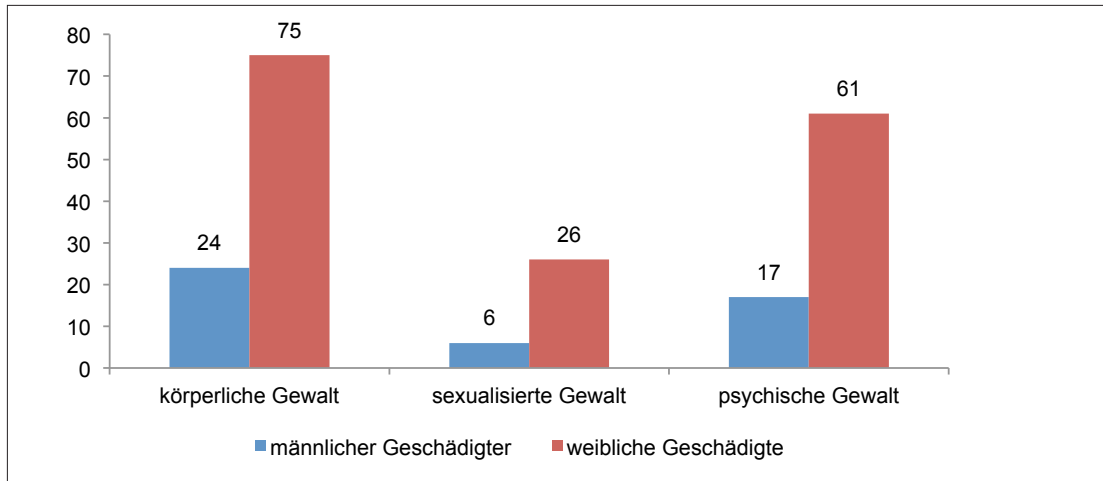


Quelle: Kartengrundlage Lutum+Tappert©

In 70,2 % der Fälle wurde körperliche Gewalt, in 23,4 % sexualisierte Gewalt, in 55,3 % psychische Gewalt und in 7,1 % Vernachlässigung als Gewaltform thematisiert. Vernachlässigung zeigte sich in den Akten allerdings nicht einheitlich definiert, deswegen wird diese Gewaltform im Weiteren nicht mehr betrachtet. Psychische Gewalt war in 79,5 % (n=62) der Fälle mit körperlicher Gewalt kombiniert und in 16,7 % (n=13) mit sexualisierter Gewalt. Kontakte nur aufgrund von psychischer Gewalt waren die Ausnahme. Sexualisierte Gewalt war zu 39,4 % (n=13) mit körperlicher Gewalt verbunden.

Abbildung 4 zeigt, wie viele Männer und wie viele Frauen die jeweilige Gewaltform thematisiert haben. Im Vergleich beider Geschlechter wurde bei Männern relativ gesehen häufiger (77,4 %; n= 24) körperliche Gewalt thematisiert als bei Frauen (69,4 %; n=75). Von weiblichen Geschädigten wurde häufiger (24,1 %; n=26) sexualisierte Gewalt angesprochen als von männlichen (19,4 %; n=6). Wurde bei dem männlichen Klientel sexualisierte Gewalt thematisiert (n=6), so handelte es sich mindestens bei der Hälfte der Fälle (n=3) um einen Verdacht Dritter auf Gewalt gegenüber Kindern. Psychische Gewalt betraf, relativ gesehen, beide Geschlechter fast gleichermaßen (54,8 %; n=17 der Männer, 56,5 %; n=61 der Frauen).

Abbildung 4: Thematisierte Form möglicherweise erfolgter Gewalt nach Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung

Werden Gewaltformen gegenüber Kindern und Jugendlichen sowie gegenüber älteren Menschen (über 65 Jahre) von denen gegenüber Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahre differenziert, so zeigt sich, dass im Vergleich der Altersgruppen sexualisierte Gewalt, relativ gesehen, besonders häufig (44,4 %; n=8) als Verdacht bei Kindern thematisiert wurde, bei jüngeren Erwachsenen zu 29,5 % (n=23) und bei Älteren gar nicht. Psychische Gewalt wurde besonders häufig bei Älteren (88,9 %; n=8) zum Thema, bei jüngeren Erwachsenen (57,1 %; n=56) und Kindern (44,4 %; n=8) relativ seltener. Körperliche Gewalt dominierte bei Kindern (61,1 %; n=11) wie bei Erwachsenen (74,5 %; n=73), nicht bei Älteren (77,7 %; n=7) gegenüber anderen Gewaltformen. Aufgrund der geringen Fallzahlen müssen diese Daten aber mit Vorsicht betrachtet werden.

3.3 Fallmanagement

In 80 Fällen (56,7 %) waren es die Betroffenen oder Angehörige, die mit der Schutzambulanz Kontakt aufnahmen. Direkt als Anrufer oder indirekt als diejenigen, die den entscheidenden Hinweis gegeben hatten, waren aber die Gesundheitsversorgung (26,2 %; n=37), das psychosoziale Hilfesystem (19,1 %; n=27), die Polizei (14,9 %; n=21) oder das Jugendamt (10,6 %; n=15) entscheidend für den Kontakt. In 17,7 % der Fälle war die Schutzambulanz aus der Presse oder anderer Öffentlichkeitsarbeit oder vom Hörensagen bekannt.

Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgten an Montagen (26,2 %), 12,8 % am Wochenende. 43,3 % der Kontaktaufnahmen erfolgten von 7:30 Uhr bis vor 12:00 Uhr, 29,8 % von 12:00 Uhr bis vor 16:00 Uhr und 19,1 % zwischen 18:00 Uhr abends und 8:00 Uhr morgens. Werden Feiertage hinzugerechnet, so erfolgten rund ein Drittel aller Erstkontakte außerhalb der üblichen Arbeitszeiten.

In 26,2 % der Fälle war mehr als ein einmaliger Kontakt notwendig. Dies galt insbesondere für das weibliche Klientel (32,4 % der Fälle weiblicher Geschädigter), seltener für das männliche Klientel (6,5 %). Mehr als 4 und bis zu 17 Kontakte zu einem Fall kamen als Ausnahmen vor.

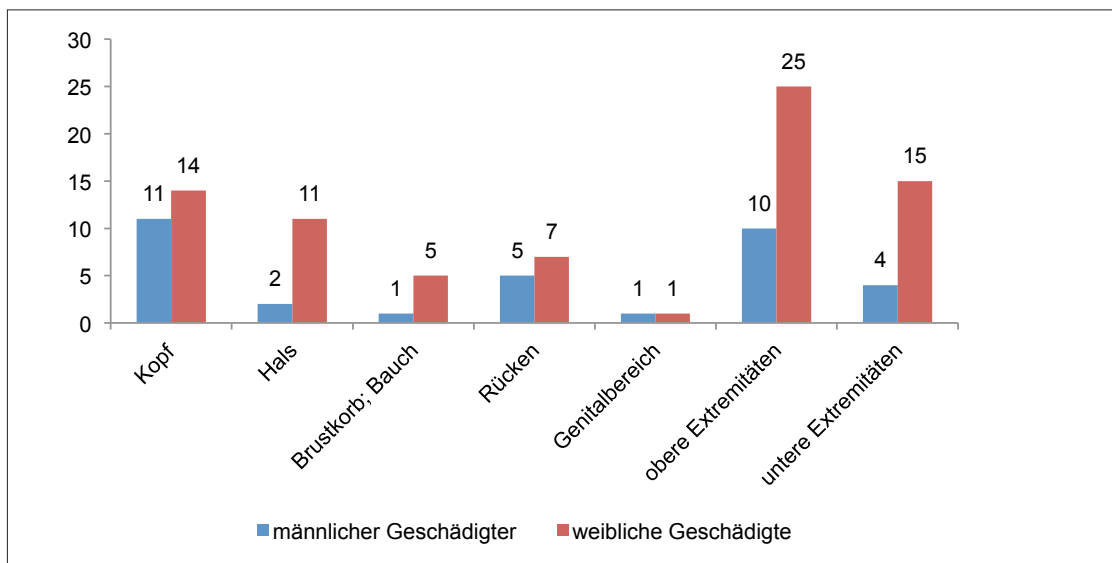
Eine ärztliche Dokumentation von Verletzungsfolgen erfolgte in 55 Fällen. Beim männlichen Klientel erfolgte dies relativ häufiger (48,4 %; n=15) als beim weiblichen Klientel (37,0 %; n=40). Die Dokumentation nahm 20 bis 125 Minuten Zeit in Anspruch, im Mittel 57 Minuten. Kürzere Dokumentationszeiten erfolgten eher zu Projektbeginn. In 54,5 % der Fälle (n=30) erfolgte die Dokumentation in den Räumen der Schutzambulanz, in weiteren 36,4 % der Fälle (n=20) in der Gesundheitsversorgung. Andere Dokumentationsorte sind dem Konzept entsprechend Ausnahmefälle. Solche Ausnahmeorte waren die Polizei, die Inobhutnahmestelle und eine Beratungsstelle. In knapp der Hälfte der Fälle war das Team der Schutzambulanz mit den mutmaßlichen Gewaltopfern alleine. In je sechs Fällen war weiteres medizinisches Personal oder eine Vertretung der Jugendhilfe bei der Dokumentation anwesend, in acht Fällen Verwandte oder gute Bekannte. Je dreimal waren ein Polizeidolmetscher und eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle zugegen.

In 41,1 % aller Fälle erfolgte eine Vermittlung an die Polizei oder Justiz, in 39 % an die Gesundheitsversorgung, in weiteren 39 % an eine Beratungsstelle, in 11,3 % an das Jugendamt und in 10,6 % an das örtliche Frauenhaus. Weitere Vermittlungen an andere Institutionen wurden nicht mehr statistisch differenziert erfasst.

3.4 Ärztliche Dokumentation und die Folgen

In den Fällen, in denen eine Dokumentation erfolgte, sind die Angaben zu den mutmaßlichen angreifenden Personen vollständiger: In 78,2 % waren die angreifenden Personen männlich, in 72,7 % erfolgte der Angriff durch eine einzelne Person, in 61,8 % war es der Partner, Ex-Partner oder eine verwandte Person, in 34,5 % eine Person, der ein Migrationshintergrund zugesprochen wurde. Gegenüber den gesamten Fällen zeigen sich leichte Verschiebungen im Gewaltgeschehen. Mit 72,7 % (im Vergleich zu 76,6 % aller Fälle) ist der Frauenanteil unter den dokumentierten Fällen geringfügig kleiner. Der Anteil von Gewalt durch Partner oder Ex-Partner ist geringfügig höher (38,2 % im Vergleich zu 34,8 %), ebenso der durch Familienangehörige (23,6 % im Vergleich zu 22,7 %). Erkennbar höher ist der Anteil der Fälle, in denen fremde oder allenfalls flüchtig bekannte Personen mutmaßlich angegriffen haben (18,2 % im Vergleich zu 10,7 %). Der Anteil der Fälle, in denen das Ereignis an einem öffentlichen Ort stattfand, ist höher (29,2 % im Vergleich zu 16,7 %), der in Privatwohnungen geringer (67,3 % im Vergleich zu 71,3 %). Auch der Anteil der Fälle, in denen mehr als eine Person mutmaßlich Gewalt ausgeübt hat, war größer (27,3 % im Vergleich zu 16,3 %). Aufgrund der kleinen Fallzahlen müssen diese Daten allerdings sehr vorsichtig interpretiert werden.

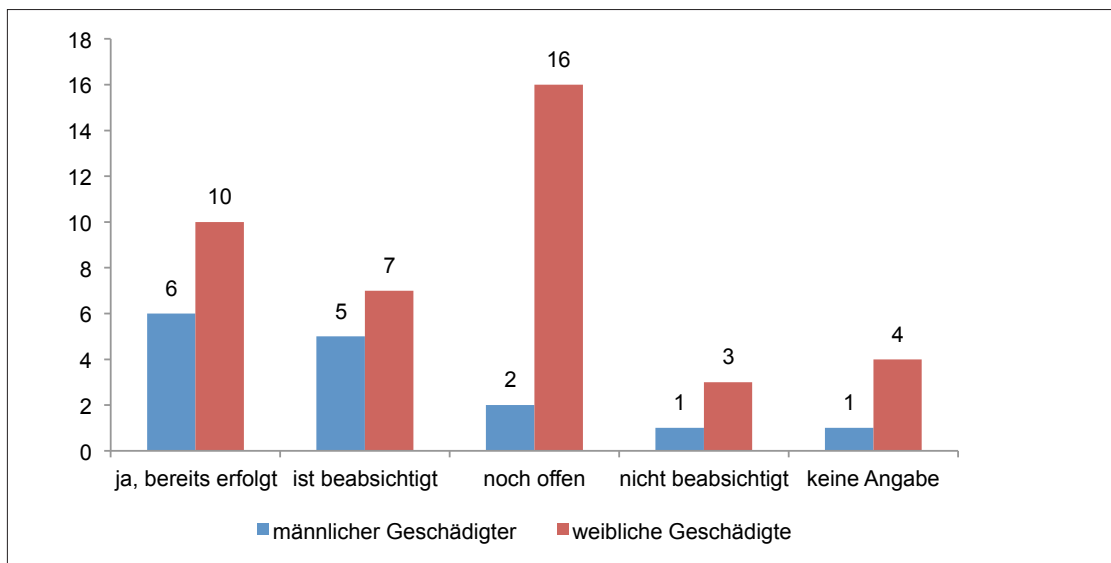
In 96,4 % der Fälle sollten Folgen körperlicher Gewalt dokumentiert werden, in 16,4 % sexualisierter Gewalt und in 50,9 % wurde zusätzlich psychische Gewalt ausgeübt. Dokumentiert wurden überwiegend Verletzungen an den oberen Extremitäten, am Kopf und an den unteren Extremitäten, seltener am Hals oder Rücken und nur in Einzelfällen am Brustkorb und Bauchraum oder den Genitalien.

Abbildung 5: Lokalisation dokumentierter Verletzungen nach Geschlecht

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 5 zeigt, dass die Verletzungsmuster bei beiden Geschlechtern etwas unterschiedlich waren. Bei Männern überwogen Verletzungen am Kopf (73,3 % aller männlichen Personen, bei denen eine Dokumentation durchgeführt wurde; n=11) und an den oberen Extremitäten (66,7 %; n=10). Verletzungen am Rücken (33,3 %; n=5) und an den unteren Extremitäten (26,7 %; n=4) waren seltener, alle anderen Verletzungen kamen nur in Einzelfällen vor. Bei Frauen dominierten Verletzungen an den oberen Extremitäten (62,6 %; n=25), gefolgt von Verletzungen an den unteren Extremitäten (37,5 %; n=15), am Kopf (35,0 %; n=14) und am Hals (27,5 %; n=11). An dritter Stelle standen Verletzungen am Rücken (17,5 %; n=7) und am Brustkorb oder Bauch (12,5 %; n=5). Verletzungen an den Genitalien waren Einzelfälle. Männer hatten durchschnittlich an mehr Stellen des Körpers sichtbare Verletzungen als Frauen. Der Ort der Verletzungen und die Anzahl der Orte sagen allerdings noch nichts über die Schwere der Gewalt aus. Der Schweregrad reichte von einfachen Hämatomen bis zu potentiell lebensbedrohlichen Schädel-Hirn-Traumen. Eine geschlechtsgetrennte statistische Auswertung des Schweregrades ist aufgrund der geringen Datenbasis derzeit nicht möglich.

Abbildung 6: Beabsichtigten die Betroffenen zum Zeitpunkt der Dokumentation eine Strafanzeige?



Quelle: Eigene Darstellung

Die ärztliche Dokumentation stand nicht in allen Fällen in direktem Zusammenhang mit der sofortigen Entscheidung zur Strafanzeige, wie Abbildung 6 zeigt. 73,3 % der Männer (n=11), bei denen eine Dokumentation erfolgte, hatten bereits Anzeige erstattet oder beabsichtigten dies. Dies galt nur für 42,5 % der Frauen (n=17). Bei 40 % der Frauen (n=16) war diese Entscheidung noch offen, aber nur bei 13,3 % der Männer (n=2). Allerdings erfolgte insgesamt in 35 Fällen (63,6 %) eine Weiter- oder Rückvermittlung an die Polizei. Das sind sieben Fälle (12,7 % aller Dokumentationsfälle) mehr als diejenigen, bei denen eine Strafanzeige erfolgte oder direkt beabsichtigt war.

In keinem Fall, in dem eine Dokumentation erfolgte, war ein Antrag auf Opferentschädigung direkt beabsichtigt. Die Antwortkategorien „kaum Chancen auf Erfolg“ (n=7) und „nein, andere Gründe“ (n=22) sowie „noch offen“ (n=15) waren in der Datenerfassung aber nicht trennscharf, zudem erfolgten in elf Fällen keine Angaben.

4 Diskussion

Das Gewaltspektrum, das die Daten des ersten Jahres der Schutzambulanz erfasst, kann nicht zum polizeilich erfassten Gewaltgeschehen der Region (Polizeipräsidium Osthessen 2010) in Beziehung gesetzt werden, da es auch sog. Dunkelfelddaten enthält, das heißt nicht polizeilich erfasste Gewalttaten und umgekehrt nur in einem spezifischen Spektrum ein Versorgungsbedarf besteht, den die Schutzambulanz abdecken könnte. Vergleiche sind eher mit den Erfahrungen in den spezialisierten rechtsmedizinischen Opferambulanzen Hamburg und Lausanne möglich.

In der an eine Notfallambulanz des Universitätsklinikums angegliederten Einrichtung in Lausanne waren in 2006, dem Jahr nach der Eröffnung, 422 Patienten untersucht worden, die körperliche Gewalt erfahren hatten. Davon waren 43 % weiblichen Geschlechtes. 90 % der männlichen Geschädigten hatten Gewalt an einem öffentlichen Ort erlebt und 62 % durch einen fremden Angreifer. 70 % der weiblichen Geschädigten hatten Gewalt zu Hause und 90 % durch einen bekannten Angreifer, meist den Intimpartner oder Ex-Partner, erlebt (Hofner 2009).

Die Opferambulanz Hamburg wurde vom 1. Februar 2003 bis zum 31. Dezember 2005 von 3.074 Personen aufgesucht. Von 2.733 Personen über 14 Jahre, denen Gewalt widerfahren war, wurden Daten zum Gewaltgeschehen erfasst. Davon waren 1.700 (62 %) Frauen und 1.033 (38 %) Männer. Gewalt wurde in acht Gruppen kategorisiert. Unter den Frauen hatten 47,5 % (n=808) körperliche oder sexualisierte Gewalt durch ihren Partner oder Ex-Partner erfahren. 28,0 % (n=476) hatten körperliche oder sexualisierte Gewalt durch Verwandte, Arbeitskollegen oder Bekannte erlebt und 21,9 % (n=472) körperliche oder sexualisierte Gewalt durch Fremde an öffentlichen Orten. Unter den Männern hatten 56,7 % (n=586) Gewalt durch Fremde an öffentlichen Orten erfahren, 29,6 % Gewalt durch Verwandte oder Bekannte (n=306) und 4,6 % (n=48) gaben Gewalt durch Partner oder Ex-Partner an (Seifert et al. 2009).

Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsverfahren und des unterschiedlichen Angebotsspektrums lassen sich beide Datenquellen nicht miteinander und nicht mit der Schutzambulanz direkt vergleichen. Gemessen an den beiden möglichen Referenzen zeigen die Daten der Schutzambulanz aber einen relativ hohen Anteil weiblicher Klientel, einen hohen Anteil von Gewaltgeschehen in Privatwohnungen und einen hohen Anteil von partnerschaftlichen und verwandtschaftlichen Beziehungen zu den angreifenden Personen. Die Schutzambulanz scheint derzeit primär Opfer familiärer Gewalt und Partnergewalt und nur sekundär Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum zu erreichen. Damit wird primär die Klientel angesprochen, bei der die Versorgungsengpässe thematisiert wurden – ausgenommen Pflegebedürftige – aber längst nicht alle Personengruppen, denen Gewalt widerfahren ist.

Der hohe Anteil von Personen, die über andere Institutionen an die Schutzambulanz gelangt sind, könnte einerseits als Anzeichen dafür interpretiert werden, dass die Schutzambulanz in der Öffentlichkeit noch nicht bekannt genug ist. Andererseits spricht dies dafür, dass das Konzept aufgegangen ist, die Institutionen, die mit Gewaltopfern in Berührung kommen, zu entlasten und darüber eine bessere Versorgung sicherzustellen. Die Häufigkeit, in der Klientel aus den jeweiligen Sektoren des Hilfesystems zur Schutzambulanz gekommen sind, entspricht grob geschätzt der Häufigkeit, in der von Partnergewalt Betroffene in den jeweiligen Sektoren um Hilfe suchen (Müller, Schröttle 2004). Daraus kann geschlossen werden, dass die Vernetzung mit dem Hilfesystem gelungen ist.

Es wäre zu erwarten, dass mit der Dauer des Projektes und der Zunahme eines öffentlichen Wissens um die Institution zwar auch die Zahl mutmaßlicher Opfer von Partnergewalt und familiärer Gewalt steigt, aber noch stärker die von Gewalt im öffentlichen Raum.

Die regionale Verteilung der Gewaltereignisse entspricht in etwa den Erwartungen zum damaligen Projektstand: Im Stadtgebiet Fulda wohnen Menschen dichter als in der ländlichen Region, allerdings nur 29,6 % der Bevölkerung des Landkreises. Wer in der Region Orte wie Diskotheken oder Kneipen aufsucht, tut dies eher in der Stadt. Die Bekanntheit der Schutzambulanz bei der Bevölkerung dürfte im städtischen Gebiet zudem leichter zu erreichen sein als in den ländlichen Gebieten des 1.380,4 km² großen Kreises. Die Landkreise Vogelsberg und Hersfeld-Rotenburg sind erst seit Ende des Jahres 2010 in den Einzugskreis der Schutzambulanz einbezogen worden. Zudem fehlen in 58 Fällen die Angaben zum Ort.

Die Differenz zwischen Fällen und Dokumentationen wurde anhand einer stichpunktartigen Überprüfung der Fallmanagementbögen analysiert: Eine Dokumentation in der Schutzambulanz erfolgt nur dann, wenn sichtbare körperliche Folgen zu erwarten sind, in der Gesundheitsversorgung noch keine adäquate Dokumentation durchgeführt wurde und die geschädigte Person dazu bereit ist. In der Schutzambulanz rufen auch Personen an, die in der Vergangenheit Gewalt erfahren haben, die sich um ihre Sicherheit Gedanken machen oder die bei Bekannten Gewalterfahrungen vermuten und Unterstützung suchen. Da Gewalt mit möglichen körperlichen Spuren aber nicht aktuell erfolgt ist, ist keine ärztliche Dokumentation möglich. Es rufen Personen an, die aktuelle Gewalt mit körperlichen Folgen erfahren haben, sich aber dann doch in diesem Fall nicht entscheiden können, juristische Schritte für sich in Erwägung zu ziehen. Möglicherweise entscheiden sie sich dazu, aber erst bei einer der folgenden Gewalterfahrungen. Es rufen weiterhin Personen an, bei denen die ärztliche Dokumentation nach Gewalt schon erfolgt ist und Beweismaterial asserviert werden soll. Die Schutzambulanz trägt dann alles erhobene Material zusammen. Die Differenz zwischen der Anzahl von Fällen insgesamt und erfolgten Dokumentationen spricht dafür, dass der Name „Schutzambulanz“ Schutz und Sicherheitsbedürfnisse einiger Menschen anspricht, die offensichtlich nicht hinreichend von anderen Institutionen aufgegriffen werden können, insbesondere dann nicht, wenn Gewalt befürchtet, aber noch nicht eingetroffen ist. Dies spricht für eine noch engere Vernetzung des bestehenden Hilfesystems.

Die Komplexität des Fallmanagements spiegelt die Komplexität von Partnergewalt und familiärer Gewalt. Wird ein Mensch im öffentlichen Raum von einer anderen Person körperlich angegriffen, so ist dies in der Regel ein einmaliges Ereignis; die notwendige Hilfe ist gut definierbar. Erfährt eine Person Gewalt im familiären Umfeld oder in der Partnerschaft, so steht dies im Kontext einer Beziehung mit mehr oder weniger ausgeprägten Abhängigkeitsstrukturen. Die Entscheidung, eine Strafanzeige in Betracht zu ziehen, ist unter Umständen ein erster Schritt auf dem Weg zu einer Lösung. Die Komplexität der Entscheidungen, die damit verbunden sind, benötigt Unterstützung. Die Region Fulda bietet ein gut entwickeltes Hilfesystem, zu dem aber über die Schutzambulanz Zugänge erleichtert werden können.

Dass es vor allem Frauen, die Partnergewalt erfahren haben, schwer fällt, sich für eine Strafanzeige zu entscheiden, zeigt die Notwendigkeit einer durch die Patientin beauftragten ärztlichen Dokumentation und Archivierung von Beweismaterial. Die vergleichsweise hohe Differenz zwischen den Fällen, die sich zum Zeitpunkt der Dokumentation für eine Strafanzeige entschieden haben und denjenigen, bei denen es eine Weitervermittlung an die Polizei gab, spricht dafür, dass das Vorliegen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation dazu motivieren kann, den nächsten Schritt zu gehen. Dies unterstreicht die sekundärpräventive Wirkung der ärztlichen Dokumentation.

Die Möglichkeiten der Entschädigung von Gewaltopfern durch das OEG wurde im Erhebungszeitraum vom Team der Schutzambulanz offensichtlich als weniger vordringlich oder wenig erfolgversprechend angesehen. Dies kann mit den besonderen Schwierigkeiten der Entschädigung im Kontext familiärer Gewalt bzw. Partnergewalt erklärt werden (Blättner, Grundel 2011), mit dem richtigen Zeitpunkt im Laufe der Trennung aus einer Gewaltbeziehung in Verbindung stehen oder auf einer zu pessimistischen Einschätzung des Teams der Schutzambulanz beruhen.

5 Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt kann bilanziert werden, dass die Schutzambulanz ihre Ziele erreichen könnte. Pflegebedürftige ältere Menschen werden allerdings noch nicht hinreichend erreicht. Hier sind konzeptionelle Anpassungen wünschenswert.

Die Möglichkeit einer kostenfreien, ärztlichen Dokumentation von Verletzungen nach Gewalt im Auftrag der Patientin scheint insbesondere im Kontext von Partnergewalt und familiärer Gewalt wichtig zu sein; die Gesundheitsversorgung scheint eine institutionalisierte Form der Unterstützung zu nutzen.

Einrichtungen ähnlicher Art in anderen Regionen sollten aufgebaut und, idealerweise vergleichend, evaluiert werden. Eine Evaluation des Nutzens der Dokumentationen vor Gericht und ein Vergleich unterschiedlicher Modelle der Verbesserung der Möglichkeiten ärztlicher Dokumentation stehen noch aus.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bekanntheitsgrad zwischen geschädigter und angreifender Person nach Geschlecht.....	11
Abbildung 2:	Ort des berichteten Angriffs nach Geschlecht.....	11
Abbildung 3:	Häufigkeit der Gewaltvorkommen nach Region im Landkreis Fulda	12
Abbildung 4:	Thematisierte Form möglicherweise erfolgter Gewalt nach Geschlecht	13
Abbildung 5:	Lokalisation dokumentierter Verletzungen nach Geschlecht	15
Abbildung 6:	Beabsichtigten die Betroffenen zum Zeitpunkt der Dokumentation eine Strafanzeige?	16

Literatur

- Blättner B, Grundel A (2011): Geschlechtergerechte Chancen auf staatlichen Ausgleich? Eine Aktenanalyse von Anträgen auf Opferentschädigung. GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 3. Jahrgang, Nr. 3: Gender und Care
- Blättner B, Krüger K, Grewe A (2009): A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt. Sichtweise der Gesundheitsversorgung – Eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsbericht des gFFZ, Frankfurt a M
- Brzank P (2009): (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Einführung und Überblick. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 52: 330–338
- Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U (2006): Häusliche Gewalt gegen Frauen und Gesundheit: Besonderer Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung. In: Hey M, Maschewsky-Schneider U (Hrsg); Kursbuch Versorgungsforschung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 24–42
- Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G (2005): Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/ Rettungsstelle. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48(3): 337–345
- DGGG, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (Hrsg) (2010): Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung (Stand September 2010). Online Publikation: http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-1-6-sexuelle-gewalt-2010.pdf (abgerufen am 29.10.2010)
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u a) (Hrsg) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage
- Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
- Herrmann B, Banaschak S, Thyen U, Dettmeyer R B (2010): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Hintz E, Blättner B, Renner J, Hahn D (2011): EID. Evaluation der Implementierung des hessischen Dokumentationsbogens bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen. Forschungsbericht des gFFZ, Frankfurt a M
- Hofner MC (2009): Characteristics of victims of violence admitted to a specialized medico-legal unit in Switzerland. Journal of Forensic and Legal Medicine, 16 (5): 269–272

- Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, Heft 42
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (2002): World report on violence and health. World Health Organization ed. Geneva
- Mark H, Hellbernd H (2011): Medizinische Intervention gegen Gewalt/MIGG – ein Modellprojekt zur Intervention in der Arztpraxis bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt. Beitrag auf der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 23.–26. Februar 2011, Hamburg (In Druck)
- Müller U, Schröttle M (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Bielefeld
- Polizeipräsidium Osthessen, Polizeiliche Kriminalstatistik 2010, <http://www.polizei.hessen.de/internetzentral/nav/16c/16c40cfb-c525-2001-7129-c3611142c388&uCon=d354b5a7-2464-6211-fb85-82109241c242&uTem=bff71055-bb1d-50f1-2860-72700266cb59.htm> (Abruf: 19.11.2011)
- 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
- Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Deutsches Ärzteblatt, Heft 33: A 2168–A 2173
- Seifert D, Lambe A, Anders S, Püeschel K, Heinemann, A (2009): Quantitative analysis of victim demographics and injury characteristics at a metropolitan Medico-Legal Center. Forensic Science International 188: 46–51

ISBN 978-3-940713-03-2

pg-papers 01/2012

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda