
**Retrospektive Analyse rechtsmedizinischer
Untersuchungen lebender Gewaltopfer am
Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-
Universität Gießen von 2005 bis 2014**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Malaak Isa

aus Köln

Berlin 2022

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Institut für Rechtsmedizin

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer
2. Gutachter: PD Dr. Stingl

Tag der Disputation: 31.10.2022

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Begriffsdefinitionen	1
1.1.1. Gewalt	1
1.1.2. Gewalttypische Verletzungen	3
1.1.3. Formen von Gewaltdelikten im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB)	7
1.2. Die historische Entwicklung rechtlicher Bestimmungen zum Schutz von Menschen vor Gewalt seit 1870	10
1.2.1. Häusliche Gewalt	16
1.2.2. Kinder und Jugendliche	16
1.3. Das Istanbul-Protokoll	17
1.4. Klinische Rechtsmedizin	18
1.5. Herausforderungen der klinisch-forensischen Untersuchungen	20
2. Fragestellung	25
3. Material und Methoden	26
3.1. Archivmaterial	26
3.2. Methoden	26
4. Ergebnisse	29
4.1. Grunddaten	29
4.1.1. Fallzahlen	29
4.1.2. Verteilung der Fälle pro Jahr	30
4.1.3. Fotoaufnahmen	31
4.1.4. Tageszeit der Untersuchung	32
4.1.5. Untersuchungsdauer	33
4.1.6. Anzahl der Tage zwischen Vorfall und Untersuchung	34
4.1.7. Auftraggeber der körperlichen Untersuchungen	34
4.1.8. Entfernung zum Institut für Rechtsmedizin in Gießen	35
4.1.9. Ort der Untersuchung bzw. Untersuchungsgrundlagen	36
4.1.10. Monatliche Verteilung der Zahl der körperlichen Untersuchungen	37
4.2. Rechtsmedizinische Untersuchung mutmaßlicher Gewaltopfer / Tatverdächtiger	38
4.2.1. Altersverteilung	38

4.2.2.	Mutmaßliche Gewaltopfer nach Geschlecht	39
4.2.3.	Altersverteilung nach Geschlecht	39
4.2.4.	Angegebene Gewaltdelikte	40
4.2.5.	Angegebenes Gewaltdelikt bezogen auf den Auftraggeber	42
4.2.6.	Tatverdächtigen-/Geschädigtenumfeld	43
4.3.	Körperliche Befunde.....	44
4.3.1.	Formen der Gewalt und deren Häufigkeit.....	44
4.3.2.	Anzahl der Gewaltformen pro Fall	45
4.3.3.	Stumpfe Gewalteinwirkung	46
4.3.4.	Scharfe Gewalteinwirkung.....	49
4.3.5.	Halbscharfe Gewalteinwirkung (+kratzerartige Verletzungen und Bissverletzungen).....	51
4.3.6.	Thermische Gewalteinwirkung	56
4.3.7.	Tatverdächtige.....	59
4.4.	Interpretation der Verletzungen	63
4.4.1.	Selbstbeigebrachte Verletzungen.....	65
4.4.2.	Mitgeteilte Befunde innerer frischer Verletzungen	65
4.5.	Körperliche Befunde bei rechtsmedizinisch begründetem Verdacht auf äußere Gewalt.....	67
4.5.1.	Grunddaten.....	67
4.5.2.	Altersverteilung der Untersuchten in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	68
4.5.3.	Gewaltformen und deren Häufigkeit in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen.....	69
4.5.4.	Anzahl der Gewaltformen pro Fall	70
4.5.5.	Verteilung des interpretierbaren Verletzungsmusters bei Fällen rechtsmedizinisch begründeten Verdachts auf eine fremde Gewalteinwirkung	71
4.5.6.	Stumpfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	72
4.5.7.	Scharfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Fällen auf fremde Gewalteinwirkung	75
4.5.8.	Halbscharfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	78

4.5.9.	Thermische Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	83
5.	Diskussion	88
5.1.	Grundlagen der klinisch-forensischen körperlichen Untersuchung.....	88
5.2.	Ablauf körperlicher Untersuchungen und Verwendung der gewonnenen Erkenntnisse.....	91
5.3.	Wesentliche Erkenntnisse aus den Resultaten	94
5.4.	Rechtliche Aspekte und Handlungsempfehlungen	100
5.4.1.	Gesetzliche Grundlagen	100
5.4.2.	Rechtsmedizinische Institute, Kliniken und Arztpraxen.....	102
6.	Zusammenfassung.....	108
7.	Summary	111
8.	Abbildungsverzeichnis.....	114
9.	Tabellenverzeichnis.....	117
10.	Literatur.....	118
11.	Anhang	137
11.1.	Exemplarische Abbildungen von Verletzungen bei im Institut für Rechtsmedizin in Gießen untersuchten Gewaltopfern.....	137
11.2.	Gesetzestexte im Wortlaut (Auswahl) und Regelungen	152
11.2.1.	Strafprozeßordnung (StPO).....	152
11.2.2.	Strafgesetzbuch (StGB).....	156
11.2.3.	Bürgergesetzbuch (BGB).....	162
11.2.4.	Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe	163
11.2.5.	Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz - GewSchG).....	166
11.2.6.	Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)	167
11.2.7.	Beispiel: Polizeigesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (PolG NRW)	168
11.2.8.	UN-Kinderrechtskonvention	169
11.2.9.	Charta der Grundrechte der europäischen Union.....	170
11.2.10.	Istanbul-Konvention.....	170
11.2.11.	Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV).....	171
11.3.	Körperschemata am Beispiel des Istanbul-Protokolls	174

12. Publikationen.....	184
12.1. Originalarbeiten:	184
12.2. Wissenschaftliche Vorträge mit veröffentlichten Abstracts	184
13. Ethikvotum	186
14. Erklärung zur Dissertation	187
15. Danksagung	188

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGG	Arbeitsgerichtsgesetz
Anh.	Anhang
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGB	Bundesgesetzbuch
BGB1	Bundesgesetzblatt Teil 1
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
DGKiM	Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
d. h.	das heißt
e. g.	exempli gratia (for example)
EU	Europäische Union
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FGM	Female-Genital-Mutilation
FN	forensic nurses
FNE	forensic nurse examiners

FRA	Agency for Fundamental Rights
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GG	Grundgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
G. v.	Gesetz vom
i.V.m.	in Verbindung mit
JH	Jugendhilfe
JVA	Justizvollzugsanstalt
JVEG	Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz
KiGesSchG	Kindergesundheitsschutzgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSSV	Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten
o. A.	ohne Autor
o. J.	ohne Jahr
OEG	Opferentschädigungsgesetz
Opfer RRG	Opferrechtsreformgesetz
OSG	Opferschutzgesetz
PolG	Polizeigesetz
RiStBV	Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren
s. S.	siehe Seite
SANE	sexual assault nurse examiners
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sog.	sogenannte
StGB	Strafgesetzbuch
StORMG	Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs

StPO	Strafprozessordnung
u. a.	unter anderem
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
u. v. m	und vieles mehr
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZPO	Zivilprozessordnung
ZSchG	Zeugenschutzgesetz

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit soll das Aufkommen an Untersuchungen von (über-)lebenden Gewaltopfern im Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen untersucht werden. Hierfür wurden Daten aus dem Archiv des Instituts für Rechtsmedizin aus dem Zeitraum 2005 bis 2014 retrospektiv ausgewertet.

Die rechtsmedizinisch-körperliche Untersuchung mutmaßlicher Gewaltopfer verlangt eine fachgerechte Beurteilung und Begutachtung von Verletzungen, eine vor Gericht verwertbare, objektive Dokumentation und zielt auf die Etablierung länderübergreifender Standards. Die Umsetzbarkeit von Standards bei der körperlichen Untersuchung von Gewaltopfern rückte bereits in der Vergangenheit in den Fokus klinischer Forschungen (Brandau, 2018; Richter et al., 2018; Stockheim, 2018; Gogia, 2016; Mützel et al., 2014; Graß et al., 2013; Neumann et al., 2013; Wischmann et al., 2013; von dem Berge, 2012; Gahr et al., 2005; Seifert et al., 2004; Nacre & Lohmann, 1973). Die Grundlagen für einheitliche Standards existieren seit geraumer Zeit, wie beispielsweise das in dieser Arbeit erläuterte Istanbul-Protokoll. Jedoch bleibt die einheitliche Umsetzung dieser Standards, u. a. aufgrund von Unterschieden in der Dokumentation von Verletzungen lebender Gewaltopfer sowie deren Weiterversorgung, bekanntermaßen unzureichend (Furtmayr et al., 2008; Frewer et al., 2015; Rabe & Leisering, 2018). Neben internationalen Vorgaben wie dem Istanbul-Protokoll kann es standardisierte Vorgaben nationaler Fachgesellschaften geben.

Die folgende Analyse hat zum Ziel, unter anderem (u. a.) die rechtlichen Aspekte für Gewaltopfer zu beleuchten und die Qualität der forensisch relevanten Befunddokumentation zu erheben. Auf dieser Basis sollen Empfehlungen für eine effiziente, zielgerichtete und umfassende Dokumentation erörtert werden.

1.1. Begriffsdefinitionen

1.1.1. Gewalt

In der Literatur wird Gewalt im allgemeinen Sinne definiert als „die zielgerichtete, direkte physische Schädigung von Menschen durch Menschen“ (Schwind et al., 1990). Die

Violence Prevention Alliance, ein Netzwerk von WHO-Mitgliedstaaten sowie internationalen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft, das sich für die Prävention von Gewalt einsetzt, definiert den Gewaltbegriff umfassender, nämlich als die absichtliche Anwendung von angedrohter oder tatsächlicher physischer Gewalt oder Macht gegen sich selbst oder gegen andere Personen, die entweder direkt oder „mit hoher Wahrscheinlichkeit Verletzungen, Tod, psychische Schäden, Fehlentwicklungen“ oder Benachteiligungen zur Folge haben (Butchart & Mikton, 2014; Dahlberg & Krug, 2002). Aufbauend auf Dahlberg & Krug's (2002) „Typologie von Gewalt“ wird zwischen Gewalt, die eine Person gegen sich selbst richtet (Suizid, Selbstverletzung(en), Selbstverstümmelung), zwischenmenschlicher Gewalt und kollektiver Gewalt unterschieden (Abb. 1).

Zwischenmenschliche Gewalt in der Familie findet in Form von häuslicher Gewalt an Kindern, Ehepartnern, Intimpartnern oder älteren Menschen statt. Zwischenmenschliche Gewalt in einer Gemeinschaft kann auch von Fremden begangen werden. Kollektive Gewalt wird durch größere Gruppen ausgeübt und in soziale, politische und wirtschaftliche Gewalt unterteilt (Dahlberg & Krug, 2002).

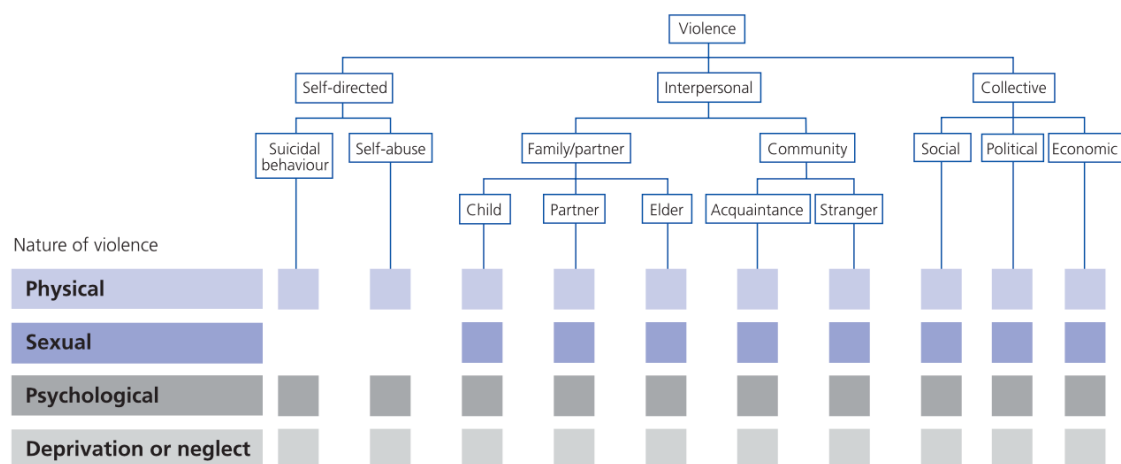


Abb. 1 Typologie von Gewalt (Dahlberg & Krug, 2002)

Gewalthandlungen lassen sich in folgende Kategorien einteilen (Erdogan-Griese, 2013):

Körperliche (einschließlich sexualisierte) Gewalt: Ohrfeigen, Faustschläge, Fußtritte, Stöße, Würgen, Fesseln, Attacken mit Gegenständen und Waffen bis hin zu

Tötungsdelikten, Nötigung, Vergewaltigung als sexuell motivierte Penetration von Körperöffnungen, Zwang zur Prostitution.

Psychische Gewalt: Drohungen, Beleidigungen und Demütigungen, Einschüchterungen, Einreden von Schuldgefühlen, Stalking, Mobbing.

Wirtschaftliche und soziale Gewalt: Das Verbot, eine Arbeit aufzunehmen oder umgekehrt der Zwang zur Arbeit, Verweigerung des Zugriffs auf das Haushaltseinkommen, Isolation, Kontrolle der Kontakte zu Familie, Freunden, Bekannten.

Die Feststellung, ob und welche Art von Gewalt vorliegt, bereitet vielfältige Schwierigkeiten. Zum einen kann die Wahrnehmung von physischer und psychischer Gewalt stark schwanken, zum anderen ist diese schwer objektiv messbar. Sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus der Perspektive der Geschädigten oder Schädiger, kann ein Konflikt unterschiedlich beurteilt werden und gegensätzliche Meinungen hervorrufen, beispielsweise bezüglich der Annahme, dass körperliche Gewalt grundsätzlich auch mit einer gewissen psychischen Gewalt einhergeht (Witt et al., 2019; Artus, 2007) oder andersherum, wenn eine gelegentliche Rauferei ohne schwere Körperverletzungen als normal empfunden wird. Diese Schwierigkeiten und Unterschiede bezüglich der Wahrnehmung und Bewertung von Gewalt können Auswirkungen auf den Umgang mit Gewaltopfern haben sowie die Dokumentation von Verletzungen beeinflussen.

1.1.2. Gewalttypische Verletzungen

Zu den rechtsmedizinisch klassifizierten Gewaltformen gehören u. a.:

Stumpfe Gewalt

Stumpfe Gewalt (Anh. Abb. 1 – 17) ist die Einwirkung flächiger bzw. kantiger Strukturen, die den Körper treffen. An Verletzungen können Hautrötungen, Hauteinblutungen, Hautunterblutungen, Hautabschürfungen, Schwellungen, Quetsch-Riss-Wunden, Frakturen und Schädel-Hirn-Traumata sowie Verletzungen der inneren Organe vorkommen. Dabei wird die direkte von der indirekten Gewalt unterschieden. Die direkte Gewalt ist z. B. die eines Schlag- oder Stoßgeschehens. So kann z. B. ein Monokelhämatom durch die direkte, penetrierende Gewalt mit der Faust von vorne

entstehen. Die indirekte Gewalteinwirkung entsteht nicht am Ort der direkten Gewalteinwirkung, z.B. eine intrakranielle Blutung auf der Gegenseite der direkten Gewalteinwirkung (Coup-Contre-Coup).

Schussverletzungen können als Sonderform der stumpfen Gewalt interpretiert werden (Dettmeyer et al., 2019b; Herrmann, Dettmeyer, et al., 2016b; Wegener et al., 2015; Dettmeyer et al., 2014).

Scharfe Gewalt

Verletzungen durch scharfe Gewalt werden durch scharfe oder spitze Gegenstände wie Messer, Rasierklingen, Gabeln, Scherben, Scheren oder Spieße verursacht. Es werden Stich- von Schnittwunden unterschieden (Dettmeyer et al., 2019c; Wegener et al., 2015). Schnittwunden sind dabei breiter als in die Tiefe reichend, und Stichwunden sind tiefer, aber an der Hautoberfläche nicht so breit.

Halbscharfe Gewalt

Kommt zu einer Stich-/Schnittverletzung ein Anteil der stumpfen Gewalt hinzu, werden diese Verletzungen als Folge halbscharfer Gewalt beschrieben. Dazu gehören Hiebverletzungen z. B. durch Äxte, Beile, Hacken und Gegenstände mit relativ scharfen Kanten.

Als Sonderform der halbscharfen Gewalt gelten Bissverletzungen (Anh. Abb. 19). Hierbei entstehen selten perforierende Verletzungen, sondern entsprechend der Schneidekanten der Zähne umschriebene Abschürfungen, Rötungen und Quetschungen. Dabei können u. a. durch Zahnfehlstellungen Rückschlüsse auf den Täter ermöglicht werden (Dettmeyer et al., 2019c; Herrmann, Dettmeyer et al., 2016b; Wegener et al., 2015).

Aufgrund der oft resultierenden Wundmorphologie wie Rötungen und Oberhautläsionen werden Kratzverletzungen durch Fingernägel im Rahmen dieser Arbeit unter halbscharfer Gewalt subsumiert.

Thermische Gewalt

Bei der thermischen Gewalt werden Verbrennungen (trockene Hitze) (Anh. Abb. 20 -21) und Verbrühungen (feuchte Hitze) (Anh. Abb. 22 – 24) unterschieden. Verbrennungen können durch direkte Einwirkungen von Flammen, strahlende Hitzequellen sowie heiße Gase, unter Mitbeschädigung der Haare verursacht werden. Verbrühungen entstehen durch heiße Flüssigkeiten, wie z.B. Wasser und Öl (Dettmeyer et al., 2019b; Herrmann, Dettmeyer, et al., 2016b; Wegener et al., 2015; Maguire et al., 2014; Hobbs, 1989, 1986).

Zu den interpretierbaren Verletzungen gehören u. a.:

Sturz- versus Schlagverletzung

In der klinischen Rechtsmedizin stellt sich oft die Frage, ob Verletzungen infolge stumpfer Gewalt sturz- oder schlagbedingt sind. Sturz- bzw. anstosstypische Verletzungen (Anh. Abb. 4 & 16) kommen in der Regel an vorspringenden Lokalisationen vor, wie beispielsweise an den Strukturen der Knie, Schienbeinvorderkanten, Ellenbogen, Handballen, Augenbrauenwülsten, Stirnhöckern, der Nasenspitze, des Kinns, der Wangenknochenregion und am Hinterkopf. Eine einzelne Verletzung kann schlag- oder sturztypisch sein, häufig ist der Rückschluss auf ein Schlag- oder ein Sturzgeschehen erst unter Berücksichtigung der Gesamtkonstellation von Verletzungen möglich (Anh. Abb. 1 – 3, 5 – 6 & 9 – 11) (Grassberger & Yen, 2013; Wirth & Schmeling, 2012).

Abwehrverletzung

Abwehrverletzungen werden in passive und aktive Abwehrverletzungen unterschieden. Eine passive Abwehrverletzung erlaubt nicht den Rückschluss, dass ein Gewaltopfer sich aktiv gegen den Täter bzw. die Täterin gewandt und dabei eine Verletzung erlitten hat. Sie tritt z.B. auf, wenn sich das Opfer durch Hochheben der Hände oder Unterarme vor Schlägen oder Messerstichen schützt und diese pariert. Hierbei kommt es zu Verletzungen an den Streckseiten der Unterarme (Parierverletzungen) sowie an den Handrücken. Bei Einwirkung stumpfer Gewalt und je nach ihrer Intensität können Knochenbrüche entstehen.

Aktive Abwehrverletzungen werden hingegen durch die Gegenwehr des Opfers gegenüber dem Täter bzw. der Täterin hervorgerufen. Hierbei kann es eher zu Verletzungen an der Beugeseite der Unterarme kommen oder auch in den Handinnenflächen, z.B. durch Abwehr eines Messerangriffs durch Griff in die Klinge mit einer Verletzung zwischen Daumen und Zeigefinger der abwehrenden Hand (Dettmeyer et al., 2019b; Grassberger & Yen, 2013; Metter & Benz, 1989).

Widerlagerverletzung

Widerlagerverletzungen (Anh. Abb. 7) sind Verletzungen in Höhe harter bzw. meist knöcherner Widerlager wie z.B. über den Schulterblattgräten, den Schulterblattspitzen, den dorsalen Beckenknochen und über den Dornfortsätzen der Wirbelsäule, aber auch Verletzungen der Schleimhaut des Mundvorhofes sind Widerlagerverletzungen, wenn die Kieferwülste oder fest sitzende Zähne als Widerlager fungieren (Grassberger & Yen, 2013; Kernbach et al., 1984).

Würgen/Drosseln als komprimierende Gewalt gegen den Hals

Das (Er-)drosseln ist die Strangulation durch ein Werkzeug (Anh. Abb. 17). Das (Er-)würgen ist die manuelle Kompression des Halses mit einer Hand oder mit beiden Händen. Beim Drosseln findet sich regelmäßig eine horizontal-zirkulär verlaufende Drosselmarke, beim Würgen je nach Gegenwehr des Opfers mehr oder weniger intensive sichtbare lokalisierte Hautvertrocknungen und Oberhautablösungen, gelegentlich auch sog. Fingernagelabdruckkonturen. Die würgenbedingten Verletzungen können sich in der Halshaut beidseits der Körpermittellinie konzentrieren. (Dettmeyer et al., 2019a; Iserson, 1984).

Selbst beigebrachte Verletzungen

Das nichtsuizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV) bezeichnet die vorsätzliche Schädigung des Körpers ohne suizidale Absicht (Anh. Abb. 26). Dem untergeordnet ist der Begriff der Selbstverstümmelung, welches im engeren Sinne die Abtrennung von Gliedmaßen, v.a. von Fingern, meint und aus unterschiedlichen Motivationen heraus ausgeführt wird. Hierbei kann es sich um eine rational nachvollziehbare Handlung zur

Erlangung eines Vorteils handeln, wie einen Versicherungsbetrug, Erlangung der Dienstunfähigkeit bei der Armee oder aber auch auf Grundlage seelischer Störungen, zum Beispiel bei Persönlichkeitsstörungen oder zur Vortäuschung einer Straftat. Für das Phänomen des nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens oder selbstbeigebrachter Verletzungen findet man auch den Begriff der Selbstbeschädigung in der Literatur. Diese Verletzungen zeigen im Regelfall ein charakteristisches Muster durch scharfe Gewalt. Die oft oberflächlichen Schnittverletzungen treten meist in für die eigenen Hände leicht erreichbaren, wenig schmerzhaften Hautarealen auf und sind meist langstreckig, gruppiert sowie parallel bzw. musterartig angeordnet (Plener et al., 2018; Koenig et al., 2017; Sachsse, 2016; Möhle et al., 2015; Fleischer & Herpertz, 2008; Heide & Kleiber, 2006; Pollak, 2003b).

Sexualisierte Gewalt

Die sexualisierte Gewalt ist ein Akt der Macht und Aggression und umfasst jede sexuell motivierte Handlung, die gegen den Willen einer Person, unabhängig vom Alter und Geschlecht, begangen wird. Dazu zählen als Opfer auch Personen, die wehrlos sind und die nicht in der Lage sind, einer sexuell motivierten Handlung zuzustimmen und/oder aufgrund körperlicher Gewalt oder Drohungen eine sexuell motivierte Handlung nicht ablehnen können (Anh. Abb. 8 & 13).

Die sexualisierte Gewalt umfasst unzählige Formen – u. a. sexuelle Übergriffe jeglicher Art, Vergewaltigungen, sexuelle Sklaverei, „Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeute“ (Seelinger et al., 2011; Stark & Ager, 2011).

1.1.3. Formen von Gewaltdelikten im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB)

Nicht jede strafbewehrte Form der Gewalteinwirkung muss als physische Gewalt auftreten. Zugleich wird im deutschen Strafrecht zwischen unterschiedlichen Typen von Gewaltdelikten differenziert. Hier ist anzumerken, dass die unten genannten Formen von Gewaltdelikten alle juristisch als Körperverletzung gewertet werden können.

Körperverletzung

Ein tätlicher Angriff als solcher wird im StGB nicht als Delikt aufgeführt. Lediglich dessen (mögliche) Folgen werden als Tatbestände der Körperverletzung klassifiziert, wobei man nicht nur zwischen schwerer und gefährlicher Körperverletzung unterscheidet, sondern auch die (fehlende) Verletzungsabsicht - etwa durch den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung - bewertet. Eine Körperverletzung liegt demnach vor, wenn eine „Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit geschädigt wird“ (§ 223, § 224, § 226, § 229, § 231 StGB, s. Anhang 11.2.2.). Dabei reicht grundsätzlich schon jede nicht unerhebliche Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens aus, um den Tatbestand der Körperverletzung zu bejahen.

Misshandlung und Vernachlässigung

Als Misshandlung gilt sowohl das rohe Quälen und physisches Misshandeln als auch die Schädigung der Gesundheit durch „böswillige Vernachlässigung“ einer Person „unter achtzehn Jahren oder einer wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlosen Person“, v.a. wenn diese Person in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Täter steht (Fürsorge oder Obhut, dem Hausstand angehörig, untergeordnetes Dienst- oder Arbeitsverhältnis) (§ 225 StGB, s. Anhang 11.2.2.).

Anzumerken ist, dass Misshandlung nach dem StGB nicht als Tatbestand für Handlungen gegen Personen über 18 Jahren aufgeführt ist, sondern in den diversen Tatbeständen der Körperverletzung enthalten ist.

Missbrauch

Nach dem StGB gilt es als Missbrauch „gegen den erkennbaren Willen einer Person“ sexuelle Handlungen an dieser Person vorzunehmen oder von ihr vornehmen zu lassen oder „diese Person zur Vornahme oder Duldung sexueller Handlungen an oder von einem Dritten“ zu bestimmen. Des Weiteren gilt es als Missbrauch, wenn an einer „Person unter 14 Jahren (Kind)“ oder an einer Person in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zum Täter die oben beschriebenen sexuellen Handlungen durch den Täter oder durch oder an dritten Personen vorgenommen werden. Zu diesen besonderen Abhängigkeitsverhältnissen gehören u.a. Gefangene und behördlich

Verwahrte, sowie Kranke und Hilfsbedürftige in Einrichtungen, aber auch das Ausnutzen von Amtsstellungen sowie Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsverhältnissen (§§ 174, 174a, 174b, 174c StGB, §§ 176, 177, 180, 182 StGB, s. Anhang 11.2.2.).

Anzumerken ist, dass Missbrauch zum Nachteil Erwachsener im StGB §177 beschrieben wird. Dieser Paragraf benennt den Tatbestand nicht als Missbrauch, stattdessen werden die Begriffe sexueller Übergriff (s.u.), sexuelle Nötigung und Vergewaltigung benutzt.

Verstümmelung weiblicher Genitalien

Nach dem StGB ist die Verstümmelung der äußeren weiblichen Genitalien (große und kleine Schamlippen sowie Klitoris) strafbar (§ 226a StGB, s. Anhang 11.2.2.).

Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt selbst ist nicht als separater Straftatbestand im deutschen Strafrecht aufgeführt. Bei der Verfolgung von Gewalt in der Ehe oder Partnerschaft werden deswegen die folgenden Tatbestände des StGB angewendet:

Beleidigung (§ 185 StGB, s. Anhang 11.2.2.), Nötigung (§ 240 StGB, s. Anhang 11.2.2.), Freiheitsberaubung (§ 239 StGB, s. Anhang 11.2.2.), Körperverletzung (§ 223 StGB, s. Anhang 11.2.2.), *Stalking*/Nachstellung (§ 238 StGB, s. Anhang 11.2.2.), sexueller Missbrauch (§§ 174 StGB, s. Anhang 11.2.2.), Vergewaltigung (§ 177 StGB, s. Anhang 11.2.2.), Totschlag (§ 212 StGB 11.2.2.) und Mord (§ 211 StGB 11.2.2.).

Mit dem Gewaltschutzgesetz vom 1. Januar 2002 (BGBl. I S. 3513) wurde häusliche Gewalt weitreichender definiert. Das Gewaltschutzgesetz bezieht sich auf alle Formen häuslichen Zusammenlebens, unabhängig davon, ob die Beziehungen unter Erwachsenen eine bestimmte Rechtsform haben.

Selbstbeschädigung

Selbstbeschädigungen, u. a. durch Menschen mit Psychosen, *Borderline*-Persönlichkeiten, also selbstverletzendes Verhalten, sind kein Tatbestand nach dem StGB. Jedoch lassen sich Selbstbeschädigungen eingrenzen, die strafrechtlich zu Konsequenzen führen können:

Vortäuschung einer Straftat (§ 145 StGB 11.2.2.), falsche Verdächtigung (§ 164 StGB 11.2.2.), Verleumdung (§ 187 StGB), Einwilligung, d. h. Verletzungen durch Dritte mit Einverständnis des Verletzten als sittenwidriges Verhalten (§ 228 StGB 11.2.2.), Vortäuschung einer Notwehrsituation im Zusammenhang mit Tötungsdelikten, Selbstbeschädigung nach Festnahme zur Belastung der Polizeibeamten und Selbstverletzungen zur Vortäuschung eines Überfalls bei eigenem Fehlverhalten (Banaschak & Madea, 2007a).

Des Weiteren ist die Selbstbeschädigung nach dem StGB strafbar, sollen dadurch Versicherungsleistungen erschlichen werden (§ 263 StGB 11.2.2.).

1.2. Die historische Entwicklung rechtlicher Bestimmungen zum Schutz von Menschen vor Gewalt seit 1870

In der Bundesrepublik Deutschland und weltweit existieren unterschiedliche rechtliche Grundlagen, um Menschen vor Gewalt zu schützen bzw. Gewalt gegen Menschen strafrechtlich zu verfolgen. Schon im frühen Mittelalter fungierten Opfer als Ankläger für die Einleitung und Durchführung eines Verfahrens. Im Laufe der Zeit wurde die Verfolgung von Straftaten durch den Staat als Teil der Gemeinwohlsicherung übernommen. Das Opfer verlor dadurch die Rolle des Anklägers, die Anzeigebefugnis wurde jedoch beibehalten. Mit der Einführung des Strafantragsrechts im Strafgesetzbuch 1871 und in der Reichsstrafprozessordnung von 1877 wurde dem Gewaltopfer ermöglicht, eine Privatklage anzustreben, als Nebenkläger/-in aufzutreten oder ein Klageerzwingungsverfahren zu initiieren. Das Opfer blieb jedoch oftmals eine „vergessene Figur“ in der Strafverfahrenspraxis (J. Herrmann, 2010; Weigend, 1989).

Im Laufe des letzten Jahrhunderts hat sich die Rolle der Gewaltopfer verändert, das Überwiegen des täterorientierten Denkens wandelte sich zugunsten einer stärkeren Orientierung am Wohl des Opfers. Auch die gesetzlichen Vorgaben, die einen besseren Schutz des (potentiellen) Gewaltopfers, v. a. des Kindes, gewährleisten sollen, haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte durch Gesetzesänderungen und interdisziplinäre Netzwerke sowohl in Deutschland als auch international grundlegend verändert (C. Richter et al., 2018).

So wurde am 11. August 1961 das 1924 in Kraft getretene Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt (RJGW (RGBl. I, S. 633)) in das Gesetz für Jugendwohlfahrt (JWG

(BGBl. I, Nr. 64, S. 1205)) umbenannt und novelliert. Das Gesetz regelte die Zuständigkeit und Befugnisse von Jugendämtern innerhalb der Kommunalverwaltung. Jedoch enthielt es keine gesonderten Regelungen für den Schutz von Kindern vor Gewalt, insbesondere durch die Eltern (Harbauer, 1971).

Zum Schutz des minderjährigen Zeugen wurde 1972 in die Strafprozessordnung (StPO) die Vernehmung minderjähriger Zeugen in der Hauptverhandlung durch den Vorsitzenden Richter bzw. die Vorsitzende Richterin eingefügt (§241a Abs. 1 StPO, s. Anhang 11.2.1).

Darauffolgend wurde 1976 das Opferentschädigungsgesetz (OEG (BGBl. I, Nr. 53, S. 1181)) in Deutschland eingeführt mit dem Leitgedanken „[...] wenn es der staatlichen Gemeinschaft trotz ihrer Anstrengungen zur Verbrechensverhütung nicht gelingt, Gewalttaten völlig zu verhindern, so muss sie wenigstens für die Opfer dieser Straftaten eintreten“. Laut OEG haben Gewaltopfer einen Anspruch auf Opferentschädigung mit dem Ziel, die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen von Gewalttaten auszugleichen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019).

Durch gesellschaftliche Entwicklungen (z.B. erhöhte Sensitivität in Bezug auf Gewalttaten) und politischen Druck wurde die Einführung und Weiterentwicklung des Opferschutzgesetzes (OSG) vorangetrieben. Durch Verkündung des OSG („Erstes Gesetz zur Verbesserung der Stellung des Verletzten im Strafverfahren (Opferschutzgesetz“) am 18. Dezember 1986 und sein Inkrafttreten am 1. April 1987 wurden zahlreiche Vorschriften der StPO geändert, wodurch Gewaltopfern mehr Rechte zugesprochen und ihre Stellung im Strafverfahren verbessert wurde (BGBl. I, Nr. 68, S. 2496).

Des Weiteren wurde 1987 die Akteneinsicht für Rechtsanwälte von Gewaltopfern in die StPO eingeführt (§ 406e StPO).

Mit dem Inkrafttreten des SGB VIII am 3. Oktober 1990 in den neuen Bundesländern (1. Januar 1991 in den alten Bundesländern) wurden das JWG ersetzt und umfassende Pflichten zum Schutz von Kindern vor Gewalt für Jugendämter und andere Träger der Jugendhilfe verankert. Insbesondere § 1 SGB VIII [Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe] und § 8a SGB VIII [Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung] sind hier von Bedeutung, da der Schutz des Kindeswohls explizit als eine primäre Aufgabe aller Träger der Jugendhilfe benannt wird (BGBl. I, Nr. 30, S. 1163).

Am 4. November 1994 wurden Änderungen und Ergänzungen im Strafgesetzbuch, in der StPO und dem Verbrechensbekämpfungsgesetz beschlossen, welche am 1. Dezember 1994 in Kraft traten. Eine der Ergänzungen ist dabei § 46a StGB [Täter-Opfer-Ausgleich, Schadenwiedergutmachung], welches die Option bietet, den durch eine mittelschwere Straftat entstandenen Schaden, durch persönlichen Einsatz des Täters und unter Aufsicht eines Vermittlers, außergerichtlich und autonom auszugleichen. Dadurch besteht die Möglichkeit, das Verfahren durch die Staatsanwaltschaft einzustellen oder, die Strafe im Rahmen einer gerichtlichen Entscheidung abzumildern (N. Richter, 2019).

Im Jahre 1997 wurde in Deutschland die Vergewaltigung in der Ehe als Straftat in das Strafgesetzbuch (StGB) aufgenommen, indem das Merkmal außerehelich aus dem § 177 StGB [Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung] entfernt wurde. Eine Widerspruchsklausel oder Versöhnungsklausel, die eine Rücknahme einer vorher erstatteten Strafanzeige ermöglicht hätte, wurde aufgrund einer befürchteten Bedrängnis des Opfers gestrichen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2008).

Mit dem am 1. Dezember 1998 in Kraft getretenen Zeugenschutzgesetz (ZSchG) wurde eine gesetzliche Grundlage für den Einsatz von zeitversetzten (§ 58a StPO, § 255a StPO) und simultanen (§ 168e StPO, § 247a StPO) Videoaufzeichnungen während einer Gerichtsverhandlung für schutzbedürftige Zeugen zur Vermeidung einer wiederholten Vernehmung ermöglicht.

Im Jahre 2000 räumte der Gesetzgeber in Deutschland in § 1631 Abs. 2 BGB Kindern und Jugendlichen das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung ein. Elterliche Gewalt in Form von körperlichen Bestrafungen, seelischen Verletzungen und anderen entwürdigenden Maßnahmen ist danach unzulässig (BGBl. I, Nr. 48, S. 1479).

Am 1. Januar 2002 folgte das in Deutschland bundesweit geltende Gewaltschutzgesetz (GewSchG (s. Anhang 11.2.5)). Hiernach können Opfer häuslicher Gewalt einen Antrag stellen, dass der Täter bzw. die Täterin zeitlich befristet aus der gemeinsamen Wohnung verwiesen und ein Kontaktverbot für eine festgelegte Zeitspanne verhängt wird. Ein mutmaßlicher Gewalttäter kann auch gegen den Willen des Opfers aus der Wohnung verwiesen werden (Gammon & Klein, 2019; Giffey & Barley, 2019; Kugelman, 2012). Das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) und das Strafgesetzbuch sind Bundesrecht. Das Polizeirecht ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt, enthält aber auch Eingriffsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt. Je nach Landesrecht können die erteilten

Wohnungsverweise und Rückkehrverbote in ihrer Art und Dauer variieren. In Nordrhein-Westfalen wurde in § 34 a PolG NRW (s. Anhang 11.2.7) eine Besonderheit geschaffen: Die Maßnahme des Wohnungsverweises und des Rückkehrverbots kann maximal zehn Tage andauern und kann sich einmalig um weitere zehn Tage verlängern, wenn zwischenzeitlich von der gefährdeten Person ein Antrag auf Schutz mit dem Ziel des Erlasses einer einstweiligen Anordnung gestellt wird (Gammon & Klein, 2019).

In dem Opferrechtsreformgesetz (OpferRRG) vom 1. September 2004 wurde das Adhäsionsverfahren zugunsten des Opfers reformiert, in dem zivilrechtliche Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld unmittelbar im Strafprozess geltend gemacht werden können (BGBl I, Nr. 31, S. 1354).

Im selben Jahr wurde mit der Einführung der §§ 406g und 406h StPO dem nebenklageberechtigten Gewaltopfer ermöglicht, während der gesamten Hauptverhandlung vor Gericht anwesend zu sein.

Am 1. Oktober 2005 trat das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz)“ in Kraft. Die Änderungen im VII. und VIII. Buch des SGBs beinhalten Konkretisierungen des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung für Träger der Jugendhilfe (BGBl I, Nr. 57, S. 2729, s. Anhang 11.2.4).

Durch das am 12. Juli 2008 in Kraft getretene „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ wurde § 1666 BGB neu gefasst (BGBl. I, Nr. 28, S. 1188, s. Anhang 11.2.3.). Hiernach wurden die Maßnahmen des Familiengerichts präzisiert, die zur Abwendung von körperlichen, geistigen oder seelischen Gefahren des Kindes notwendig sind, wenn die Sorgeberechtigten dazu „nicht gewillt oder in der Lage“ sind.

Am 1. Januar 2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG (s. Anhang 11.2.6)) für die „umfassende Verbesserung des Kinderschutzes in Deutschland“ in Kraft getreten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Es soll das Kindeswohl schützen und die Entwicklung der Kinder fördern. Das Gesetz spiegelt den „politischen Willen und das gesellschaftliche Interesse, den Kinderschutz umfassender“ zu gestalten, wider (Menzel et al., 2013).

Enthalten im BKSchG ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Dadurch wurden die länderspezifischen Regelungen zur Meldepflicht von

Geheimnisträgern durch eine bundesweite Regelung ersetzt (BGBl. I, Nr. 70, S. 2975). § 2 des KKG soll Eltern und werdende Eltern unterstützen, indem sie über Unterstützungsangebote der Jugendhilfe informiert werden. Dies soll dazu beitragen, dass Situationen, die das Kindeswohl gefährden, vermieden werden können.

Das „Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG)“ wurde am 26. Juni 2013 im BGBl. I verkündet (BGBl. I, Nr. 32, S. 1805). Durch das StORMG werden die Rechte Betroffener gestärkt mit u. a. einer Verlängerung der Verjährungsfrist strafrechtlicher Verfolgungen von Sexualstraftaten sowie zivilrechtlicher Schadenersatzansprüchen.

Am 31. Dezember 2015 wurde das OpferRRG zum dritten Mal reformiert (BGBl. I, Nr. 55, S. 2525). Mit der Reform des OpferRRG wurde die „Richtlinie 2012/29/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012“ umgesetzt, wonach „der Mindeststandard für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten“ geregelt wurde (Europäisches Parlament und Rat 2012). Es wurde festgelegt, dass besonders schutzbedürftige Gewaltopfer die Möglichkeit besitzen, vor, während und nach einem Prozess psychosozial begleitet zu werden. Kinder sowie Jugendliche, Opfer schwerer Sexual- oder Gewaltdelikte erhalten einen Anspruch auf kostenlose psychosoziale Prozessbegleitung.

Am 11. Mai 2011 beschloss der Europarat ein Gesetz zur „Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“, die sog. Istanbul-Konvention (s. Anhang 11.2.10). Das Gesetz ist am 26. Juli 2017 im BGBl. II verkündet worden (BGBl. II, Nr. 19, S. 1026) und trat am 1. Februar 2018 in Kraft, nachdem das Gesetz in 24 von 47 Mitgliedstaaten des Europarates ratifiziert wurde. In 11 Ländern wurde das Gesetz unterzeichnet, ist dort bis heute jedoch nicht in Kraft getreten (Council of Europe, o. J.). Zwar soll ein besonderes Augenmerk auf Frauen als Opfer gerichtet werden, aber die Staaten, welche die Istanbul-Konvention ratifiziert haben, werden gem. Artikel 2 ermutigt, das Übereinkommen auf alle Opfer häuslicher Gewalt anzuwenden (Rabe & Leisering, 2018).

Anschließend wurde am 14. November 2019 das „Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ vom Deutschen Bundestag verabschiedet und trat am 1. März 2020 in Kraft. Laut dem Gesundheitsministerium handelt es sich auch um ein Kinderschutzgesetz. Demnach müssen Eltern vor der Aufnahme ihrer Kinder in eine

Kindertagesstätte oder Schule einen Nachweis über einen entsprechenden Impfstatus erbringen. Von besonderer Bedeutung in dieser Arbeit ist das „Masernschutzgesetz“ wegen zusätzlicher Änderungen bezüglich der vertraulichen Spurensicherung, namentlich im fünften Buche des SGB (§ 27 Absatz 1 und § 132K).

§ 27 Absatz 1 beinhaltet die vertrauliche Spurensicherung, einschließlich der Dokumentation und Laboruntersuchung, als Teil der Krankenbehandlung. § 132K verpflichtet Krankenkassen oder deren Landesverbände, einheitliche und gemeinsame Verträge mit geeigneten Einrichtungen und Ärzten u. a. zur Erbringung der vertraulichen Spurensicherung zu schließen.

Opfer sexueller Gewalt sowie von Misshandlungen und anderen Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit bekommen somit mehr Unterstützung bei der Inanspruchnahme einer vertraulichen Spurensicherung. Wo jetzt noch die Kosten für solche Fälle vom Gewaltopfer teilweise selbst getragen werden müssen, sollen künftig die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen bzw. erstatten (BGBl. I, Nr. 6, S. 148).

Neu hinzugekommen ist am 3. Juni 2021 das „Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen“ (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, KJSG). Wichtige Neuerungen beinhalten das Ersetzen der Wörter Jungen und Mädchen mit der geschlechterinklusive Bezeichnung junge Menschen, die Einführung eines Verfahrenslotsen (§ 10b VIII SGB) sowie eine Reduzierung der Eigenbeteiligung bei vollstationären Behandlungen von 75% auf 25% des Einkommens (§ 94 Absatz 6 VIII SGB). Durch die Ergänzung im KKG durch das KJSG bekommen Ärzte, die eine mögliche Kindeswohlgefährdung melden, eine Rückmeldung über die Gefährdungseinschätzung (§ 4 Absatz 4 KKG (s. Anhang 11.2.6)).

Am 16. Juni 2021 wurde vom Deutschen Bundestag das „Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder“ beschlossen. Das Gesetz ist z. T. am 1. Juli 2021 in Kraft getreten. Ein weiterer Teil ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Enthalten in dem Gesetzespaket ist das Hochstufen von sexuellem Missbrauch und Besitz, Verbreitung und Beschaffung von Kinderpornografie vom Vergehen zu einem Verbrechen, inklusive höherer Strafen. Des Weiteren schreibt das Gesetzespaket besondere Qualifikationsanforderungen für Familienrichterinnen und -richter vor, verlängert die Verjährungsfrist für Straftaten wie das Erstellen kinderpornografischer Inhalte und

ermöglicht eine längere Aufnahme von Angaben in das erweiterte Führungszeugnis (BGBI I, Nr. 33, S. 1810).

1.2.1. Häusliche Gewalt

Historisch betrachtet richtet sich häusliche Gewalt vorwiegend gegen Frauen. Zudem waren Frauen lange Zeit in ihren Rechten gegenüber Männern nicht gleichgestellt. Hausherrn und Ehemänner hatten im Römischen Reich das Recht, die Ehefrau zu züchtigen, zu vergewaltigen und zu töten (Franke et al., 2004). Zudem standen Frauen unter der sog. Vormundschaft des Vaters und/oder des Ehemanns. Ihre körperliche und sexuelle Unversehrtheit hatte eine untergeordnete Bedeutung (Kaser & Knütel, 2005; Franke et al., 2004; Hilbig et al., 2003).

Es wurde argumentiert, der Staat habe sich nicht in Angelegenheiten von Ehe und Familie einzumischen, wenn die Beteiligten dies nicht wollten. Heutzutage herrscht mit der am 1. März 2001 in Kraft getretenen sog. „Brüssel-II-Verordnung“ in allen EU-Mitgliedstaaten die Auffassung, dass es sehr wohl im Zuständigkeitsbereich des Staates liegt, gegen Gewalthandlungen vorzugehen, selbst wenn er dadurch in verfassungsrechtlich geschützte Institute wie Ehe und Familie eingreifen muss (Todt et al., 2016; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, 2008; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; Franke et al., 2004).

1.2.2. Kinder und Jugendliche

Unter Kindesmisshandlung fallen laut Definition der WHO die körperliche und/oder seelische Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung sowie gewerbliche oder sonstige Ausbeutung, die zu einer Schädigung, sei sie potentiell oder tatsächlich, der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes im Zusammenhang mit einer Be- (oder Er-)ziehungsverantwortung führt (Abbasi et al., 2015; Runyan et al., 2002).

Für die physische Kindesmisshandlung wird häufig das von Kempe et al. geprägte Synonym *Battered Child Syndrome* verwendet, was jedoch irreführend ist, da es sich bei einer Kindesmisshandlung nicht um ein Syndrom handelt (Klee & Schaper, 2011; Kempe et al., 1962). Sonderformen der Kindesmisshandlung sind u. a. das Schütteltrauma

(*Shaken-Baby-Syndrom*), das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (*Muenchhausen Syndrome by Proxy*), die seelische Misshandlung und die Vernachlässigung.

Während in den 60er Jahren das Schlagen von Kindern von einem Großteil der Erziehungsberechtigten akzeptiert wurde, wurde 1973 die sog. „Prügelstrafe“ in den meisten Bundesländern der damaligen Bundesrepublik Deutschland abgeschafft (Oeder et al., 2009).

Die Vereinten Nationen haben 1989 in der UN-Kinderrechtskonvention den Schutz vor Gewalt (Artikel 19) für Kinder festgeschrieben (s. Anhang 11.2.8).

Die am 1. Dezember 2009 in Kraft getretene EU-Grundrechtecharta (s. Anhang 11.2.9) enthält ausdrückliche Kinderrechte, die auf den Schutz und die Fürsorge abzielen, welche für das Wohlergehen der Kinder notwendig sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018b; Europäisches Parlament, 2010).

1.3. Das Istanbul-Protokoll

Das Istanbul-Protokoll, das „Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe“ („*Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*“ (UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004)) wurde von Ärzten, Rechtsmedizinern, Menschenrechtsbeobachtern und Rechtsanwälten erstellt und von den Vereinten Nationen (UN) bereits 1999 veröffentlicht. Das Istanbul-Protokoll stellt internationale Richtlinien auf, „nach denen eine sorgfältige Ermittlung der Faktenlage bei einem Verdacht auf Folter ermöglicht wird“, sodass „die gewonnenen Befunde auch in einem strafrechtlichen Verfahren als Beweismittel Bestand haben.“ Das Handbuch ist in sechs Kapitel mit Anhang (s. Anhang 11.3) unterteilt und stellt die internationale Richtlinie für körperliche Untersuchungen von mutmaßlichen Gewaltopfern einschließlich Folteropfern dar (Orfanou et al., 2019; Furtmayr et al., 2008; UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004). Das Protokoll macht detaillierte Vorgaben zur körperlichen Untersuchung, indem u. a. alle Körperregionen (*skin, face (eyes, ears, nose, jaw, oropharynx and neck, oral cavity and teeth), chest, abdomen, musculoskeletal system, genitourinary system, central und peripheral nervous system*) in die Untersuchung einbezogen werden. Zudem wird in dem Protokoll auf die acht

häufigsten Formen von Folter eingegangen („Schläge und andere Formen stumpfer Traumata, Schläge auf die Füße, Aufhängen, weitere Folter durch Zwangsstellungen, Folter durch Elektroschocks, Folter an den Zähnen, Ersticken (Asphyxie), sexuelle Folter einschließlich Vergewaltigung“). Dabei sollten die festgestellten Verletzungen und Verletzungsmuster vor dem Hintergrund der mitgeteilten Vorgeschichte begutachtet werden. (Dettmeyer, 2013; Mandel & Worm, 2007; International Rehabilitation Council for Torture Victims (irct), 2004; UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2004).

Das Istanbul-Protokoll ist somit eine umfassende Grundlage für die Untersuchung und Dokumentation von Gewalt gegen lebende Opfer. Allerdings scheint die Umsetzung dieses Handbuches in Deutschland und international nicht effektiv zu sein. Zum einen ist es unter Ärzten und Rechtsexperten in Deutschland noch wenig bekannt. Zum anderen wird das Istanbul-Protokoll nur von wenigen nichtstaatlichen Organisationen angewandt. Eine Pilotstudie mit Fokus auf Kopenhagen zeigte, dass nur sehr wenige zivilgesellschaftliche Organisationen einen systematischen Ansatz für die Dokumentationen verfolgen. Dies könnte u. a. daran liegen, dass das international anerkannte Protokoll nur in einer begrenzten Anzahl von Sprachen vorliegt. Die vollständige Übersetzung ins Deutsche fand erst 2009 statt (Frewer et al., 2015; Mandel & Worm, 2007). Das Istanbul-Protokoll könnte bestehende Standards auch in einzelnen Instituten für Rechtsmedizin in Deutschland ergänzen und verbessern und so zu einem einheitlichen Vorgehen in allen mit der Gewaltopferuntersuchung befassten Institutionen führen.

1.4. Klinische Rechtsmedizin

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer umfasst „das Gebiet der Rechtsmedizin [...] die Entwicklung, Anwendung und Beurteilung medizinischer und naturwissenschaftlicher Kenntnisse für die Rechtspflege sowie die Vermittlung arztrechtlicher und ethischer Kenntnisse für die Ärzteschaft“ (Bundesärztekammer, 2018). Zu den Aufgaben der forensischen Medizin gehört die fachgerechte Beurteilung von Verletzungen sowie die Spurensicherung und die gutachterliche Interpretation der Befunde bei Obduktionen. Ein weiteres Feld der forensischen Medizin stellt die klinische Rechtsmedizin dar, die körperliche Untersuchungen an Lebenden beinhaltet. Körperliche

Gewalt gegen Menschen zu erkennen, macht einen großen Teil der Arbeit der Rechtsmedizin aus. Die Tätigkeit der klinisch-forensischen Rechtsmedizin umfasst u. a. Fälle der häuslichen Gewalt, Kindesmisshandlung und -missbrauch sowie z.B. Schussverletzungen, Messerstechereien und alle Verletzungen im Rahmen tätlicher Auseinandersetzungen (Krebs et al., 2011). Im Gegensatz zum klassischen ärztlichen Betrieb, in dem das Ziel darin besteht, Diagnostik und Therapie zu betreiben, ist die Aufgabe des Rechtsmediziners, die Verletzungsbefunde zeitnah, sorgfältig und gerichtsverwertbar zu dokumentieren und zu interpretieren bzw. zu begutachten (Dettmeyer et al., 2019b; Dettmeyer & Birngruber, 2017; Banaschak et al., 2014; Gerlach, 2013; Graß et al., 2013; Debertin et al., 2011; Pollak, 2003a).

Körperliche Untersuchungen mutmaßlicher Gewaltopfer dienen somit der Strafverfolgung bzw. der Beweisführung vor einem Straf- oder Zivilgericht einschließlich Familiengericht und letztendlich dem Schutz aller Opfer.

Alle Personen, welche im Auftrag der Ermittlungs- bzw. Justizbehörden (der Polizei, der Staatsanwaltschaft, seltener eines Gerichts) körperlich auf Verletzungen zu untersuchen sind, sollen vor der Untersuchung über den rechtlichen Status der untersuchenden ärztlichen Person informiert werden, insbesondere darüber, dass die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung nur eingeschränkt der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, da die Befunde im Auftrag einer Behörde erhoben werden. Im Falle einer verweigerten Mitwirkung an der körperlichen Untersuchung kann und wird diese nicht durchgeführt und der Auftraggeber entsprechend informiert. Folgt der Verweigerung eine richterliche Anordnung nach § 81a oder § 81c StPO (s. Anhang 11.2.1.), muss die körperliche Untersuchung, auch ohne Einwilligung des zu Untersuchenden, erfolgen. Vor Beginn jeder körperlichen Untersuchung erfolgt, teilweise in Abhängigkeit von den Umständen des Einzelfalles, eine mehr oder weniger ausführliche Erhebung der Vorgeschichte, im Regelfall soll der Wortlaut der mitgeteilten Angaben protokolliert werden.

Im Rahmen einer danach stattfindenden rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung erfolgt eine äußere Inspektion des gesamten Körpers, d. h. sukzessive aller Körperregionen, mit detaillierter Beschreibung und Dokumentation von Verletzungen (Lokalisation, Größe, Ausprägung, Art der Verletzung). Im Rahmen dieser Untersuchung wird u. a. die Art der einwirkenden Gewalt (stumpfe, halbscharfe, scharfe und thermische Gewalt sowie die Anwendung von Schusswaffen) festgestellt bzw. ein solcher Verdacht begründet.

Damit die rechtsmedizinischen Gutachten vor Gericht besser verwertbar sind, sollten die Befunde auf Fotos, Dokumentationsbögen und/oder per Körperschema festgehalten werden. Die Größe der Verletzungen soll neben einem reproduzierbaren Gegenstand wie z.B. einem Maßstab fotografiert werden, damit die Aussagekraft zu Größenverhältnissen und Ausdehnung fotografisch nachvollziehbar ist (Erdogan-Griese, 2013).

Sind die Erstversorger Ärztinnen und Ärzte oder medizinisches Personal in den Kliniken, können diese im Anschluss an die Erstversorgung ein Gespräch mit dem Gewaltopfer initiieren und es über Anlaufstellen für eine Beratung bzw. über mögliche Zufluchtsorte informieren.

1.5. Herausforderungen der klinisch-forensischen Untersuchungen

Bei nicht sachgerechter und nicht umfassender Dokumentation besteht die Gefahr, dass in einem Strafverfahren, welches ggf. zu einem späteren Zeitpunkt eingeleitet wird, eine für das Gericht nicht ausreichende Beweissicherung vorliegt. In den letzten Jahren wurde das Angebot einer Befunddokumentation für Gewaltopfer, die zunächst keine Anzeige bei der Polizei erstatten wollen oder können, in einigen rechtsmedizinischen Instituten verbessert (Stanislawski et al., 2014; Graß et al., 2013; Gahr et al., 2012; Graß & Rothschild, 2004).

In der Literatur gilt Gewalt, besonders häusliche Gewalt mit gesundheitlichen und psychischen Folgen, als weltweit größtes Gesundheitsrisiko für Frauen und Kinder. Umso problematischer ist es, wenn die Gewalt und ihre Folgen von Einrichtungen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens nicht entsprechend als solche erkannt werden (Todt et al., 2016; Mützel et al., 2014; Neumann et al., 2013; Jungbluth et al., 2012; Collishaw et al., 2007). Der überwiegende Teil „der praktizierenden Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte fühlt sich nicht ausreichend“ ausgebildet, „die Folgen körperlicher, sexualisierter und häuslicher Gewalt zu diagnostizieren“ (Hornberg et al., 2008). Aufgrund der nicht ausreichenden Ausbildung ist die Dokumentation von Verletzungen im klinischen Alltag im Hinblick auf eine gerichtsfeste Beweissicherung oft quantitativ und qualitativ nicht sorgfältig sowie häufig irreführend oder unzureichend (Jungbluth et al., 2012; Verhoff et al., 2012).

Die u. a. für die Praxis der Polizei relevanten Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV, s. Anhang 11.2.11) sowie die Strafprozessordnung (StPO, s.

Anhang 11.2.1.) machen direkte Vorgaben für den Umgang mit Gewaltopfern, besonders mit Kindern. Besonders hervorzuheben sind Nr. 19 RiStBV [Vernehmung von Kindern und Jugendlichen], Nr. 135 RiStBV [Zeugen und Sachverständige], Nr. 220 RiStBV [Rücksichtnahme auf Verletzte], Nr. 221 RiStBV [Beschleunigung in Verfahren mit kindlichen Opfern], Nr. 222 RiStBV [Vernehmung von Kindern, Ausschluss und Beschränkung der Öffentlichkeit], Nr. 222a [Anhörung des durch eine Straftat nach den §§ 174 bis 182 StGB Verletzten], § 58a StPO [Aufzeichnung der Vernehmung] und § 81d StPO [Verletzung des Schamgefühls]. Es existiert darüber hinaus eine umfassende Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für die Behandlung und den „Umgang mit Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“ (AWMF S3+ Registernummer: 027 – 069 (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, 2021)). Des Weiteren gibt es zusätzliche Leitfäden der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) bezüglich des Umgangs mit mutmaßlichen minderjährigen Opfern von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung (Eulgem, 2016; Herrmann, Blume, et al., 2016; von Bismark, 2014). Während diese Leitlinien häusliche Gewalt gegen Kinder beinhalten, fehlen deutsche Leitlinien für häusliche Gewalt gegen Erwachsene. Es wird in diesen Fällen auf die WHO-Leitlinien für häusliche Gewalt verwiesen (WHO et al., 2011, 2013; UNFPA, 2004; WHO, 2003).

Die seit einigen Jahren steigenden Zahlen rechtsmedizinischer körperlicher Untersuchungen führten zur Einrichtung rechtsmedizinischer Ambulanzen in einigen Instituten als Ausdruck einer weiteren Etablierung der klinischen Rechtsmedizin in der Versorgung von Gewaltopfern.

Die Finanzierung der ärztlichen Begutachtung von Verletzungen bei Gewaltopfern ist dabei unterschiedlich geregelt (Banaschak et al., 2014). Anders als bei der Polizei und Staatsanwaltschaft, denen gegenüber auf der Grundlage des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) abgerechnet werden kann, erfolgt für die polizeiunabhängigen körperlichen Untersuchungen z.B. in der Klinik im Rahmen von konsiliarischen, rechtsmedizinischen Untersuchungen in der Regel keine oder allenfalls eine klinikinterne Verrechnung. Kliniken können mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) u. a. Leistungen, die vom Jugendamt vergütet werden, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, abrechnen (§ 11 GOÄ). Die Vergütung für die

rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchungen wird in der GOÄ jedoch bisher nicht aufgeführt (Hermann, 2020). Durch das o.g. „Masernschutzgesetz“ (S. 14 f.) wurden neue Regelungen geschaffen, die den Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen für eine vertrauliche medizinische Spurensicherung, ermöglichen sollen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Privatpersonen rechtsmedizinische Institute mit der Durchführung körperlicher Untersuchungen beauftragen. Dieses Angebot wird allerdings seltener in Anspruch genommen. Als eine mögliche Erklärung hierfür kann zunächst die Unkenntnis der Betroffenen oder deren Angehörigen über die Möglichkeit der privaten Beauftragung angeführt werden. Jedoch spielt auch hier die Frage der Kostenübernahme für die körperliche Untersuchung eine Rolle (Gahr et al., 2005).

Der Weiße Ring, eine eigenständige Hilfsorganisation für Opfer von Gewalt und ihre Familien, bietet betroffenen Personen, die zunächst keine Anzeige erstatten wollen, die Möglichkeit, Kosten für die rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Archivierung mit einem Betrag von bis zu 190 Euro zu übernehmen (Weisser Ring e. V., 2019).

Nach Evler (2016) „ist es problematisch, dass sich bestehende Beratungs- und Hilfsangebote i. d. R. auf ambulante Angebote meist freier Träger oder Vereine beschränken. Hierdurch fehlt teilweise die Erkennung sowie Versorgung von Patienten mit Gewalterfahrungen im stationären medizinischen Versorgungssystem“ (Evler et al., 2016).

Bemühungen, das Netzwerk einzelner Berufsgruppen wie Medizin, Psychotherapie und Beratungsstellen hinsichtlich der Gewaltopferversorgung zu verbessern, bestehen seit geraumer Zeit. Eine solche Initiative ist das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFI) finanzierte und vom Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf geleitete Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen.“ In diesem Projekt geht es u. a. um die Schulung von Personal bspw. aus hausärztlichen Praxen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Gewaltopfern. Es konnte dargelegt werden, dass die Erkennungsrate von Gewaltopfern höher war als vor dem Projekt (Evler et al., 2016; Graß et al., 2013; Hartmann, 2010).

In Deutschland existieren nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) 29 rechtsmedizinische Untersuchungsstellen für Kinder und/oder erwachsene

Gewaltopfer (DGRM). Jedoch bestehen deutliche lokale Unterschiede bei der Beauftragung von Lebenduntersuchungen (Gahr et al., 2005). Die Gewährleistung eines unbegrenzten, kostenlosen Zugangs zu u. a. Ambulanzen für Gewaltopfer sowie die Möglichkeit der Selbstbestimmung über den weiteren Umgang mit den erstellten Daten, insbesondere, ob sie an Polizei und Gericht weitergegeben werden dürfen, soll oberste Priorität haben.

1998 wurde in Hamburg eine für Gewaltopfer kostenlose 24 Stunden Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt gegründet, welche auch an Sonn- und Feiertagen besetzt ist.

Das Ziel der Untersuchungsstelle ist es, Geschädigte von körperlicher oder sexueller Gewalt zu erreichen, auch ohne u. a. eine Anzeige bei der Polizei. Um die Gewaltopfer direkt zu erreichen, wurden Flyer sowie Visitenkarten hergestellt und an den Polizeiwachen, Kliniken und bei niedergelassenen Ärzten verteilt sowie Fortbildungsveranstaltungen für das Personal der Kliniken und Polizeiwachen durchgeführt. Seit Beginn des Projekts konnte in Hamburg eine Zunahme der Untersuchungen von 46 Fällen im Jahr 1992 auf 1071 Fälle im Jahr 2003 registriert werden (Seifert et al., 2004). Bereits 1990 beschrieb Ecker, dass vermehrte Fortbildungen für Staatsanwälte, Polizei und ärztliche Kollegen unumgänglich sind, um die Bedeutung der klinischen Rechtsmedizin für die strafrechtliche und zivilrechtliche Beweisführung zu vermitteln (Eckert, 1990).

Aufgrund der Unterfinanzierung der rechtsmedizinischen Institute können zum einen Stellen für Ärztinnen und Ärzte oft nicht eingerichtet werden und zum anderen fehlt das Angebot von Gewaltschutzambulanzen v. a. in ländlichen Regionen. Diese Ambulanzen hätten es den Betroffenen ermöglicht, sich einer sofortigen (rechtsmedizinischen) Untersuchung zu unterziehen, ohne jedoch eine Strafanzeige erstatten zu müssen.

Im Rahmen eines vom niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie von der AOK seit 2012 geförderten Programms baute die Medizinische Hochschule in Hannover (MHH) das Netzwerk „ProBeweis“ zur Beweissicherung für Opfer häuslicher und/oder sexueller Gewalt. Inzwischen verfügt das Netzwerk über 38 Untersuchungsstellen in 35 Städten (Medizinische Hochschule Hannover - Institut für Rechtsmedizin, 2012a, 2012b), was die hohe Akzeptanz dieses Programms unter Beweis stellt.

Seit 2014 bietet das Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen bzw. des Universitätsklinikums Gießen den kostenlosen Dienst „Das Forensische Konsil Gießen (FoKoGi)“ an. FoKoGi ermöglicht u. a. Privatpersonen kostenlose, verfahrensunabhängige körperliche Untersuchungen und gibt im Praxis- und Klinikalltag Ärztinnen und Ärzten Hilfestellung bei Fragen zur Diagnostik von Befunden, zu Fotos oder zu Röntgenbildern. Zudem können Bilder oder Unterlagen über ein gesichertes Web-Portal zur Begutachtung an die rechtsmedizinische Ambulanz geschickt werden. Privatpersonen entscheiden selber, was mit der Dokumentation passiert und ob eine Strafanzeige bei der Polizei gestellt werden soll (Dettmeyer, 2019).

Auch das vom Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen geförderte „Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen“ (KKG), mit Standort am Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln und an den Vestischen Kinder- und Jugendkliniken Datteln, steht seit 2019 für die Beratung und Untersuchung von Gewalt an Kindern Ärztinnen und Ärzten unterstützend zur Verfügung (Erdogan, 2019).

2. Fragestellung

Im Folgenden soll mittels einer retrospektiven Analyse der Archivbestände des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen untersucht werden, welche Verletzungen bei Opfern unterschiedlicher Arten von Gewaltdelikten festgestellt werden können. Die systematische Analyse der Gewaltopferuntersuchungen soll zudem folgende Parameter erfassen: Das Geschlecht des Opfers, der Vorstellungszeitpunkt in Relation zum Zeitpunkt der Verletzungsentstehung, die gutachterliche Bewertung u. a. der Lebensbedrohlichkeit von Verletzungen sowie die Täter-Opfer-Beziehung.

Um Aussagen über das Fallaufkommen und den erwarteten Versorgungsbedarf zu treffen, wird auch die rechtsmedizinische Versorgungssituation in Gießen und dessen Einzugsgebiet betrachtet. Auch soll auf folgende Fragestellungen eingegangen werden:

- Wie wurden Verletzungen qualitativ erfasst, dokumentiert und begutachtet? Wurden etablierte Standards bzw. Empfehlungen eingehalten?
- Wie hat sich die Anzahl der Untersuchungen tatsächlicher bzw. mutmaßlicher Gewaltopfer im Zeitraum von 2005 bis 2014 am Institut für Rechtsmedizin in Gießen entwickelt und wer waren ihre jeweiligen Auftraggeber?

Zur Auswertung wurde dabei die Methodik der deskriptiven Statistik angewandt.

3. Material und Methoden

3.1. Archivmaterial

Es wurden alle körperlichen Untersuchungen einbezogen, welche im Archiv des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität dokumentiert wurden. Ausgeschlossen wurden Gutachten/Konsile mit eindeutig unzureichender Dokumentation oder mit zwei oder mehr fehlenden Angaben bezüglich Alter, Geschlecht sowie zu Gewaltdelikten. Es wurden keine Daten über die Auswirkungen von psychischer Gewalt erhoben. Die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich daher ausschließlich auf die physischen Verletzungen.

3.2. Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine monozentrische, retrospektive, deskriptive Datenanalyse von klinisch-rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen nach überlebter Gewalteinwirkung in den Jahren von 2005 bis 2014, durchgeführt im Institut für Rechtsmedizin in Gießen und in dessen Einzugsgebiet mit den fünf Landgerichtsbezirken Kassel, Fulda, Marburg, Limburg und Gießen. Diese Daten umfassen körperliche Untersuchungen, welche u. a. von der Polizei, der Staatsanwaltschaft und vom Jugendamt beantragt wurden sowie konsiliarische körperliche Untersuchungen im Auftrag von Kliniken und Untersuchungen, welche z.B. privat in Auftrag gegeben wurden. Dabei wurden geschädigte mutmaßliche Gewaltopfer aber auch als tatverdächtig beschuldigte Personen mit Verletzungen im Institut für Rechtsmedizin in Gießen, auf der Polizeiwache, in Untersuchungsräumen der Justizvollzugsanstalt (JVA) oder in einer Klinik rechtsmedizinisch körperlich untersucht.

Um die Akten zu den durchgeführten klinisch-rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen aus dem Archiv des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen aus den Jahren 2005 - 2014 auswerten zu können, wurde eine Excel-Datei erstellt. Zunächst wurde eine Gesamtübersicht im Hinblick auf Geschlecht und Alter sowie die Begutachtung von Geschädigten sowie Beschuldigten erstellt. Des Weiteren wurden, soweit dokumentiert, Auftraggeber, Untersuchungszeitpunkt, Datum der Tat, Form der Gewalt, Interpretation der Verletzung und Art des Gewaltdelikts nach

Angaben im Gutachten hinzugefügt. Dabei wurden die anatomischen Lokalisationen der Verletzung, die Opfer-Täterbeziehung, die Lebensbedrohlichkeit der Verletzungen und ob der Tatvorwurf aufgrund der Verletzungsmorphologie rechtsmedizinisch begründet war oder nicht, soweit möglich, protokolliert bzw. ausgewertet.

Als Hinweis auf sexuelle Gewalt wurden Verletzungen angesehen, wie sie typischerweise bei Sexualdelikten vorkommen (z.B. Verletzungen an der äußeren Anogenitalregion, Hämatome an den Oberschenkelinnenseiten) (Kernbach et al., 1984).

Die Altersgruppen wurden u. a. orientierend nach dem Strafrecht und der Literatur eingeteilt (Tabelle 1-4). In der Literatur sind keine einheitlichen Altersgrenzen definiert.

Im Folgendem werden Altersgrenzen von verschiedenen Instituten und Institutionen aufgelistet:

Tabelle 1. Alterseinteilung der kassenärztlichen Bundesvereinigung

Kassenärztliche	Neugeborene	Säuglinge	Kleinkinder	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
[Stand 2010]	≤ 28 Tage	≥ 29 Tage bis 12 Monate	≥ 13 Monate bis 3 Jahre	≥ 4 bis 12 Jahre	≥ 13 bis 18 Jahre	≥ 19. Jahre

Tabelle 2. Alterseinteilung des Robert-Koch-Instituts

Robert Koch Institut (RKI)	Frühes Kindesalter	Schulkinder	Jugendliche
	0 bis 6 Jahre	7 bis 10 Jahre	11 bis 17 Jahre

Tabelle 3. Alterseinteilung nach dem Strafrecht

	Kinder	Jugendliche	Heranwachsende	Volljährigkeit
Jugendschutzgesetz (JuSchG) §1	0 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre		
Jugendgerichtsgesetz (JGG) §105			18 bis 20 Jahre	
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §2				≥ 18 Jahre

Tabelle 4. In dieser Arbeit gewählte Altersgrenzen

In dieser Arbeit eingeteilte Altersgrenzen	Säuglinge	Kleinkinder	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
	0 bis 12 Monate	1 bis 6 Jahre	7 Jahre bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre	> 18 bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre

Des Weiteren wurde eine Unterteilung aller Fälle in rechtsmedizinisch begründete und unbegründete Verdachtsfälle auf beigebrachte Gewalt unternommen.

Als begründeter Verdacht werden in dieser Arbeit Fälle bezeichnet, bei denen das Verletzungsmuster, unter Berücksichtigung der Anamnese bei der körperlichen Untersuchung, aus rechtsmedizinischer Sicht hinreichende Befunde für den Verdacht auf eine Straftat ergab.

Demnach sind unbegründete Fälle all jene, bei denen es keine hinreichenden Befunde für den Verdacht auf eine Straftat bzw. Fremdeinwirkung auch nach rechtsmedizinischer Untersuchung gab.

Es ist anzumerken, dass selbstverständlich alle Fälle einen Anfangsverdacht auf eine Fremdeinwirkung bzw. Straftat vorwiesen, da diese ansonsten nicht in der Ambulanz des Instituts für Rechtsmedizin vorstellig geworden wären.

Aus diesem Grund wurden die aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfälle gesondert betrachtet, da diese für den späteren Verlauf eine höhere Relevanz haben.

Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS durchgeführt.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die in den Gutachten bzw. ärztlichen Konsilen angegebenen Daten dargestellt. Die Kategorie „keine Angabe“ wurde gewählt, wenn in den Gutachten bzw. Konsilen keine Informationen in der jeweiligen Kategorie dokumentiert wurden.

Zuallererst werden die Metadaten (4.1 - 4.2) ausgewertet, gefolgt von den körperlichen Untersuchungsbefunden (4.3 – 4.4) in allen Fällen mit z.T. detaillierten Auswertungen. Im letzten Teil werden diese körperlichen Befunde in den aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfällen (4.5) mit z.T. detaillierten Daten ausgewertet.

4.1. Grunddaten

4.1.1. Fallzahlen

Nach Akteneinsicht wurden im Untersuchungsraum insgesamt 580 körperliche Untersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit wurden aufgrund der oben genannten Ausschlusskriterien (s. S. 26) 523 Fälle (90,2%) ausgewertet (Abb. 2). Es ist dabei anzumerken, dass die im Untersuchungskollektiv enthaltenen Personen nicht nur mutmaßliche Gewaltopfer umfassten, sondern auch verletzte Tatverdächtige.

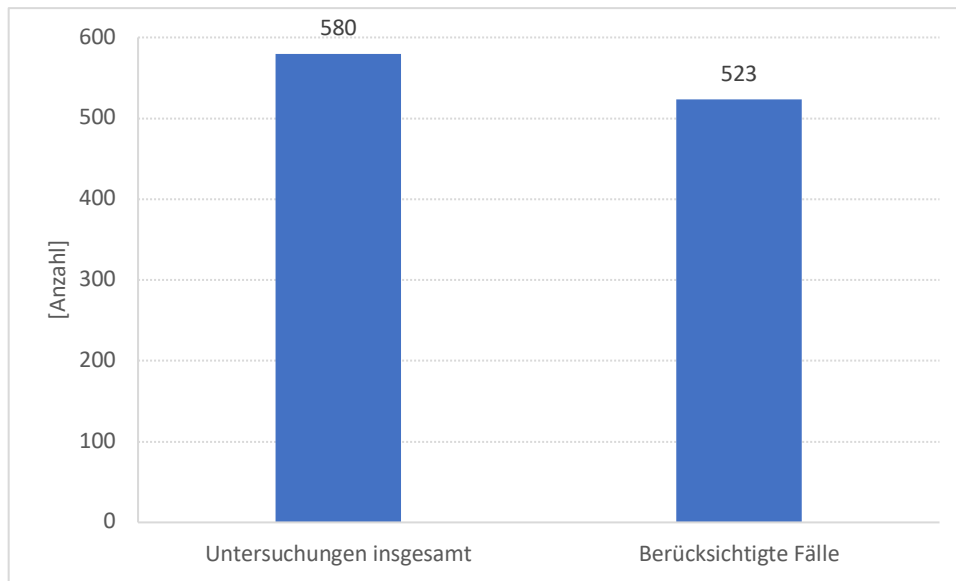


Abb. 2 *Untersuchungszahl*

4.1.2. Verteilung der Fälle pro Jahr

Zwischen den Jahren 2005 und 2014 ist ein deutlicher Anstieg der in Auftrag gegebenen rechtsmedizinischen, körperlichen Untersuchungen zu verzeichnen. Die Datenanalyse zeigt in diesem Zeitraum eine Zunahme um mehr als das 5-fache. Während von 2005 – 2007 durchschnittlich 26 Untersuchungen pro Jahr durchgeführt wurden, kam es im Jahr 2008 zu einem Anstieg der Fallzahl auf 41 Fälle, im Jahr 2009 sank die Anzahl zunächst auf 33 Fälle. Seitdem nahm die Häufigkeit der Untersuchungen stetig zu. Von 2013 bis 2014 ist eine Steigerung von 79 auf 136 Fälle zu erkennen (Abb. 3).

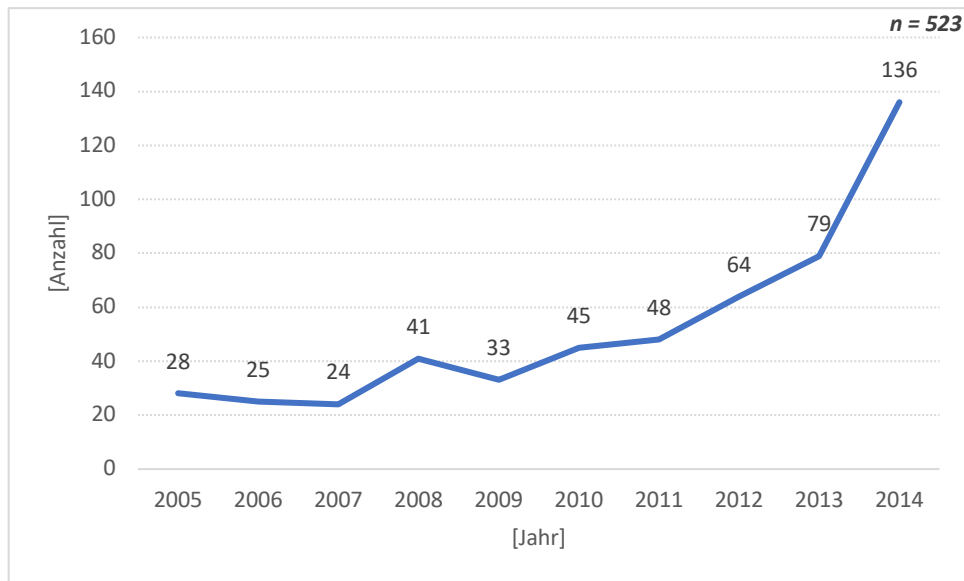


Abb. 3 *Verteilung der körperlichen Untersuchungen pro Jahr für die Jahre 2005 bis 2014*

4.1.3. Fotoaufnahmen

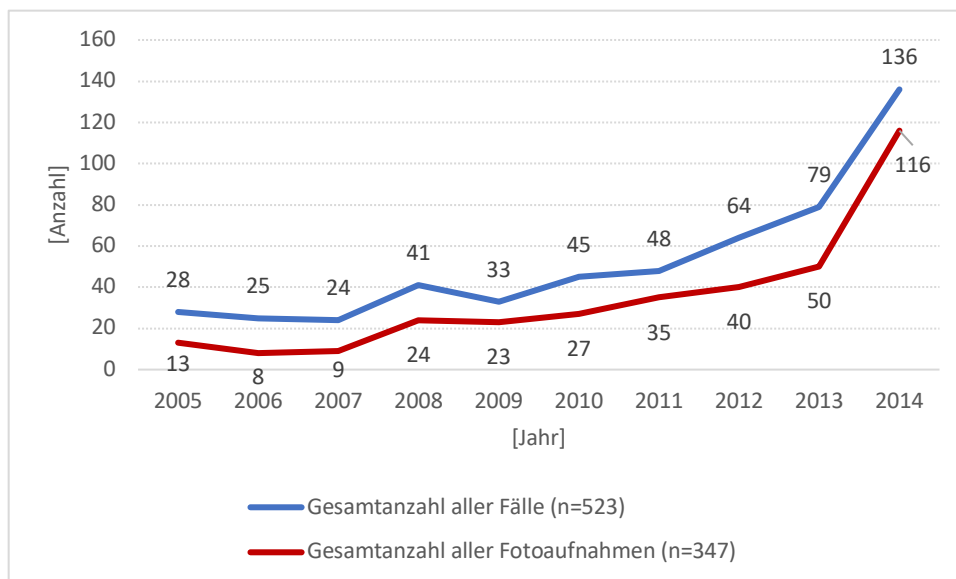


Abb. 4 *Verteilung der Fotoaufnahmen nach Jahren*

Die Datenanalyse zeigt, dass in nicht allen Fällen eine Fotodokumentation stattgefunden hat. Durchschnittlich fand in diesem Zeitraum in 58,8% der Fälle (n=347) eine Fotodokumentation statt. Während 2005 in 46,5% der Fälle (n=13) Bildaufnahmen erfolgten, verdoppelte sich nahezu die Prozentzahl im Jahr 2014 auf 85,3% (n=116).

4.1.4. Tageszeit der Untersuchung

Die Kernarbeitszeit im Institut für Rechtsmedizin in Gießen ist von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr. Während dieser Zeit wurden 53,5% der körperlichen Untersuchungen (n=280) durchgeführt (Abb. 4). 17,8% der Untersuchungen (n=93) wurden außerhalb der Kernarbeitszeit und 13,4% der Untersuchungen (n=70) am Wochenende bzw. an den gesetzlichen Feiertagen durchgeführt (Abb. 5). 42,1% der Untersuchungen (n=118) innerhalb der Kernarbeitszeit fanden in den Untersuchungsräumen des Instituts für Rechtsmedizin und 57,5% (n=161) in anderen Einrichtungen statt (Abb. 6). In einem Fall (0,36%) wurden die Räumlichkeiten innerhalb der Kernarbeitszeit nicht dokumentiert. Außerhalb der Kernarbeitszeit fanden 28,0% der Untersuchungen (n=26) in den Räumlichkeiten der Rechtsmedizin und 71,0% (n=66) außerhalb des Instituts statt. In einem Fall (1,1%) wurden die Räumlichkeiten außerhalb der Kernarbeitszeit nicht dokumentiert. Am Wochenende bzw. während der gesetzlichen Feiertage fanden 21,4% der Untersuchungen (n=15) in den Räumlichkeiten der Rechtsmedizin statt, während 77,1% der Untersuchungen (n=54) in anderen Einrichtungen stattfanden. In einem Fall (1,4%) wurden die Räumlichkeiten am Wochenende bzw. während der Feiertage nicht dokumentiert. In 15,3% der Untersuchungen (n=80) lagen keine Angaben zur Untersuchungszeit vor, jedoch überwiegen hier die Untersuchungen außerhalb der Räumlichkeiten des Instituts für Rechtsmedizin (n=61; 76,3%) (Abb. 5 & 6).

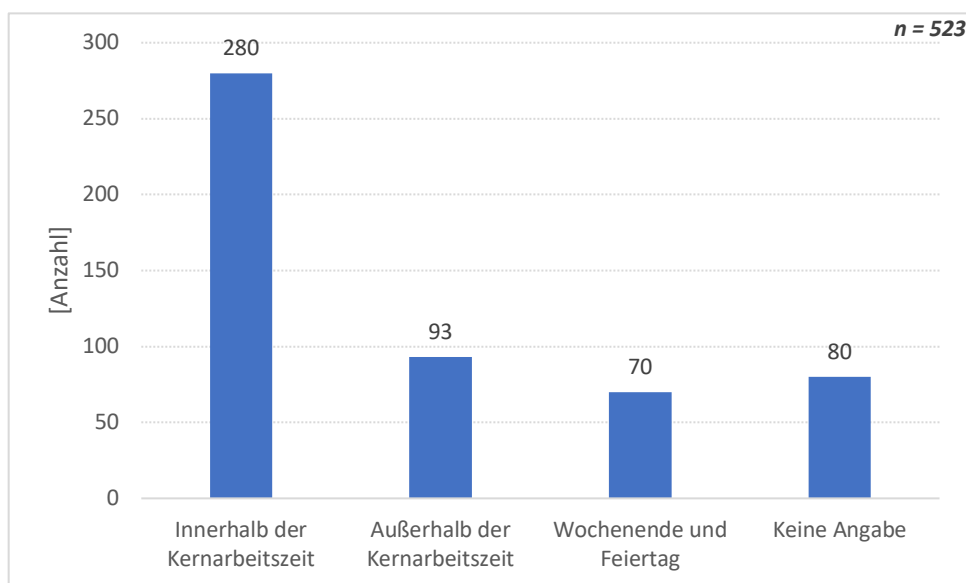


Abb. 5 Tageszeiten der Untersuchungen

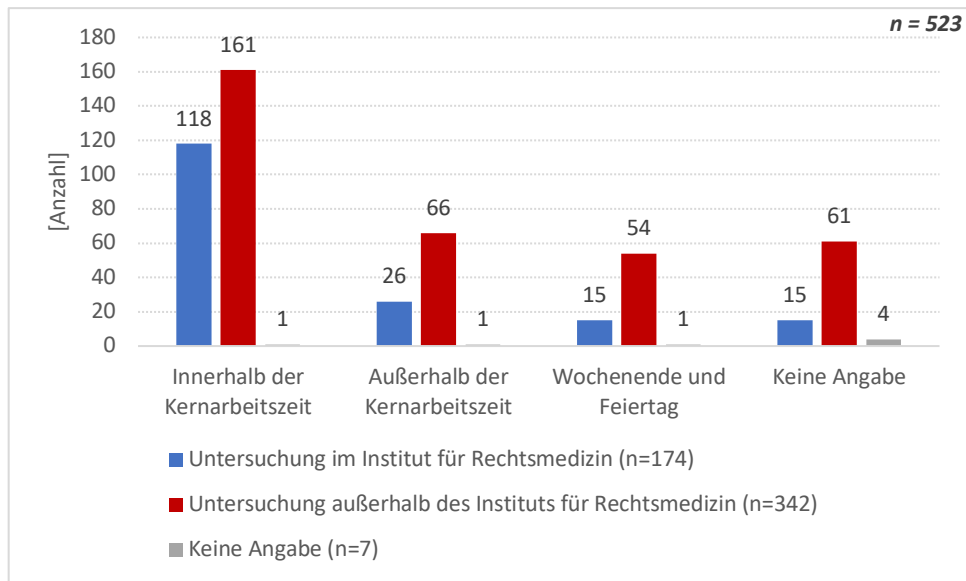


Abb. 6 Untersuchungsorte während und innerhalb der Kernarbeitszeit sowie an den Wochenenden bzw. Feiertagen

4.1.5. Untersuchungsdauer

Die meisten Untersuchungen beanspruchten bis zu 30 Minuten (n=214; 40,9%). In 154 Fällen (29,4%) betrug die Untersuchungszeit 30 bis 60 Minuten. Mehr als 60 Minuten erfolgte die rechtsmedizinische Untersuchung in 85 Fällen (16,3%). In 70 Fällen (13,4%) wurden keine Zeitangaben gemacht. Die durchschnittliche Untersuchungszeit betrug 54,73 Minuten (Abb. 7).

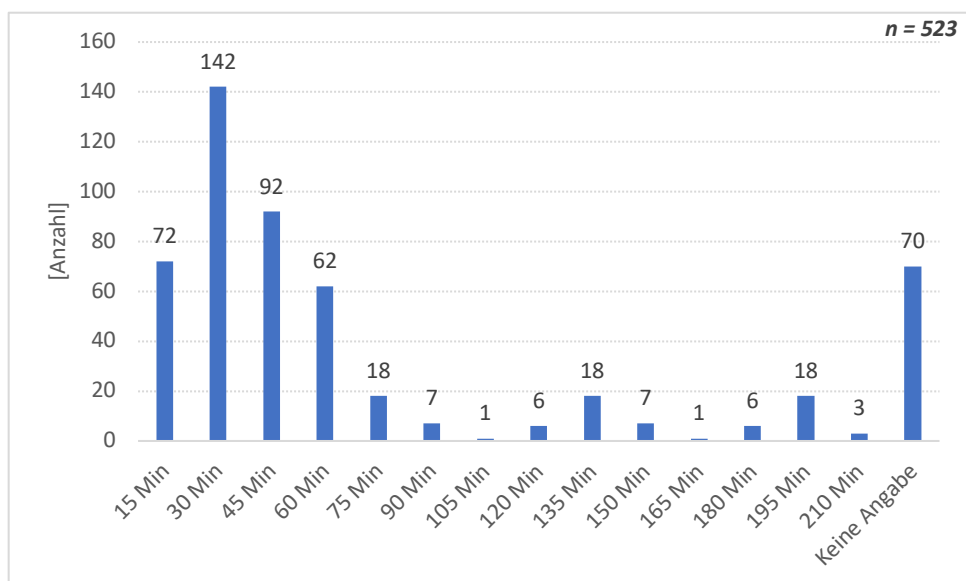


Abb. 7 Dauer der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchungen

4.1.6. Anzahl der Tage zwischen Vorfall und Untersuchung

In 130 Fällen (24,9%) erfolgte die körperliche Untersuchung innerhalb von 24 Stunden nach dem Zeitpunkt der Verletzungsentstehung. In 63 Fällen (12,0%) wurde die Begutachtung innerhalb von zwei bis drei Tagen durchgeführt. Innerhalb von vier bis sieben Tagen wurden 38 Untersuchungen (7,3%) vorgenommen. Nach mehr als sieben Tagen wurde in 39 Fällen (7,5%) die Untersuchung durchgeführt. In 253 Fällen (48,4%) wurden keine Angaben zur Zeitspanne zwischen dem Vorfalls- und Untersuchungszeitpunkt gemacht (Abb. 8).

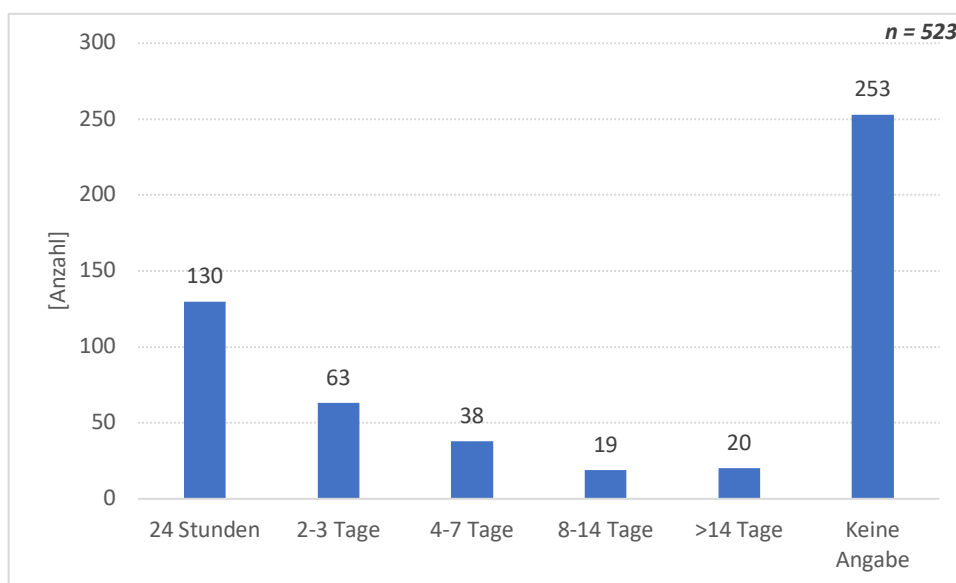


Abb. 8 *Anzahl der Tage zwischen Vorfall und Untersuchung*

4.1.7. Auftraggeber der körperlichen Untersuchungen

In Abb. 9 wird deutlich, dass in über der Hälfte der Fälle (65,2%; n=341) die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft den Auftrag für eine Untersuchung erteilte. In 21,0% der Fälle (n=110) wurden konsiliarisch, im Auftrag eines Klinikarztes, die Verletzten in der Klinik untersucht. Das Jugendamt beauftragte in 8,6% der Fälle (n=45) die rechtsmedizinische körperliche Untersuchung und in 4,4% der Fälle (n=23) erteilte eine Privatperson den Auftrag für eine Untersuchung.

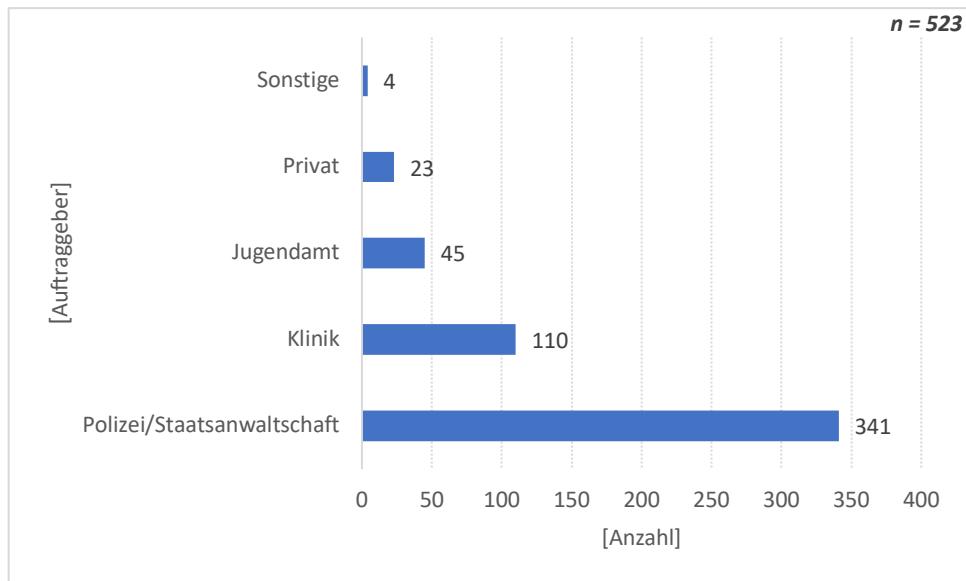


Abb. 9 Auftraggeber der körperlichen Untersuchung

4.1.8. Entfernung zum Institut für Rechtsmedizin in Gießen

300 der ausgewerteten Untersuchungsaufträge (57,4%) kamen aus der unmittelbaren Umgebung des rechtsmedizinischen Instituts in Gießen (bis zu 20 km Entfernung). Die Zahl der Aufträge sank, je größer die Distanz zum Institut war. 57 Untersuchungsaufträge (10,9%) kamen aus einer Entfernung von mehr als 100 km. In 18 Fällen (3,4%) war die Entfernung zum Sitz des Auftraggebers nicht dokumentiert (Abb. 10).

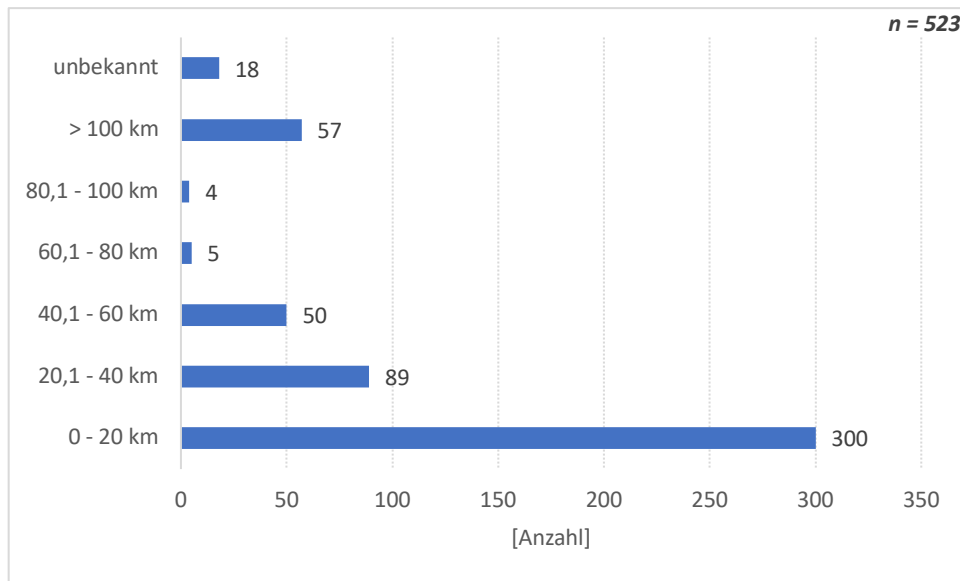


Abb. 10 *Entfernung des Sitzes des Auftraggebers einer rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung zum Institut für Rechtsmedizin in Gießen*

4.1.9. Ort der Untersuchung bzw. Untersuchungsgrundlagen

Die meisten körperlichen Untersuchungen, $n=234$ (44,7%), fanden in den Untersuchungsräumen einer Klinik statt. Am zweithäufigsten wurden die Untersuchungen in den Räumen des Instituts für Rechtsmedizin durchgeführt ($n=175$; 33,5%). 56 körperliche Untersuchungen (10,7%) erfolgten in den Räumen polizeilicher und/oder gerichtlicher Institutionen. 10 Untersuchungen (1,9%) fanden im häuslichen Umfeld statt, bei 8 Fällen (1,5%) wurde der Untersuchungsort nicht dokumentiert. Abgesehen von den körperlichen Untersuchungen an den genannten Orten wurden Beurteilungen der Verletzungen anhand von zugesandten Bildmaterialien ($n=34$; 6,5%) und Dokumenten ($n=6$; 1,1%) durchgeführt (Abb. 11).

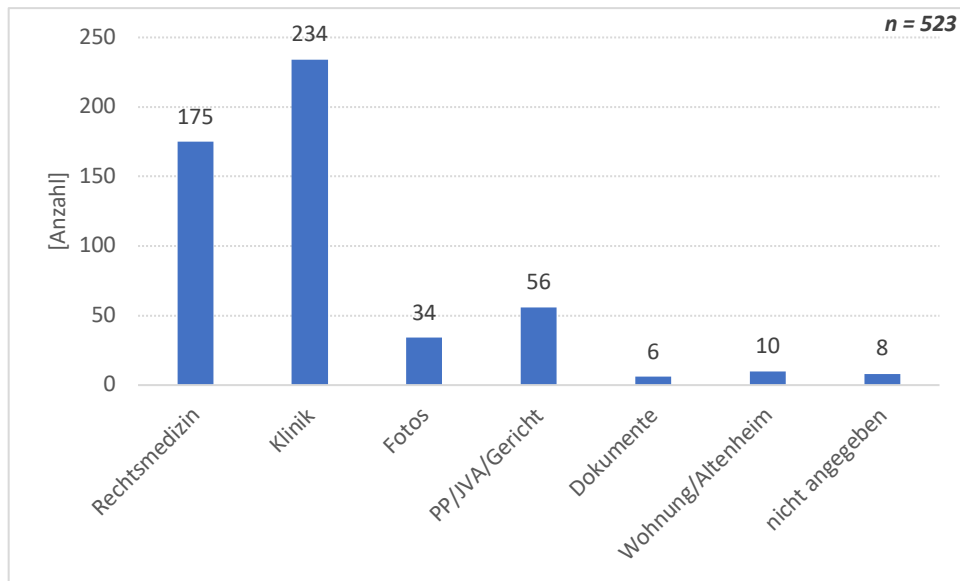


Abb. 11 *Untersuchungsorte beziehungsweise Untersuchungsgrundlagen*

4.1.10. Monatliche Verteilung der Zahl der körperlichen Untersuchungen

Zwischen 2005 und 2014 fanden die häufigsten körperlichen Untersuchungen im September (12,8%; n=67), April (9,8%; n=51) und Juli (9,4%; n=49) statt. Im August (8,6%; n=45), Oktober (8,4%; n=44), November (8,4%; n=44) und Dezember (8,4%; n=44) zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede bei der Anzahl der körperlichen Untersuchungen. Mit 5,74% (n=30) lag die Anzahl körperlicher Untersuchungen im Januar am niedrigsten (Abb. 12).

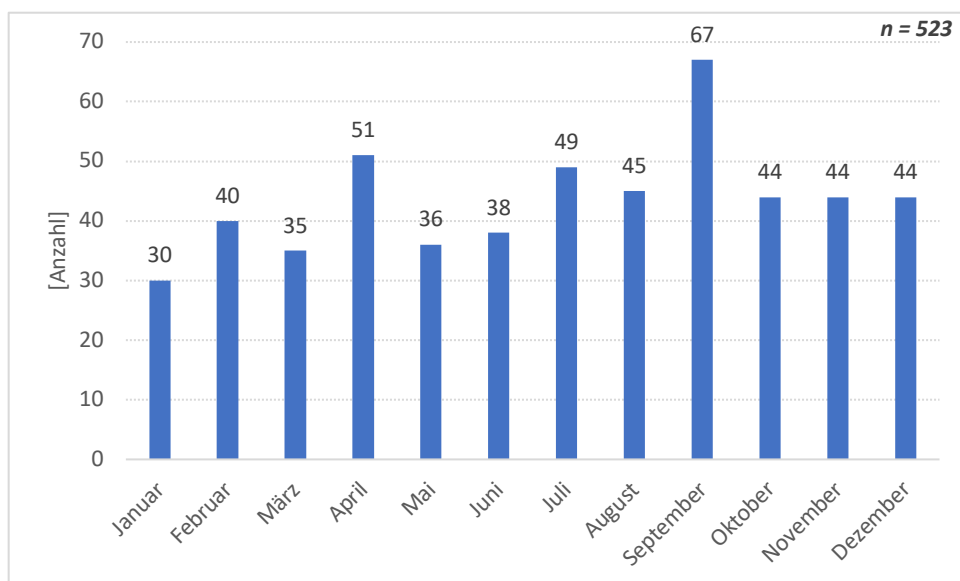


Abb. 12 *Verteilung der Zahl der körperlichen Untersuchungen nach Monaten*

4.2. Rechtsmedizinische Untersuchung mutmaßlicher Gewaltopfer / Tatverdächtiger

4.2.1. Altersverteilung

Insgesamt 47 Säuglinge (9,0%) und 97 Kleinkinder (18,5%) bis zum 6. Lebensjahr wurden von 2005 – 2014 untersucht. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 13 Jahren sowie 14 und 17 Jahren war die Fallzahl niedriger (n=62; 11,9% bzw. n=30; 5,7%). In den Alterskohorten 18 bis 24 Jahre lagen die Untersuchungszahlen bei 70 Fällen (13,4%). In den Altersgruppen von 25 bis 34 Jahren und 35 bis 44 Jahren war die Häufigkeit an untersuchten Personen nahezu gleich (n=64; 12,2% bzw. n=61; 11,7%). Die Fallzahlen sinken mit dem Alter des Gewaltopfers/Tatverdächtigen: 41 Personen (7,8%) wurden im Alter zwischen 45 bis 54 Jahren, 21 Personen (4,0%) zwischen 55 und 64 Jahren und 8 Personen (1,5%) zwischen 65 bis 79 Jahren untersucht. Bei älteren Personen ab 80 Jahren fanden 14 Untersuchungen (2,7%) statt. In 8 Fällen (1,5%) war das Alter der Untersuchten nicht dokumentiert (Abb.13).

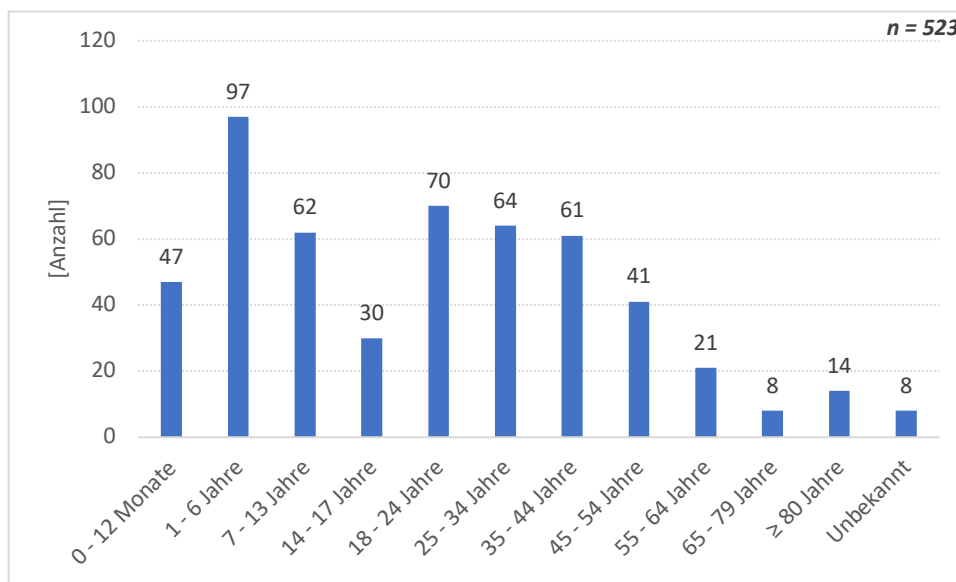


Abb. 13 Altersverteilung der Untersuchten

4.2.2. Mutmaßliche Gewaltopfer nach Geschlecht

226 (43,2%) der untersuchten Personen waren weiblich, 297 (56,8%) waren männlich (Abb. 14).

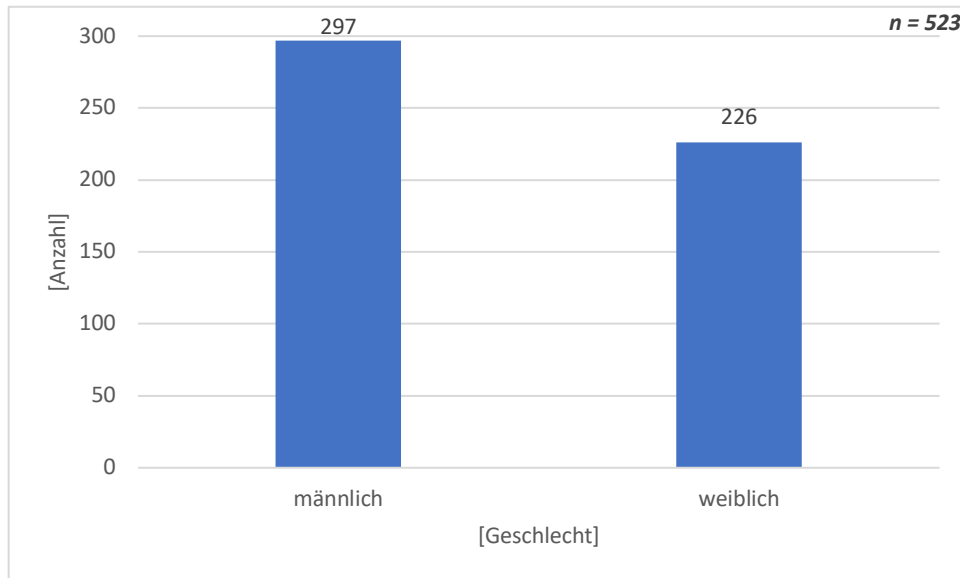


Abb. 14 *Geschlechterverteilung der Untersuchten*

4.2.3. Altersverteilung nach Geschlecht

Wie in Abb. 13 zu sehen ist, waren 70,8% ($n=370$) aller Gewaltopfer jünger als 35 Jahre alt. Wie in Abb. 15 dargestellt waren Opfer von Gewalt überwiegend Kleinkinder im Alter von 1 – 6 Jahren. Die Verteilung zwischen männlichen und weiblichen Gewaltopfern zeigte dabei keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Alters ($p = 0,617$).

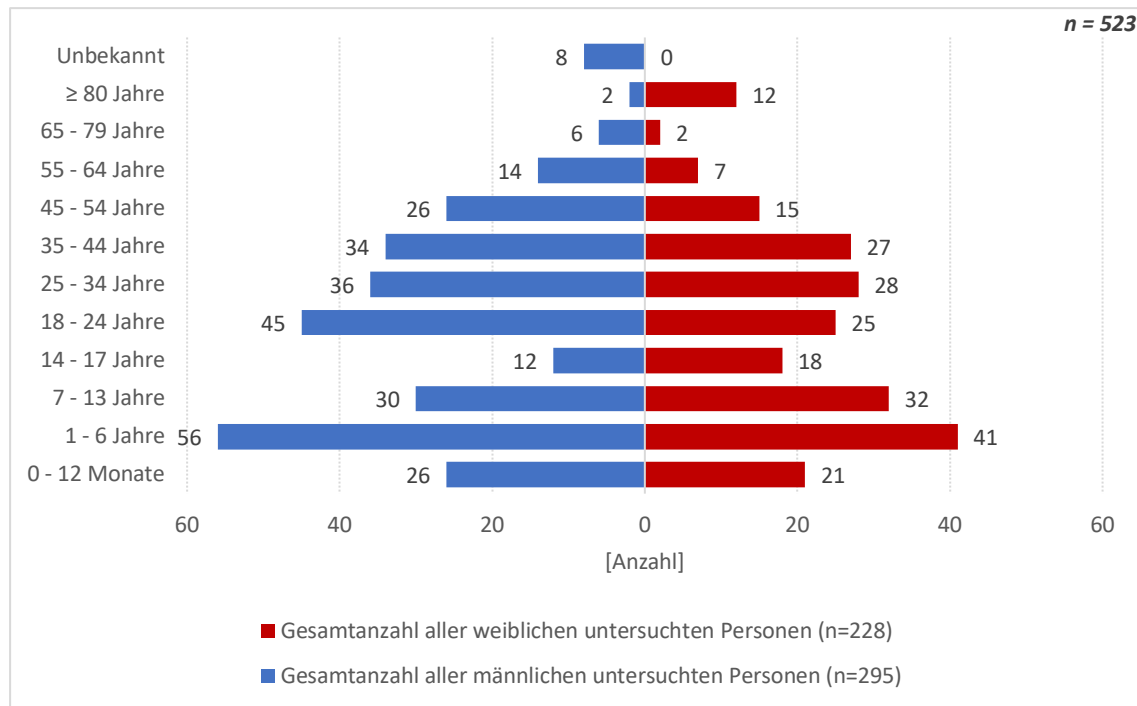


Abb. 15 Altersgruppen der Gewaltopfer in Abhängigkeit vom Geschlecht

4.2.4. Angegebene Gewaltdelikte

Die Unterteilung der in dieser Arbeit aufgeführten Gewaltdelikte erfolgte aus praktischen Gesichtspunkten und beziehen sich auf die Angaben aus den vorliegenden rechtsmedizinischen Gutachten. Die unten aufgeführten Gewaltdelikte sind hier von mir wie folgt definiert:

Tätliche Übergriffe wurden als Tatgeschehen gegen Erwachsene gesehen, die ohne sexuelle Komponente außerhäuslich geschehen sein sollen. Sexuelle Übergriffe beinhalten außerhäusliche Übergriffe mit sexueller Komponente an Erwachsenen. Die häusliche Gewalt beinhaltet Fälle, in denen körperliche und sexuelle Gewalt unter Personen stattgefunden haben soll, die in einem Haushalt leben. Demgegenüber ist die Misshandlung eine körperliche Gewalt ohne sexuelle Gewalt und der Missbrauch eine sexuelle Handlung gegen u. a. Minderjährige, Schutzbefohlene und Kranke.

Anzumerken ist, dass juristische Tatbestände durch die Gerichte und nicht durch Ärzte definiert werden.

Am häufigsten wurden tätliche Übergriffe (43,2%; n=226) gefolgt von Misshandlungen (n=193; 36,9%) gemeldet (Abb.16). Der Anteil des männlichen Geschlechts unter den Untersuchten liegt bei 72,6% (n=164) bzw. bei 54,9% (n=62) (Abb. 17).

Häusliche Gewalt wurde in 47 Fällen (9,0%) angegeben, sexuelle Übergriffe in 28 Fällen (5,4%) und sexueller Missbrauch in 23 Fällen (4,4%) (Abb.16). Die mutmaßlichen Opfer der häuslichen Gewalt (n=40; 85,1%), des sexuellen Übergriffs (n=20; 69,6%) und des Missbrauchs (n=16; 71,4%) waren überwiegend weiblichen Geschlechts (Abb.17).

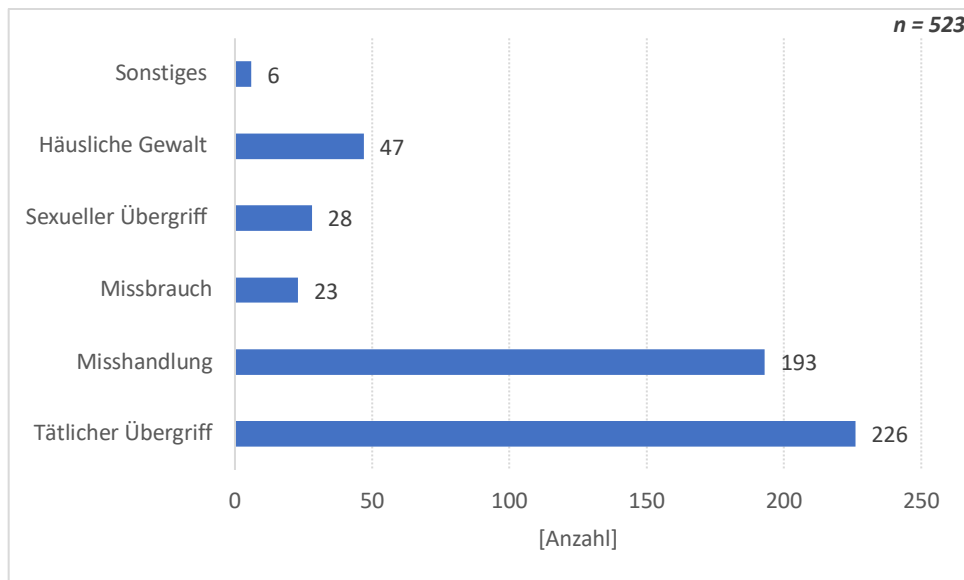


Abb. 16 Verteilung der Gewaltdelikte (Gesamtkollektiv)

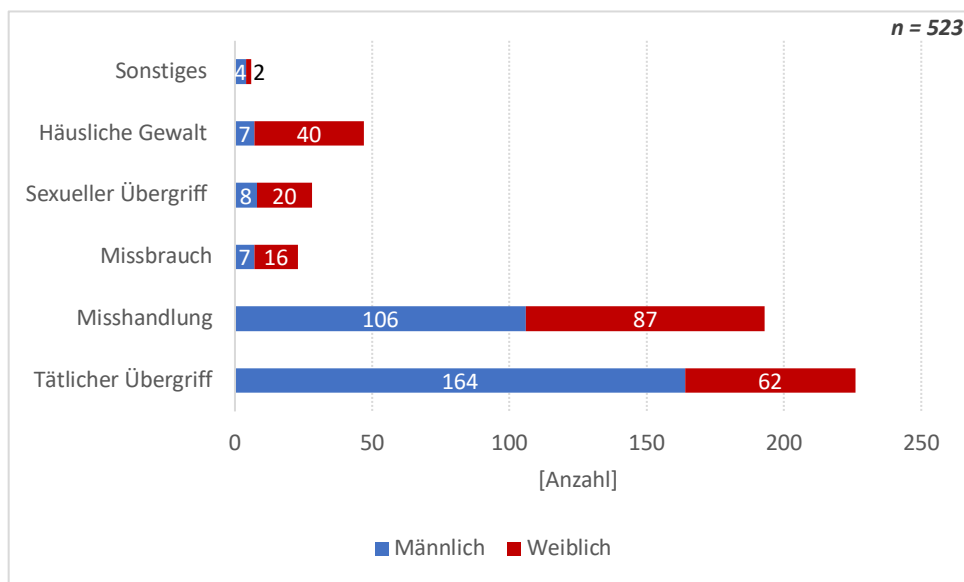


Abb. 17 Verteilung der Gewaltdelikte (Gesamtkollektiv) nach Geschlecht

4.2.5. Angegebenes Gewaltdelikt bezogen auf den Auftraggeber

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf das jeweilige Gewaltdelikt (Abb. 18).

Bei tätlichen Übergriffen (n=226) wird deutlich, dass in mehr als 92% der Fälle die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft den Auftrag für eine rechtsmedizinische körperliche Untersuchung erteilt hatte. Wesentlich seltener erfolgte die Untersuchung im Auftrag einer Klinik, Privatperson oder des Jugendamtes.

Bei Betrachtung der Misshandlung (n=193) wurde in 43,0% der Fälle (n=83) die Untersuchung im Auftrag der Klinikärzte konsiliarisch erbeten. In 30,1% der Fälle (n=58), beauftragte die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft und in 21,8% (n=42) der Fälle das Jugendamt eine körperliche Untersuchung des Verletzten. Sehr viel seltener erfolgt die Untersuchung im Auftrag einer Privatperson und des Schul- bzw. Arbeitsumfelds.

Wurde der Verdacht eines Missbrauchs (n=23) geäußert, wurde die rechtsmedizinische konsiliarische Untersuchung eines Patienten mit 47,8% der Fälle (n=11) durch einen Klinikarzt beauftragt und in den Räumen der Klinik durchgeführt. In 43,5% der Fälle (n=10) erteilte die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft und in 8,7% der Fälle (n=2) das Jugendamt einen solchen Auftrag der körperlichen Untersuchung.

Bestand der Verdacht eines sexuellen Übergriffs (n=28), wurde eine körperliche Untersuchung mit 78,6% der Fälle (n=22) überwiegend durch die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft beauftragt. Konsiliarische Untersuchungen in der Klinik erfolgten bei 21,4% (n=6) der erteilten Aufträge.

Kam es zu häuslicher Gewalt (n=47), gab die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft in 78,7% der Fälle (n=37) den Auftrag zu einer körperlichen Untersuchung. In 12,8% der Fälle (n=6) beauftragte eine Privatperson und in 8,5% der Fälle (n=4) eine Klinik das Institut für Rechtsmedizin, um eine körperliche Untersuchung durchzuführen.

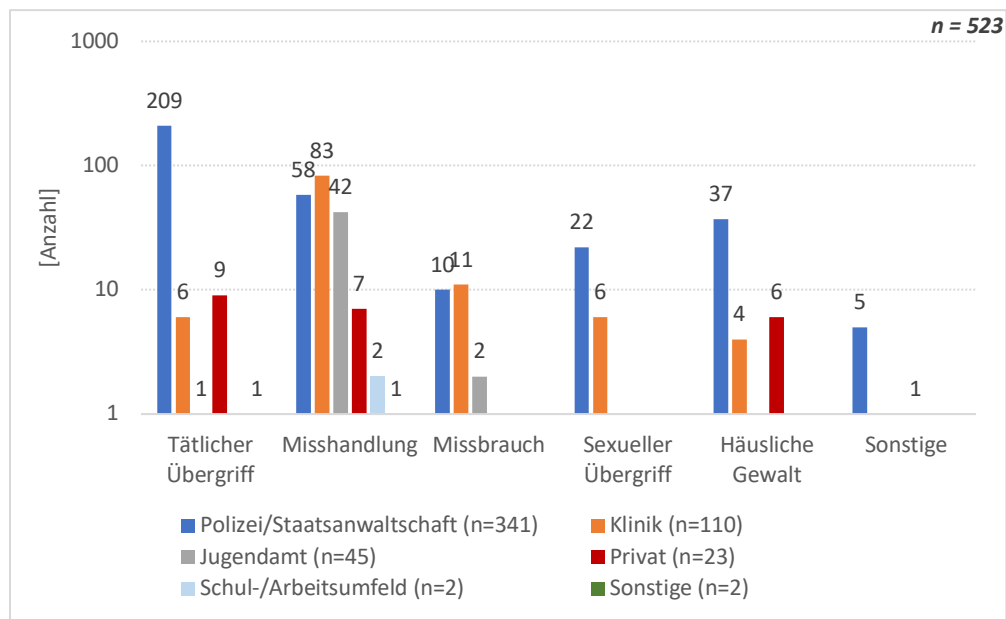


Abb. 18 Angegebenes Gewaltdelikt bezogen auf den Auftraggeber

4.2.6. Tatverdächtigen-/Geschädigtenumfeld

Diese Daten beziehen sich auf Angaben in den rechtsmedizinischen Gutachten, ermöglicht durch darin festgehaltene Aussagen von u. a. den Gewaltopfern, der Begleitperson, der Polizei, Zeugen oder dem Jugendamt. Die Ergebnisse beziehen sich hier auf das jeweilige Gewaltdelikt.

Bei **tätlichen Übergriffen (n=226)** wurden in 44,2% der Untersuchungen (n=100) keine Angaben zum Täter bzw. zur Täterin gemacht. In 8,8% der Fälle (n=20) war der/die Tatverdächtige laut Gutachten bekannt, jedoch waren weitere Angaben über die Beziehung zum Gewaltopfer nicht näher beschrieben. Bei Kenntnis der Täterin bzw. des Täters sei diese/-r in 18,6% der Fälle (n=42) eine fremde Person gewesen, bei 18,1% der Untersuchten (n=41) sei diese/-r aus dem familiären Umfeld und in 8,8% der Fälle (n=20) aus dem Schul- bzw. Arbeitsumfeld gekommen. In 1,3% der Fälle seien die Pflegeeltern (n=3) für einen tätlichen Übergriff verantwortlich gewesen.

Misshandlungen (n=193) hätten bei 65,8% der Untersuchten (n=127) am häufigsten im familiären Umfeld stattgefunden. 4,1% der Geschädigten sollen von den Pflegeeltern (n=8) misshandelt worden sein. In 27,5% der Fälle (n=53) wurden keine näheren Angaben über die/den Tatverdächtige/-n gemacht.

Sexueller Missbrauch (n=23) soll laut Angaben in 69,6% der Fälle (n=16) vor allem in der familiären Umgebung aufgetreten sein. Bei einem Fall (4,3%) sei die/der

Tatverdächtige aus dem Schul- bzw. Arbeitsumfeld gekommen. Bei insgesamt 26,1% der Untersuchten (n=6) wurde keine Angabe über das Umfeld des Gewaltopfers gemacht.

Ein **sexueller Übergriff (n=28)** habe bei 32,1% (n=9) im familiären Umfeld stattgefunden, bei 25,0% (n=7) sei der bzw. die Tatverdächtige der geschädigten Person fremd gewesen und bei 10,7% (n=3) sei dieser bzw. diese aus dem Schul- bzw. Arbeitsumfeld gekommen. Das Umfeld eines/-r Täterverdächtige/-r war bei 32,1% (n=9) der angegebenen sexuellen Übergriffe nicht angegeben.

Im Rahmen der **häuslichen Gewalt (n=47)** war bei 91,5% der Untersuchten (n=43) eine Person aus dem familiären Umfeld mutmaßlich für die Tat verantwortlich. Bei 8,5% (n=4) wurden keine Angaben zum/zur mutmaßlichen Täter/-in der häuslichen Gewalt gemacht (Abb. 19).

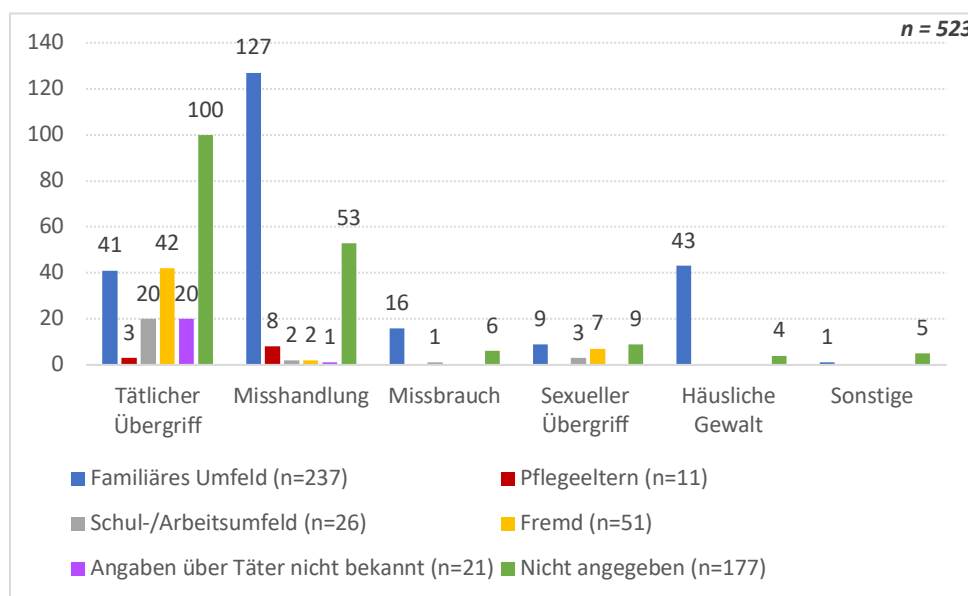


Abb. 19 *Tatverdächtigen/Gewaltopferumfeld*

4.3. Körperliche Befunde

4.3.1. Formen der Gewalt und deren Häufigkeit

Im untersuchten Zeitraum dominierte die stumpfe Gewalteinwirkung mit 429 Fällen (82,0%) als häufigste Gewaltform bei den untersuchten mutmaßlichen Gewaltopfern und Tatverdächtigen. Scharfe Gewalteinwirkung wie Stiche und Schnitte (n=98; 18,7%) und halbscharfe Gewalt (n=68; 13,0%) waren am zweit- bzw. dritthäufigsten vertreten.

Thermische Gewalteinwirkung lag in 23 Fällen (4,4%) vor. In 5 Fällen (1,0%) der 523 Fälle lag der Verdacht auf eine Vernachlässigung vor. Bei 26 Fällen (5,0%) war die Gewaltform nicht zuordenbar (Abb. 20). Mehrfachangaben pro untersuchte Person wurden berücksichtigt.

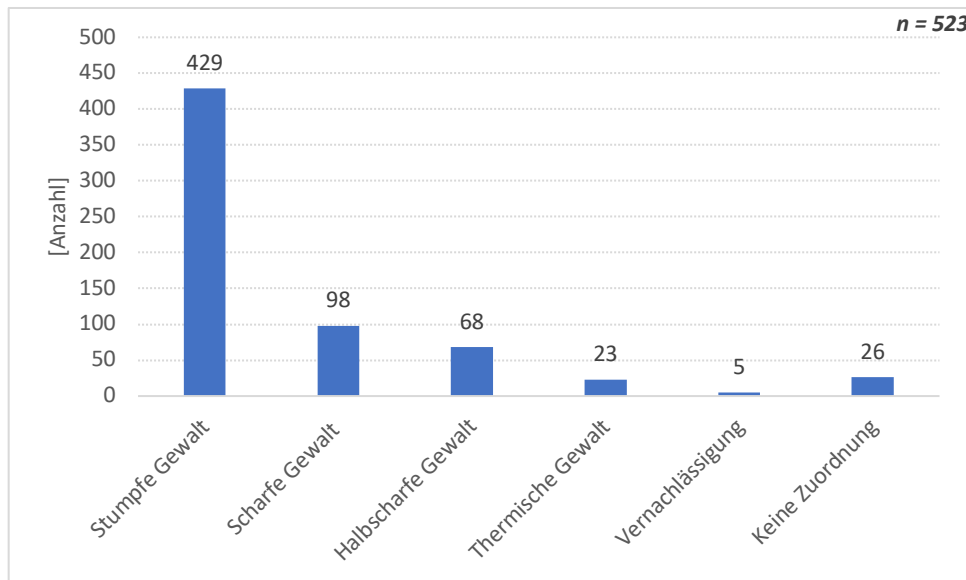


Abb. 20 *Verteilung der Arten von Gewalt insgesamt (mehrere Gewaltformen pro Fall möglich)*

4.3.2. Anzahl der Gewaltformen pro Fall

Am häufigsten war pro Person nur eine Gewaltform nachzuweisen (68,5%). Bei 116 körperlichen Untersuchungen (22,2%) fanden sich zwei und bei 10 der Untersuchten (1,9%) mehr als zwei unterschiedliche Gewaltformen. In 7 Fällen (1,3%) war keine Zuordnung der Gewaltform möglich und in 32 Fällen (6,1%) waren makroskopisch keine Verletzungen abgrenzbar. Nicht zuordenbare Verletzungen wurden bei der Anzahl der Formen der Gewalteinwirkung nicht berücksichtigt (Abb. 21).

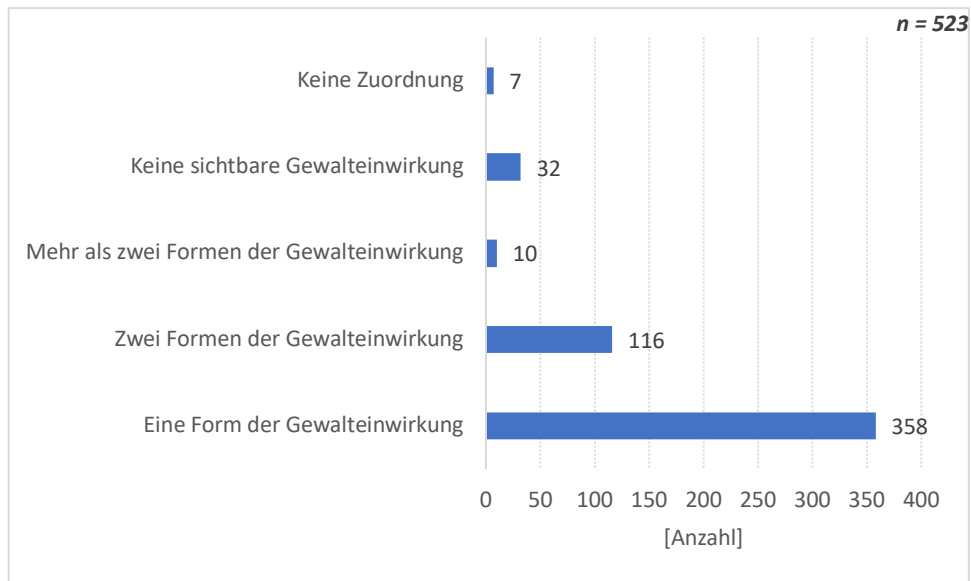


Abb. 21 *Anzahl der Gewaltformen pro Fall*

4.3.3. Stumpfe Gewalteinwirkung

Insgesamt wurde 1198-mal die Einwirkung stumpfer Gewalt in den 429 Fällen dokumentiert.

4.3.3.1. Alter

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweiligen Alterskohorten (Abb. 22).

In allen Alterskohorten ist die stumpfe Gewalteinwirkung am häufigsten vertreten. Insgesamt waren 85,1% (n=40) aller zwischen 0 bis 12 Monaten alten sowie 87,6% (n=85) aller zwischen 1 bis 6 Jahre alten Personen stumpfer Gewalt ausgesetzt. Bei Kindern zwischen dem 7. bis 13. Lebensjahr fanden sich bei 83,9% (n=52) sowie bei Jugendlichen zwischen 14 bis 17 Jahren bei 70,0% der Untersuchten (n=21) Zeichen stumpfer Gewalteinwirkung. Unter den Erwachsenen zwischen 18 bis 24 Jahren wurden 80,0% (n=56), zwischen 25 bis 34 Jahren 67,2% (n=43), zwischen 35 bis 44 Jahren 90,2% (n=55), zwischen 45 bis 54 Jahren 80,5% (n=33), zwischen 55 bis 64 Jahren 90,5% (n=19) und zwischen 65 bis 79 Jahren 75,0% (n=6) der Fälle durch stumpfe Gewalt verletzt. Bei Untersuchungen von über 79-jährigen erfuhren alle 14 Geschädigten stumpfe Gewalteinwirkung.

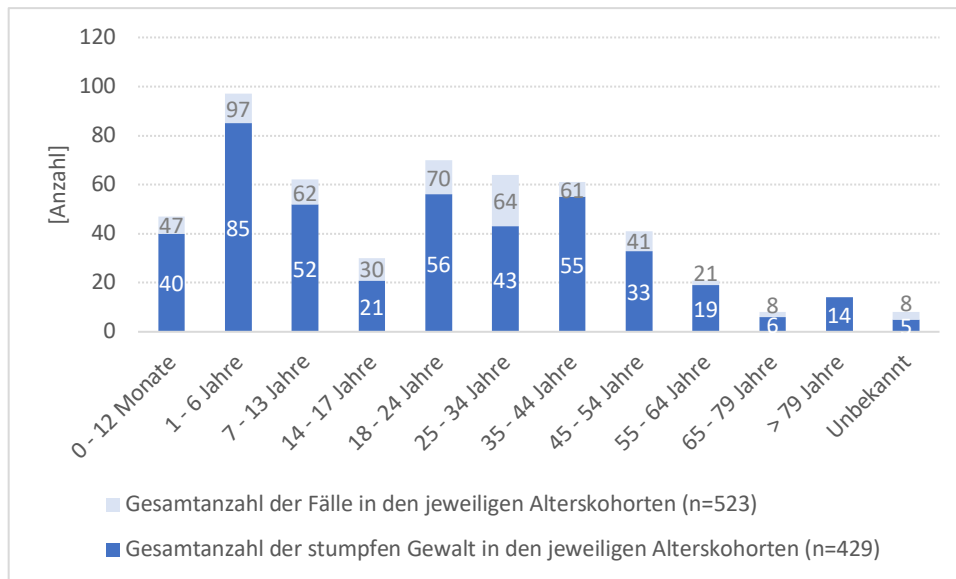


Abb. 22 Altersverteilung stumpfe Gewalt

4.3.3.2. Geschlecht

Bei Betrachtung des Geschlechts bezüglich Anwendung stumpfer Gewalt lässt sich ein Unterschied darstellen. Unter den Verletzten dieser Gewaltform waren 45,7% (n=196) weiblich und 54,3% (n=233) männlich (Abb. 23).

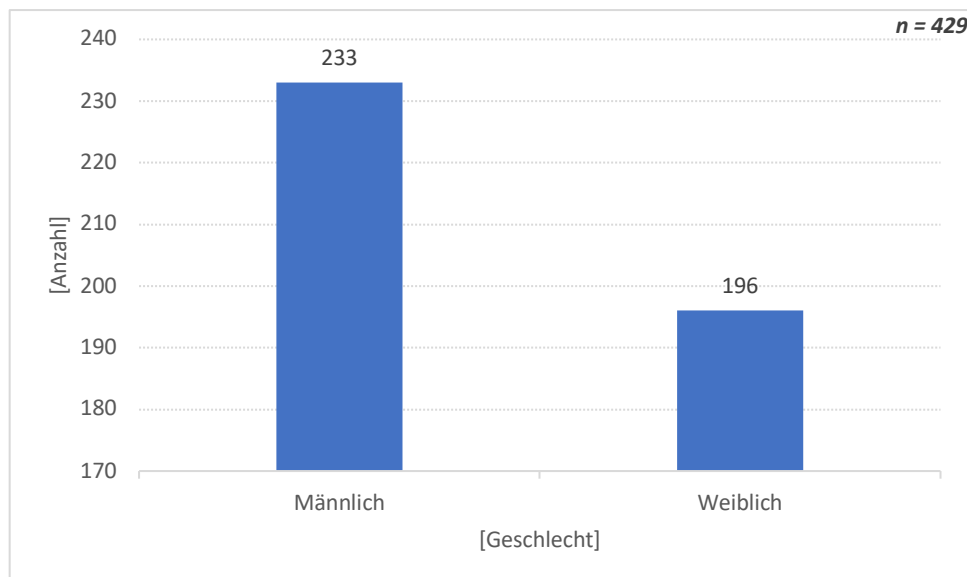


Abb. 23 Verteilung der stumpfen Gewalt nach Geschlecht

4.3.3.3. Lokalisation

Insgesamt wurde 1198-mal die Einwirkung stumpfer Gewalt dokumentiert unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro untersuchter Person. Mit 21,6% (n=259) waren am häufigsten die oberen Extremitäten, gefolgt von den unteren Extremitäten mit 20,7% (n=248) betroffen. Am dritthäufigsten waren Bereiche des Gesichts (17,0%; n=204) dieser Gewaltform ausgesetzt. Bei 9,4% (n=113) waren Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung an der behaarten Kopfhaut nachzuweisen, bei 8,2% (n=98) am Rücken, bei 6,4% (n=77) am Gesäß bzw. an der Hüftregion, bei 5,8% (n=69) am Hals, bei 5,7% (n=68) am Thorax und bei 2,8% (n=34) im Bereich des Abdomens. Anzeichen stumpfer Gewalteinwirkung zeigten sich ungefähr gleich häufig in der Genital- bzw. Analregion (1,2%; n=14) und am Nacken (1,0%; n=12) (Abb. 24).

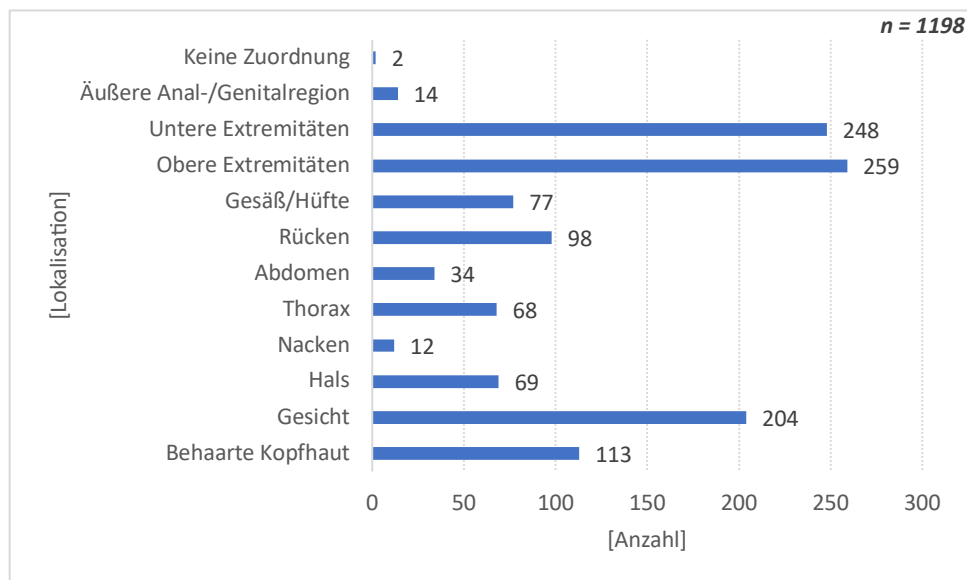


Abb. 24 Lokalisation der stumpfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.3.4. Scharfe Gewalteinwirkung

Insgesamt wurde 161-mal die Einwirkung scharfer Gewalt in den 98 Fällen dokumentiert.

4.3.4.1. Alter

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweiligen Alterskohorten (Abb. 25).

Von den 98 Fällen scharfer Gewalteinwirkung waren Erwachsene zwischen 18 bis 24 Jahren (n=31; 44,3%) insgesamt am häufigsten betroffen. Bei den 25- bis 34-Jährigen zeigten sich in 23 Fällen (35,9%), bei 35- bis 44-Jährigen in 17 Fällen (27,9%) und bei 45- bis 54-Jährigen in 9 Fällen (22,0%) Hinweise auf scharfe Gewalteinwirkung. In 6 Fällen (28,6%) sowie in einem Fall (12,5%) waren die Untersuchten in der Alterskohorte zwischen dem 55. bis 64. Lebensjahr sowie zwischen dem 65. bis 79. Lebensjahr. In drei Fällen (37,5%) war das Alter der verletzten Personen unbekannt. In einem Fall (1,0%) waren Kleinkinder im Alter zwischen 1 bis 6 Jahren von dieser Gewalteinwirkung betroffen. Keine scharfe Gewalt wurde bei Kindern bis zum 12. Lebensmonat sowie im Alter zwischen dem 7. bis 13. Lebensjahr und bei über 79-jährigen dokumentiert.

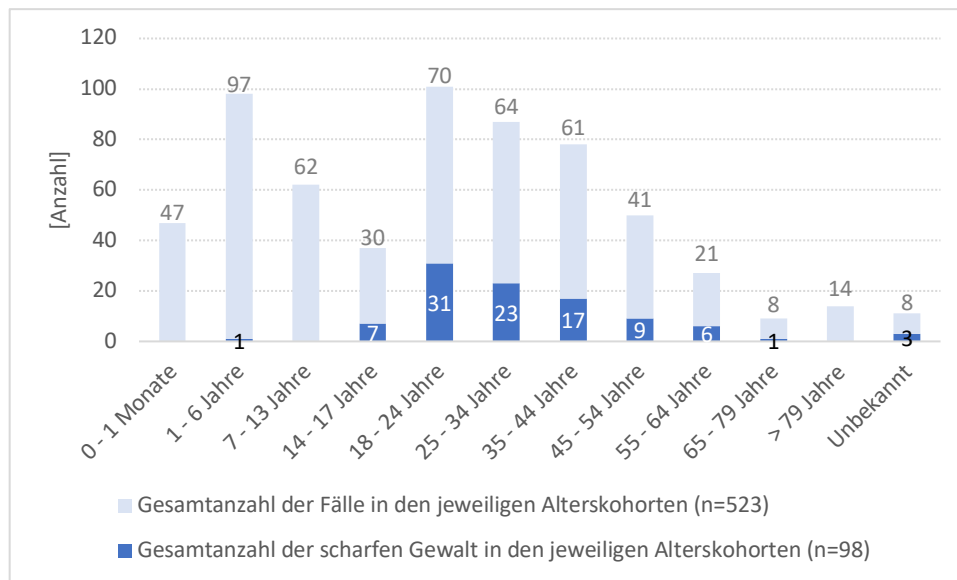


Abb. 25 Altersverteilung bei Verletzungen infolge scharfer Gewalt

4.3.4.2. Geschlecht

Bei Betrachtung des Geschlechts bezüglich der Anwendung scharfer Gewalt lässt sich ein eindeutiger Unterschied darstellen. Unter den Verletzten dieser Gewaltform waren 70,4% (n=69) männlich und 29,6% (n=29) weiblich (Abb. 26).

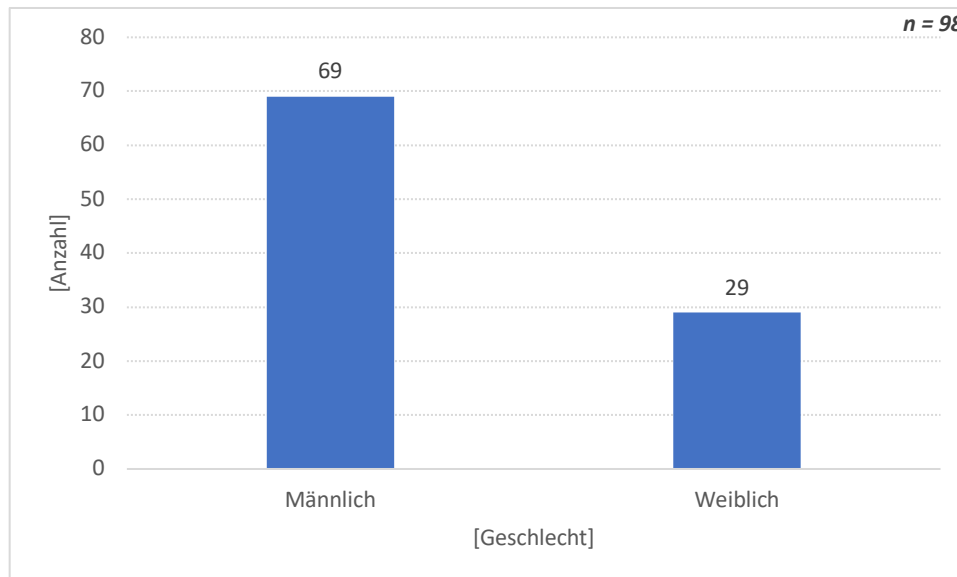


Abb. 26 Geschlechterverteilung bei Verletzungen nach scharfer Gewalt

4.3.4.3. Lokalisation

Insgesamt wurde unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro untersuchter Person 161-mal die Einwirkung scharfer Gewalt dokumentiert. Bei 37,3% der Verletzungen (n=60) waren am häufigsten die oberen Extremitäten innerhalb der scharfen Gewalteinwirkung betroffen. An zweiter Stelle waren bei 14,3% der Verletzungen (n=23) Teile des Thorax betroffen. Bei 10,6% (n=17) waren Verletzungen am Hals durch scharfe Gewalteinwirkung dokumentiert. Ungefähr gleich häufig waren Bereiche des Rückens und des Abdomens mit jeweils 8,1% (n=13), des Gesichts mit 6,2% (n=10) sowie der unteren Extremitäten mit 6,8% (n=11) betroffen. Anzeichen derartiger Verletzungen fanden sich mit 3,7% (n=6) seltener an der behaarten Kopfhaut, mit 2,5% (n=4) am Gesäß bzw. am Bereich der Hüftregion, mit 1,9% am Nacken (n=3) oder mit 0,6% (n=1) an der äußeren Genital- bzw. Analregion (Abb. 27).

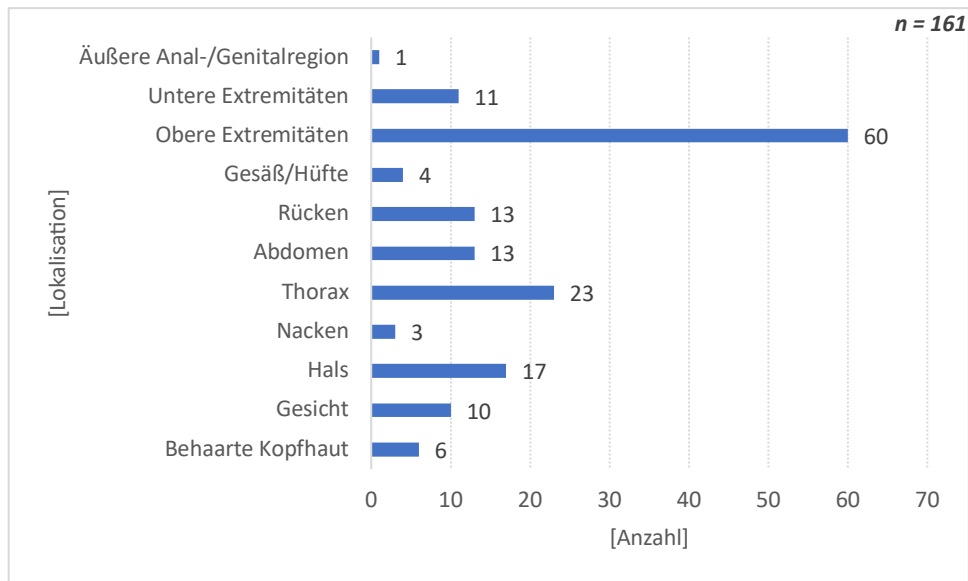


Abb. 27 Lokalisation der Verletzungen bei scharfer Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.3.5. Halbscharfe Gewalteinwirkung (+kratzerartige Verletzungen und Bissverletzungen)

Insgesamt wurde 108-mal die Einwirkung halbscharfer Gewalt in den 68 Fällen dokumentiert.

4.3.5.1. Alter

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweiligen Alterskohorten.

Säuglinge bis zum 12. Lebensmonat waren in 6 Fällen (12,8%), Kleinkinder zwischen 1 und 6 Jahren in 7 Fällen (7,2%) und Kinder zwischen 7 und 13 Jahren in 8 Fällen (12,9%) halbscharfer Gewalt ausgesetzt. Mit zwei Fällen (6,7%) war die Altersgruppe zwischen 14 und 17 Jahren von halbscharfer Gewalt betroffen. Im Alter zwischen 18 und 24 Jahren zeigte sich bei 10 Fällen (14,3%), zwischen 25 und 34 Jahren bei 12 der Untersuchten (18,8%) sowie zwischen dem 35. und 44. Lebensjahr in 11 Fällen (18,0%) die Einwirkung halbscharfer Gewalt. Vier Erwachsene (9,8%) im Alter zwischen 45 bis 54 Jahren, 5 Erwachsene (23,8%) zwischen 55 bis 64 Jahren, 2 Erwachsene (25,0%) zwischen 65 bis 79 Jahre sowie eine über 79-jährigen Person (7,1%) erlitten Verletzungen halbscharfer Gewalteinwirkung (Abb. 28).

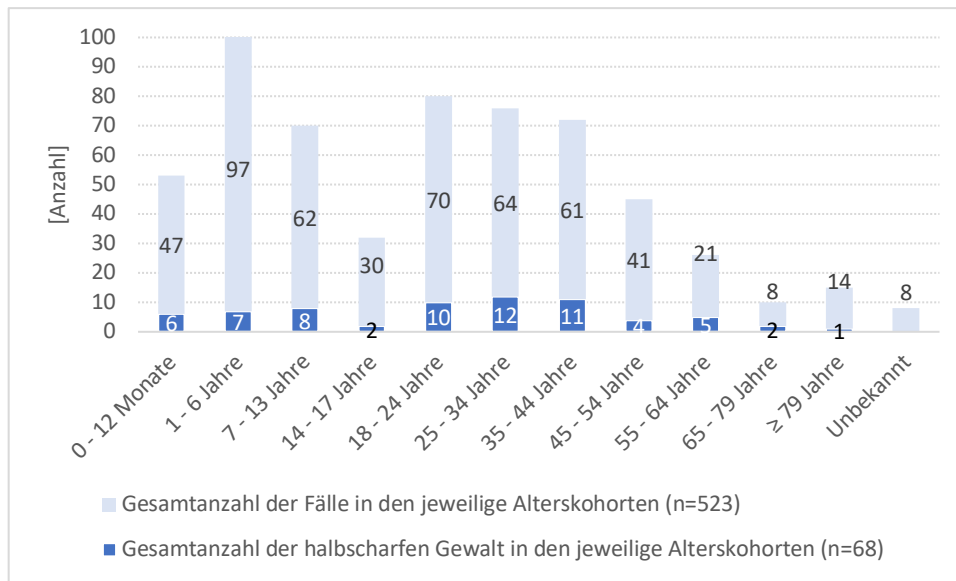


Abb. 28 Altersverteilung halbscharfe Gewalt

4.3.5.2. Geschlecht

Von halbscharfer Gewalt waren mit 55,9% (n=38) häufiger männliche Personen betroffen. Weibliche Personen wiesen zu 44,1% (n=30) derartige Verletzungen auf (Abb. 29).

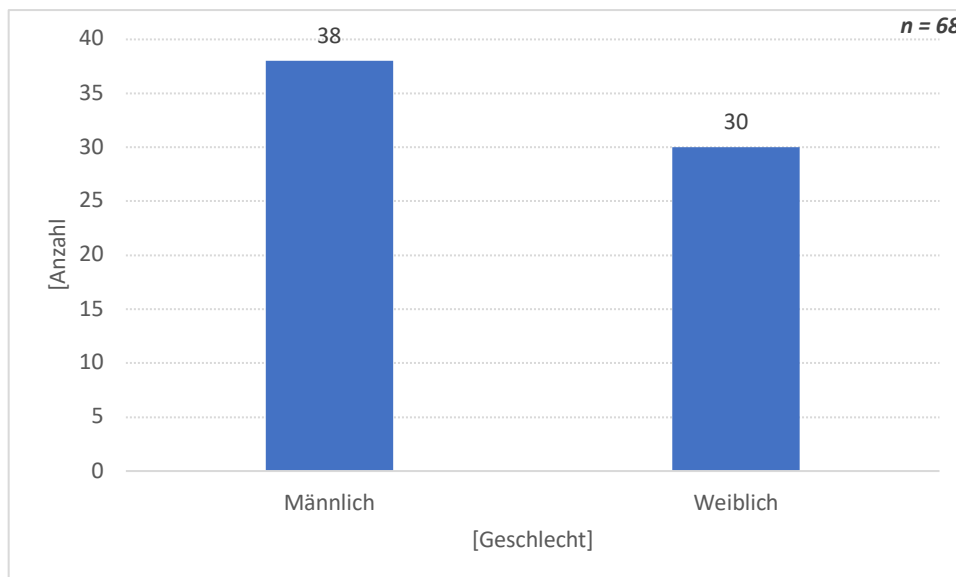


Abb. 29 Geschlechterverteilung halbscharfer Gewalteinwirkung

4.3.5.3. Lokalisation

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtzahl der Fälle mit halbscharfer Gewalteinwirkung. Insgesamt wurde unter Berücksichtigung mehrerer Lokalisationen pro untersuchter Person 108-mal die Einwirkung halbscharfer Gewalt dokumentiert. Mit 29,6% (n=32) waren am häufigsten die oberen Extremitäten und mit 19,4% (n=22) am zweithäufigsten das Gesicht betroffen. Bereiche der unteren Extremitäten sowie der Hals waren jeweils mit 10,2% (n=11) betroffen. Bei 6,5% (n=7) waren Verletzungen halbscharfer Gewalteinwirkung am Thorax, bei 5,6% (n=6) am Abdomen, bei jeweils 4,6% (n=5) am Nacken sowie am Rücken und bei jeweils 3,7% (n=4) an der Gesäß- bzw. Hüftregion und an der behaarten Kopfhaut dokumentiert. Seltener war die äußere Anal- bzw. Gesäßregion (0,9%; n=1) betroffen. In einem Fall (0,9%) wurden keine Angaben zur Lokalisation gemacht (Abb. 30).

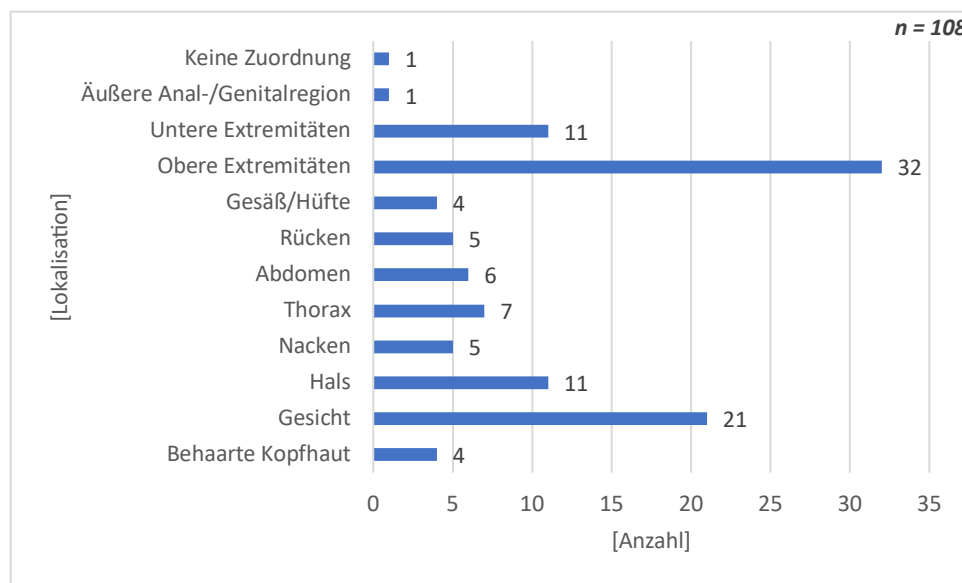


Abb. 30 Lokalisation halbscharfer Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

Insgesamt zeigten sich bei 56,5% (n=61) und bei 22,2% (n=24) der 108 Verletzungen in Folge halbscharfer Gewalteinwirkung Hinweise auf Kratz- bzw. Bissverletzungen. Bei den übrigen Verletzungen halbscharfer Gewalt wurde diese mit 10,2% (n=11) durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand hervorgerufen. Bei 11,1% (n=12) wurde keine Zuordnung der Ursache der halbscharfen Gewalt zu einem eventuellen Tatwerkzeug gemacht (Abb. 31).

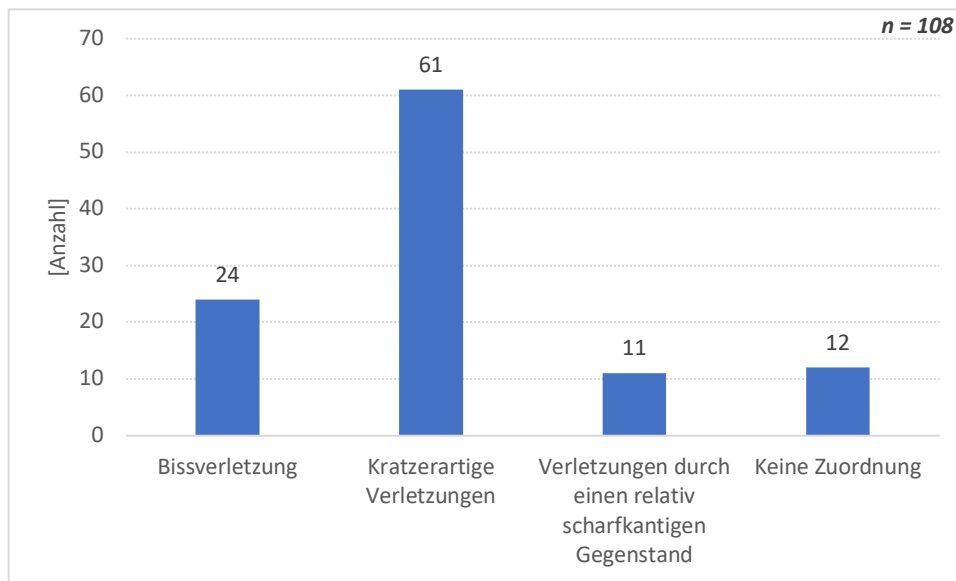


Abb. 31 Anteil der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Formen halbscharfer Gewalt pro Einzelfall möglich)

24,6% (n=15) der kratzerartigen Verletzungen traten im Bereich der oberen Extremitäten auf. Im Bereich des Gesichts wurden 21,3% (n=13) aller kratzerartigen Verletzungen und 13,1% (n=8) am Hals festgestellt. Jeweils bei 8,2% (n=5) wurden diese Verletzungen an den unteren Extremitäten und am Thorax dokumentiert, am Rücken bei 4,9% (n=3). Im Bereich des Nackens und am Abdomen lag die Verteilung dieser Verletzungen jeweils bei 6,6% (n=4), an der behaarten Kopfhaut und an dem Gesäß- bzw. im Hüftbereich jeweils bei 3,3% (n=2) vor. An der äußeren Genital- bzw. Analregion wurden keine kratzerartigen Verletzungen dokumentiert.

50,0% (n=12) der Bissverletzungen traten im Bereich der oberen Extremitäten auf. Im Gesichtsbereich wurden 12,5% (n=3) aller Bissspuren festgestellt. Am Thorax, an der Gesäß- bzw. Hüftregion sowie an den unteren Extremitäten lag die Verteilung der Bissspuren jeweils bei 8,3% (n=2). Seltener waren mit 4,2% (n=1) jeweils der Rücken oder das Abdomen betroffen. Im Bereich der behaarten Kopfhaut, des Halses, des Nackens und der äußeren Genital- bzw. Analregion wurden keine Bissverletzungen dokumentiert.

36,4% der Verletzungen (n=4) traten im Bereich des Gesichtes durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand auf. An den oberen und unteren Extremitäten wurden jeweils 18,2% der Verletzungen (n=2) dokumentiert. Gleich häufig traten derartige Verletzungen im Bereich des Halses, des Rückens und des Abdomens (jeweils 7,4%) auf (Abb. 32).

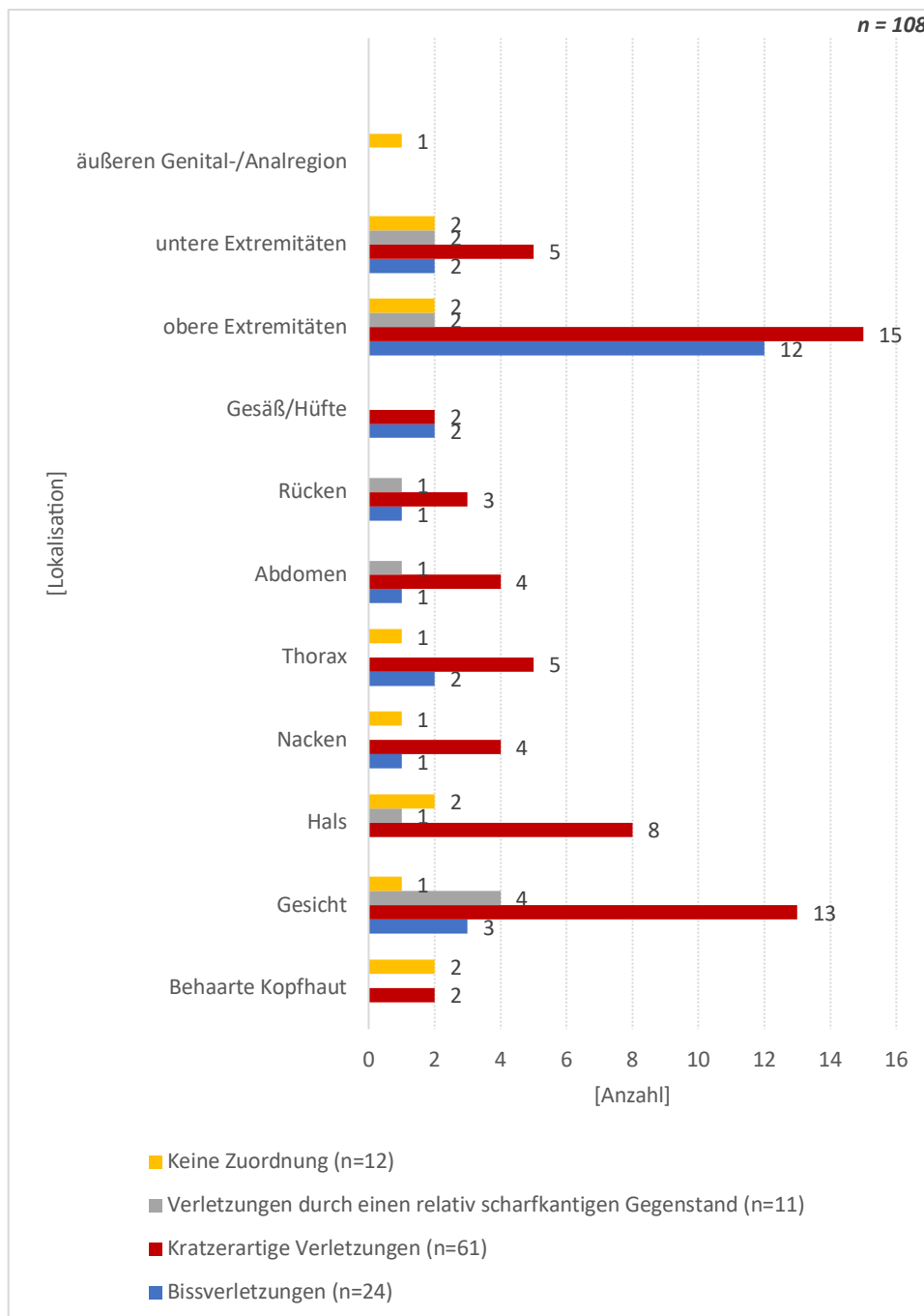


Abb. 32 Lokalisation der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.3.6. Thermische Gewalteinwirkung

Insgesamt wurde 31-mal die Einwirkung thermischer Gewalt in den 23 Fällen dokumentiert.

4.3.6.1. Alter

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweiligen Alterskohorten. Thermische Gewalteinwirkung kam in der Alterskohorte zwischen 0 – 12 Monaten in einem Fall (2,1%) vor. Im Alter zwischen 1 und 6 Jahren trat diese Gewaltform in 9 untersuchten Fällen (9,3%) auf. Bei Kindern zwischen 7 und 13 Jahren zeigten sich in zwei Fällen (3,2%), bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren in einem Fall (3,3%), bei Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren in drei Fällen (4,3%), bei 25- bis 34-Jährigen in zwei Fällen (3,1%) sowie bei Erwachsenen zwischen 35 und 44 Jahren in drei Fällen (4,9%) Anzeichen für thermische Gewalt. Bei einem Erwachsenen zwischen 55 und 64 Jahren (4,8%) konnte eine Verletzung durch thermische Gewalt festgestellt werden. In einem weiteren Fall (12,5%) war das Alter des Untersuchten nicht bekannt. Keine Anzeichen für eine thermische Gewalteinwirkung waren bei Untersuchten zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr sowie ab dem 65. Lebensjahr festzustellen (Abb. 33).

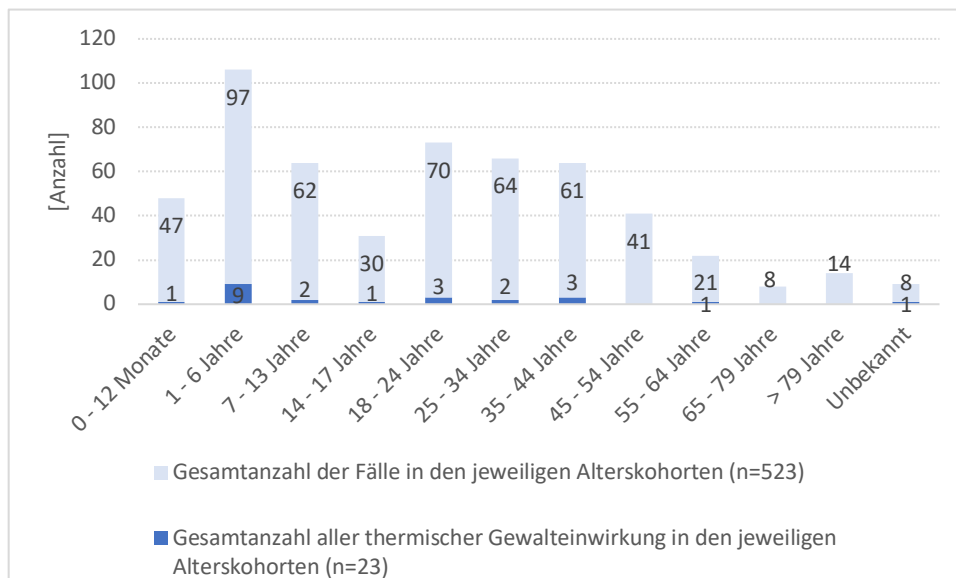


Abb. 33 Altersverteilung bei Opfern thermische Gewalt

4.3.6.2. Geschlecht

Spuren thermischer Gewalt fanden sich bei männlichen Personen mit 56,5% (n=13) häufiger als bei weiblichen Personen mit 43,5% (n=10) (Abb. 34).

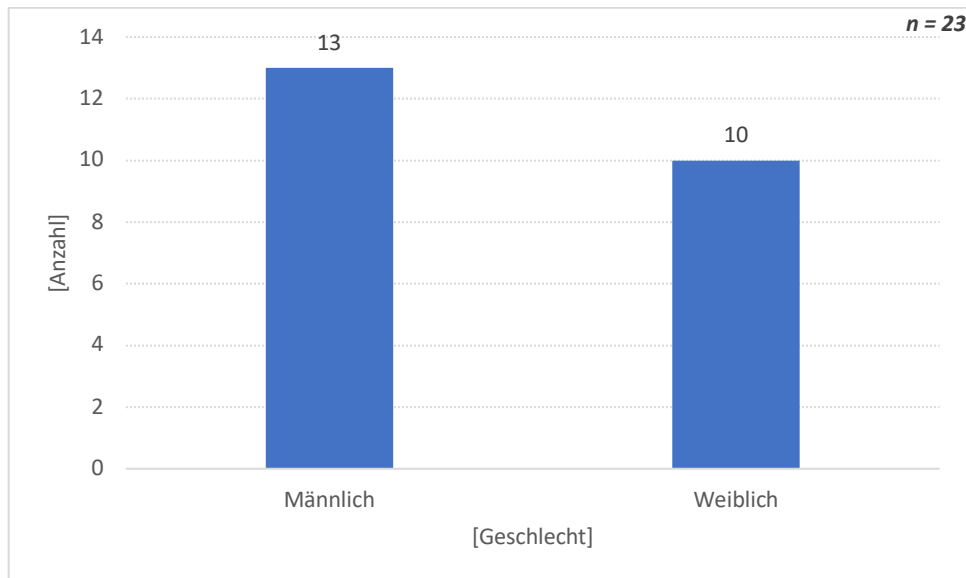


Abb. 34 Geschlechterverteilung bei Opfern thermischer Gewalt

4.3.6.3. Verbrennungen/Verbrühungen

Insgesamt wurden bei allen Untersuchten, unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro Fall, 31 Verletzungen durch thermische Gewalteinwirkung dokumentiert. Davon wurden 21 Verletzungen (67,7%) durch Verbrennungen verursacht. Mit 25,8% wurden derartige Verletzungen deutlich seltener durch Verbrühungen hervorgerufen. Aufgrund narbiger Veränderungen zweier Verletzungen (6,5%) konnte keine nähere Interpretation der thermischen Gewalteinwirkung erfolgen (Abb. 35).

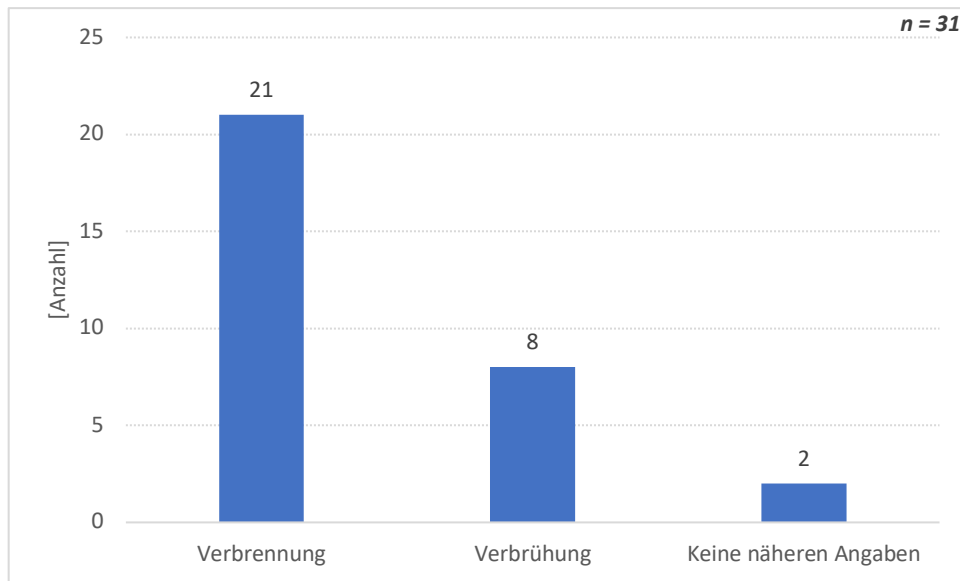


Abb. 35 *Verteilung Verbrennungs-/Verbrühungsverletzungen (mehrere Formen thermischer Gewalt pro Einzelfall möglich)*

4.3.6.4. Lokalisation

Mit 45,2% (n=14) waren am häufigsten die oberen Extremitäten betroffen. Bei 19,4% (n=6) waren die unteren Extremitäten, bei 12,9% (n=4) der Thorax und bei 9,7% (n=3) das Gesicht betroffen. Das Abdomen und die Gesäß- bzw. Hüftregion wiesen jeweils zu 6,5% (n=2) Folgen thermischer Gewalteinwirkung auf. Die behaarte Kopfhaut, der Hals, Nacken, Rücken sowie die äußere Genital- bzw. Analregion waren von der thermischen Gewalteinwirkung nicht betroffen (Abb. 36).

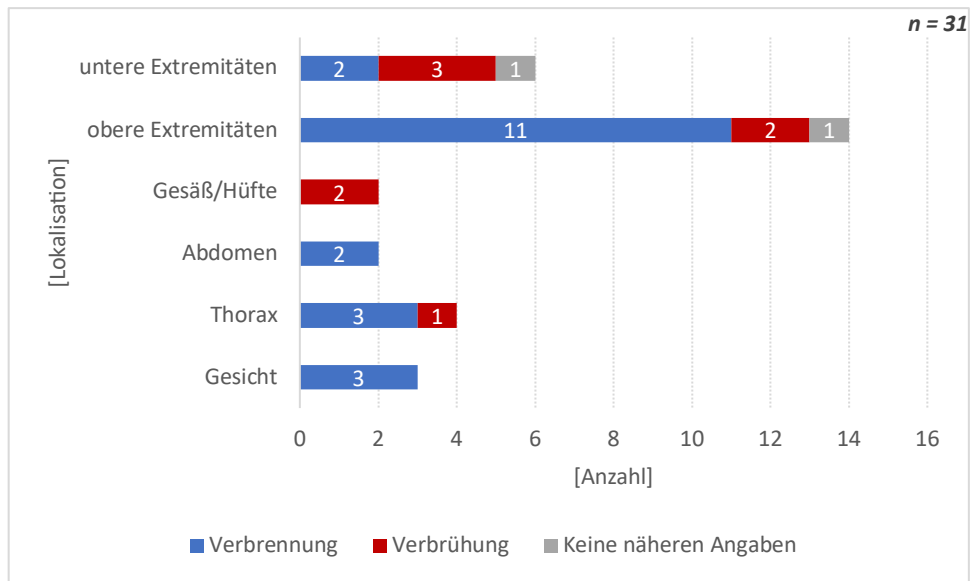


Abb. 36 Lokalisation der thermischen Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.3.7. Tatverdächtige

Der Terminus des Tatverdächtigen beschreibt einen prozessualen Status. Die körperliche Untersuchung eines Tatverdächtigen kann, wie bei den Gewaltopfern, einen Beitrag zur Rekonstruktion des Tathergangs leisten. Dadurch kann die rechtsmedizinische körperliche Untersuchung z. B. den bestehenden Tatverdacht erhärten oder aber auch entlastend wirken. Für die statistische Auswertung in dieser Arbeit sind die Untersuchungsergebnisse der Untersuchungen von tatverdächtigen Personen als Opfer körperlicher Gewalt im Gesamtkollektiv enthalten.

Im Kollektiv sind 81 (15,5%) rechtsmedizinisch-körperliche Untersuchungen von möglichen Tatverdächtigen enthalten, davon wiesen 73 Personen (90,1%) dokumentierbare Verletzungen auf. Obwohl diese 81 Fälle oben ebenfalls ausgewertet wurden, soll hier eine genauere Analyse erfolgen.

Die Anzahl der Männer als mögliche Täter (n=70; 86,4%) überwiegt die Anzahl der Frauen mit elf Personen (13,6%) deutlich (Abb. 37).

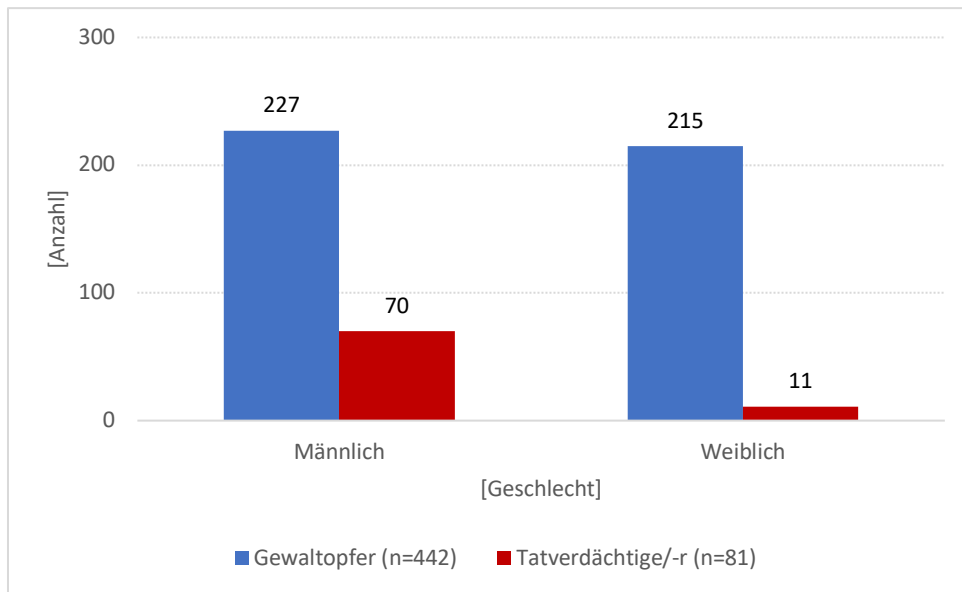


Abb. 37 *Vergleich Anzahl und Geschlecht der Gewaltopfer – gesondert betrachtet werden die zum Untersuchungszeitpunkt Tatverdächtigen*

Ähnlich wie in der Gesamtstatistik kommt auch bei diesen Fällen die Mehrzahl der untersuchten Personen aus der näheren Umgebung des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen (bis 60 km Entfernung) (Abb. 38).

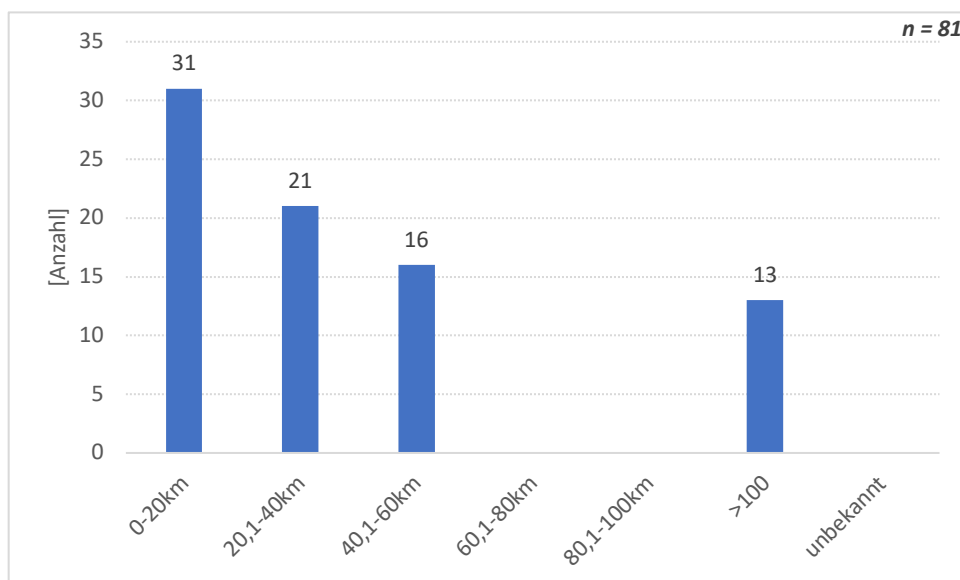


Abb. 38 *Entfernung des Sitzes des Auftraggebers der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung vom Institut für Rechtsmedizin*

Wie in der gesamten Studie überwiegt auch bei den möglichen Tatverdächtigen die stumpfe Gewalteinwirkung. Diese Form der Gewalt wurde in 64 Fällen (79,0%) dokumentiert. Scharfe und halbscharfe Gewalt wurde in 24 (29,6%) bzw. 23 (28,4%) Fällen registriert (Abb. 39).

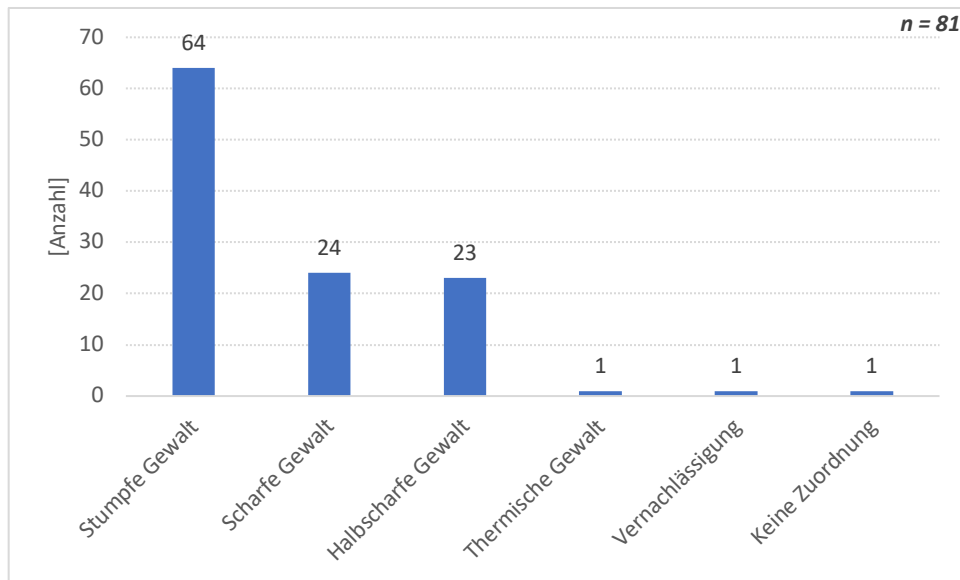


Abb. 39 *Form der Gewalteinwirkung bei Tatverdächtigen (mehrere Gewaltformen pro Einzelfall möglich)*

Die Lokalisation der Verletzungen weist eine ähnliche Verteilung wie bei den übrigen Gewaltopfern auf: Gesicht, obere und untere Extremitäten sind deutlich häufiger betroffen als andere Körperregionen (Abb. 40).

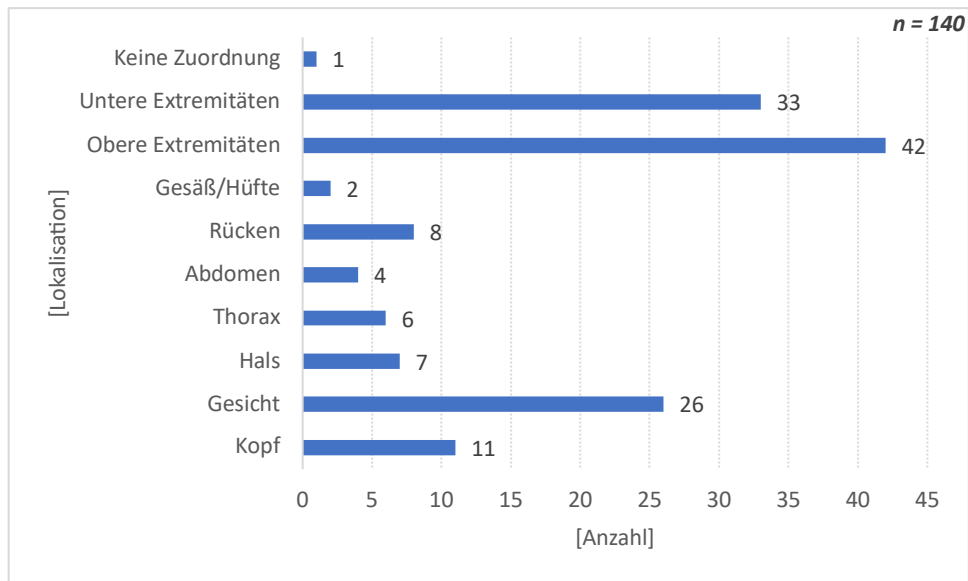


Abb. 40 *Lokalisation der Verletzungen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)*

67 Gewaltdelikte (82,7%) der 81 Tatverdächtigen sind auf außerhäusliche tätliche Auseinandersetzungen zurückzuführen. Jeweils 6 Fälle (7,4%) entfallen auf häusliche Gewalt und sexuelle Übergriffe (Abb. 41).

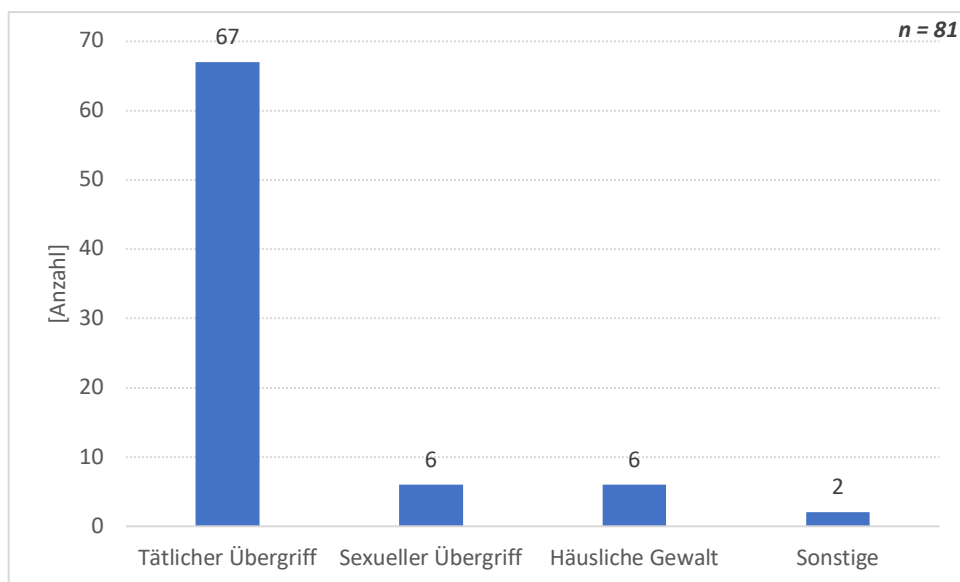


Abb. 41 *Angegebene Gewaltdelikte bei Tatverdächtigen*

Auch bei den Tatverdächtigen war pro Person überwiegend nur eine Gewaltform nachzuweisen (46,9% gegenüber 68,5% des Gesamtkollektivs), jedoch fanden sich auch

zwei unterschiedliche Formen der Gewalteinwirkung pro Fall (39,5% gegenüber 22,2% des Gesamtkollektivs). Die Differenz zwischen einer und zwei Gewaltformen pro Fall ist mit 40 Prozentpunkten in den übrigen Fällen (Abb. 21) und 10 Prozentpunkten bei den Tatverdächtigen anzugeben (Abb. 42).

Mutmaßliche Täter werden demnach offenbar häufiger durch Kombinationen verschiedener Gewaltformen verletzt als mögliche Opfer.

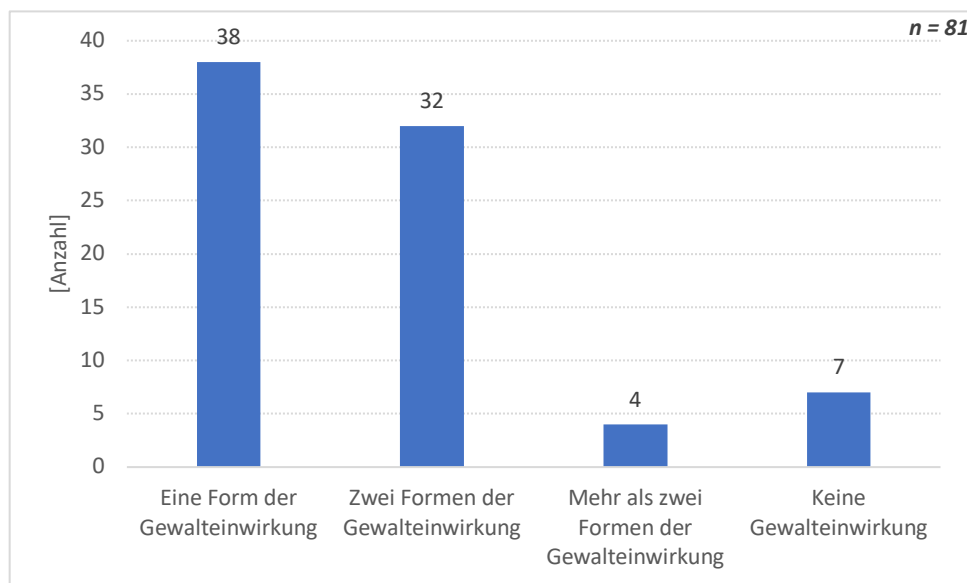


Abb. 42 *Anzahl der Gewaltformen pro Einzelfall in der Gruppe der Tatverdächtigen*

4.4. Interpretation der Verletzungen

Die im Folgenden beschriebene Verletzungsverteilung beinhaltet die Interpretation des gesamten Verletzungsmusters. Es ist anzumerken, dass in dieser Arbeit aufgenommen wurde, ob eine bestimmte Verletzung (z.B. Anstoßverletzung) in einem Fall auftrat, nicht wie viele dieser Verletzungen pro Fall dokumentiert wurden. Insgesamt wurden im Rahmen der Untersuchungen 1002 verschiedene Verletzungen festgestellt.

Am häufigsten konnten bei den Untersuchten des Gesamtkollektivs (n=523) Anstoß- bzw. Stoßverletzungen (51,2%; n=268) festgestellt werden. Schlag- und Tritterverletzungen kamen bei 28,9% der Fälle (n=151) vor. Zu Schlagverletzungen mit einem nachweisbaren Gegenstand kam es bei 8,0% der Fälle (n=42). Am dritthäufigsten konnten mit 22,8% (n=119) Stich- bzw. Schnittverletzungen festgestellt werden. Sog.

Griffspuren zeigten 17,6% der Untersuchten (n=92), Sturzverletzungen 16,3% (n=85). Aktive und/oder passive Abwehrverletzungen kamen in 9,6% der Fälle (n=50) vor, davon waren 3,3% (n=17) aktive und 6,3% (n=33) passive Abwehrverletzungen. In 5,0% der Fälle (n=26) wurden sog. Widerlagerverletzungen dokumentiert. Äußere Würge- und Drosselverletzungen des Halses und/oder des Nackens kamen in 4,6% der Fälle (n=24) vor. Verletzungen durch Fixierung bzw. Fesseln wurden bei 2,1% der Untersuchten (n=11) festgestellt. Seltener zeigten sich mit jeweils 0,7% (n=7) Verletzungen durch Kneifen und durch heftiges Schütteln (sog. *Shaken-Baby-Syndrom* bzw. *Non-accidental head injury; NAHI*). Pfählungs- bzw. Penetrationsverletzungen wurden bei 0,6% (n=3) und Schussverletzung bei 0,2% der Fälle (n=1) dokumentiert. Hautveränderungen im Sinne von Dermatopathien lagen bei 2,3% (n=12) aller Untersuchten vor. Es erfolgte keine abschließende Zuordnung der Verletzungen bei 19,9% der Fälle (n=104) (Abb. 43).

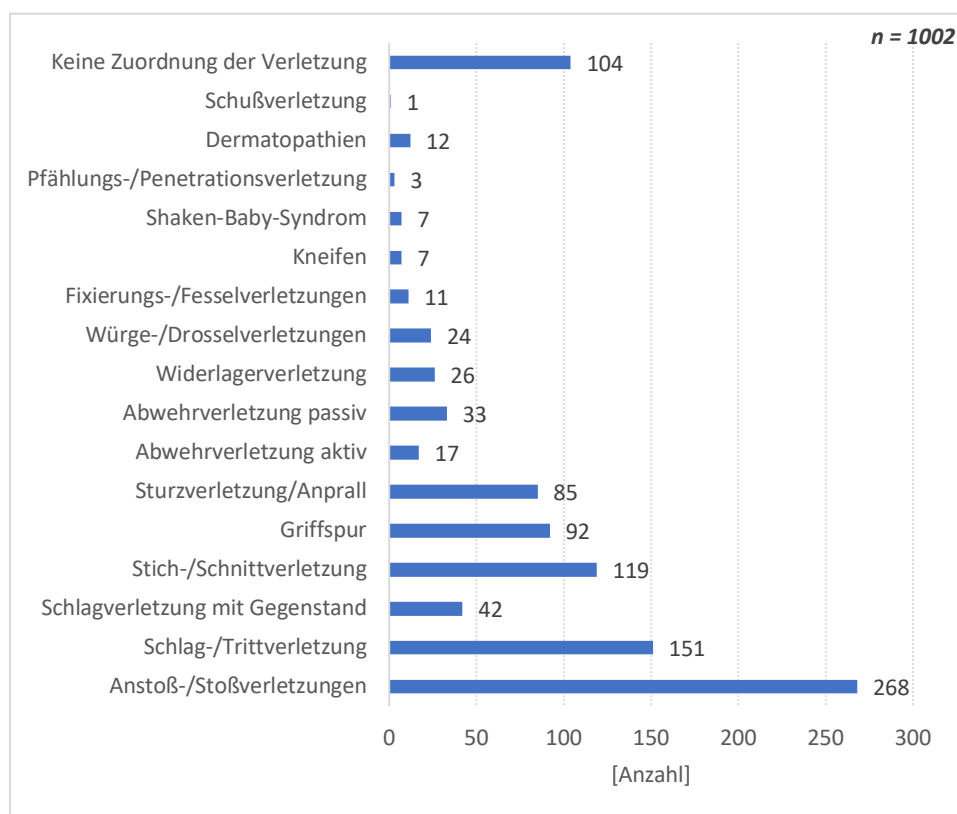


Abb. 43 Interpretation der Verletzungen bei Verdacht auf eine Fremdbeibringung (Mehrere Interpretationen der Verletzungen pro Einzelfall möglich).

4.4.1. Selbstbeigebrachte Verletzungen

Unter den 523 Untersuchungen wurden bei insgesamt 7,7% (n=40) der möglichen Gewaltopfer/Tatverdächtigen selbstbeigebrachte Verletzungen dokumentiert. Bei 10 dieser Verletzungen waren unterschiedliche Formen der Gewalteinwirkung feststellbar. Die häufigsten selbst beigebrachten Verletzungen waren mit 57,1% Schnitte (n=28) durch scharfe Gewalteinwirkung, gefolgt von der halbscharfen Gewalteinwirkung mit 28,6% (n=14). Am seltensten, mit nur 14,3% (n=7), wurden selbstbeigebrachte Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung beobachtet (Abb. 44).

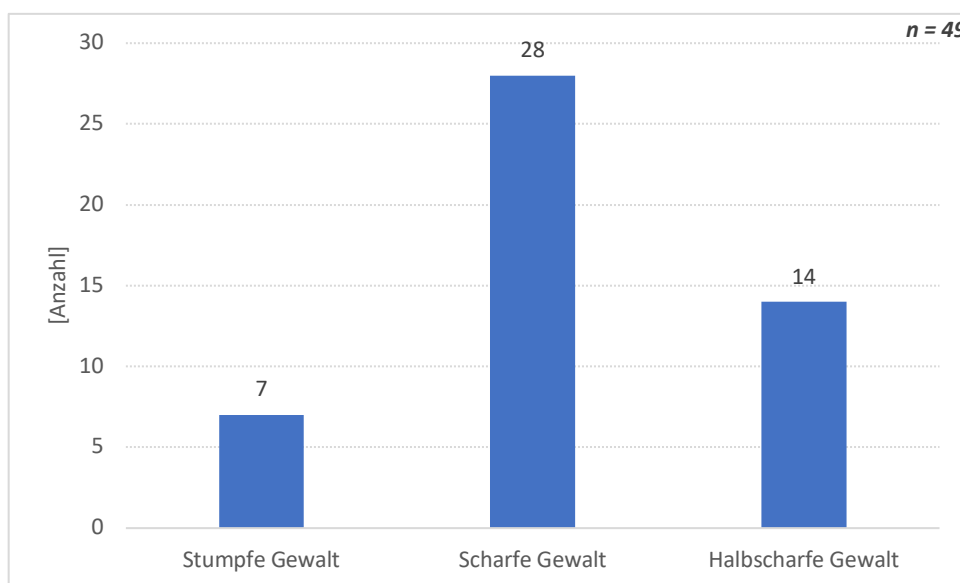


Abb. 44 *Formen der Gewalteinwirkung bei selbstbeigebrachter Verletzung (mehrere Gewaltformen pro Einzelfall möglich).*

4.4.2. Mitgeteilte Befunde innerer frischer Verletzungen

Insgesamt wurden in 89 Fällen (17,0%) von allen Untersuchten (n=523) 131 frische innere Verletzungen mitgeteilt. Stumpfe Gewalteinwirkung war für 101 (77,1%) dieser inneren Verletzungen verantwortlich, wovon 63 (62,4%) auf die behaarte Kopf- bzw. Gesichtsregion entfielen. Hierzu zählen Frakturen der knöchernen Gesichtsregion sowie intrakranielle Blutungen. Retinale Blutungen kamen in 6 Fällen (5,9%) ausschließlich bei stumpfer Gewalteinwirkung vor. Bei der Sonderform des Schütteltraumas fanden sich bei 3 von den o.g. 6 Fällen retinale Blutungen. Nahezu gleich häufig wurden Rippenfrakturen (9,9%) sowie Frakturen der oberen (10,9%) und unteren Extremitäten (7,9%) durch

stumpfe Gewalteinwirkung verursacht. Am seltensten lag ein Spannungspneumothorax (3,0%) vor.

23 Verletzungen (17,6%) wurden laut Mitteilung durch scharfe Gewalteinwirkung verursacht, in 7 Fällen (30,4%) kam es zu einem Hämato(pneumo)thorax, in 6 Fällen (26,1%) zu einem Pneumothorax und in 1 Fall (4,3%) zu einem Spannungspneumothorax. In 9 Fällen (39,1%) kam es zur Eröffnung der Bauchhöhle.

4 Verletzungen (3,1%) wurden laut Mitteilung durch halbscharfe Gewalteinwirkung verursacht. Zwei innere Verletzungen (50,0%) kamen im Bereich der behaarten Kopfhaut und des Gesichts vor. Bei jeweils einer Verletzung durch halbscharfe Gewalt kam es zur Eröffnung der Brusthöhle und zu Rippenfrakturen (25,0%) (Abb. 45).

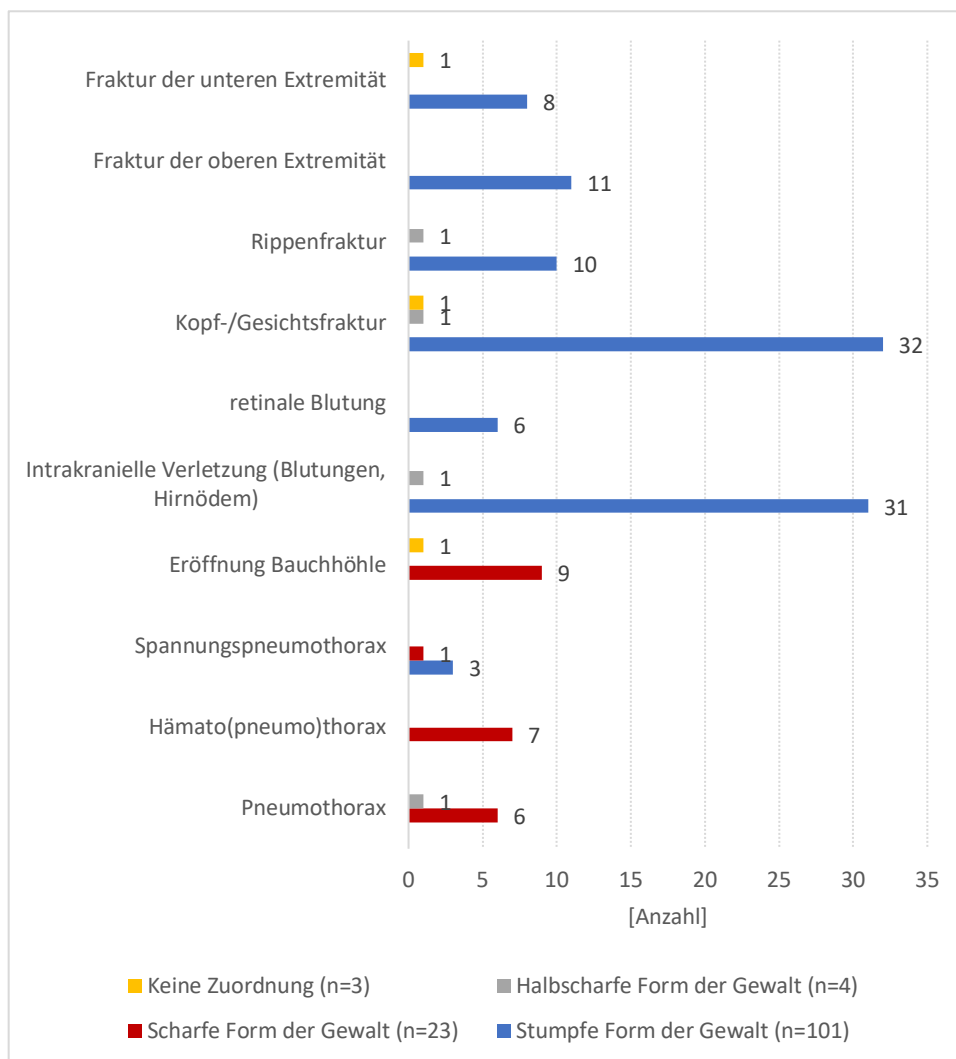


Abb. 45 Verteilung innerer Verletzungen durch stumpfe, scharfe und halbscharfe Gewalt (mehrere Befunde pro Einzelfall möglich)

4.5. Körperliche Befunde bei rechtsmedizinisch begründetem Verdacht auf äußere Gewalt

Die folgenden Ergebnisse beschreiben die Daten und Verletzungen in den aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfällen auf eine Einwirkung durch Gewalt von außen.

4.5.1. Grunddaten

Bei 296 Untersuchungen (56,6%) lag aufgrund der Verletzungsmorphologie aus rechtsmedizinischer Sicht ein begründeter Verdacht auf eine Einwirkung von außen und somit auf ein Gewaltdelikt vor (Abb. 46).

Wie in Abb. 3 beschrieben, war zwischen den Jahren 2005 und 2014 ein deutlicher Anstieg der in Auftrag gegebenen rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen zu verzeichnen. Die Entwicklung der aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfälle verhält sich über den Untersuchungszeitraum ähnlich (Abb. 47).

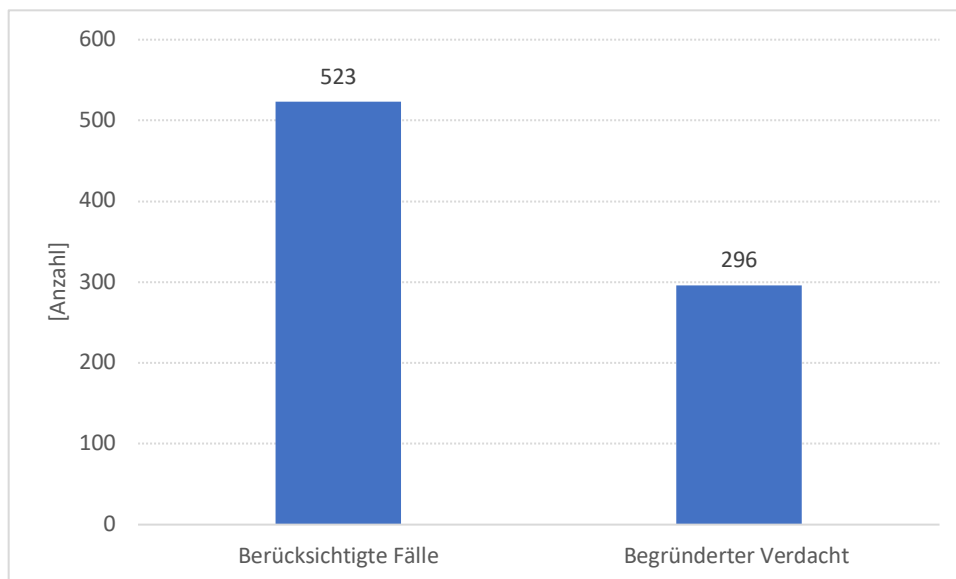


Abb. 46 *Fallzahlen der rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen*

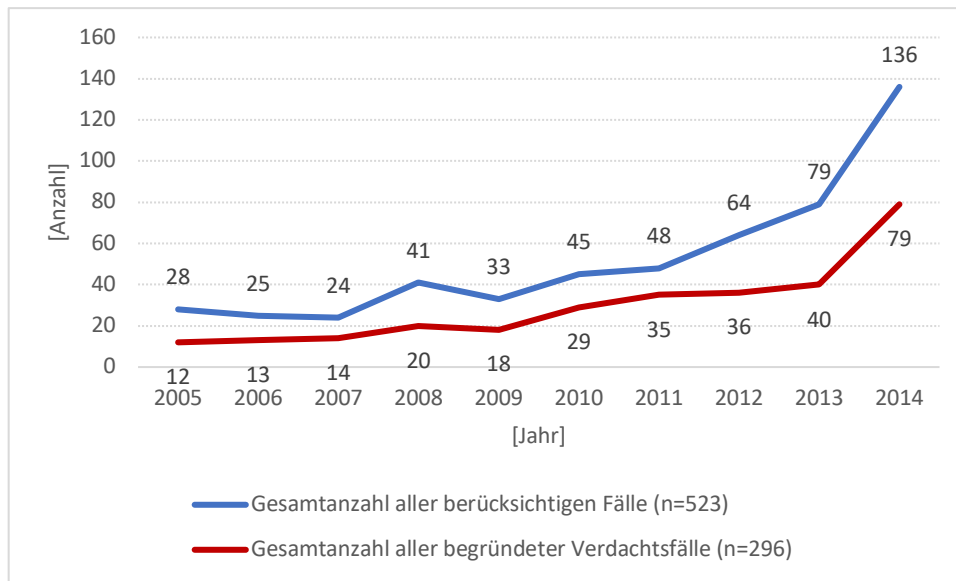


Abb. 47 *Verteilung der körperlichen Untersuchungen pro Jahr mit aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten und nicht begründeten Fällen des Verdachts auf fremdverursachte Gewalteinwirkung*

4.5.2. Altersverteilung der Untersuchten in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

In nahezu allen Alterskohorten (bis zum 1. sowie vom 14. bis zum 79. Lebensjahr) sprachen die Verletzungsmuster aus rechtsmedizinischer Sicht in über 50% der Fälle für einen begründeten Verdacht, dass es ein Tatgeschehen mit Gewalteinwirkung durch eine dritte Person gegeben haben musste. Der höchste Anteil an rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen auf ein Gewaltdelikt zeigte sich in der Altersgruppe 55 bis 79 Jahre (Ø 84,2%). Die Ausnahmen bildeten die Altersgruppe von 1 – 6 Jahren (n=44; 45,4%), 7-13 Jahren (n=22; 35,5%) und die Gruppe unbekannten Alters (n=3; 44,4%) (Abb. 48).

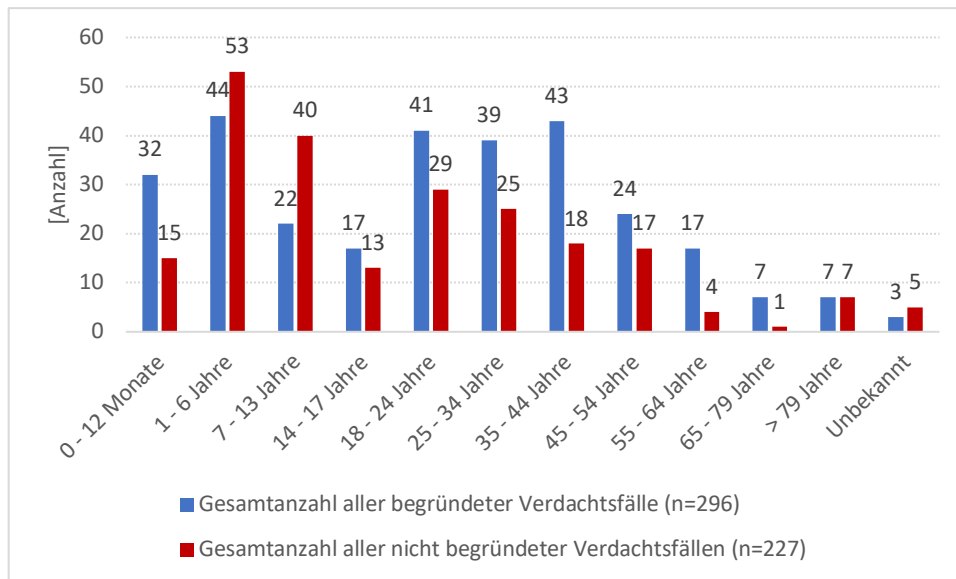


Abb. 48 *Altersverteilung der Untersuchten bei rechtsmedizinisch begründeten und nicht begründeten Verdachtsfällen*

4.5.3. Gewaltformen und deren Häufigkeit in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

Für den Untersuchungszeitraum zeigte sich, dass die stumpfe Gewalteinwirkung mit 256 Fällen (86,5%) von den aus rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (n=296) die häufigste Form der Gewalteinwirkung bei den untersuchten mutmaßlichen Gewaltopfern/Tatverdächtigen war. Scharfe Gewalteinwirkung wie Stiche, Schnitte etc. (n=74; 25,0%) und halbscharfe Gewalteinwirkung (n=51; 17,2%) waren am zweit- bzw. dritthäufigsten bei den aus rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen vertreten. Thermische Gewalteinwirkung lag in 15 Fällen (5,1%) vor. In 3 Fällen (1,0%) lag ein begründeter Verdacht auf eine Vernachlässigung vor. Bei 10 Fällen (3,4%) war die Gewaltform nicht zuordenbar (Abb. 49).

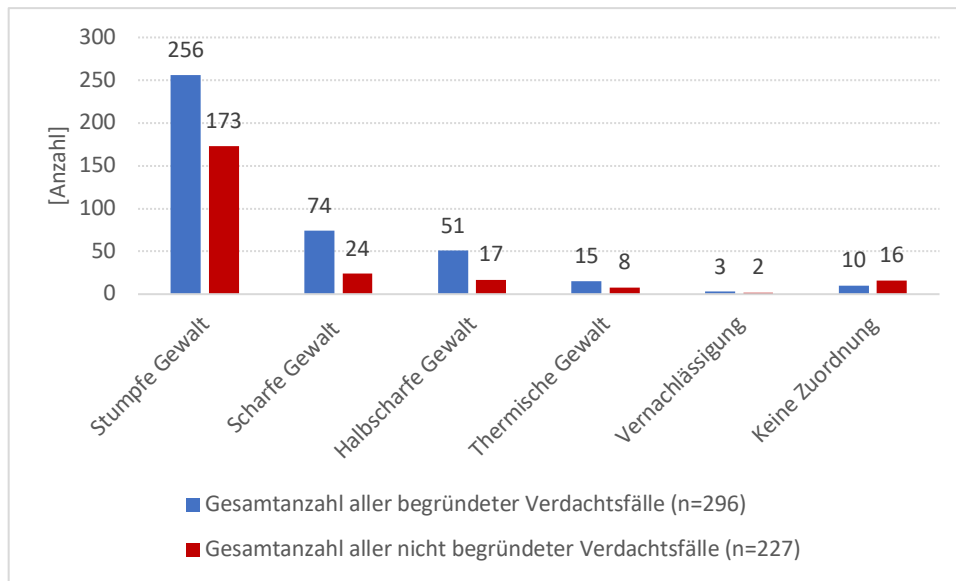


Abb. 49 *Verteilung der Gewaltformen (mehrere Formen der Gewalt pro Einzelfall möglich)*

4.5.4. Anzahl der Gewaltformen pro Fall

Am häufigsten war in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen auf eine fremdverursachte Gewalteinwirkung pro Person nur eine Gewaltform nachzuweisen (n=197; 66,6%). Bei 86 körperlichen Untersuchungen (29,1%) fanden sich 2 und bei 9 Untersuchten (3,0%) mehr als 2 unterschiedliche Gewaltformen. In zwei Fällen (0,7%) fand keine Zuordnung der Gewalteinwirkung statt und in weiteren zwei Fällen (0,7%) lag keine sichtbare Gewalteinwirkung vor (Abb. 50).

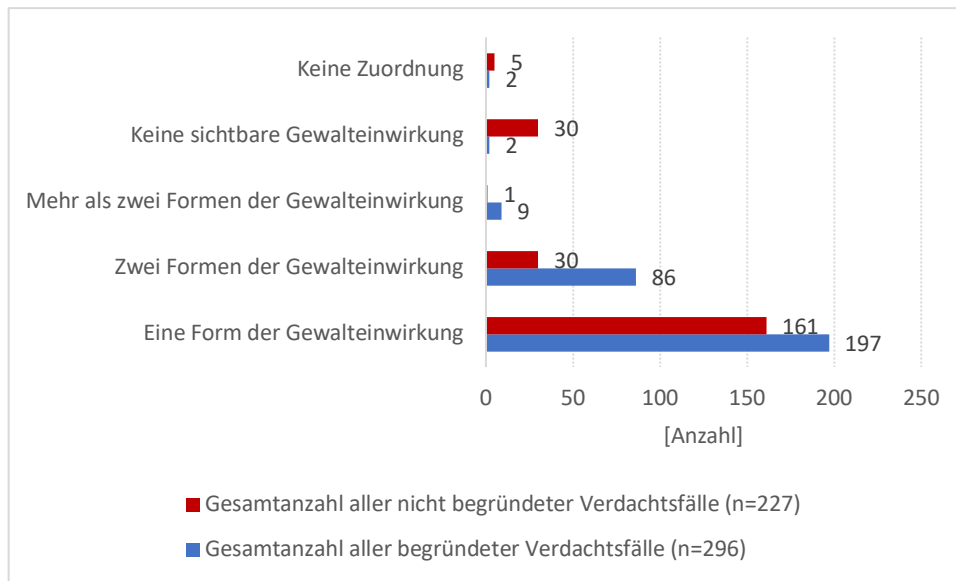


Abb. 50 Anzahl der Gewaltformen pro Fall

4.5.5. Verteilung des interpretierbaren Verletzungsmusters bei Fällen rechtsmedizinisch begründeten Verdachts auf eine fremde Gewalteinwirkung

Die im Folgenden beschriebene Verletzungsverteilung beinhaltet die Interpretation des gesamten Verletzungsmusters in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (vgl. S. 63 f.).

Am häufigsten konnten bei den Untersuchten in den aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfällen (n=296) auf eine Fremdbeibringung, Anstoß- bzw. Stoßverletzungen festgestellt werden (50,7%; n=150). Schlag- und Trittverletzungen kamen in 47,3% der Fälle (n=140) vor. Am dritthäufigsten konnten mit 31,1% (n=92) Stich- bzw. Schnittverletzungen abgegrenzt werden. Zu Schlagverletzungen mit einem Gegenstand kam es in 12,2% der Fälle (n=36). Sog. Griffspuren zeigten 26,7% der Untersuchten (n=79), Sturzverletzungen 14,9% (n=44). Abwehrverletzungen kamen in 14,9% der Fälle (n=44) vor, davon waren 5,1% (n=15) aktive und 9,8% (n=29) passive Abwehrverletzungen. In jeweils 7,8% der Fälle (n=23) wurden Widerlagerverletzungen bzw. äußere Würge- und Drosselverletzungen des Halses und/oder des Nackens dokumentiert. Verletzungen durch heftiges Schütteln (*Shaken-Baby-Syndrom*) zeigten sich bei 2,4% der Fälle (n=7). Seltener zeigten sich Verletzungen durch Fixierung bzw. Fesseln (2,0%; n=6), durch Kneifen (1,7%; n=5), und durch Pfählungs- bzw. Penetrationsverletzungen der Analregion (0,7%; n=2) sowie durch Schusseinwirkung (0,3%; n=1). Hautveränderungen im Sinne einer Dermatopathie kamen bei 2,0% (n=6)

aller Untersuchungen der rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfälle vor. In 18,9% der Fälle (n=56) konnte bzw. wurde keine Zuordnung der Verletzungen durch den/die untersuchende/-n Rechtsmediziner/-innen gemacht werden (Abb. 51).

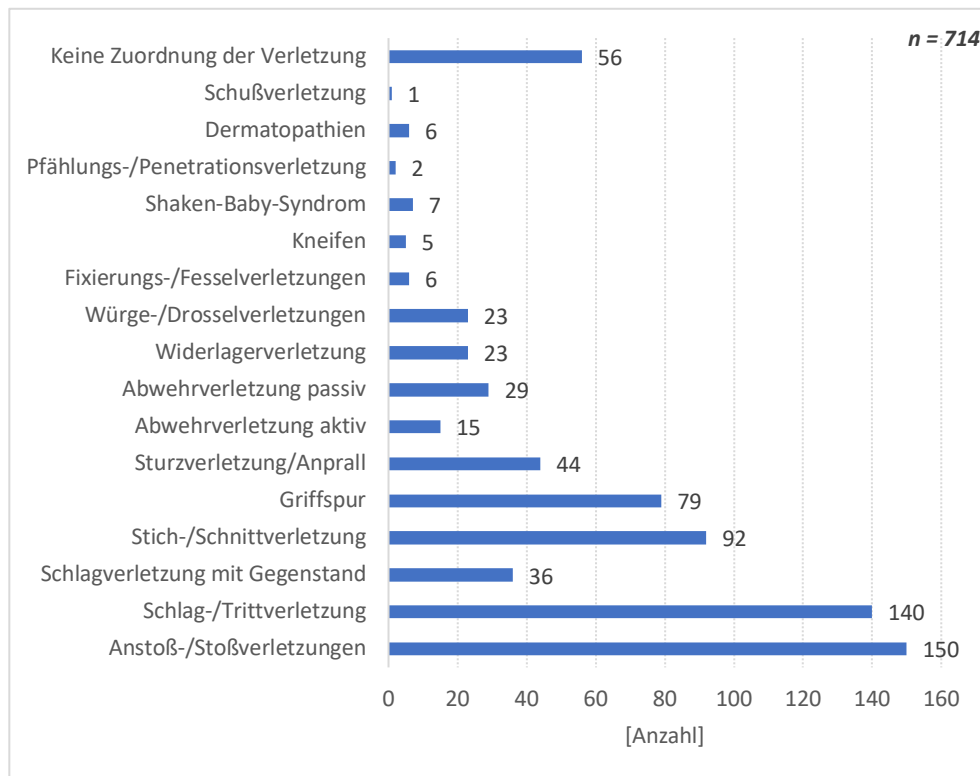


Abb. 51 *Interpretation der Verletzungen in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Interpretationen der Verletzungen pro Einzelfall möglich)*

4.5.6. Stumpfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

256 (59,8%) der 428 Fälle stumpfer Gewalteinwirkung waren aus rechtsmedizinischer Sicht aufgrund der Verletzungsmorphologie und -lokalisation als begründete Verdachtsfälle auf eine Fremdbeibringung einzustufen.

Insgesamt wurde 794-mal die Einwirkung stumpfer Gewalt in den oben erwähnten 256 Fällen dieser Gewaltform dokumentiert.

4.5.6.1. Alter

Die folgenden prozentualen Angaben beziehen sich auf die Untersuchungen innerhalb der jeweiligen Alterskohorten unter den begründeten Verdachtsfällen, nicht hingegen auf die Gesamtheit aller Fälle.

In allen Altersgruppen ist die stumpfe Gewalteinwirkung vertreten. In den begründeten Verdachtsfällen waren insgesamt 93,8% (n=30) aller zwischen 0 und 12 Monate alten sowie 86,4% (n=38) aller zwischen 1 und 6 Jahre alten Kinder stumpfer Gewalteinwirkung ausgesetzt. Bei Kindern zwischen dem 7 bis 13 Lebensjahr zeigten sich bei 100% der Fälle (n=22) sowie bei Jugendlichen zwischen 14 bis 17 Jahren 76,5% der Untersuchten (n=13) Zeichen stumpfer Gewalteinwirkung. Unter den Erwachsenen zwischen 18 bis 24 Jahren wurden 90,3% (n=37), zwischen 25 bis 34 Jahren 69,2% (n=27) sowie zwischen 35 bis 44 Jahren 90,7% (n=39) durch stumpfe Gewalteinwirkung verletzt. Unter Personen zwischen 45 bis 54 Jahren lag diese Gewalteinwirkung bei 79,17% (n=19), zwischen 55 bis 64 bei 100% (n=17) sowie zwischen 65 und 79 Jahren bei 71,43% der Fälle (n=5) vor. Bei Untersuchungen von über 79-jährigen erfuhren alle Untersuchten stumpfe Gewalteinwirkung (n=7) (Abb. 52).

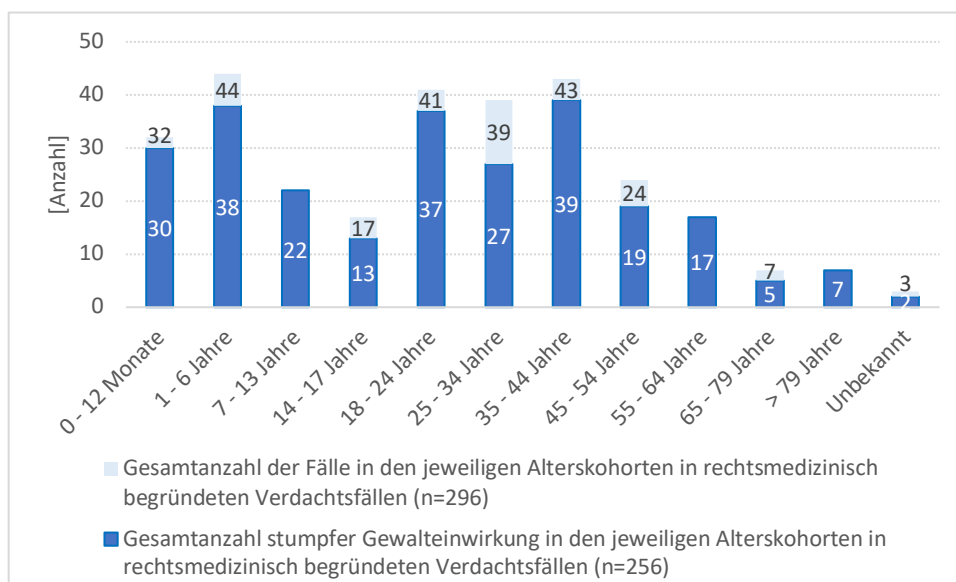


Abb. 52 Altersverteilung stumpfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

4.5.6.2. Geschlecht

Bei Betrachtung des Geschlechts in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (n=256) bezüglich Anwendung stumpfer Gewalt lässt sich ein Unterschied darstellen. Unter den Verletzten dieser Gewaltform waren 53,9% (n=137) männlichen Geschlechts und 46,1% (n=119) weiblichen (Abb. 53).

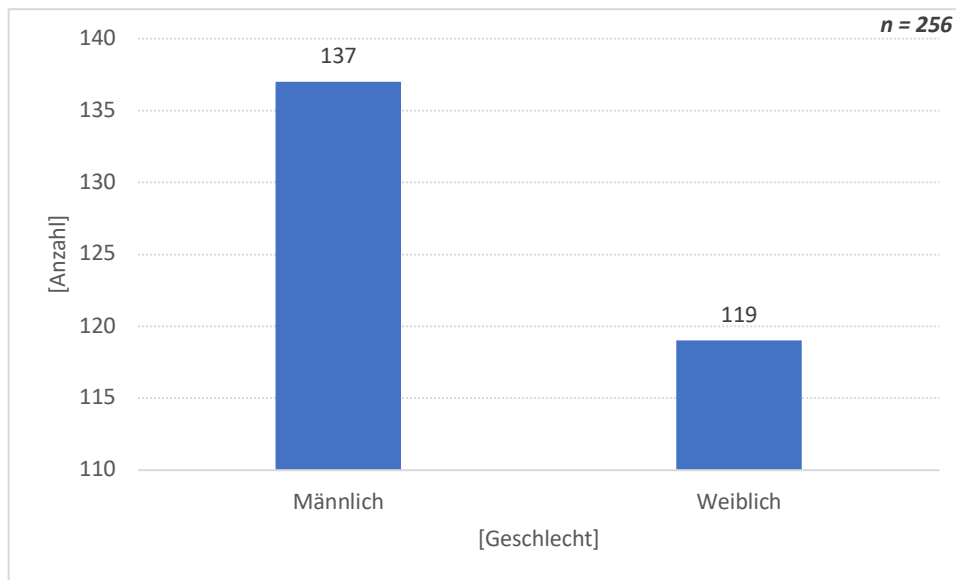


Abb. 53 *Verteilung der stumpfen Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen nach Geschlecht*

4.5.6.3. Lokalisation

Insgesamt wurde unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro untersuchter Person 794-mal die Einwirkung stumpfer Gewalt in den begründeten Verdachtsfällen dokumentiert. Mit 21,0% (n=167) waren die Verletzungen durch stumpfe Gewalt am häufigsten gegen Teile der oberen Extremitäten gerichtet, gefolgt von Bereichen des Gesichts (18,5%; n=147) und den unteren Extremitäten (17,4%; n=138). Bei 10,1% (n=80) waren Verletzungen durch stumpfe Gewalt an der behaarten Kopfhaut nachzuweisen, bei 8,3% (n=66) am Rücken, bei 7,4% (n=59) am Hals, jeweils bei 6,2% (n=49) am Thorax und an der Gesäß- bzw. der Hüftregion sowie bei 2,3% (n=18) im Bereich des Abdomens. Weniger häufig waren Anzeichen stumpfer Gewalteinwirkung in der äußeren Genital- bzw. Analregion (1,1%; n=9) und am Nacken (1,4%; n=11) zu finden (Abb. 54).

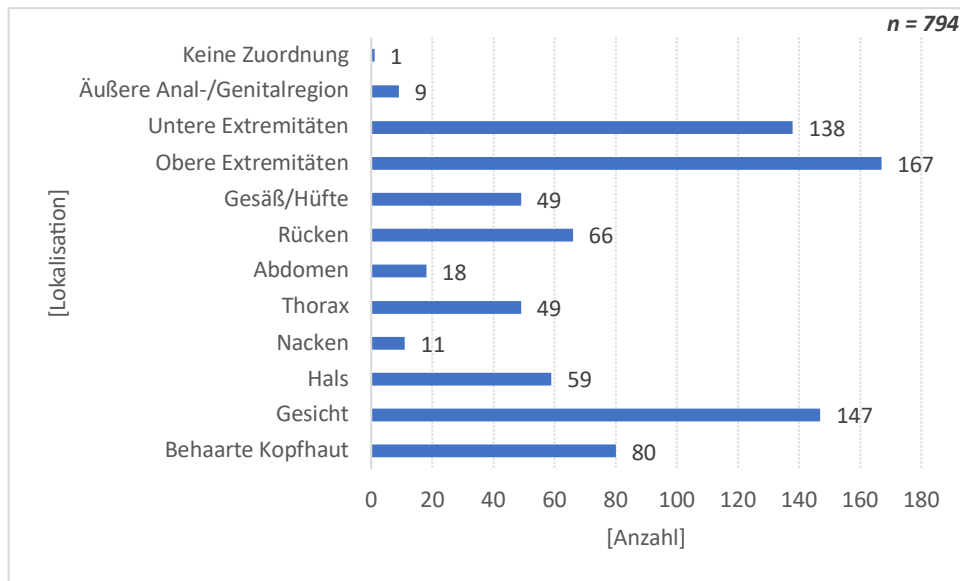


Abb. 54 *Lokalisation der stumpfen Gewalteinwirkung in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)*

4.5.7. Scharfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Fällen auf fremde Gewalteinwirkung

74,7% der 98 Fälle scharfer Gewalteinwirkung waren aus rechtsmedizinischer Sicht aufgrund der Verletzungsmorphologie und -lokalisation begründete Verdachtsfälle.

Insgesamt wurde 130-mal die Einwirkung stumpfer Gewalt in den 74 Fällen dieser Gewaltform dokumentiert.

4.5.7.1. Alter

Die folgenden prozentualen Angaben beziehen sich auf die Untersuchungen innerhalb der jeweiligen Alterskohorten unter den begründeten Verdachtsfällen, nicht hingegen auf die Gesamtheit aller Fälle mit scharfer Gewalteinwirkung.

In den aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten Verdachtsfällen waren insgesamt 2,3% (n=1) der 1- bis 6-jährigen und 17,6% (n=3) der 14 bis 17 Jahre alten Personen scharfer Gewalteinwirkung ausgesetzt. Am häufigsten kam scharfe Gewalt mit 56,1% (n=23) bei Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren vor. Personen zwischen 25 und 34 Jahren waren in 38,5% der Fälle (n=15) und zwischen 35 und 44 Jahren in 34,9% der Fälle (n=15) von dieser Gewaltform betroffen. Erwachsene zwischen 45 bis 54 Jahren waren in 37,5%

(n=9), zwischen 55 bis 64 Jahren in 35,3% (n=6) und Personen zwischen 65 bis 79 Jahren waren in 14,3% der Fälle (n=1) scharfer Gewalteinwirkung ausgesetzt. In den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen wurde keine scharfe Gewalteinwirkung bei Kindern bis zum 12. Lebensmonat sowie im Alter zwischen dem 7. bis 13. Lebensjahr und bei über 79-Jährigen dokumentiert (Abb. 55).

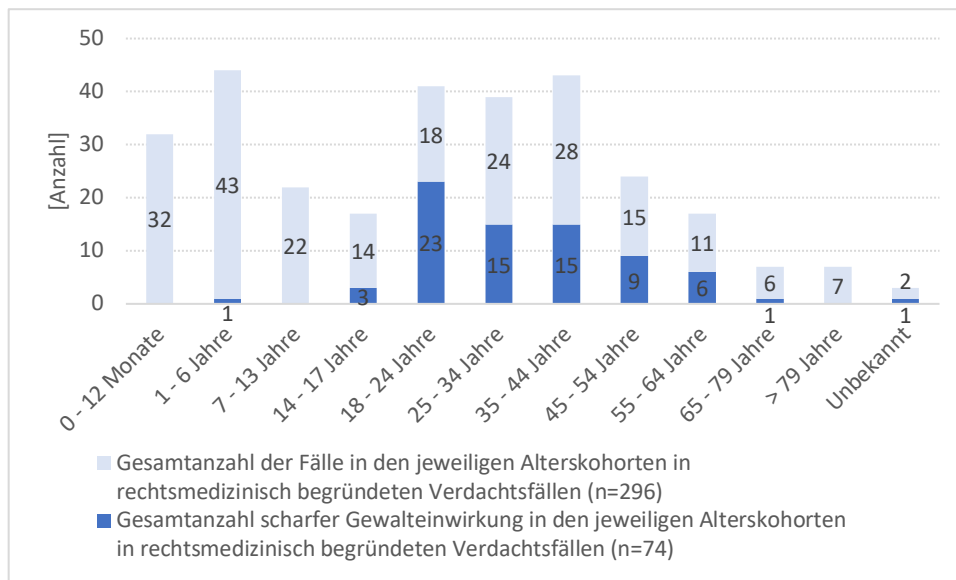


Abb. 55 Altersverteilung bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

4.5.7.2. Geschlecht

In den aus rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen waren mit 75,7% (n=56) deutlich häufiger männliche Personen von scharfer Gewalteinwirkung betroffen. Weibliche Personen machten 24,3% der Fälle (n=18) aus (Abb. 56).

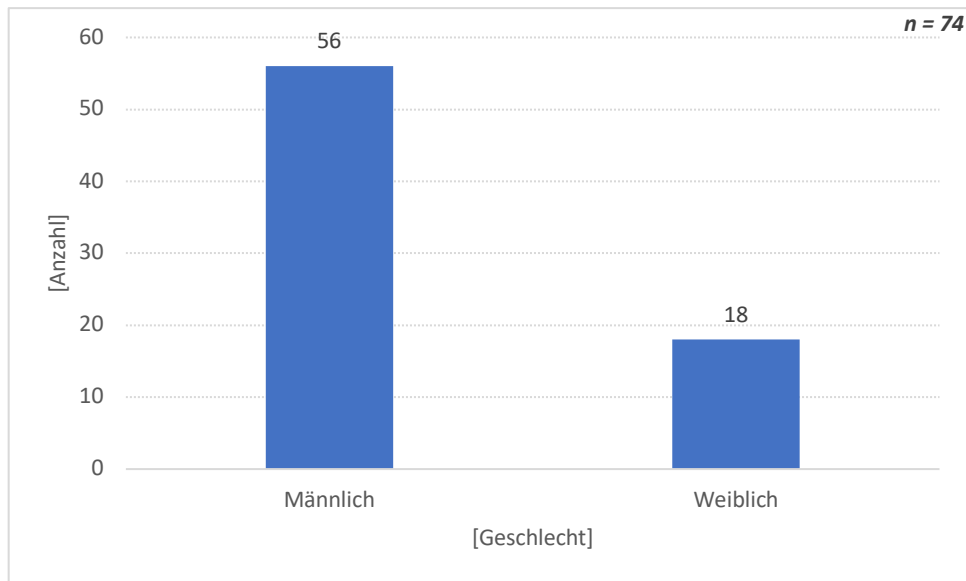


Abb. 56 *Geschlechterverteilung bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen*

4.5.7.3. Lokalisation

Insgesamt wurde unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro untersuchte Person in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen 130-mal die Einwirkung scharfer Gewalt dokumentiert. Bei 34,6% der Verletzungen (n=45) waren am häufigsten an den oberen Extremitäten Spuren scharfer Gewalt festzustellen. An zweiter Stelle waren mit 15,4% (n=20) Teile des Thorax betroffen. Ungefähr gleich häufig waren Bereiche des Gesichts mit 7,7% (n=10), des Halses mit 6,2% (n=8), des Rückens mit 8,5% (n=11), des Abdomens mit 9,2% (n=12) und der unteren Extremitäten mit 6,9% (n=9) betroffen. Anzeichen derartiger Verletzungen fanden sich seltener mit 4,6% (n=6) an der behaarten Kopfhaut, mit 3,8% (n=5) am Nacken, mit 2,3% (n=3) am Gesäß bzw. im Bereich der Hüftregion oder mit 0,8% (n=1) in der äußeren Genital- bzw. Analregion (Abb. 57).

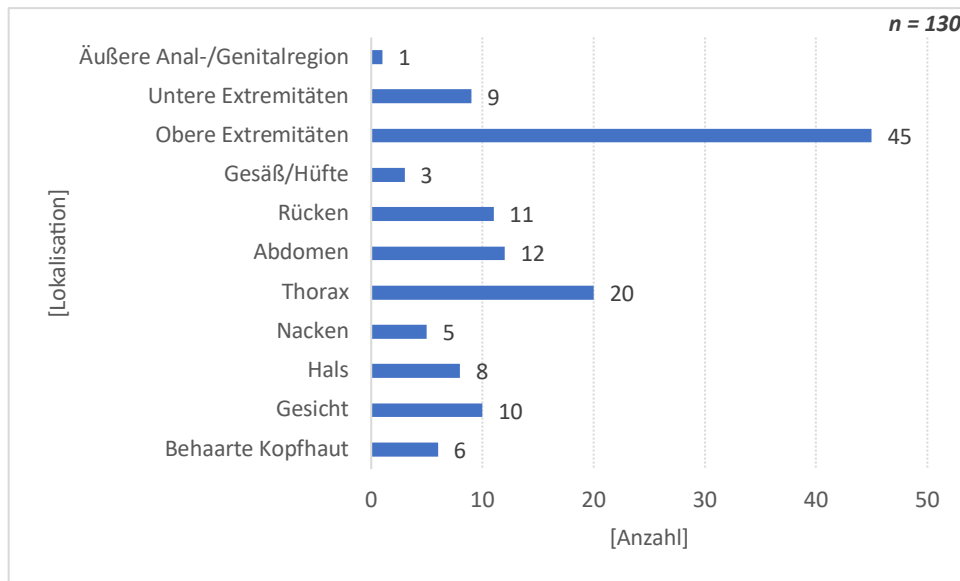


Abb. 57 Lokalisation bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.5.8. Halbscharfe Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

72,5% der 68 Fälle halbscharfer Gewalteinwirkung waren aus rechtsmedizinischer Sicht aufgrund der Verletzungsmorphologie und -lokalisierung begründete Verdachtsfälle.

Insgesamt wurde 88-mal die Einwirkung halbscharfer Gewalt in den 51 Fällen dieser Gewaltform dokumentiert.

4.5.8.1. Alter

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die jeweiligen Alterskohorten in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen.

Der Anteil halbscharfer Gewalteinwirkung in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen lag im Alter zwischen 0 und 12 Monaten bei 15,6% (n=5) sowie zwischen 1 und 6 Jahren bei 11,4% (n=5). In der Alterskohorte zwischen 7 und 13 Jahren waren 18,2% (n=4) und zwischen 14 bis 17 Jahren 11,8% (n=2) von halbscharfer Gewalteinwirkung betroffen. Unter den Erwachsenen zwischen 18 bis 24 Jahren zeigten 17,1% (n=7), zwischen 25 bis 34 Jahren 23,1% (n=9) und zwischen 35 bis 44 Jahren 23,3% (n=10) Anzeichen dieser Gewaltart. In der Altersgruppe zwischen 45- bis 54-jährigen waren 8,3% (n=2), zwischen 55 bis 64 Jahren 23,5% (n=4) und zwischen 65 bis

79 Jahren 28,6% (n=2) betroffen. Bei den über 79-jährigen zeigten sich bei 14,3% (n=1) Verletzungen halbscharfer Gewalteinwirkung in dieser Altersgruppe (Abb. 58).

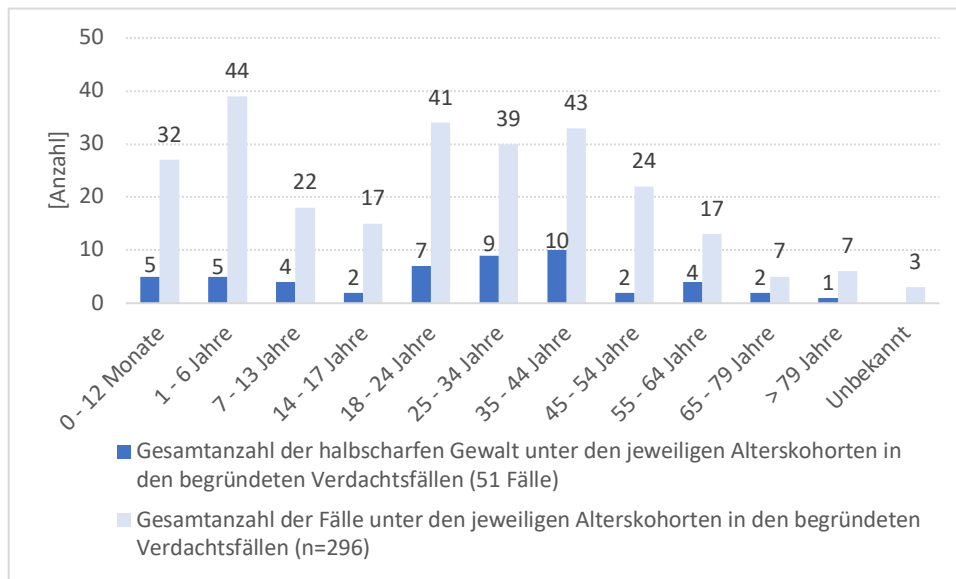


Abb. 58 *Altersverteilung der halbscharfen Gewalt bei rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen*

4.5.8.2. Geschlecht

Von halbscharfer Gewalt waren mit 56,9% (n=29) in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen häufiger männliche Personen betroffen. Weibliche Personen wiesen 43,1% (n=22) derartiger Verletzungen auf (Abb. 59).

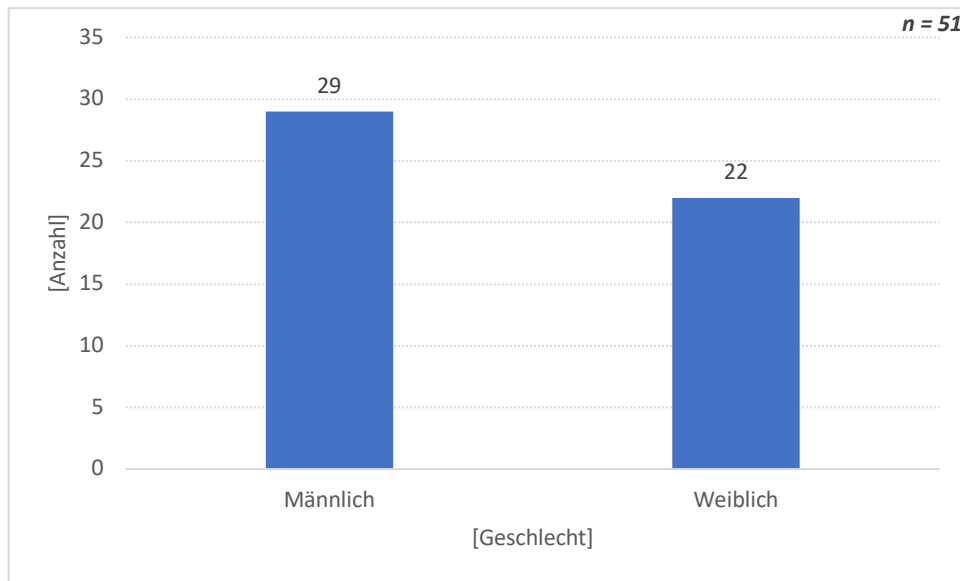


Abb. 59 *Geschlechterverteilung bei den untersuchten Personen mit Verletzungen im Sinne halbscharfer Gewalteinwirkung in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen*

4.5.8.3. Lokalisation halbscharfer Gewalt (+kratzerartige Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand)

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtzahl der Fälle mit halbscharfer Gewalteinwirkung in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (n=296). Insgesamt wurde unter Berücksichtigung mehrerer Lokalisationen pro untersuchter Person 88-mal die Einwirkung halbscharfer Gewalteinwirkung dokumentiert. Mit 31,8% (n=28) war die Form der Gewalteinwirkung in den meisten Fällen gegen Teile der oberen Extremitäten und mit 18,2% (n=16) am zweithäufigsten gegen das Gesicht gerichtet. Bereiche der unteren Extremitäten und des Halses waren jeweils mit 9,1% (n=8) gleich häufig, der Thorax mit 7,1% (n=7) betroffen. Bei 5,7% (n=5) lagen Verletzungen am Abdomen und bei 4,5% (n=4) am Nacken vor. Die behaarte Kopfhaut, der Rücken und Bereiche der Gesäß- bzw. Hüftregion waren bei jeweils 3,4% (n=3) durch halbscharfe Gewalteinwirkung betroffen. In einem Fall (1,1%) war der äußere Genital- bzw. Analbereich betroffen (Abb. 60).

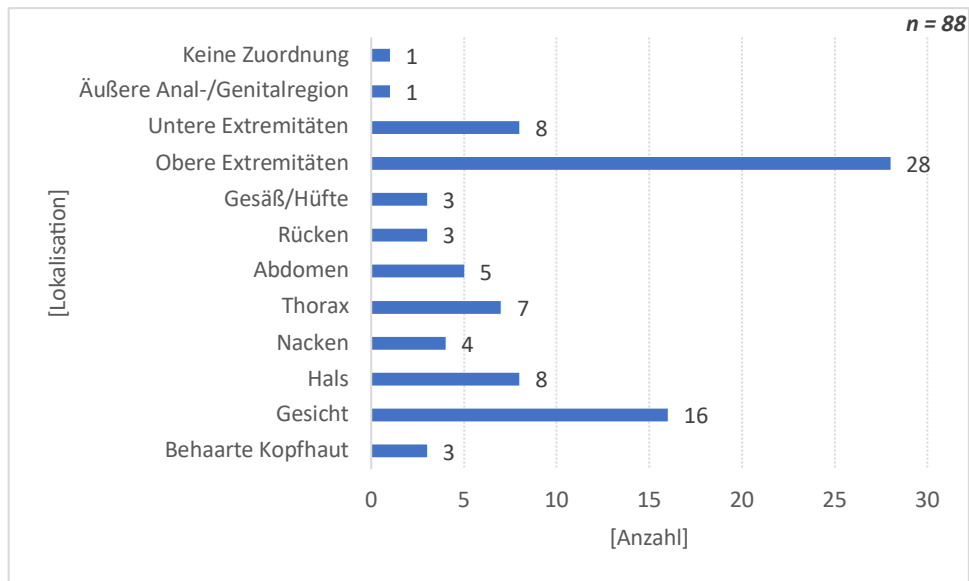


Abb. 60 *Lokalisation halbscharfer Gewalteinwirkung in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)*

Insgesamt zeigten sich bei 58,0% (n=51) und bei 22,7% (n=20) der 88 Verletzungen in Folge halbscharfer Gewalteinwirkung - in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen - Hinweise auf Kratz- bzw. Bissverletzungen. Bei den übrigen Verletzungen halbscharfer Gewalt wurde diese mit 11,5% (n=10) durch einen scharfkantigen Gegenstand hervorgerufen. In 8,0% der Fälle (n=7) wurde keine Beschreibung der wahrscheinlichsten Ursache der Verletzung dokumentiert (Abb. 61).

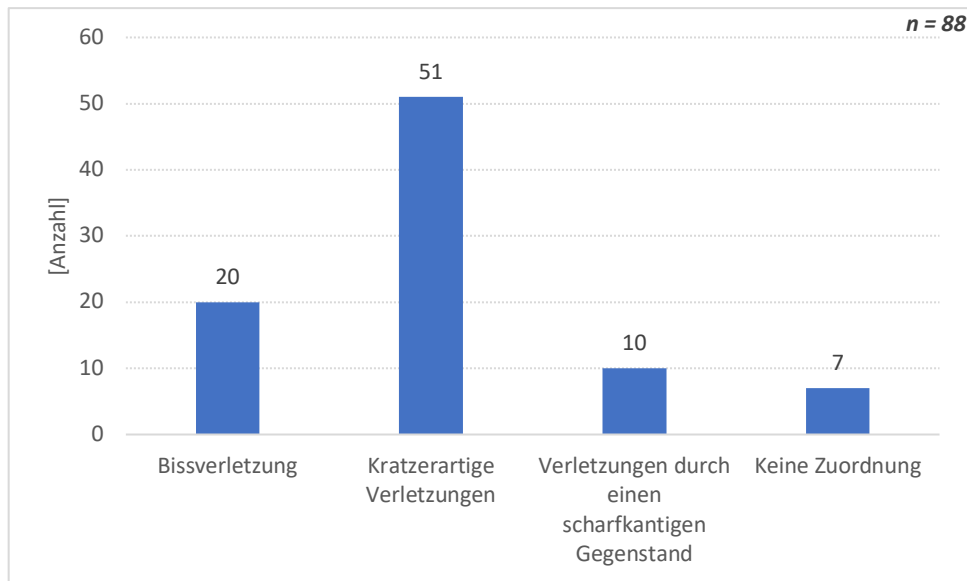


Abb. 61 Anteil der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Formen halbscharfer Gewalt pro Einzelfall möglich)

27,5% (n=14) der kratzerartigen Verletzungen traten am häufigsten im Bereich der oberen Extremitäten auf. Im Bereich des Gesichts wurden 17,6% (n=9) und 11,8% (n=6) am Hals aller kratzerartigen Verletzungen festgestellt. Im Bereich des Thorax lag die Verteilung dieser Verletzung bei 11,8% (n=6), an den unteren Extremitäten sowie am Abdomen jeweils bei 7,8% (n=4) und am Nacken bei 5,9% (n=3). Die behaarte Kopfhaut und der Rücken waren mit jeweils 3,9% (n=2) und die Gesäß- bzw. Hüftregion mit 2,0% (n=1) betroffen (Abb. 62).

Bissverletzungen befanden sich zu 60,0% (n=12) am häufigsten im Bereich der oberen Extremitäten. Im Gesichtsbereich wurden bei 15,0% (n=3) Bisspuren festgestellt und in der Region des Gesäßes bei 10% (n=2). Bissverletzungen im Bereich des Thorax und der unteren Extremitäten wurden jeweils bei 5,0% (n=1) dokumentiert (Abb. 62).

40,0% der Verletzungen (n=4) durch einen scharfkantigen Gegenstand traten im Bereich des Gesichtes auf. An den oberen sowie unteren Extremitäten wurden jeweils bei 20,0% der Untersuchten (n=2) derartige Verletzungen dokumentiert. Etwa gleich häufig traten Verletzungen dieser Art am Hals sowie am Rücken mit jeweils 10,0% (n=1) auf (Abb. 62).

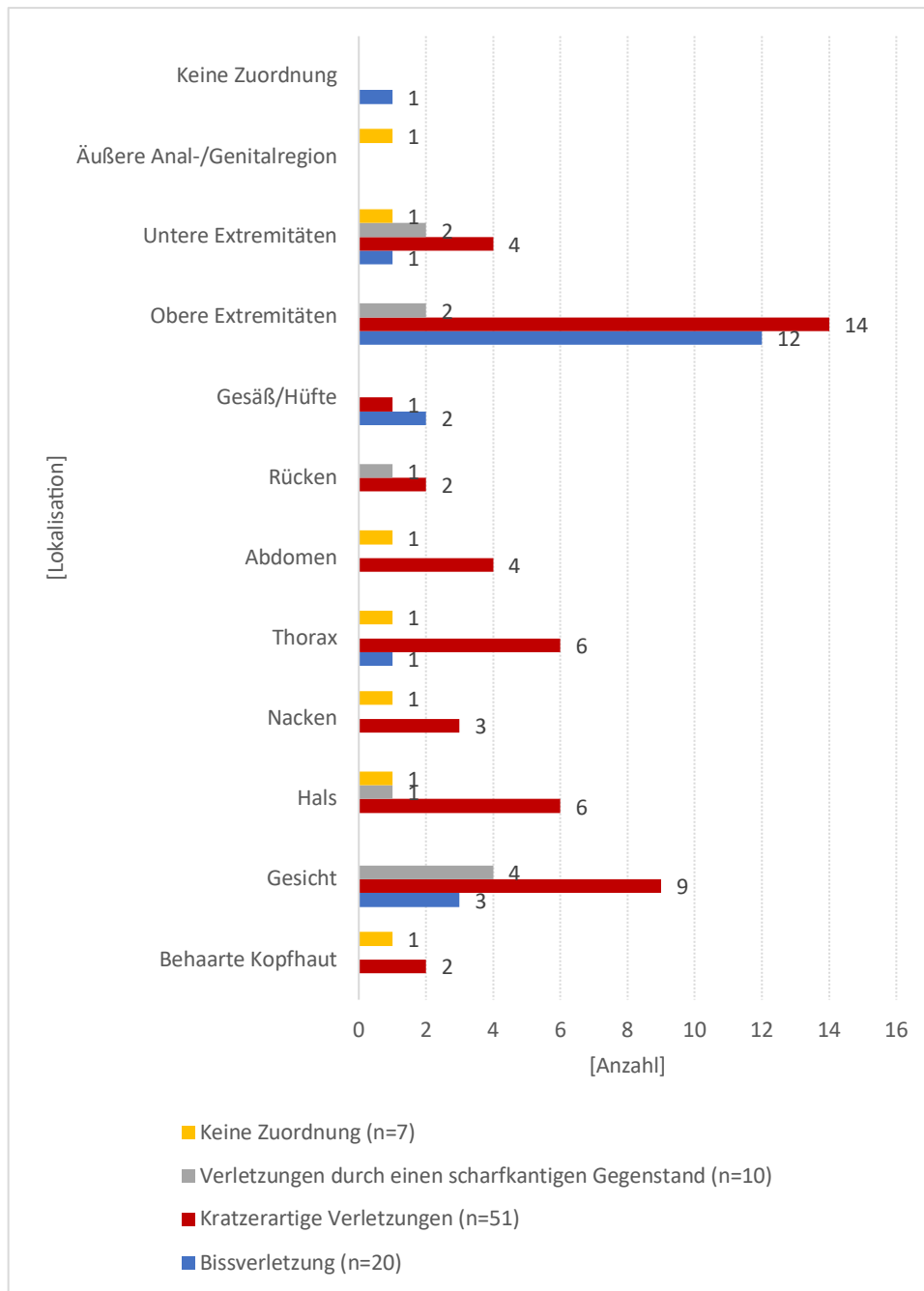


Abb. 62 Lokalisation der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)

4.5.9. Thermische Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

65,2% (n=15) der 23 Fälle thermischer Gewalteinwirkung waren aus rechtsmedizinischer Sicht aufgrund der Verletzungsmorphologie und -lokalisierung begründete Verdachtsfälle auf eine Fremdbeibringung.

Insgesamt wurde 21-mal die Einwirkung thermischer Gewalt in den 15 Fällen dieser Gewaltform dokumentiert.

4.5.9.1. Alter

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Alterskohorten der rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfälle.

Thermische Gewalteinwirkung kam in der Alterskohorte zwischen 1 und 6 Jahren in 18,2% der Fälle (n=8) vor. Im Alter zwischen 7 und 13 Jahren trat diese Gewaltform bei 4,5% der Untersuchten (n=1) auf. Bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren zeigten sich bei 5,9% (n=1), bei Erwachsenen zwischen 18 bis 24 Jahren bei 4,9% (n=2) und zwischen 35 bis 44 Jahren bei 4,7% (n=2) Anzeichen für thermische Gewalteinwirkung. Bei einem Erwachsenen zwischen 55 bis 64 Jahren (5,9%) konnte die thermische Gewalteinwirkung festgestellt werden. Keine Anzeichen für eine solche Gewaltform waren bei den Untersuchten zwischen 0 – 12 Monaten, zwischen 25 bis 34 Jahren, zwischen 45- bis 54-jährigen und ab dem 65ten Lebensjahr festzustellen (Abb. 63).

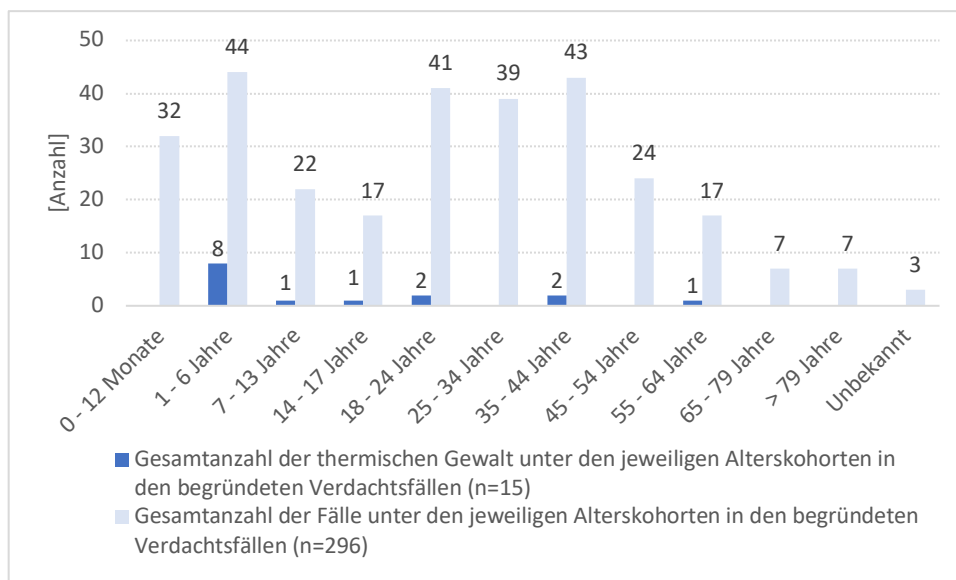


Abb. 63 Altersverteilung thermischer Gewalt bei rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen

4.5.9.2. *Geschlecht*

Spuren thermischer Gewalteinwirkung fanden sich in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen bei männlichen Personen mit 60% (n=9) häufiger als bei weiblichen Personen mit 40% (n=6) (Abb. 64).

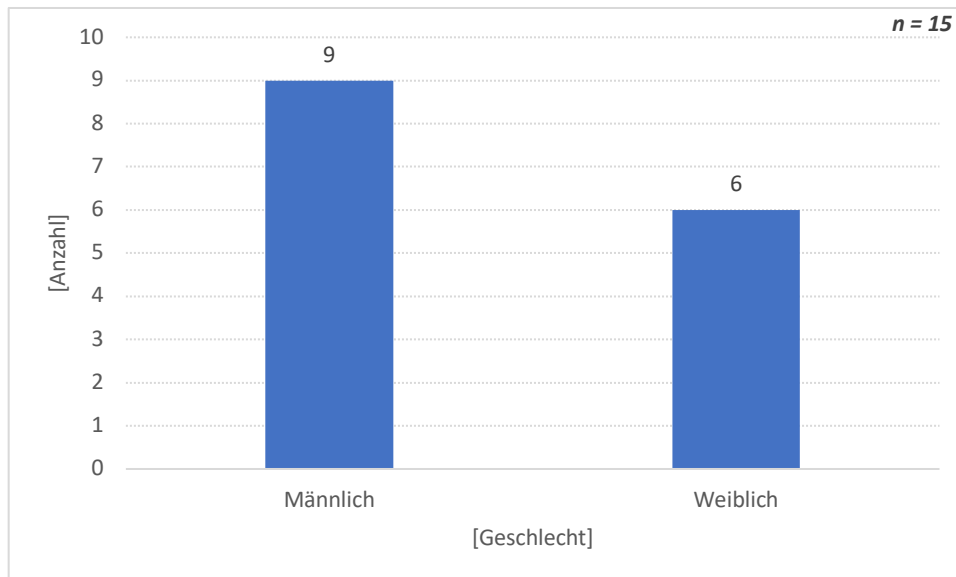


Abb. 64 *Geschlechterverteilung thermischer Gewalt*

4.5.9.3. *Verbrennungen/Verbrühungen*

Insgesamt wurden in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen, unter Berücksichtigung von Mehrfachangaben pro Einzelfall, 21 Verletzungen durch thermische Gewalteinwirkung dokumentiert. Davon wurden 76,2% der Verletzungen (n=16) durch Verbrennung dokumentiert. Mit 23,8% (n=5) wurden derartige Verletzungen deutlich seltener durch Verbrühungen hervorgerufen (Abb. 65).

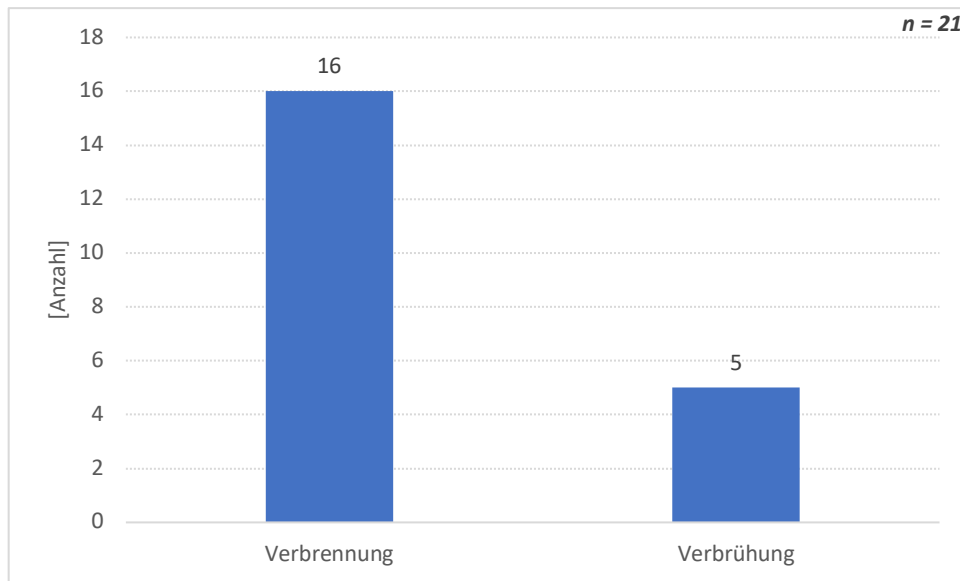


Abb. 65 *Verteilung Verbrennung/Verbrühung (mehrere Formen thermischer Gewalt pro Einzelfall möglich)*

4.5.9.4. Lokalisation

Insgesamt wurde 21-mal die Einwirkung durch thermische Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen an verschiedenen Lokalisationen pro Einzelfall dokumentiert. Mit 42,9% der Verletzungen (n=9) waren Bereiche der oberen Extremität betroffen. In 19,0% der Fälle (n=4) waren die unteren Extremitäten, in 14,3% der Thorax (n=3) und jeweils in 9,5% der Fälle (n=2) das Gesicht und das Abdomen betroffen. Die Gesäß- bzw. Hüftregion zeigte bei 4,8% der Verletzungen (n=1) die Folge thermischer Gewalteinwirkung. Die behaarte Kopfhaut, der Hals, der Nacken, der Rücken sowie die äußere Genital- bzw. Analregion waren nicht betroffen (Abb. 66).

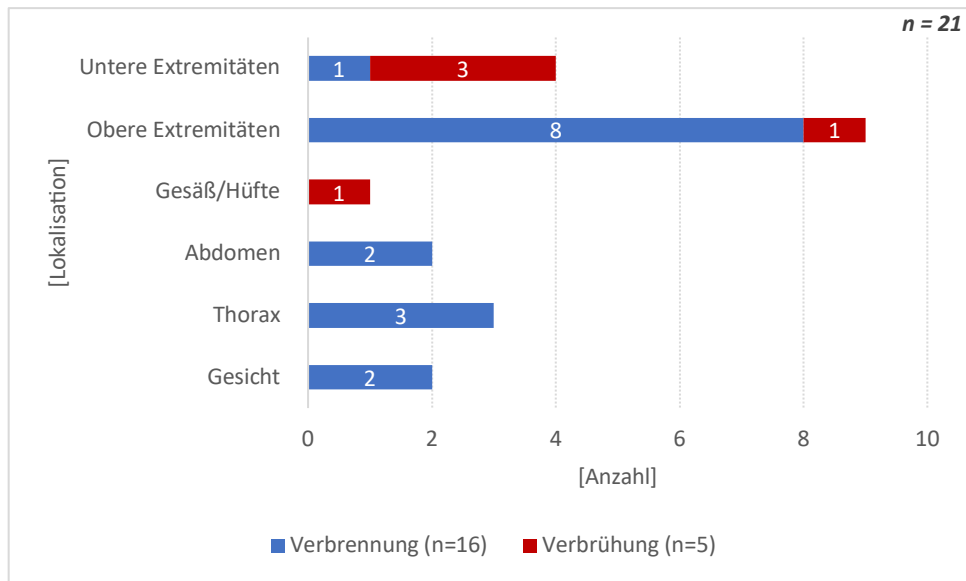


Abb. 66 *Lokalisation der thermischen Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)*

5. Diskussion

Die verständliche und verwertbare Analyse und Dokumentation der Spuren von Gewalt, Folter oder Missbrauch an lebenden Menschen ist eine der größten Herausforderungen der klinisch-forensischen Medizin. Während internationale Maßstäbe existieren, stehen einer Umsetzung in der beruflichen Praxis viele Hindernisse im Weg. Die Hindernisse reichen von Sprachbarrieren über unterschiedliche rechtliche Grundlagen und Definitionen bis hin zur geografischen Lage und sozio-ökonomischen Faktoren.

Die in dieser Arbeit ausgewerteten Daten sollen dabei helfen, mögliche, aber auch existierende Schwachstellen bei der Bearbeitung von Gewalttaten mit verletzten Gewaltopfern durch Rechtsmediziner/innen in der Erkennung von forensisch-juristisch relevanten Gewalttaten zu identifizieren und Wege zur besseren Versorgungsqualität bei der Gewaltopferuntersuchung aufzuzeigen.

5.1. Grundlagen der klinisch-forensischen körperlichen Untersuchung

Ungefähr 70% aller weltweiten Gewaltopfer sind laut WHO-Angaben männlich, hauptsächlich im Alter von 18 - 30 Jahren, jedoch zeigt die WHO-Studie auch, wie verwundbar Kinder und Frauen sind. Ein Viertel aller Erwachsenen hat angegeben, als Kind physisch missbraucht worden zu sein. Ein Drittel aller Frauen gab an, mindestens an einem Punkt in ihrem Leben physischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, während ein Fünftel der Frauen nach eigenen Angaben als Kind sexuellen Missbrauch erfahren haben (Butchart & Mikton, 2014).

Nach einer innerdeutschen Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von 2003/2004 haben 30% – 40% der befragten Frauen ab dem 16. Lebensjahr sexuelle oder körperliche Gewalt erfahren (Müller et al., 2005). In einer weiterführenden Studie der European Union Agency for Fundamental Rights zum Thema „*Violence against women: an EU-wide survey*“ von 2012 gaben 8% aller Frauen an, innerhalb der letzten 12 Monate (sexuelle) Gewalt erfahren zu haben (Europäische Union, 2014).

In Deutschland liegt das Gewaltmonopol beim Volk und wird in Wahlen, Abstimmungen sowie „durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung“ durchgesetzt, mit den Ausnahmen der Notwehr und Nothilfe (Art. 20 Abs. 2 GG). Die vollziehende Gewalt (Landes- und Bundespolizei, Strafvollzugsbeamte) sowie die Rechtsprechung (Gerichte) unterliegen dabei der Gesetzgebung durch Parlamente bzw. daraus resultierenden Gesetze. Neben dem Gewaltmonopol hält der deutsche Staat auch den Strafanspruch (Verfolgen und Verhängen von Strafen gemäß StGB), welcher vor allem von Polizei bzw. Staatsanwaltschaften sowie Gerichten durchgesetzt wird.

Z. B. legt § 1 des GewSchG Gerichten die Pflicht auf, weitere Gewalt von Opfern abzuwenden. Dazu ist es unerlässlich, dass Spuren der Gewalt am Menschen auf rechtlich relevante Fremdeinwirkung untersucht und ordnungsgemäß für die spätere gerichtliche Verwendung dokumentiert werden.

Des Weiteren ist nach § 1 Abs. 1 BKiSchG das „Ziel des Gesetzes [...], das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Angesicht dessen und der Tatsache, dass Kinder häufiger Gewalt ausgesetzt sind, muss dieser Gruppe von besonders Schutzbedürftigen eine gesonderte Stellung eingeräumt werden.

In Hessen gilt seit Anfang 2008 das Kindergesundheitsschutzgesetz (KiGesSchG (GVBl I S. 856-858)). Darin werden Eltern dazu verpflichtet, ihre Kinder für die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 vorzustellen (Santos et al., 2020). Dies bietet eine Gelegenheit für Ärzte möglichen Missbrauch oder Misshandlungen festzustellen.

Das achte Buch des SGB bildet die gesetzliche Grundlage für die Arbeit der Jugendämter. Dabei ist § 1 von besonderer Bedeutung:

„(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere [...]

1. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen“ (BGBI. [1990] I, S. 1163; zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 4 G. v. 16.06.2021 BGBI. I, S. 1810).

In § 8a Absatz 1 SGB VIII (BGBI. I, Nr. 45, S. 2022) kommt hinzu, dass bei möglicher Kindesgefährdung Fachkräfte einzubeziehen sind. § 81 SGB VIII (BGBI. I, Nr. 45, S. 2022) verpflichtet alle öffentlichen Träger der Jugendhilfe (JH), inklusive Jugendamt, miteinander zu kooperieren. Diese Einrichtungen (Jugendämter und öffentliche Träger

der JH) sind aufgrund mangelnder Ausbildung im Bereich der ordnungsgemäßen und gerichtlich verwertbaren Verletzungsdokumentation auf relativ wenige Rechtsmediziner/innen angewiesen, um die möglichen Verletzungen am Menschen aufzunehmen. Es ist jedoch grundsätzlich möglich, dass andere Arztgruppen (Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte etc.) die nötige Aus- bzw. Weiterbildung für eine ordnungsgemäße und gerichtsfeste Dokumentation erhalten.

Der Mangel an qualifizierten Personal in Einrichtungen der Jugendhilfe ist von besonderer Bedeutung, bedenkt man, dass in 236 Fällen der vorliegenden Arbeit die Untersuchten unter 18 Jahre alt waren (Abb. 12) und somit die größte Gruppe der Gewaltopfer stellen. Stanislawski et al. (2014) beschreiben ähnliche Fallzahlen für diese Altersgruppen (Stanislawski et al., 2014).

Mit Blick auf die Statistiken des BKA zeigt sich, dass seit 2014 die bundesweit registrierten Fallzahlen an Verstößen gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen sich beinahe verdreifacht haben. Wurden 2014 noch 3625 dieser Taten registriert (12.742 insgesamt), waren es 2018 schon 9.415 Straftaten gegen unter 18-Jährige (31.115 insgesamt). Dabei war in allen Jahrgängen mit rund 93% die Mehrheit der Opfer weiblichen Geschlechts (Bundeskriminalamt, 2020, 2015). Dies bedeutet nicht zwingend, dass die Anzahl an Gewalttaten zugenommen hat, sondern dass u. U. mehr Fälle gemeldet wurden und es somit zu einer Erhellung bzw. Verkleinerung des Dunkelfelds gekommen ist.

Die Rechtsmedizin trägt mit ihrer Tätigkeit dazu bei, dass der Staat seinen Strafanspruch durchsetzen kann, die sichere Beweisführung gewährleistet wird und damit weniger Straftaten ungesühnt bleiben. Durch ihre Arbeit kann die Rechtsmedizin aber auch Opfer vor möglichen Beschuldigungen schützen, die Anzeigebereitschaft der Bevölkerung erhöhen und das Vertrauen in die Staatsorgane stärken.

Dabei sollte die Dokumentation bei Verdacht auf Gewalt durch Fremdeinwirkung zeitnah zum Tatzeitpunkt und nach einheitlichen Standards vorgenommen werden.

5.2. Ablauf körperlicher Untersuchungen und Verwendung der gewonnenen Erkenntnisse

Die Rechtsmedizin in Deutschland steht traditionell in der vorrangigen Verantwortung, die fachgerechte und gerichtsfeste Dokumentation von Spuren nach Gewaltdelikten am Menschen sicherzustellen (Yen, 2013). Das Ziel der körperlichen Untersuchung ist die sichere Beweisführung in einem gerichtlichen Verfahren zu einem späteren Zeitpunkt.

Der Ablauf der rechtlichen Aufklärung über den Status der untersuchenden ärztlichen Person, der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der Dokumentation der erhobenen Befunde erfolgt wie in der Einleitung auf S. 18 ff. beschrieben. Die Anamnese wird bei der Erstvorstellung in der Rechtsmedizin von einem Rechtsmediziner/einer Rechtsmedizinerin aufgenommen. Bei Vorstellung durch Polizei, Gericht oder Jugendamt sollte die Anamnese schon orientierend dokumentiert worden sein.

Ein großes Problem stellen diejenigen Fälle dar, bei denen keine sichtbaren Spuren oder Verletzungen entstehen. So kann ein sexueller Missbrauch von Kindern auch ohne Körperkontakt geschehen, zum Beispiel das Herstellen und Verteilen von pornografischen Materialien mit Kindern als Opfer oder andere sexuell intendierte Handlungen ohne Körperkontakt (Voyeurismus, Exhibitionismus etc.). Eine solche Form des sexuellen Missbrauchs wird auch als *hands off*-Handlung beschrieben. Es muss bedacht werden, dass bei solchen *hands off*-Handlungen gegen eine Person (Missbrauchshandlungen ohne Körperkontakt) die körperliche Untersuchung keine Spuren finden kann. Nur bei *hands on*-Handlungen können Spuren von Gewalt durch eine rechtsmedizinische Untersuchung entdeckt werden (B. Herrmann et al., 2016c; Banaschak & Madea, 2007b) .

Damit rechtsmedizinische Gutachten vor Gericht verwertbar sind, sollten diese Verletzungen mittels Fotos, Dokumentationsbögen und/oder per Körperschemata dokumentiert werden. Dazu gehören die Dokumentation und Sicherung von Spuren wie Kratzer, Bissspuren, Unterblutungen oder Hautabschürfungen, die nicht zwingend behandelt werden müssen, aber durch die sich der Tathergang möglicherweise erschließen lässt.

Die ärztliche Gewaltopferuntersuchung muss hinsichtlich Anamnese, Untersuchung, Befunddokumentation und Verletzungsinterpretation auf Facharzniveau erfolgen (LG München I, Urt. v. 07.01.2009 – 9 O 20622/06). Unpräzise Beschreibungen sollten

vermieden werden und am Ende der Untersuchung sollte eine möglichst klare gutachterliche Aussage zur Ursache der Gewalteinwirkung stehen im Hinblick auf einen möglichen Straftatbestand. Dies ist nicht nur für eine spätere gerichtliche Verwendung notwendig, sondern auch um Fehldiagnosen und daraus resultierende denkbare Schadenersatzklagen der Geschädigten zu vermeiden. Zu diesem Zweck sollte immer ein qualifizierter Facharzt hinzugezogen werden (Dettmeyer, 2020; B. Herrmann et al., 2016a).

Das Gutachten sollte nach Möglichkeit feststellen, ob einer Person Gewalt durch Dritte zugefügt wurde. Bei einer Untersuchung Tage oder Wochen nach der Tat kann dies häufig nicht mehr ermittelt werden. Wenn keine eindeutige Beteiligung Dritter nachgewiesen werden kann, sollte eine Aussage zur Wahrscheinlichkeit einer möglichen Drittbeteiligung erfolgen. Eine solche Klassifizierung könnte wie folgt aussehen:

- Gewalt durch Dritte gegeben
- Gewalt durch Dritte sehr wahrscheinlich gegeben
- Gewalt durch Dritte wahrscheinlich gegeben
- Gewalt durch Dritte nicht auszuschließen
- Keine Anhaltspunkte für Gewalt durch Dritte
- Gewalt durch Dritte kann ausgeschlossen werden.

Bei der Verletzungsbeschreibung ist Präzision zu verlangen. So müssen z.B. bei der Verletzung infolge scharfer Gewalt Lokalisation, Wundränder, Wundwinkel, Wundgrund und Verlaufsrichtung beschrieben werden. Des Weiteren muss bei auslaufenden Oberhautanritzungen, wenn möglich, durch mitgeteilte Befunde die Tiefe des Schnittes oder des Stiches aufgenommen werden. Ungenaue Beschreibungen wie z. B. Platzwunde am Kopf oder ein Kratzer am Arm sind wenig hilfreich. Hier sind die Wunden genau zu beschreiben, also Größe, Tiefe wenn möglich, Wundränder, Färbung, aber auch die genaue Lokalisation und Verlaufsrichtung der Verletzung.

Die Frische der Verletzungen, gemeint ist das zeitliche Verhältnis bezüglich des Entstehungszeitraums und der Abheilung einer Verletzung, sollte immer aufgenommen werden. Dabei sollten z.B. bei Hämatomen die Farbgebung, die Randbegrenzung und der Heilungsstand der Verletzung dokumentiert werden. Durch diese Merkmale lässt sich der ungefähre Entstehungszeitraum abschätzen (Grassberger et al., 2013). Schwierig gestaltet sich eine objektive Angabe des Entstehungszeitpunkts eines Hämatoms. Auch nach der

wissenschaftlichen Literatur lassen sich keine genauen Angaben zum Hämatomalter machen. Faktoren wie das Alter des Verletzten, die Lokalisation, Hautfarbe, ethnische Herkunft, Tiefe, Lokalisation und Intensität der Verletzung, Durchblutung sowie die Chronizität beeinflussen den Farbverlauf eines Hämatoms und lassen nur eine orientierende Alterseinschätzung zu (RCPC, 2020; Mimasaka et al., 2010; Maguire, 2005). Daher sollte eine „pseudogeneue Altersfestlegung [...] strikt vermieden werden“ (B. Herrmann et al., 2016b) und Farbskalen sowie eine Fotodokumentation zum Einsatz kommen (Dettmeyer et al., 2019d; Oehmichen & Banaschak, 2007). Auch medizinisch versorgte, nicht frische Verletzungen oder aber auch alte reizlose Narben müssen dokumentiert werden, auch und gerade wenn diese durch den Tathergang (noch) nicht erklärbar sind. Dabei ist zu beachten, dass bei Verletzungen, die vor der körperlichen Untersuchung chirurgisch versorgt wurden, es schwer, wenn nicht sogar unmöglich ist, genaue Angaben über die Art der Verletzung zu machen. Es sollte daher vor einer Versorgung von Verletzungen zu einer Dokumentation kommen, bevorzugt zu einer bildgebenden Dokumentation (Verhoff et al., 2012).

Für die Frage nach der konkreten Lebensbedrohlichkeit muss bspw. dokumentiert werden, ob große Gefäße verletzt wurden oder ein relevanter Blutverlust stattgefunden hat.

Um z. B. beim Würgen oder Drosseln eine mögliche Lebensbedrohlichkeit festzustellen, sollte nach der äußeren Untersuchung die Anwendung radiologischer Methoden in Betracht gezogen werden, um mögliche Verletzungen an Halsstrukturen aufzudecken. Verletzungen, besonders an der Knochen- und Knorpelstruktur, treten hier bei Fremdeinwirkung häufig auf, während selbstbeigefügtes Strangulieren, aber auch unfallartiges Erhängen/Erdrosseln, nur in wenigen Fällen Verletzungen an der knöchernen Struktur aufweisen (Teifel, 2019). Zudem sollte von dem untersuchenden Arzt erfragt werden, ob das mutmaßliche Opfer das Bewusstsein verloren oder einen unfreiwilligen Harn- oder Stuhlabgang gehabt hatte, da dies Hinweise auf halskompressionsbedingte neurologische Ausfallerscheinungen sind. Petechiale Blutungen oberhalb der Kompressionsebene belegen hingegen zunächst nur die hämodynamische Wirksamkeit der Halskompression.

5.3. Wesentliche Erkenntnisse aus den Resultaten

Das Zeitfenster der Untersuchung nach einer Tat spielt eine bedeutsame Rolle. Besonders bei leichten Verletzungen und Sexualdelikten ist eine zeitnahe Untersuchung unerlässlich, um eine Dokumentation möglicher Spuren zu ermöglichen, bevor diese verheilen bzw. nicht mehr nachweisbar sind. In dieser Studie wies der überwiegende Teil der Untersuchungen (253 von 523) keine genauen Angaben zum Zeitfenster zwischen dem Zeitpunkt der Verletzungsbeibringung und dem Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Untersuchung nach der Gewalteinwirkung auf, 140 Untersuchungen fanden mehr als 24 Stunden nach der Verletzungsentstehung statt. Diese Fälle wurden eher als nicht begründete Verdachtsfälle eingestuft, was auch an zwischenzeitlich untergegangenen Befunden liegen kann und möglicherweise zu falsch-negativen Einschätzungen führte.

Von begründeten Verdachtsfällen wird ausgegangen, wenn der Verdacht auf eine drittverursachte Körperverletzung in Form einer Misshandlung bzw. im Rahmen einer Sexualstraftat auch nach der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung als begründet angesehen wird.

Während bei Untersuchungen innerhalb von 24 Stunden das Verhältnis von begründeten zu unbegründeten Fällen 3:1 ausfiel, sank dieses Verhältnis auf 1:1 bei den Fällen ohne Angaben zum Zeitpunkt der Untersuchung. Bei Meyer (2010) zeigte sich für das Institut für Rechtsmedizin in Hannover ein Verhältnis von 69 Fällen mit Zeitangaben zu 29 Fällen ohne Angaben zum Zeitpunkt des Tathergangs (Meyer, 2010). Von dem Berges Studie (2012) des rechtsmedizinischen Instituts Hamburg (mit Fokus auf nördliche Gemeinden) fand, dass in 3% der 185 Untersuchungen keine Zeitangabe gemacht wurde. Dies steht in einem starken Gegensatz zu dieser Studie, die damit näher an Stockheims (2018) und Meyers (2010) Wert von 31% bzw. 30% der Fälle ohne Zeitangabe liegt (Stockheim, 2018; von dem Berge, 2012). Vor allem im Rahmen von Sexualdelikten ist eine zeitnahe Untersuchung unabdingbar. Diese Ergebnisse werden sowohl bei Meyer (2010) als auch Bartholl (2009) bestätigt, denn sie zeigen, dass Spermien bei Sexualdelikten nach Ablauf von 72 Stunden nach der Tat nur schwer nachzuweisen sind. Nach Meyers Ergebnissen konnte in keinem Vaginalabstrich, der später als 24 Stunden nach der Tat stattfand, ein positiver Befund bzw. Spermiennachweis erbracht werden (Meyer, 2010; Bartholl, 2009). Zusammenfassend leidet die Aussagekraft zu einer Gewalteinwirkung durch Dritte, sollte die Untersuchung später als 24 Stunden nach der Tat stattfinden.

Bezüglich der Qualifikation der untersuchenden ärztlichen Person, zeigt die Studie von Richter *et al.* (2018) am Beispiel des Jugendamtes aus dem Landkreis Wittenberg und Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt, dass Rechtsmediziner in den wenigsten Fällen die Erstuntersuchung vorgenommen hätten. Fachärzte der Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie „andere Fachärzte“ waren der Studie zufolge für 94,3% aller Untersuchungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verantwortlich. Rechtsmediziner führten dort nur 1,9% aller Untersuchungen durch (C. Richter et al., 2018).

Ähnlich verhielt es sich in der Studie von Mützel et al. (2014), in der die Rechtsmedizin gar nicht vertreten war und Untersuchungen ausschließlich durch andere Fachrichtungen durchgeführt wurden. Sexuelle Übergriffe auf Minderjährige wurden dabei nur in wenigen Fällen erfasst (Mützel et al., 2014). Andere Studien haben deutlich höhere Fallzahlen bezüglich sexueller Gewalt ermittelt. In Brandaus Studie (2018) zeigten 58,2% der Fälle einen Bezug zu sexueller Gewalt (Brandau, 2018).

ANGABEN ZU TATVERDÄCHTIGEN PERSONEN. Ein weiterer Punkt sind die rund 200 Fälle, in denen die Untersuchten nur mangelnde bis keine Angaben über den/die Täterverdächtige/-n machten oder machen konnten. Daraus ergibt sich, dass der/die Tatverdächtige zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht bekannt war. Jedoch kann eine mangelhafte Dokumentation oder das Verschweigen des Täters/der Täterin nicht ausgeschlossen werden.

REIHENFOLGE DER DOKUMENTATION VON VERLETZUNGEN. Auch die Reihenfolge, in der eine Person untersucht und die Befunde aufgenommen wurden, zeigt Verbesserungsbedarf. Im rechtsmedizinischen Institut Gießen war vor allem im Anfangszeitraum der Untersuchungen teilweise keine klare Ordnung oder übergreifende Standardisierung erkennbar. Die Beschreibungen der Verletzungen an verschiedenen Körperregionen erfolgen in uneinheitlicher offenbar nicht-standardisierter Reihenfolge, so werden Verletzungen an der behaarten Kopfhaut beschrieben, dann Verletzungen an den unteren Extremitäten und anschließend erneut andere Verletzungen an der behaarten Kopfhaut.

Weitere Defizite wurden in der vorliegenden Studie und in publizierten Untersuchungen bei der Dokumentation der Verletzungen festgestellt. Nur in 8,7% der Fälle in Stockheims Studie waren die Wundcharakteristika vollständig beschrieben (Wundränder, Form,

Farbe, Tiefe), während nach der Studie von Richter et al. nur in 4,8% aller Fälle eine exakte medizinische Dokumentation vorhanden war. Stockheim berichtet u. a. auch von einem Mangel an Körperschemata in 64% der Fälle (C. Richter et al., 2018; Stockheim, 2018). Die Verletzungen wurden von den Untersuchern des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen überwiegend exakt beschrieben, jedoch war die Lokalisation der Verletzungen teilweise nicht präzise genug angegeben und das Vokabular in den Gutachten war nicht einheitlich.

QUALITÄT DER VERLETZUNGSBEURTEILUNG. Bei Auswertung der in dieser Arbeit ausgewerteten Gutachten kam es auch zu widersprüchlichen Aussagen bezüglich der gleichen Verletzung innerhalb eines Gutachtens. Mit Abstand am häufigsten wurden Hämatome mit Hautrötungen gleichgesetzt oder verwechselt.

Nicht nur Verwechslungen, wie oben genannt, machen die Wundbeschreibung bei der Dokumentation und die spätere Auswertung/Verwertung schwierig. Ein uneinheitliches und ungenaues Vokabular bei der Wundbeschreibung kann die spätere Nutzung der Dokumentation, z.B. vor Gericht, erschweren. Ein einheitliches Vokabular für die Beschreibung von Folgen stumpfer Gewalt wie von Birngruber *et al.* (2020) vorgeschlagen sollte angestrebt werden. Jedoch zeigt sich, dass selbst in der Grundlagenliteratur der Rechtsmedizin und auch teilweise innerhalb einzelner Lehrbücher kein einheitliches Vokabular benutzt wird. So werden selbst bei Birngruber *et al.* 2020 schon auf der ersten Seite Oberhautablösungen teilweise mit Hautabschürfungen gleichgesetzt, nur um dann auf der nächsten Seite beide gesondert aufzuzählen. Auch bei den Bildbeispielen war keine klare Abgrenzung zwischen Schürfungen und Ablösungen zu erkennen. Des Weiteren unterscheidet sich die Definition von Schürfungen bei Birngruber *et al.* 2020 gegenüber Pollak (2004b) dahingehend, dass das (teilweise oder vollständige) Abtragen der Epidermis nicht erwähnt wird. Sowohl Birngruber *et al.* (2020) als auch Grassberger *et al.* 2013 benutzen den Begriff Abschlüpfung, jedoch wird bei Birngruber *et al.* (2020) Abschlüpfung den Oberhautablösungen zugeordnet, während Grassberger *et al.* 2013 den Begriff bei Hautschürfungen verwendet. Pollak hingegen benutzt diesen Begriff nicht bei der Definition von Hautablösungen oder Hautschürfungen (Birngruber *et al.*, 2020; Grassberger & Yen, 2013; Pollak, 2003a).

Eine vorab interpretierende Sprache sollte vermieden werden und der Fokus sollte auf objektiven Beschreibungen aller Verletzungen liegen. Dies schließt ein, dass auch das

Fehlen eigentlich nach dem berichteten Tathergang zu erwartender Verletzungen erwähnt wird.

ERHEBUNG DER ANAMNESE. Auch bei der Dokumentation der Anamnese muss man Vorsicht walten lassen: Sämtliche Angaben sollten im Konjunktiv aufgenommen werden, sodass eine Wertung seitens des untersuchenden Arztes vermieden wird (Birngruber et al., 2020).

FOTOGRAFISCHE DOKUMENTATION. Bezüglich der fotografischen Dokumentation in Gießen zeigte sich, dass über den untersuchten Zeitraum der prozentuale Anteil an körperlichen Untersuchungen mit Fotodokumentation verdoppelt wurde. Während in den Jahren 2005 bis 2007 der Prozentsatz an Untersuchungen mit Fotodokumentation bei unter 50% lag, stieg diese Prozentzahl im Jahr 2014 auf 85,3%. Es sollte bei allen körperlichen Untersuchungen eine Fotodokumentation erfolgen, auch die Abwesenheit von sichtbaren, körperlichen Verletzungen sollte fotografisch dokumentiert werden, um bei möglichen, späteren gerichtlichen Verfahren auch das Vorhandensein von Verletzungen ausschließen zu können.

AUFTRAGGEBER RECHTSMEDIZINISCH-KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNGEN. In der vorliegenden Arbeit ist das Jugendamt der häufigste Auftraggeber der körperlichen Untersuchungen für die Gruppe der unter 18-jährigen, während privat beauftragte Untersuchungen nur in wenigen Fällen auftraten. Bei Brandau (2018) zeigte sich eine höhere Anzahl von privat beauftragten Untersuchungen durch Eltern, ähnlich häufig wie die vom Jugendamt beauftragten Untersuchungen. Da Brandaus Studie die Jahre 2010 bis einschließlich 2013 untersucht hat, was sich mit den letzten Jahren der vorliegenden Studie deckt, lässt sich dieser Unterschied nicht durch die Gesetzeslage oder die allgemeine Aufklärung der Bevölkerung erklären. Dass Brandaus Studie im Einzugsgebiet München stattfand und damit eine höhere Zahl an Menschen in der unmittelbaren Umgebung der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin in München lebte, ist sicher für die höhere Anzahl der körperlichen Untersuchungen verantwortlich. Innerhalb von 4 Jahren wurden in dieser Studie 225 Personen mit einem Alter < 18 Jahren untersucht.

VERTEILUNG DER UNTERSUCHUNGEN NACH GESCHLECHT. Frauen waren in der vorliegenden Studie insgesamt weniger vertreten als Männer (43% zu 57%). Nach

Ausschluss der 81 Tatverdächtigen liegt das Geschlechterverhältnis der möglichen bzw. wahrscheinlichen Gewaltopfer bei 49% Frauen zu 51% Männern.

Anzumerken ist, dass in nicht auf Gewaltschutz spezialisierten Einrichtungen, wie Notaufnahmen und Jugendämtern, der Anteil von Frauen deutlich geringer ist gegenüber Personen, die in einer Gewaltschutz- oder Kinderschutzambulanz vorstellig werden. In Stockheims (2018) Analyse und den benutzten Quellen (Stockheim, 2018; Tingne et al., 2014; Cunningham et al., 2003; Brink et al., 1998) ist der Anteil an Frauen, die sich nach Gewalteinwirkung in einer Notaufnahme meldeten, zwischen 21% bis 27% angesiedelt. Richters et al. (2018) Analyse der bei Jugendämtern gemeldeten Fälle wies hingegen eine gleichmäßige Verteilung der Geschlechter auf (C. Richter et al., 2018). Gogia (2016) kommt in ihrer Studie der Gewaltschutzambulanz Münster auf eine Geschlechterverteilung von 71% Frauen zu 29% Männern (Gogia, 2016). Auch bei Brandau (2018) fand sich, dass 72% der Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz in München an weiblichen Personen durchgeführt wurden (Brandau, 2018).

ENTFERNUNG ZUM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN. Einen größeren Einfluss auf die Zahl der Untersuchungen hat die Entfernung zum Institut für Rechtsmedizin, so auch in Gießen. Am deutlichsten wird dies bei dem Vergleich der Untersuchungen im Umkreis von 20 km gegenüber jenen Fällen, die eine Entfernung von mehr als 20 km zum Institut aufwiesen. Aus dem flächenmäßig sehr großen Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen (Abb. 67) macht der Landkreis Gießen nur rund 15% der Bevölkerung aus. Allerdings kommen 57% aller untersuchten Fälle aus dieser Region.



Abb. 67 *Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin Gießen (grün)*

Dies ist von besonderer Bedeutung, da mit Kassel ein noch größeres Ballungszentrum als Gießen im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen liegt. Jedoch ist der Anteil der Fälle aus Kassel um ein Vielfaches geringer als zu erwarten gewesen wäre. Kassel, mit rund 193.486 Einwohnern [Mittelwert des gesamten Erhebungszeitraums] im Stadtgebiet und insgesamt elf beauftragten Untersuchungen im gesamten Erhebungszeitraum, liegt weit hinter Gießen mit 76.004 Einwohnern [Mittelwert des gesamten Erhebungszeitraums] und 269 beauftragten Untersuchungen (Universitätsstadt Gießen, 2011).

Es ist anzunehmen, dass im Raum Kassel eine ähnliche, wenn nicht sogar eine höhere Anzahl an rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchungen bei einem entsprechenden Angebot nachgefragt gewesen wäre.

Die hohe Diskrepanz zwischen der Zahl an Untersuchungen aus der Umgebung des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen und der Zahl der Untersuchungen aus dem Raum Kassel spricht für eine höhere Dunkelziffer an nicht bekannt gewordenen Fällen aus dem Kasseler Raum.

Es wurde auch bisher in keiner Studie in Deutschland die Entfernung zum Untersuchungsort aufgenommen oder angegeben. Stanislawski (2014) und Richter et al.

(2018) haben zwar erwähnt, dass es eine Unterrepräsentation besonders der ländlichen Regionen gibt, und Stanislawski schlug die Einrichtung einer mobilen rechtsmedizinischen Ambulanz vor, jedoch fand in keiner der beiden Studien eine gesonderte Auswertung bezüglich der Entfernung zwischen Wohnort bzw. Tatgeschehen und der Lage der untersuchenden Institution statt. Damit ist die vorliegende Studie derzeit die Einzige, die einen Zusammenhang zwischen Entfernung zum Institut und dem Aufkommen an Untersuchungen in Relation zum Gesamteinzugsgebiet herstellt.

5.4. Rechtliche Aspekte und Handlungsempfehlungen

5.4.1. Gesetzliche Grundlagen

Der Opferschutz in Deutschland ist aus rechtlicher Sicht mit umfassenden Befugnissen, Verboten und Pflichten versehen, die sowohl der Intervention als auch der Prävention von Gewalt dienen. Jedoch lässt sich anhand der folgenden Beispiele erkennen, dass es immer wieder zu Verzögerungen bei der Umsetzung internationaler Regelungen kommt und die Gesetzgebung allein nur bedingt zur Aufklärung und Prävention von Gewalttaten beiträgt. Dies wird nicht durch eine ungenaue oder unzureichende Gesetzeslage verursacht, sondern durch die Ausführung und Finanzierung der durch die Gesetze vorgesehenen Maßnahmen und Einrichtungen.

Während das Istanbul-Protokoll schon 1999 von den Vereinten Nationen angenommen wurde, dauerte es 16 Jahre bis eine Übersetzung ins Deutsche erfolgte (Frewer et al., 2015).

Ähnlich verhielt es sich mit der Istanbul Konvention „zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ (BGBl. [2017] II, Nr. 19, S. 1026), welche am 11. Mai 2011 zur Unterzeichnung freigegeben wurde. Zwar hat Deutschland die Konvention am selben Tag unterzeichnet, jedoch verstrichen bis zur Ratifizierung am 12. Oktober 2017 weitere 6 ½ Jahre und bis zum Inkrafttreten am 1. Februar 2018 beinahe 7 Jahre. Zum Vergleich: Frankreich ratifizierte die Konvention im Juli 2014 und ließ sie im November 2014 in Kraft treten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018a).

Solche systematischen Verzögerungen erschweren die Vereinheitlichung, Erkennung und Verfolgung möglicher strafrechtlich relevanter Taten. Hier steht der Staat in der

Verantwortung, für eine zeitgerechte Übersetzung und Implementierung internationaler Standards, auch wenn diese als nicht-bindend (Istanbul-Protokoll) klassifiziert wurden, Sorge zu tragen.

Mit der Unterzeichnung und Ratifizierung der Istanbul-Konvention hat sich Deutschland zu der Umsetzung der in der Konvention beschriebenen Maßnahmen verpflichtet. Besonders hervorzuheben, in Bezug auf diese Arbeit, sind die nachfolgend beschriebenen Artikel.

Artikel 11, in dem sich die unterzeichnenden Staaten zur regelmäßigen Datensammlung und Unterstützung der Forschung bezüglich Gewalt verpflichten, ist hier von besonderer Bedeutung (Council of Europe, 2011). Ein großer Teil der Studien zu diesem Thema ist aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der Istanbul-Konvention in Deutschland entstanden und wurde, zum überwiegenden Teil, nicht vom Staat oder von Ländern beauftragt. Erschwerend kommt hinzu, dass internationale Vergleiche, auch auf europäischer Ebene, dadurch behindert werden, dass Studien und Statistiken zu diesem Thema in den entsprechenden Landessprachen erstellt werden und somit schwer von Experten anderer Länder verwertet werden können. Dass der größte Teil dieser Untersuchungen als Artikel für medizinische Zeitschriften oder als Dissertation angefertigt wurde, erschwert den Zugriff der Öffentlichkeit auf diese Daten (Morris et al., 2018; Isa et al., 2018; Wells, 2017; Gogia, 2016; Isa et al., 2016; Dettmeyer et al., 2015; Mützel et al., 2014; Graß et al., 2013; Menzel et al., 2013; Banaschak et al., 2011; Debertin et al., 2011; Krebs et al., 2011; Schröder et al., 2011; Toon et al., 2011; Seifert et al., 2007; Seifert, Heinemann, Anders, et al., 2006; Seifert, Heinemann, & Püschel, 2006; Seifert & Püschel, 2006; Franke et al., 2004; Cunningham et al., 2003; Dahlberg & Krug, 2002; Berenson et al., 1993).

Empfehlung. Eine neue Serie an Studien zu diesem Thema sollte angestrebt werden, besonders mit dem Fokus auf die Fallzahl bezüglich der Entfernung zu den nächsten Gewaltschutzambulanzen bzw. rechtsmedizinischen Instituten und in Bezug auf die Gesamtbevölkerung im Einzugsgebiet der besagten Einrichtungen bzw. Institute. Dies sollte für alle Einrichtungen bzw. Institute der Rechtsmedizin durchgeführt werden, um ein Gesamtbild der Situation in Deutschland zu bekommen.

Des Weiteren sollte auch bei der Veröffentlichung dieser Daten vom Staat mehr Verantwortung übernommen werden. Gewalt gegen Menschen ist ein systemrelevantes

Problem, das auch als solches behandelt werden muss. Daten von Studien zur Gewalt sollten nicht hinter Bezahlschranken umständlicher und kostenintensiver Abonnements oder in nicht-öffentlichen Datenbanken versteckt gehalten werden.

In Artikel 20 wird die Pflicht zur Sicherung des Zugangs zu Diensten der „Genesung nach Gewalt“ festgeschrieben (Council of Europe, 2011).

Empfehlung. Die Schulung von Kräften vor Ort darf nicht vernachlässigt werden. Rechtsmediziner sind oft nicht die Erstuntersucher von Verletzungen. Notfallärzte, Mitarbeiter der Jugendämter, Fach- und Hausärzte aber auch Mitarbeiter von Gewaltopferstellen sind häufig die ersten, die mögliche Verletzungen, oft zur Behandlung, aufnehmen (C. Richter et al., 2018; Mützel et al., 2014).

Ein einheitlicher, mindestens nationaler Aufnahmebogen für Erstkontaktgruppen und die Schulung dieser sollten als notwendig betrachtet werden.

Mit Artikel 22 und 25 der Istanbul-Konvention wurde die Komponente der „angemessenen geografischen Verteilung“ von spezialisierten Hilfsdiensten und der leichtere Zugang zu besagten Diensten hervorgehoben (Council of Europe, 2011). Dies ist von besonderem Interesse, da dies in scheinbar direktem Gegensatz zu der aktuellen Lage von rechtsmedizinischen Einrichtungen in Deutschland steht. Es finden sich Einrichtungen in kleineren Städten, die dann große Teile der Bevölkerung versorgen müssen, obwohl die Mehrheit der Bevölkerung oft weit entfernt lebt. Die in dieser Studie aufgezeigte Problematik, dass aus dem Raum der Stadt Kassel, als größte Stadt im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin in Gießen, verhältnismäßig wenige Personen mit Verdacht auf fremdbeigebrachte Verletzungen rechtsmedizinisch untersucht wurden, unterstreicht dies.

Die politische Diskussion zur Umsetzung der Artikel der Istanbul-Konvention ist somit noch nicht abgeschlossen. Kostenregelungen, z.B. bei freiwilligen Untersuchungen gegenüber angeordneten, aber auch eine bundesländerübergreifende Vereinheitlichung und weiterführende Definition der Aufgaben einer rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung, Dokumentation und Begutachtung, sollten geklärt und umgesetzt werden.

5.4.2. Rechtsmedizinische Institute, Kliniken und Arztpraxen

Besonders der Mangel an Personal mit der Qualifikation zur Erkennung und Dokumentation von strafrechtlich relevanten Gewaltspuren, selbst in größeren

Ballungszentren mit einer Vielzahl an Krankenhäusern und Polizeistationen ist das Hauptproblem bei der Versorgung. Die oben geschilderte Situation bezüglich der Entfernung zu einer rechtsmedizinischen Einrichtung zeigt, dass das Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen, obwohl zuständig für ein Einzugsgebiet mit ca. 2,9 Millionen Einwohnern, sich hauptsächlich mit Untersuchungen aus der unmittelbaren Umgebung beschäftigt. Das Verhältnis von einem Institut für Rechtsmedizin mit 6 qualifizierten Ärzten gegenüber ca. 2,9 Millionen Menschen ist unzureichend, um das gegebene und unter der Annahme einer Dunkelziffer zu erwartende Aufkommen in diesem Einzugsgebiet zu bewältigen.

Eine Option, um Gewaltopfern adäquaten, flächendeckenden Zugang zu fachlich korrekten Untersuchungen anzubieten, ist die in einzelnen Ländern bereits vorhandene neue Berufsgruppe der *Forensic Nurses* (FN). FN meint speziell geschultes Pflegepersonal mit dem Fokus auf rechtsmedizinische Aspekte und Vorgehensweisen. Unterkategorien mit eigenen Schwerpunkten innerhalb der Berufsgruppe sind z.B. *sexual assault nurse examiners* (SANE) und *forensic nurse examiners* (FNE). Durch den dezidierten Einsatz von solchen Pflegefachkräften in Kliniken, besonders in Ballungsgebieten und Städten ohne eigene rechtsmedizinische Institute oder Notfallambulanzen, können Lücken in der Versorgung und Untersuchung von Gewaltopfern geschlossen werden, wie die Studie von Hofer et al. (2020) aus der Schweiz demonstriert. In den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) sind die FN schon seit den frühen 80er Jahren im Einsatz. Studien mit dem Fokus auf SANEs belegen, dass diese speziell geschulten Fachkräfte eine weit höhere Genauigkeit in der Dokumentation von Gewalteinwirkungen und bei der Sicherung von Beweismitteln vorweisen als medizinische Fachkräfte ohne diese spezielle Ausbildung (Hofer et al., 2020; Campbell et al., 2005; Sievers et al., 2003; Ledray & Simmelink, 1997).

Jedoch verweisen Hofer *et. al.* (2020) auf Probleme, die eine deutschlandweite Nutzung von FN derzeit verhindern. Insbesondere wird die Notwendigkeit eines genau definierten Arbeitsauftrages zwischen Arbeitgebern (in diesem Fall jede Klinik oder Praxen, die eine forensische Pflegefachkraft anstellen sollten) und der forensischen Pflegefachkraft genannt. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass die forensische Fachpflegekraft ihrer Hauptaufgabe nicht nachkommen kann, sollte sie zu stark in andere Aufgaben innerhalb der Klinik eingebunden werden.

Es müssen für den Einsatz solcher Fachkräfte auch weitere gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, insbesondere bezüglich der Datenübermittlung und Koordination mit anderen involvierten Stellen (Polizei, Jugendämter etc.).

Studien unterstreichen den Nutzen von FN nicht nur beim Erkennen und der Dokumentation von Gewalteinwirkung durch Dritte, sondern besonders für die psychologische Versorgung der untersuchten Gewaltopfer, insbesondere Opfer sexueller Gewalt (Campbell et al., 2005).

Die psychologische Komponente darf nicht vernachlässigt werden, da die Mehrheit an Opfern über Monate oder gar Jahre hinweg mit den Folgen eines gewaltsamen Übergriffes kämpft. Eine fortlaufende Behandlung/Betreuung ist also von besonderer Bedeutung. Jedoch zeigt sich, wenn Gewaltopfer in einer Notfallambulanz vorstellig werden, dass nur die wenigsten an rechtsmedizinische Institute oder Opferberatungsstellen verwiesen werden. In der Studie von Schumann (2012) wurde keine von 357 in Notfallambulanzen untersuchten Opfern an rechtsmedizinische Institute verwiesen, und nur eine Person wurde an eine Opferberatungsstelle vermittelt (Schumann, 2012). Besser geschultes oder spezialisiertes Fachpersonal ist also erforderlich, um solche Versäumnisse in Zukunft zu vermeiden.

Durch diese bestehenden Hindernisse ist das Konzept der FN kurzfristig in Deutschland eher ungeeignet, um direkt Abhilfe zu schaffen, Ausbildung und die Verankerung rechtlicher Grundlagen würden Jahre in Anspruch nehmen. Um vor allem die flächendeckende Versorgung zu garantieren, wäre der Ansatz der Ausbildung von anderen bereits etablierten Ärztegruppen (insbesondere der Erstkontaktgruppen) besser geeignet, um Lücken zu schließen. Der Vorteil liegt in der schon bestehenden rechtlichen Lage und Finanzierung, die für den Einsatz von FN erst geschaffen werden müsste. Die Ausbildung von Erstkontaktgruppen wäre auch besser geeignet, um die aufgezeigte entfernungsbedingte Unterversorgung zu beheben, da Hausärzte/Kinderärzte/Frauenärzte auch in bevölkerungsärmeren Regionen weit verbreitet sind und einen einfachen Zugang für Gewaltopfer bieten. Es sollte jedoch erwogen werden, FN als Parallelangebot zusätzlich zu bestehenden rechtsmedizinischen Einrichtungen einzuführen (Hofer et al., 2020).

Des Weiteren ist damit zu rechnen, dass die Zahl der rechtsmedizinischen Untersuchungen und Begutachtungen, die seit 2014 gestiegen ist, auch weiter steigen

wird. Sollte sich dieser Zuwachs so verhalten wie in den untersuchten 10 Jahren (Verfünffachung der Fälle), dann wäre in Gießen bis 2024 mit einer jährlichen Fallzahl von ungefähr 700 Untersuchungen und Begutachtungen zu rechnen. Soziale Bewegungen, weitere Aufklärung bezüglich Geschlechterrollen und häuslicher Gewalt, aber auch weitvernetzte Hilfgemeinschaften, sowohl online als auch offline sowie bessere gesetzliche Grundlagen für Opfer werden möglicherweise mehr Menschen bestärken, Misshandlung und Gewalt zu melden und / oder Hilfestellen aufzusuchen.

Um den eigenen gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen, sollte der Staat für einen besseren Zugang zu rechtsmedizinischen Einrichtungen sorgen. Dabei sollte sowohl an mehr qualifiziertes Personal als auch an neue, ortsnahe Angebote in bislang vernachlässigten, urbanen Zentren und ländlichen Regionen gedacht werden.

„Gewalt jeglicher Art (auch seelische Gewalt), sexuellen Missbrauch und sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche werden wir konsequent bekämpfen. Dazu wollen wir die Forschung verbessern und die Verfahrensabläufe weiter optimieren [...]. In familiengerichtlichen Verfahren muss bei Hinweisen auf (sexualisierte) Gewalt zur Einschätzung der Gefährdungslage eine Stellungnahme von Fachleuten für Gewaltschutz und – soweit relevant – der Rechtsmedizin eingeholt werden“ (CDU, CSU und SPD, 2018).

Diese Stelle aus dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition von 2018 unterstreicht die Bedeutung der Rechtsmedizin in der Dokumentation gewaltbedingter Verletzungen im Rahmen begangener Straftaten. Es ist zu überlegen, ob die Kompetenz der Rechtsmedizin zur Dokumentation von Gewalt in Teilen an andere Fachrichtungen, besonders jene mit Erstkontakt zu möglichen Gewaltopfern, übertragen werden kann. Dies würde die Schulung des Personals beinhalten, damit diese Verletzungen fachgerecht, gemäß vorgegebenen Standards und gerichtlich verwertbar aufgenommen werden können, sollte einmal kein Rechtsmediziner zeitnah oder ortsnah zur Verfügung stehen.

Die Begleitung durch Rechtsmediziner mittels „Lernen am Fall“, wie bei Graß et al. (2013) beschrieben ist, hat sich dabei aus Sicht der begleiteten Arztpraxen in Kiel, Düsseldorf und München als besonders wertvoll herausgestellt. Hier sollte über ein deutschlandweites Angebot nachgedacht werden, nach dem Rechtsmediziner Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen vor Ort oder im rechtsmedizinischen Institut an echten

Fällen schulen, um das fachlich benötigte Wissen zur Erkennung, Beschreibung und Dokumentation von Gewalt zu vermitteln (Graß et al., 2013).

Es existieren bereits Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Klinische Rechtsmedizin der DGRM für den ordnungsgemäßen Ablauf einer rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung (Banaschak et al., 2011, 2014), jedoch sind diese Empfehlungen eben nur genau das: Empfehlungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur die wenigsten Mediziner außerhalb der Rechtsmedizin diese Empfehlungen gelesen oder vorliegen haben.

Deutschlandweit einheitliche Standards sollten verbessert und in einem Aufnahme-/Dokumentationsbogen zusammengefasst werden, der sowohl Körperschemata als auch möglichst korrekte Termini zur Beschreibung der Verletzungen sowie eine Untersuchungsordnung vorgibt. Es sollte überlegt werden, neben einheitlichen, leicht verständlichen Dokumentationsbögen bildgebende Maßnahmen, insbesondere Fotografie, in allen Einrichtungen bei der Erstdokumentation zur Pflicht zu machen. Bei richtiger Anwendung durch mit der Technik vertrautes Personal kann die Fotodokumentation auch bei mangelhafter schriftlicher Dokumentation Rückschlüsse auf Lokalisation, Art, Ausdehnung, Alter etc. von Verletzungen ermöglichen. Hierbei sollten aber auch übergreifende Standards eingesetzt werden, um nicht verwertbare Aufnahmen durch z.B. schlechte Belichtung, Fokus oder Maßstab zu vermeiden (Verhoff et al., 2012).

Es ist anzumerken, dass alle o.g. Empfehlungen als Ergänzung und Entlastung der Rechtsmedizin dienen würden und derzeit nicht die rechtsmedizinische Untersuchung ersetzen sollen und können. Schon Gahr et al. (2005) haben angemerkt, dass körperliche Untersuchungen bei „adäquater Befunddokumentation und kompetenter Spurensicherung“ selbst in frühen Stadien der Ermittlung, ein hilfreiches Werkzeug für die Rekonstruktion des Tathergangs und weiterführende strafrechtliche Sofortmaßnahmen sind (Gahr et al., 2005). Doch können die oben genannten Maßnahmen dazu beitragen, dass mögliche Opfer vor einer Vorstellung in der Rechtsmedizin, welche häufig später nach der Tat erfolgt, eine verwertbare Dokumentation von Gewaltspuren vorweisen können, wo ansonsten diese Spuren schon verloren gegangen wären.

Des Weiteren sollten in den Aufnahmebögen auch andere eher selten vorkommende Verletzungsmuster wie z. B. *Scalping*-Verletzungen und Verletzungen durch anale Penetration beinhaltet sein. Diese sind oft schwer von Unfallgeschehen abzugrenzen,

insbesondere in Fällen, in denen das Opfer sich nicht verständlich machen kann (Scheier et al., 2019; Isa et al., 2018, 2016; Sfriso et al., 2014; Cooling & Viccellio, 2011; Aprile et al., 2009; Schultes et al., 2007; Seifert & Püschel, 2006).

Die festgestellten Mängel bei der Dokumentation der Gewaltopferuntersuchungen in Gießen im Untersuchungszeitraum und anderen Instituten sind bedeutsam. Jedoch ist die Diskrepanz zwischen dem erwarteten Aufkommen im Einzugsgebiet zum realen Aufkommen ein Hinweis auf ein erhebliches Dunkelfeld an Gewaltopfern, das bisher nicht aufgeheilt wurde. Die Forderung nach mehr Angeboten mit der Qualifikation zur möglichst gerichtsfesten Dokumentation von Spuren der Gewalt sollte oberste Priorität haben, da offenbar nur ein Teil der Gewalttaten einer rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung und Begutachtung zugeführt wird.

Körperliche Untersuchungen machen in vielen rechtsmedizinischen Instituten einen Teil des Arbeitsaufkommens aus. Mit dem über die Jahre gestiegenen Aufkommen und der Prognose einer weiteren Steigerung der Untersuchungszahlen sowie dem Umstand, dass sowohl Polizei als auch Gerichte und Jugendämter auf diese Untersuchungen letztlich angewiesen sind, muss mehr Personal für alte, wie neue Einrichtungen und Angebote zur Verfügung gestellt werden. Dabei können auf lange Sicht neue, spezialisierte Berufsgruppen wie FN - sollten dafür eine rechtliche Grundlage und ein sachbezogener Arbeitsauftrag vorliegen - eine entlastende Wirkung für die oft unterbesetzten rechtsmedizinischen Einrichtungen sowie unterversorgte Regionen haben.

Bezüglich der Dokumentationsmängel lässt sich nicht feststellen, ob diese durch unzureichendes Fachwissen, Überarbeitung oder Zeitmangel oder aus anderen Gründen zustande kamen. Deswegen muss die Aufstockung der rechtsmedizinischen Institute bzw. des dortigen Personals in Deutschland mit besserer Ausbildung Hand in Hand gehen. Andernfalls ist zu befürchten, dass erkannte Schwachstellen bestehen bleiben und sich im schlimmsten Fall noch verstärken.

6. Zusammenfassung

Die Untersuchung mutmaßlicher Gewaltopfer benötigt eine fachgerechte Beurteilung und Begutachtung, eine vor Gericht verwertbare, objektive Dokumentation und die Etablierung bundesweit akzeptierter Standards.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Daten aus dem Zeitraum 2005 bis 2014 der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchungen von lebenden Gewaltopfern im Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen und dessen Einzugsgebiet mit den fünf Landgerichtsbezirken Kassel, Fulda, Marburg, Limburg und Gießen retrospektiv untersucht.

Um Aussagen über das Fallaufkommen und den erwarteten Versorgungsbedarf zu treffen, wurden sowohl die rechtsmedizinische Versorgungssituation in Gießen und dessen Einzugsgebiet betrachtet als auch das Geschlecht der (mutmaßlichen) Gewaltopfer, der Vorstellungszeitpunkt und die Qualität der Dokumentation der Verletzungen.

Ebenso wurde darauf geachtet, ob Standards eingehalten wurden und wie sich die Anzahl der Fälle an Gewaltopferuntersuchungen in den Jahren von 2005 bis 2014 im Institut für Rechtsmedizin in Gießen entwickelte. Die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich ausschließlich auf die physischen Verletzungen.

In der vorliegenden Arbeit wurden 523 Untersuchungen von sowohl verletzten mutmaßlichen Opfern wie auch verletzten mutmaßlichen tatverdächtigen Personen ausgewertet. Die jährlichen Untersuchungen stiegen von 28 im Jahr 2005 auf 136 im Jahr 2014, wobei die Mehrzahl der Untersuchten mit 297 Probanden männlichen Geschlechts waren. Die größte Gruppe an Untersuchten waren die unter 18-jährigen mit 232 Personen insgesamt, davon 143 im Alter von unter 6 Jahren.

Die Mehrzahl aller untersuchten Personen stammte aus dem näheren Umfeld des rechtsmedizinischen Instituts der Justus-Liebig-Universität Gießen. 300 der 523 Fälle kamen aus einer Entfernung von weniger als 20 km.

Ebenso von Bedeutung sind die 253 Untersuchungen ohne eine Angabe zum Zeitabstand zwischen Tatgeschehen und Untersuchungszeitpunkt sowie die 177 Untersuchungen ohne Angaben zum Tatverdächtigen-/Gewaltopferumfeld.

Betrachtet man dies im Zusammenhang mit der gesetzlichen Lage, insbesondere nach der Ratifizierung des Istanbul-Protokolls, zeigt sich, dass es gravierende Mängel sowohl in der Versorgung von Gewaltopfern wie auch in der Dokumentation der Befunde gibt und damit auch in der Betreuung von Gewaltopfern gemessen am gesetzlichen Anspruch.

Es mangelt vor allem an einheitlichen deutschlandweiten Standards für die Dokumentation, wie Vergleiche mit anderen Studien zeigen, zumal die Erstvorstellung von möglichen Gewaltopfern mehrheitlich bei anderen Berufsgruppen stattfindet (Mitarbeiter von Jugendämtern, Polizei, Psychologen und Allgemeinmediziner/Hausärzte).

Aber auch die geringe Anzahl an rechtsmedizinischen Einrichtungen erschwert die fachgerechte und gerichtsfeste Dokumentation sowie die ausreichende Betreuung aller möglichen von Gewalt betroffenen Personen.

Die bessere Schulung aller mit Gewaltopfern in Kontakt tretenden Berufsgruppen, ein einheitlicher Anamnese- und Befund-Aufnahmebogen für die gesamte Bundesrepublik Deutschland, aber auch mehr Personal und Einrichtungen sind notwendig, um den gesetzlichen Anforderungen nachzukommen, alle Opfer von Gewalt adäquat zu betreuen und mögliche Straftaten aufzuklären.

Zusammenfassend ergeben sich bei der nicht nur rechtsmedizinischen Gewaltopferuntersuchung im Institut für Rechtsmedizin in Gießen eine Reihe von Kritikpunkten bzw. Verbesserungsvorschlägen:

1. Zur Beurteilung der Aussagekraft von Verletzungsbefunden muss die angegebene Tatzeit oder der mitgeteilte Tatzeitraum dokumentiert werden.
2. Der zeitliche Abstand zwischen Tatgeschehen und Untersuchungszeitpunkt muss erfasst werden.
3. Vorgaben zur Anamneseerhebung mit offener Fragestellung und gegebenenfalls wörtlicher Dokumentation von Aussagen müssen der Regelfall sein.
4. Die Reihenfolge der Beschreibung von Körperregionen mit oder ohne Verletzungen sollte standardisiert werden, damit keine Region bei der körperlichen Untersuchung vergessen wird.
5. Angaben zur Lokalisation von Verletzungen müssen präziser erfolgen.
6. Wundcharakteristika müssen sorgfältiger beschrieben werden.

-
7. Das bei der Beschreibung von Verletzungen verwendete Vokabular ist uneinheitlich, hier ist ein Konsens erforderlich, welche Verletzungen wie beschrieben werden sollten.
 8. Zu häufig fand sich lediglich eine Verletzungsbeschreibung, jedoch weder eine Fotodokumentation noch ein Eintrag von Befunden in vorgegebene Körperschemata.
 9. Die Abnahme der Zahl von Gewaltopferuntersuchungen mit zunehmender Entfernung vom Institut für Rechtsmedizin verdeutlicht die Notwendigkeit einer besseren Infrastruktur für die ortsnahe Betreuung von Gewaltopfern, dies auch vor dem Hintergrund entsprechender politischer wie gesetzlicher Vorgaben (z.B. Istanbul-Konvention).
 10. Soweit externe nicht-rechtsmedizinische Beurteilungen zu Verletzungen nach Gewalteinwirkung bekannt geworden sind, zeigt sich die Notwendigkeit einer qualifizierten Weiterbildung, z.B. für spezialisierte Pflegekräfte (*Forensic Nurses*), wie dies im Ausland teilweise praktiziert wird.
 11. Mittel- bis langfristig ist ein flächendeckendes Netz für eine qualifizierte Gewaltopferbetreuung anzustreben.
 12. Die genannten Verbesserungen tragen auch einer notwendigen Verbesserung der Beweissicherung in gerichtlichen Verfahren zur gutachterlichen Bewertung von Verletzungsbefunden und sonstigen Spuren bei.

7. Summary

The examination of potential victims of violence necessitates a professional assessment and survey, court-proof and objective documentation, and the establishment of nationwide accepted standards.

The present study retrospectively analyzed data from forensic physical examinations on living victims of violence in the Institute of Forensic Medicine of the Justus-Liebig University of Gießen and its catchment area, including the five district court counties of Kassel, Fulda, Marburg, Limburg, and Gießen, from the period of 2004 to 2014.

To draw conclusions for the caseload and expected care demands, this study examined criteria starting from the state of the forensic care situation in Gießen and its catchment area, the sex of the potential victims of violence, the time of introduction, and the quality of the wound documentation. The results of this study exclusively refer to physical injuries.

Furthermore, it was examined if standards were met and how the caseload for physical examinations of victims of violence has developed from 2004 to 2014.

In the present work, 523 examinations of both injured potential victims and injured potential suspects were evaluated. The yearly caseload rose from 28 in 2005 to 136 in 2014. With 297 examinations, the majority of subjects were male. When considering age groups, the largest group in the study, consisting of 232 subjects, was the group of under 18-year-olds, 143 of whom were under the age of 6 years.

The majority of examined subjects originated from the close vicinity of the Forensic Institute of the Justus-Liebig University of Gießen. 300 of the 523 subjects came from a distance of less than 20 kilometers from the institute.

Of similarly importance are the 253 examinations without a specification of the elapsed time between the criminal act and the examination, as well as the 177 examinations without information regarding the perpetrator.

Examined in relation to the legal state, especially after the ratification of the Istanbul Convention, it becomes apparent that there are grave deficiencies both in the care for victims of violence and the documentation of diagnostic findings, and thus with the support of victims of violence as measured by their legal entitlement.

In particular, there is a lack of uniform, nationwide standards for the documentation, which was underlined by the comparison to other studies, especially since the initial examination of potential victims of violence is mostly performed by other professional groups (youth welfare workers, policemen, psychologists, and general practitioners).

Another limiting factor for proper, professional, and court-proof documentation and the support of all possible victims of violence is the low number of forensic institutions. However, the small number of forensic medical institutions also makes it difficult to provide professional and court-proof documentation as well as adequate care for all possible victims affected by violence.

To meet the legal requirements to adequately care for all victims of violence and solve all potential criminal acts, better training for all professional groups that make contact with victims of violence is necessary. This necessity also applies to a uniform checklist for anamnesis and diagnostic findings, but also more personnel and forensic institutions.

In summary, the following criticisms and suggestions for improvement result from the analysis of forensic examinations of victims of violence at the Institute of Forensic Medicine in Gießen:

1. The stated timeframe of the criminal act has to be documented to ensure the validity of injury reports.
2. The elapsed time between the criminal assault and the examination has to be documented.
3. Standards for the collection of the anamnesis need to be the rule, including open questions and, if necessary, verbatim documentation.
4. The order of description for different body regions with or without injuries should be standardized to avoid that regions are forgotten during the physical examination.
5. Statements regarding the localization of injuries have to be more precise.
6. Injury characteristics have to be described more thoroughly.
7. The vocabulary for wound description is unnecessarily non-uniform, and a consensus is needed for how to describe each wound.

-
8. Too often, only a description of injuries is provided without photographic documentation or body schematics of the findings.
 9. The decline of examinations with increasing distance to the institute of forensic medicine illustrates the need for a better infrastructure to provide local care for victims of violence, especially in light of political and legal requirements (e.g., the Istanbul Convention).
 10. In studies from other nations (USA, Switzerland), continued education, e.g., for specialized caretakers (forensic nurses), has been shown to be useful.
 11. A comprehensive, nationwide network for qualified care for victims of violence should be strived for in the intermediate to long term.
 12. The mentioned criticisms and suggestions serve the essential purpose for improving the preservation of evidence in judicial trials, expert opinions on injury reports, and other evidence.

8. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Typologie von Gewalt (Dahlberg & Krug, 2002).....	2
Abb. 2	Untersuchungszahl.....	30
Abb. 3	Verteilung der körperlichen Untersuchungen pro Jahr für die Jahre 2005 bis 2014.....	31
Abb. 4	Verteilung der Fotoaufnahmen nach Jahren.....	31
Abb. 5	Tageszeiten der Untersuchungen.....	32
Abb. 6	Untersuchungsorte während und innerhalb der Kernarbeitszeit sowie an den Wochenenden bzw. Feiertagen.....	33
Abb. 7	Dauer der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchungen.....	33
Abb. 8	Anzahl der Tage zwischen Vorfall und Untersuchung.....	34
Abb. 9	Auftraggeber der körperlichen Untersuchung.....	35
Abb. 10	Entfernung des Sitzes des Auftraggebers einer rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung zum Institut für Rechtsmedizin in Gießen.....	36
Abb. 11	Untersuchungsorte beziehungsweise Untersuchungsgrundlagen.....	37
Abb. 12	Verteilung der Zahl der körperlichen Untersuchungen nach Monaten.....	37
Abb. 13	Altersverteilung der Untersuchten.....	38
Abb. 14	Geschlechterverteilung der Untersuchten.....	39
Abb. 15	Altersgruppen der Gewaltopfer in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	40
Abb. 16	Verteilung der Gewaltdelikte (Gesamtkollektiv).....	41
Abb. 17	Verteilung der Gewaltdelikte (Gesamtkollektiv) nach Geschlecht.....	41
Abb. 18	Angegebenes Gewaltdelikt bezogen auf den Auftraggeber.....	43
Abb. 19	Tatverdächtigen/Gewaltopferumfeld.....	44
Abb. 20	Verteilung der Arten von Gewalt insgesamt (mehrere Gewaltformen pro Fall möglich).....	45
Abb. 21	Anzahl der Gewaltformen pro Fall.....	46
Abb. 22	Altersverteilung stumpfe Gewalt.....	47
Abb. 23	Verteilung der stumpfen Gewalt nach Geschlecht.....	47
Abb. 24	Lokalisation der stumpfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich).....	48
Abb. 25	Altersverteilung bei Verletzungen infolge scharfer Gewalt.....	49
Abb. 26	Geschlechterverteilung bei Verletzungen nach scharfer Gewalt.....	50
Abb. 27	Lokalisation der Verletzungen bei scharfer Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich).....	51
Abb. 28	Altersverteilung halbscharfe Gewalt.....	52
Abb. 29	Geschlechterverteilung halbscharfer Gewalteinwirkung.....	52
Abb. 30	Lokalisation halbscharfer Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)...	53

Abb. 31 Anteil der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Formen halbscharfer Gewalt pro Einzelfall möglich)	54
Abb. 32 Lokalisation der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	55
Abb. 33 Altersverteilung bei Opfern thermische Gewalt	56
Abb. 34 Geschlechterverteilung bei Opfern thermischer Gewalt.....	57
Abb. 35 Verteilung Verbrennungs-/Verbrühungsverletzungen (mehrere Formen thermischer Gewalt pro Einzelfall möglich)	58
Abb. 36 Lokalisation der thermischen Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	59
Abb. 37 Vergleich Anzahl und Geschlecht der Gewaltopfer – gesondert betrachtet werden die zum Untersuchungszeitpunkt Tatverdächtigen	60
Abb. 38 Entfernung des Sitzes des Auftraggebers der rechtsmedizinisch-körperlichen Untersuchung vom Institut für Rechtsmedizin.....	60
Abb. 39 Form der Gewalteinwirkung bei Tatverdächtigen (mehrere Gewaltformen pro Einzelfall möglich)	61
Abb. 40 Lokalisation der Verletzungen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	62
Abb. 41 Angegebene Gewaltdelikte bei Tatverdächtigen	62
Abb. 42 Anzahl der Gewaltformen pro Einzelfall in der Gruppe der Tatverdächtigen.....	63
Abb. 43 Interpretation der Verletzungen bei Verdacht auf eine Fremdbeibringung (Mehrere Interpretationen der Verletzungen pro Einzelfall möglich).	64
Abb. 44 Formen der Gewalteinwirkung bei selbstbeigebrachter Verletzung (mehrere Gewaltformen pro Einzelfall möglich).	65
Abb. 45 Verteilung innerer Verletzungen durch stumpfe, scharfe und halbscharfe Gewalt (mehrere Befunde pro Einzelfall möglich)	66
Abb. 46 Fallzahlen der rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	67
Abb. 47 Verteilung der körperlichen Untersuchungen pro Jahr mit aus rechtsmedizinischer Sicht begründeten und nicht begründeten Fällen des Verdachts auf fremdverursachte Gewalteinwirkung	68
Abb. 48 Altersverteilung der Untersuchten bei rechtsmedizinisch begründeten und nicht begründeten Verdachtsfällen	69
Abb. 49 Verteilung der Gewaltformen (mehrere Formen der Gewalt pro Einzelfall möglich)	70
Abb. 50 Anzahl der Gewaltformen pro Fall.....	71
Abb. 51 Interpretation der Verletzungen in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Interpretationen der Verletzungen pro Einzelfall möglich)	72
Abb. 52 Altersverteilung stumpfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen.....	73

Abb. 53 Verteilung der stumpfen Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen nach Geschlecht	74
Abb. 54 Lokalisation der stumpfen Gewalteinwirkung in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	75
Abb. 55 Altersverteilung bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	76
Abb. 56 Geschlechterverteilung bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	77
Abb. 57 Lokalisation bei scharfer Gewalt in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	78
Abb. 58 Altersverteilung der halbscharfen Gewalt bei rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	79
Abb. 59 Geschlechterverteilung bei den untersuchten Personen mit Verletzungen im Sinne halbscharfer Gewalteinwirkung in rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen.....	80
Abb. 60 Lokalisation halbscharfer Gewalteinwirkung in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	81
Abb. 61 Anteil der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt in den rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen (mehrere Formen halbscharfer Gewalt pro Einzelfall möglich)	82
Abb. 62 Lokalisation der kratzerartigen Verletzungen, Bissverletzungen und Verletzungen durch einen relativ scharfkantigen Gegenstand an der halbscharfen Gewalt (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	83
Abb. 63 Altersverteilung thermischer Gewalt bei rechtsmedizinisch begründeten Verdachtsfällen	84
Abb. 64 Geschlechterverteilung thermischer Gewalt	85
Abb. 65 Verteilung Verbrennung/Verbrühung (mehrere Formen thermischer Gewalt pro Einzelfall möglich).....	86
Abb. 66 Lokalisation der thermischen Gewalteinwirkung (mehrere Lokalisationen pro Einzelfall möglich)	87
Abb. 67 Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin Gießen (grün).....	99

9. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i>	<i>Alterseinteilung der kassenärztlichen Bundesvereinigung</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 2.</i>	<i>Alterseinteilung des Robert-Koch-Instituts</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 3.</i>	<i>Alterseinteilung nach dem Strafrecht</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 4.</i>	<i>In dieser Arbeit gewählte Altersgrenzen.....</i>	<i>28</i>

10. Literatur

Abbasi, M. A., Saeidi, M., Khademi, G., Hoseini, B. L., & Moghadam, E. (2015). Child Maltreatment in the Worldwide: A Review Article. *International Journal of Pediatrics*, 13(3), 353–365.

Aprile, A., Cesca, E., Cecchetto, G., Viel, G., Mognato, G., & Gamba, P. (2009). Partial bowel obstruction in a 2-month-old child. A delayed diagnosis of anal abuse. *Forensic Science International*, 192(1–3), 7–9. doi:10.1016/j.forsciint.2009.08.017

Artus, J. (2007). *Qualitative Untersuchung zur Rolle häuslicher Gewalt in der allgemeinmedizinischen Praxis* [Dissertation, Hamburg]. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3479/> [Stand: 16.04.2019].

Banaschak, S., Gerlach, K., Seifert, D., Bockholdt, B., & Graß, H. L. (2011). Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin auf der Grundlage der Empfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*, 21(5), 483–488.

Banaschak, S., Gerlach, K., Seifert, D., Bockholdt, B., & Graß, H. L. (2014). Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. *Rechtsmedizin*, 24(5), 405–411.

Banaschak, S., & Madea, B. (2007a). Selbstbeschädigung. In B. Madea (Hrsg.), *Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung* (2. Aufl., S. 276–281). Springer Medizin.

Banaschak, S., & Madea, B. (2007b). Sexueller Missbrauch von Kindern. In *Praxis Rechtsmedizin* (2., aktualisierte Aufl, S. 281–287). Springer Medizin.

Bartholl, T. (2009). *Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch – eine retrospektive Studie aus den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin Münster der Jahre 1996 bis 2005* [Dissertation, Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster]. https://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/48cdd08e-f0b0-40bc-9536-b7dce66d8ac7/diss_bartholl.pdf [Stand: 13.12.2019].

Berenson, A. B., Somma-Garcia, A., & Barnett, S. (1993). Perianal Findings in Infants 18 Months of Age or Younger. *Pediatrics*, 4(91), 838–840.

Birngruber, C. G., Lasczkowski, G., & Dettmeyer, R. B. (2020). *Forensische Verletzungskunde: Rechtssichere Befunderhebung, Dokumentation und Begutachtung äußerer Verletzungsbefunde*. Springer Medizin. doi:10.1007/978-3-642-54279-4

Brandau, L. (2018). *Die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München – eine Zusammenschau der medizinischen Befunde sexuell und körperlich misshandelter Kinder und Jugendlicher* [Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität zu München]. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/23058/1/Brandau_Lea-Marie.pdf [Stand: 04.11.2019].

Brink, O., Vesterby, A., & Jensen, J. (1998). Pattern of injuries due to interpersonal violence. *Injury*, 29(9), 705–709. doi:10.1016/S0020-1383(98)00176-4

Bundesärztekammer. (2018). *(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-2018.pdf [Stand: 09.11.2019].

Bundeskriminalamt (Hrsg.). (2015). *Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2014*. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2014/pks2014_node.html [Stand: 15.03.2020].

Bundeskriminalamt (Hrsg.). (2020). PKS Jahrbuch 2018. *Polizeiliche Kriminalstatistik*, 2(66), 11–18.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXvNG6hpXyAhXHjqQKHeH6D98QFjAAegQIBxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bka.de%2FSharedDocs%2FDownloads%2FDE%2FPublikationen%2FPolizeilicheKriminalstatistik%2F2018%2Fpks2018Jahrbuch2Opfer.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D5&usg=AOvVaw3dqLEIYwKzeKEi73hfEl_1 [Stand: 15.03.2020].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2016). *Für mehr Aufklärung bei sexuellem Kindesmissbrauch*. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.

https://www.BMJV.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/05032016_Kommission_Kindesmissbrauch.html [Stand: 23.01.2020].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2019). *Entschädigung für Opfer von Gewalttaten*. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a719-hilfe-fuer-opfer-von-gewalttaten-256.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 11.11.2019].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2004). *Frauen in Deutschland*.

<https://www.bmfsfj.de/blob/93872/52236f60dc89674e222de2aca189f5fc/frauen-in-deutschland-data.pdf> [Stand: 18.04.2019].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2017). *Das Bundeskinderschutzgesetz*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/bundeskinderschutzgesetz/das-bundeskinderschutzgesetz/86268> [Stand: 12.02.2019].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2018a). *Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention)*. <https://www.bmfsfj.de/blob/122280/78530d3a0f6e36ed3ee8a3d3f0f5bda4/gesetz-zu-dem-uebereinkommen-zur-bekaempfung-von-gewalt-gegen-frauen-istanbul-konvention-data.pdf> [Stand: 16.04.2019].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2018b). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. 6, 116. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/78b9572c1bffd3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> [Stand: 25.02.2020].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019). *Spahn: „Masernschutz ist Kinderschutz, und ein Masernschutzgesetz ist ein Kinderschutzgesetz“*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/masernschutzgesetz-23-lesung-bt.html> [Stand: 27.02.2020].

Butchart, A., & Mikton, C. (2014). *Global status report on violence prevention, 2014* (World Health Organization, Hrsg.). World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ [Stand: 01.03.2019].

Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(4), 313–329. doi:10.1177/1524838005280328

CDU, CSU und SPD. (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land Koalitionsvertrag zwischen CDU,*

CSU und SPD (Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode).
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> [Stand: 10.02.2020].

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211–229.

Cooling, D. S., & Viccellio, P. (2011). Massive subgaleal Hematoma following minor head trauma. *The Journal of Emergency Medicine*, 9, 33–35.

Council of Europe. (o. J.). *Chart of signatures and ratifications of Treaty 210 Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*. Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008482e?module=signatures-by-treaty&treatynum=210> [Stand: 09.08.2021].

Council of Europe (Hrsg.). (2011). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt*. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535> [Stand: 18.01.2020].

Cunningham, R., Walton, M. A., Maio, R. F., Blow, F. C., Weber, J. E., & Mirel, L. (2003). Violence and Substance Use among an Injured Emergency Department Population. *Academic Emergency Medicine*, 10(7), 764–775. doi:10.1197/aemj.10.7.764

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2002). Violence – a global public health problem. In World Health Organization (Hrsg.), *World report on violence and health* (S. 1–21). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1 [Stand: 27.02.2020].

Debertin, A. S., Seifert, D., & Mützel, E. (2011). Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch: Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Klinische Rechtsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*, 21(5), 479–482. doi:10.1007/s00194-011-0777-6

-
- Dettmeyer, R. B. (2013). Folter: Internationale Normen, Institutionen, Formen und Verletzungsbefunde. *Rechtsmedizin*, 23(3), 157–164. doi:10.1007/s00194-013-0884-7
- Dettmeyer, R. B. (2019). *FoKoGi: Das Forensische Konsil Gießen*. <http://www.fokogi.de/> [Stand: 10.12.2019].
- Dettmeyer, R. B. (2020). Rechtsreport. *Rechtsmedizin*, 30(1), 49–54. doi:10.1007/s00194-019-00367-y
- Dettmeyer, R. B., & Birngruber, C. G. (2017). Die rechtsmedizinische Untersuchung verletzter Zeugen und Beschuldigter im Rahmen von Strafverfahren—Nationale und internationale Aspekte. *Archiv für Kriminologie*, 239, 1–17.
- Dettmeyer, R. B., Isa, M., & Hille, M. (2015). Häusliche Gewalt erkennen. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1, 56–61.
- Dettmeyer, R. B., Schütz, H., & Verhoff, M. A. (2014). Forensische Traumatologie. In *Rechtsmedizin* (2. Aufl., S. 39–102). Springer Medizin.
- Dettmeyer, R. B., Veit, F., & Verhoff, M. A. (2019a). Gewalt gegen den Hals. In *Rechtsmedizin* (3. Aufl., S. 95–104). Springer Medizin.
- Dettmeyer, R. B., Veit, F., & Verhoff, M. A. (2019b). Klinische Rechtsmedizin. In *Rechtsmedizin* (3. Aufl., S. 131–138). Springer.
- Dettmeyer, R. B., Veit, F., & Verhoff, M. A. (2019c). Scharfe und halbscharfe Gewalt. In *Rechtsmedizin* (3. Aufl., S. 77–83). Springer Medizin.
- Dettmeyer, R. B., Veit, F., & Verhoff, M. A. (2019d). Vitale Reaktionen. In *Rechtsmedizin* (3. Aufl., S. 52–61). Springer Medizin.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (Hrsg.). (2021). *AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie - Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik-* (1. Aufl.). Urban & Fischer in Elsevier.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2019). *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)* (Nr. 19/15164; S. 68). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/151/1915164.pdf> [Stand: 27.02.2020].
- Eckert, W. (1990). Forensic Sciences and Medicine: The Clinical or Living Aspects. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 11(4), 336–341. doi:10.1097/00000433-199012000-00015
-

Erdogan, B. (2019). „Mehr Aufmerksamkeit und Kompetenz für den Kinderschutz“. *Ärztelkammer Nordrhein*, 8, 25. https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/RheinischesAerzteblatt/Ausgaben/2019/2019.08.025.pdf [Stand: 10.12.2019].

Erdogan-Griese, B. (2013). Ärztliche Intervention gegen häusliche Gewalt. *Rheinisches Ärzteblatt*, 2, 12–15. <https://www.aekno.de/page.asp?pageId=10270&noredir=True> [Stand: 15.04.2019].

Eulgem, A. (2016). *Handlungsleitfaden zum Kinderschutz in Flüchtlingsunterkünften* (Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Hrsg.). https://www.dgkim.de/dateien/2016_12_07_handlungsleitfaden-kinderschutz-in-fluechtlingsunterkuenften.pdf [Stand: 29.06.2021].

Europäische Union (Hrsg.). (2014). *Violence against women: An EU-wide survey ; results at a glance*. Publ. Off. of the Europ. Union. doi:10.2811/60683

Europäisches Parlament (Hrsg.). (2010). *Die Grundrechtecharta*. https://www.europarl.europa.eu/germany/resource/static/files/europa_grundrechtecharta/_30.03.2010.pdf [Stand: 26.02.2020].

Europäisches Parlament und Rat (Hrsg.). (2012). *Richtlinie 2012/29/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über Mindeststandards für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten sowie zur Ersetzung des Rahmenbeschlusses 2001/220/JI*. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:315:0057:0073:DE:PDF> [Stand: 09.11.2019].

Evler, A., Scheller, M., Wagels, L., Bergs, R., Clemens, B., Kohn, N., Pütz, A., Voss, B., Schneider, F., & Habel, U. (2016). Gendergerechte Versorgung von Gewaltopfern: Das Modellprojekt „Gender Gewaltkonzept“ an der Uniklinik Aachen. *Der Nervenarzt*, 87(7), 746–752. doi:10.1007/s00115-015-0024-6

Fleischer, M., & Herpertz, S. C. (2008). Phänomenologie und Epidemiologie selbstverletzenden Verhaltens. In C. Schmahel & C. Stiglmayr (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen* (S. 15–24). W. Kohlhammer Verlag.

-
- Franke, B., Seifert, D., Anders, S., Schröer, J., & Heinemann, A. (2004). Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt“ aus kriminologischer Sicht. *Rechtsmedizin*, 14(3), 193–198. doi:10.1007/s00194-004-0263-5
- Frewer, A., Bielefeldt, H., Kolb, S., Rothhaar, M., Wittern-Sterzel, R., & Furtmayr, H. (Hrsg.). (2015). *Istanbul-Protokoll Untersuchung und Dokumentation von Folter und Menschenrechtsverletzungen* (2. Aufl.). V&R Unipress.
- Furtmayr, H., Frewer, A., Krása, K., Wenzel, T., & Frewer, A. (2008). Das Istanbul-Protokoll und die Dokumentation von Folter. *MenschenRechtsMagazin*, 13(2), 155–167. doi:10.14220/9783737000307.13
- Gahr, B., Graß, H., Breitmeier, D., & Kleemann, W. (2005). Untersuchung von Gewaltopfern Lebendbegutachtungen in den rechtsmedizinischen Instituten von Hannover, Köln und Leipzig. *Archiv für Kriminologie*, 216, 7–14.
- Gahr, B., Graß, H., Ritz-Timme, S., & Banaschak, S. (2012). Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung: Was leisten Institute für Rechtsmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz? *Rechtsmedizin*, 22(5), 379–384.
- Gammon, L., & Klein, M. (2019). Häusliche Gewalt Gefahrenprognose und Effektivierung des Opferschutzes. *Kriminalistik*, 73(11), 654–660.
- Gerlach, K. (2013). Häusliche Gewalt. In M. Grassberger, K. Yen, & E. E. Türk (Hrsg.), *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern* (S. 227–242). Springer Wien. doi:10.1007/978-3-211-99468-9_20
- Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Nr. 6, BGBl (2020). <https://km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Artikelseiten%20KP-KM/Gesetze,%20Verordnungen/Anlage%20Bundesgesetzblatt.pdf> [Stand: 27.02.2020].
- Giffey, F., & Barley, K. (2019). *Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). BONIFATIUS GmbH Druck. <https://www.bmfsfj.de/blob/94308/1167d5f9923366f98e32cc10fd814886/mehr-schutz-bei-haeuslicher-gewalt-data.pdf> [Stand: 05.03.2019].
-

Gogia, A. (2016). *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* [Dissertation, Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster]. <https://dnb.info/1140589075/34> [Stand: 20.08.2019].

Graß, H., Berendes, L., Mützel, E., Preuss, R., & Ritz-Timme, S. (2013). „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“: Ergebnisse eines Modellprojekts. *Rechtsmedizin*, 23(3), 180–185.

Graß, H., & Rothschild, M. A. (2004). Klinische Rechtsmedizin: Aufgaben und Herausforderungen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt. *Rechtsmedizin*, 14(3), 188–192.

Grassberger, M., & Yen, K. (2013). Allgemeine klinisch-forensische Traumatologie. In M. Grassberger, K. Yen, & E. E. Türk (Hrsg.), *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern* (S. 179–226). Springer Wien. doi:10.1007/978-3-211-99468-9_19

Grassberger, M., Yen, K., & Türk, E. E. (Hrsg.). (2013). Allgemeine klinisch-forensische Traumatologie. In *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern* (S. 178–226). Springer Wien.

Harbauer, H. (1971). Das Gesetz für Jugendwohlfahrt und Sorgerechtsfragen. In H. Harbauer, R. Lempp, G. Nissen, & P. Strunk (Hrsg.), *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 362–366). Springer. doi:10.1007/978-3-642-96071-0_21

Hartmann, J. (2010). *Perspektiven professioneller Opferhilfe: Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfeldes* (ado e. V., Hrsg.; 1. Aufl.). VS Verl. für Sozialwissenschaften.

Heide, S., & Kleiber, M. (2006). Selbstbeschädigung – eine rechtsmedizinische Betrachtung. *Dtsch Arztebl*, 103(40), A 2627-33.

Hermanns, P. M. (Hrsg.). (2020). *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* (14. Aufl.). Springer Berlin Heidelberg. 10.1007/978-3-662-62633-7

Herrmann, B., Blume, F., Frese, G., Flint, R., Siewert, J., Kunert, D., Miehe, C., Neumann, A., & Starke, A.-K. (2016). *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und – vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken*. (Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Hrsg.). <https://www.dgkim.de/dateien/empfehlungen-kinderschutz-an-kliniken-2016.pdf> [Stand: 29.06.2021].

Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016a). Beweissicherung ohne polizeiliche Hilfe. In *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (3. Aufl., S. 279–291). Springer.

Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016b). Hautbefunde. In B. Herrmann, R. B. Dettmeyer, S. Banaschak, & U. Thyen, *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (3. Aufl., S. 64–87). Springer.

Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016c). Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch im Strafgesetzbuch. In *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (3. Aufl., S. 303–318). Springer.

Herrmann, J. (2010). Die Entwicklung des Opferschutzes im deutschen Strafrecht und Strafprozessrecht – Eine unendliche Geschichte. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 3, 236–245. http://www.zis-online.com/dat/artikel/2010_3_430.pdf [Stand: 09.11.2019].

Hilbig, A., Kajatin, C., & Miethe, I. (Hrsg.). (2003). *Frauen und Gewalt: Interdisziplinäre Untersuchungen zu geschlechtsgebundener Gewalt in Theorie und Praxis*. Königshausen u. Neumann.

Hobbs, C. J. (1986). When are burns not accidental? *Archives of Disease in Childhood*, 61(4), 357–361. doi:10.1136/adc.61.4.357

Hobbs, C. J. (1989). ABC of child abuse. Burns and Scalds. *British Medical Journal*, 298(6683), 1302–1305. doi:10.1136/bmj.298.6683.1302

Hofer, V., Galli, J., Thali, M. J., & Martinez, R. M. (2020). „Flying Forensic Nursing“ in der Versorgung und Beratung von Gewaltbetroffenen. Auswertung erster Erfahrungen mit diesem neuen Konzept. *Rechtsmedizin*, 30(5), 311–317.

Hornberg, C., Schröttler, M., Bohne, S., Nadia, K., & Andrea, P. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt: Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen* (Robert Koch Institut, Hrsg.). Mercedes-Druck, Berlin.

International Rehabilitation Council for Torture Victims (irct) (Hrsg.). (2004). *Medical Physical Examination Of Alleged Torture Victims A practical guide to the Istanbul Protocol for medical doctors*. doi:10.12688/f1000research.channels.129

Isa, M., Lenz, A. F., Stenzel, M., Pohle, R., Banaschak, S., Rothschild, M. A., Boemers, T. M., & Kamphausen, T. (2018). Verlaufsdokumentation einer außergewöhnlich ausgeprägten „Scalping“-Verletzung. *Rechtsmedizin*, 28(2), 129–133. doi:10.1007/s00194-017-0209-3

Isa, M., Mathes, H., & Dettmeyer, R. B. (2016). Akute anale Penetrationsverletzungen bei Kleinkindern: Vier Kasuistiken zu Morphologie, Begutachtung und Differenzialdiagnose. *Rechtsmedizin*, 26(4), 303–307. doi:10.1007/s00194-015-0079-5

Iserson, K. V. (1984). Strangulation: A review of ligature, manual, and postural neck compression injuries. *Annals of Emergency Medicine*, 13(3), 179–185. doi:10.1016/S0196-0644(84)80609-5

Jungbluth, P., Grassmann, J.-P., 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(3), 163–168. doi:10.1007/s00194-012-0821-1

Kaser, M., & Knütel, R. (2005). *Römisches Privatrecht* (19. Aufl.). C. H. Beck.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegermueller, W., & Silver, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17–24. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004

Kernbach, G., Püschel, K., & Brinkmann, B. (1984). Extragenitale Verletzungen bei Vergewaltigung*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 44(10), 643–650. doi:10.1055/s-2008-1036323

Klee, D., & Schaper, J. (2011). Kindesmisshandlung: Nicht akzidentelle Kopfverletzungen. *Radiologie up2date*, 11(4), 315–333. doi:10.1055/s-0030-1256877

Koenig, J., Brunner, R., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Plener, P. L., Park, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Resch, F., &

-
- Kaess, M. (2017). Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 345–354. doi:10.1007/s00787-016-0896-4
- Krebs, N., Riener-Hofer, R., Scheurer, E., Schick, P. J., & Yen, K. (2011). Rechtsmedizin an Lebenden: Die erste österreichische „klinisch-forensische Ambulanz“. *RZ - Österreichische Richterzeitung*, 6–12. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/DEF_Rechtsmedizin_an_Lebenden.pdf [Stand: 20.08.2019].
- Kugelman, D. (2012). *Polizei- und Ordnungsrecht* (2.). Springer.
- Ledray, L. E., & Simmelink, K. (1997). Efficacy of sane evidence collection: A minnesota study. *Journal of Emergency Nursing*, 23(1), 75–77. doi:10.1016/S0099-1767(97)90070-2
- Maguire, S. (2005). Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 90(2), 187–189. doi:10.1136/ad.2003.044073
- Maguire, S., Okolie, C., & Kemp, A. M. (2014). Burns as a consequence of child maltreatment. *Paediatrics and Child Health*, 24(12), 557–561. doi:10.1016/j.paed.2014.07.014
- Mandel, L., & Worm, L. (2007). Documentation of torture victims. Implementation of medico-legal protocols. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 17(1), 18–26.
- Medizinische Hochschule Hannover - Institut für Rechtsmedizin. (2012a). *Netzwerk ProBeweis*. Netzwerk ProBeweis. <https://www.probeweis.de/de> [Stand: 03.08.2021].
- Medizinische Hochschule Hannover - Institut für Rechtsmedizin. (2012b). *Partnerkliniken*. Netzwerk ProBeweis. <https://www.probeweis.de/de/partnerkliniken> [Stand: 27.07.2021].
- Menzel, S., Heinemann, A., Püschel, K., & Seifert, D. (2013). Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung: Einfluss auf die Schwere der Verletzung. *Rechtsmedizin*, 23(1), 29–37. doi:10.1007/s00194-012-0866-1
- Metter, D., & Benz, D. (1989). Abwehrverletzungen bei Tötungsdelikten durch scharfe Gewalteinwirkung. *Zeitschrift für Rechtsmedizin*, 102(5), 277–291. doi:10.1007/BF00200216
-

-
- Meyer, H. (2010). *Eine Analyse mit Fokus auf Sexualdelikten und sexuellem Kindesmissbrauch* [Dissertation, Medizinischen Hochschule Hannover]. <http://edok.bib.mh-hannover.de/ediss/diss-meyer3.pdf> [Stand: 17.01.2020].
- Mimasaka, S., Ohtani, M., Kuroda, N., & Tsunenari, S. (2010). Spectrophotometric Evaluation of the Age of Bruises in Children: Measuring Changes in Bruise Color as an Indicator of Child Physical Abuse. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 220(2), 171–175. doi:10.1620/tjem.220.171
- Möhle, F., Madea, B., Fronhoffs, K., & Doberentz, E. (2015). Fragliche Selbstbeschädigung eines jungen Mädchens mit Säure. *Rechtsmedizin*, 25(1), 62–66. doi:10.1007/s00194-014-0995-9
- Morris, M. C., Marco, M., Maguire-Jack, K., Kouros, C. D., Bailey, B., Ruiz, E., & Im, W. (2018). Connecting Child Maltreatment Risk With Crime and Neighborhood Disadvantage Across Time and Place: A Bayesian Spatiotemporal Analysis. *Child Maltreatment*, 1–12. doi:10.1177/1077559518814364
- Müller, U., Schröttler, M., Glammeier, S., & Oppenheimer, C. (2005). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland—Langfassung Teil 1* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf> [Stand: 28.03.2021].
- Mützel, E., Helmreich, C., Schick, S., Saß, M., & Schöpfer, J. (2014). Klinisch-forensische Versorgung von Gewaltopfern in Bayern. *Rechtsmedizin*, 24(3), 200–207. doi:10.1007/s00194-014-0939-4
- Nacre, W., & Lohmann, E. (1973). Methodik und Beweiswert körperlicher Sofort-Untersuchungen lebender Personen nach Straftaten. *Rechtsmedizin*, 72, 79–99.
- Neumann, F., Püschel, K., & Seifert, D. (2013). Sexueller Missbrauch von Kindern in Hamburg: Vergleich der Fälle aus den Jahren 2005 und 2009. *Rechtsmedizin*, 23(3), 165–173. doi:10.1007/s00194-013-0888-3

Oeder, S., Thater, A., Lehmann, S., Pühlhofer, F., Wohlgemuth, W., & Nagel, E. (2009). „Was können Ärzte (und Zahnärzte) in Deutschland zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung beitragen?“ (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Hrsg.). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Kindesmisshandlung.pdf [Stand: 11.11.2019].

Oehmichen, M., & Banaschak, S. (2007). Vitale Reaktionen und Zeitschätzungen. In B. Madea (Hrsg.), *Praxis Rechtsmedizin* (2., aktualisierte Aufl, S. 103–111). Springer Medizin.

Orfanou, C., Tsiamis, C., Karamagioli, P., Pikouli, A., Terzidis, A., & Pikoulis, E. (2019). Cross-sectional study on awareness and knowledge of torture investigation and documentation among Greek doctors and senior medical students. *International Journal of Legal Medicine Volume*, 133(1), 297–305. doi:<https://doi.org/10.1007/s00414-018-1875-8>

Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Dtsch Arztebl Int*, 115(3), 23–30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023

Pollak, S. (2003a). Körperverletzung. In B. Brinkmann & B. Madea (Hrsg.), *Handbuch gerichtliche Medizin* (1. Aufl., Bd. 1, S. 1267–1293). Springer Berlin Heidelberg.

Pollak, S. (2003b). Vortäuschung einer Straftat. In B. Brinkmann & B. Madea (Hrsg.), *Handbuch gerichtliche Medizin* (1. Aufl., Bd. 1, S. 1230–1231). Springer Berlin Heidelberg.

Rabe, H., & Leisering, B. (2018). *Analyse: Die Istanbul-Konvention* (Deutsches Institut für Menschenrechte, Hrsg.). https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Istanbul_Konvention.pdf [Stand: 10.11.2019].

RCPC (Hrsg.). (2020). *Child Protection Evidence Systematic review on Bruising*. https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-03/child_protection_evidence-_chapter_bruising_update_final.pdf [Stand: 24.10.2020].

Richter, C., Hänsel, T., Lessig, R., & Heide, S. (2018). Ärztliche Konsultationen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung: Systematische Untersuchung in zwei Jugendamtsbezirken von Sachsen-Anhalt. *Rechtsmedizin*, 28(4), 251–257. doi:10.1007/s00194-018-0258-2

Richter, N. (2019). Die höchstrichterliche Rechtsprechung zum Täter-Opfer-Ausgleich im Rahmen von §46a StGB unter besonderer Berücksichtigung der Beteiligung der Opfer. *Die Stärke der Beteiligten: Selbstbestimmung statt Bedürftigkeit. Tagungsdokumentation des 17. Forums für Täter-Opfer-Ausgleich*, 78, 52–58.

Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In World Health Organization (Hrsg.), *World Report on Violence and Health* (S. 59–86). World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1 [Stand: 27.02.2020].

Sachsse, U. (2016). Zur Syndrom- und Behandlungsgeschichte. In U. Sachsse & W. Herbold (Hrsg.), *Selbst-Verletzung: Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzenden Verhalten* (1. Aufl., S. 1–36). Schattauer.

Santos, J., Klein, U., Herb, S., & Kieslich, M. (2020). Akzeptanz verbindlicher Vorsorgeuntersuchungen – Ergebnisse einer Elternbefragung in Hessen. *Das Gesundheitswesen*, 82(4), 333–338. doi:10.1055/a-0885-1713

Scheier, E., Guri, A., & Balla, U. (2019). Subgaleal haematoma due to hair pulling: Review of the literature. *Acta Paediatrica*, 108(12), 2170–2174. doi:10.1111/apa.14971

Schröder, A. S., Güzel, M. Ö., Seifert, D., Püschel, K., & Anders, S. (2011). Verletzungen weiblicher Geschlechtsorgane nach sexualisierter Gewalt. *Archiv für Kriminologie*, 228, 1–10.

Schultes, A., Lackner, K., & Rothschild, M. A. (2007). „Scalping“—Mögliches Phänomen der Kindesmisshandlung. *Rechtsmedizin*, 5(17), 318–320. doi:https://doi.org/10.1007/s00194-007-0462-y

Schumann, K. (2012). *Versorgung von Gewaltopfern in der Unfallchirurgie* [Dissertation, Heinrich-Heine-Universität]. <https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-29923/VersorgungVonGewaltopfernInDerUnfallchirurgie.pdf> [Stand: 28.09.2020].

Schwind, H.-D., Baumann, J., Lösel, F., Remschmidt, H., Eckert, R., Kerner, H.-J., Stümper, A., Wassermann, R., Harro, O., & Rudolf, W. (Hrsg.). (1990). *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission): Bd. 1: Endgutachten und Zwischengutachten der Arbeitsgruppen*. Duncker & Humblot.

Seelinger, K. T., Silverberg, H., & Mejia, R. (2011). *The Investigation and Prosecution of Sexual Violence* (Human Rights Center - University of California, Berkeley, Hrsg.). A Working Paper of the Sexual Violence & Accountability Project Human Rights Center University of California, Berkeley. <https://www.law.berkeley.edu/wp-content/uploads/2015/04/The-Investigation-and-Prosecution-of-Sexual-Violence-SV-Working-Paper.pdf> [Stand: 11.03.2019].

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(3). doi:10.1007/s00194-004-0262-6

Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., & Püschel, K. (2006). *Leitfaden „Häusliche Gewalt“ Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement*. https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/wissenswertes/gewalt/leitfaden_haeusl_gewalt_18_10_10.pdf [Stand: 11.11.2019].

Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., Schröer, J., Sperhake, J., Glet, A., & Püschel, K. (2007). Rezidivgewalt bei Opfern von Partnerschaftskonflikten aus rechtsmedizinischer Perspektive. *Archiv für Kriminologie*, 219, 23–32.

Seifert, D., Heinemann, A., & Püschel, K. (2006). Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Deutsches Ärzteblatt*, 33, 6.

Seifert, D., & Püschel, K. (2006). Subgaleal hematoma in child abuse. *Forensic Science International*, 2–3(157), 131–133. doi:<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.03.023>

Sfriso, F., Masiero, S., Mardegan, V., Bressan, S., & Aprile, A. (2014). Reflex anal dilatation: An observational study on non-abused children. *Forensic Science International*, 238, 22–25. doi:10.1016/j.forsciint.2014.02.010

-
- Sievers, V., Murphy, S., & Miller, J. J. (2003). Sexual assault evidence collection more accurate when completed by sexual assault nurse examiners: Colorado's experience. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 511–514. doi:10.1016/j.jen.2003.08.010
- Stanislawski, N., Philipp, K.-P., & Bockholdt, B. (2014). Untersuchungsstelle für Gewaltopfer am Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald: Bilanz der ersten 3 Jahre. *Rechtsmedizin*, 24(4), 258–262. doi:10.1007/s00194-014-0961-6
- Stark, L., & Ager, A. (2011). A Systematic Review of Prevalence Studies of Gender-Based Violence in Complex Emergencies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 127–134. doi:10.1177/1524838011404252
- Stockheim, J. (2018). *Einflussfaktoren und Kriterien für die forensische Dokumentationsqualität am Beispiel der Gewaltambulanz der Zentralen Notaufnahme der Universitätsmedizin Greifswald* [Dissertation, Universitätsmedizin Greifswald]. https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/3052/file/Promotion_Stockheim_final_Bibliothek.pdf [Stand: 26.11.2019].
- Teifel, D. (2019). *Vorkommen und Verteilung knöcherner Verletzungen bei nichtnatürlichen Todesfällen* [Dissertation, Universität zu Köln]. <https://dnb.info/1209143259/34> [Stand: 24.10.2020].
- Tingne, C. V., Shrigiriwar, M. B., Ghormade, P. S., & Kumar, N. B. (2014). Quantitative analysis of injury characteristics in victims of interpersonal violence: An emergency department perspective. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 26, 19–23. doi:10.1016/j.jflm.2014.06.003
- Todt, M., Awe, M., Roesler, B., Germerott, T., Debertin, A. S., & Fieguth, A. (2016). Häusliche Gewalt: Daten, Fakten und Herausforderungen. *Rechtsmedizin*, 26(6), 499–506. doi:10.1007/s00194-016-0126-x
- Toon, M., Maybauer, D., Arceneaux, L., Fraser, J., Meyer, W., Runge, A., & Maybauer, M. (2011). Children with burn injuries-assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *Journal of Injury and Violence Research*, 3(2), 99–111. doi:10.5249/jivr.v3i2.91

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (Hrsg.). (2004). *Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment* (Rev. 1). HR/P/PT/8/Rev.1. <https://www.refworld.org/docid/4638aca62.html> [Stand: 12.11.2019].

UNFPA. (2004). *Clinical management of rape survivors -Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons-* (WHO & UNHCR, Hrsg.). <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/clinical-mgtrape-2005rev1.pdf> [Stand: 28.06.2021].

Universitätsstadt Gießen. (2011). *Statistischer Jahresbericht 2010*. Gießen. https://www.giessen.de/media/custom/684_7556_1.PDF?direct [Stand: 25.01.2020].

Verhoff, M., Kettner, M., Lászik, A., & Ramsthaler, F. (2012). Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol. *Dtsch Arztebl Int*, 109(39), 638–642. <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2012.0638>. doi:10.3238/arztebl.2012.0638

von Bismark, S. (2014). *Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken* (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e.V., Hrsg.). https://www.dgkim.de/dateien/ag_kim_leitfaden_zur_praevention_von_skm_in_kinderkliniken.pdf [Stand: 29.06.2021].

von dem Berge, T. (2012). *Erhebung eines Ist-Zustandes der rechtsmedizinischen Versorgungssituation von Gewaltopfern nordwestlich von Hamburg* [Dissertation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf]. <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2012/5901/pdf/Dissertation.pdf> [Stand: 17.01.2020].

Wegener, R., Wehner, H.-D., Madea, B., Tsokos, M., Bratzke, H., Oehmichen, M., Pollak, S., Maxeiner, H., Keil, W., Kettner, M., Schmidt, P., Lignitz, A., Thierauf, A., Banaschak, S., Bajanowski, T., Geserick, G., Lessig, R., Henn, V., Buschmann, C., & Kleber, C. (2015). Traumatologie und gewaltsamer Tod. In B. Madea, *Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung* (3. Aufl., S. 171–418). Springer Berlin Heidelberg.

Weigend, T. (1989). *Deliktsoffer und Strafverfahren* (Bd. 10). Duncker & Humblot.

Weisser Ring e. V. (2019). *Verhaltenstipps für Kriminalitätsoffer*. Weisser Ring - Wir helfen Kriminalitätsoffer. <https://weisser-ring.de/hilfe/wissenswertes/verhaltenstipps> [Stand: 15.11.2019].

Wells, D. (2017). Sexual violence interventions: Considerations for humanitarian settings. *Forensic Science International*, 276, 1–4. doi:10.1016/j.forsciint.2017.04.004

WHO. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/5640EF03EB516383C1256FD4004E9583-WHO_Guidelines_2003.pdf [Stand: 28.06.2021].

WHO, United Nation Entity for Gender Equality and Empowerment of Women, & UNFPA (Hrsg.). (2013). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence - A clinical handbook*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf;jsessionid=724ED4F1FBF3CB7D9DC0CB15464763C5?sequence=1 [Stand: 28.06.2021].

WHO, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf?ua=1 [Stand: 28.06.2021].

Wirth, I., & Schmeling, A. (2012). Gewaltsamer Tod. In *Rechtsmedizin: Grundwissen für die Ermittlungspraxis* (3., neu bearbeitete Auflage, S. 72–186). Kriminalistik Verlag Heidelberg.

Wischmann, M., Heinemann, A., Püschel, K., & Seifert, D. (2013). Frauen als Opfer von Gewalt: Untersuchungsgut der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in Hamburg. *Rechtsmedizin*, 23(6), 466–471. doi:10.1007/s00194-013-0922-5

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.). (2008). *Vergewaltigung in der Ehe, Strafrechtliche Beurteilung im europäischen Vergleich—Ausarbeitung – (WD 7—307/07)*.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/407124/6893b73fe226537fa85e9ccce444dc95/wd-7-307-07-pdf-data.pdf> [Stand: 05.11.2019].

Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2019). Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(38), 635–642. doi:10.3238/arztebl.2019.0635

Yen, K. (2013). Aufgaben und Nutzen klinisch-forensischer Ambulanzen. In M. Grassberger, K. Yen, & E. E. Türk (Hrsg.), *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern* (S. 99–104). Springer Wien. doi:10.1007/978-3-211-99468-9_20

11. Anhang

11.1. Exemplarische Abbildungen von Verletzungen bei im Institut für Rechtsmedizin in Gießen untersuchten Gewaltopfern

Stumpfe Gewalteinwirkung (Kinder)



Anh. Abb. 1 *Eher frisch erscheinende multiple Hämatome als Folge stumpfer Gewalteinwirkung gegen die linke Stirn- und Augenregion. Ca. 1 cm scheidelwärts des äußeren Drittels der linken Augenbraue eine insgesamt 2 cm durchmessende livide Hautverfärbung mit einer ca. 0,6 cm durchmessenden zentralen Aufhellung mit einem bis zu 0,4 cm breiten rot-violetten Saum, die umliegende Haut ist blau-grau unterblutet- insgesamt als Hinweis für eine stumpfe Gewalteinwirkung.*



Anh. Abb. 2 *Drei streifige, parallel zueinander liegende rot-violette Hautverfärbungen mit dazwischen liegender Aufhellung der Brust- und Bauchhaut rechtsseitig. Die Abstände zwischen den Verfärbungen betragen ca. 1,2 cm. Das Areal misst insgesamt 10 cm (in Körperlängsachse) x 4 cm (quer zur Körperlängsachse). Diagnose: Verdacht auf Fingerabdruckkonturen nach Schlag mit der flachen Hand.*



Anh. Abb. 3 *Frisch erscheinende fleckige blau-rote Hautverfärbung der Ohrmuschelrückseite im oberen Drittel rechtsseitig, am ehesten durch kräftiges Ziehen am Ohr.*



Anh. Abb. 4 *Älter erscheinende Gelbverfärbung der Stirnhaut linksseitig mit diskreter Schwellung. Typische Sturz- bzw. Anstoßverletzung.*



Anh. Abb. 5 *Z. T. frisch erscheinende, fleckige und streifige rote und braune Hautverfärbungen in schlagtypischer Lokalisation.*



Anh. Abb. 6 3 cm links der Rima ani fleckige rot-braune Hautverfärbungen in einem Areal von 7 cm (in Körperlängsachse) x 7,5 cm (quer der Körperlängsachse) mit einer 1,2 cm (in Körperlängsachse) x 5,2 cm (quer der Körperlängsachse) großen Aussparung im unteren Drittel der Rückenhaut. 4 cm kranial der Rima ani und 2,2 cm rechts davon eine parallelstreifige rote Hautverfärbung mit zentraler max. 6 cm (quer der Körperlängsachse) x 2 cm (in Körperlängsachse) großen Aufhellung in einem Areal von 7 cm (quer der Körperlängsachse) x 3 cm (in Körperlängsachse) nach Schlägen mit einem Gürtel (aus: Birngruber et al 2020).

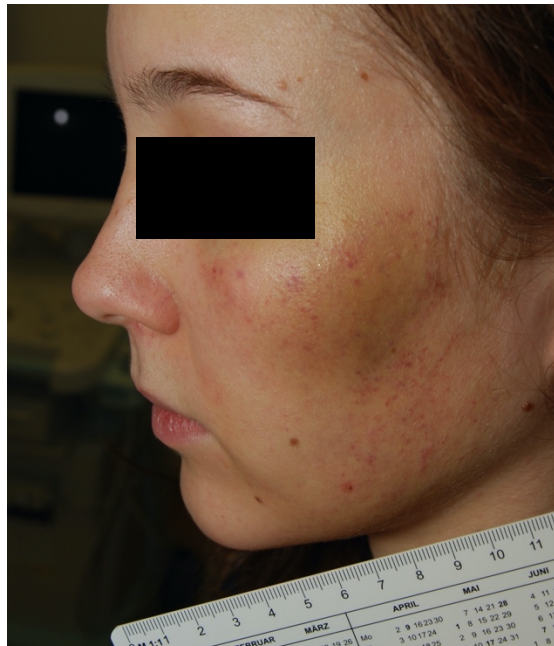


Anh. Abb. 7 *Verschiedenfarbendes 5 cm (in Körperlängsachse verlaufend) x 3,7 cm (quer der Körperlängsachse verlaufend) großes Hämatom mit verwaschenen gelblichen Rändern sowie 5 cm kranial der Rima ani in Projektion über den Dornfortsätzen mit einem im unteren Drittel quer zur Körperlängsachse verlaufendem blau-grauem Hämatome – am ehesten im Sinne sog. Widerlagerverletzungen durch Druck von oben.*



Anh. Abb. 8 *Wechselnd intensive, zirkuläre rot-violette Hautunterblutung mit Fibrinauflagerungen und radiären Oberhauteinrissen in der Analregion eines Kindes bei analer Penetrationsverletzung.*

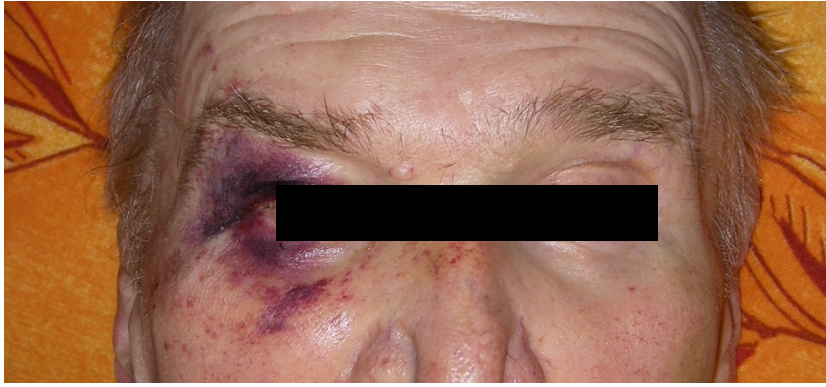
Stumpfe Gewalteinwirkung (Erwachsene)



Anh. Abb. 9 *Mehrere Tage altes 5 cm x 3 cm großes grün-gelbes Hämatom über dem linken Jochbein als schlagbedingte Verletzung.*



Anh. Abb. 10 *1,2 cm x 1,1 cm große Blauverfärbung der Mundvorhofschleimhaut an der Unterlippe in Projektion auf den Zahn 33 im Sinne einer sog. Zahnabdruckkontur mit dem Zahn als Widerlager.*



Anh. Abb. 11 *Frische blau-violette Verfärbung des Augenober- und -unterlids sowie des umliegenden Gewebes, z. T. unter Aussparung der inneren Anteile des Auges im Sinne eines inkompletten Monokelhämatoms nach direkter Gewalteinwirkung von vorne gegen das rechte Auge.*



Anh. Abb. 12 *Zwei teils in sich unterbrochene, nahezu parallel zueinander liegende, blau-rote Hämatome in einem Areal von 6 cm (in Körperlängsachse) x 5 cm (quer der Körperlängsachse) an der Innenseite des linken Oberarms im Sinne einer Verletzung durch festen Griff, sog. Griffspur (aus: Birngruber et al 2020).*



Anh. Abb. 13 *Multiple, teils zentral abgeblasste, teils geformte blass-blaue Hämatome mit teils feinstreifiger, kratzerartiger Hautschürfung an der Innenseite des rechten Oberschenkels nach gewaltsamem Entkleiden und Auseinanderdrücken beider Oberschenkel (aus: Birngruber et al 2020)*



Anh. Abb. 14 *Multiple, überwiegend blass braun-rote Hämatome kleinfingerseitig im mittleren Dritten des rechten Unterarms in einem Areal von 9 cm (in Körperlängsachse) x 2,5 cm (quer der Körperlängsachse) als sog. Parierverletzung (Abwehrverletzung) gegen Schläge durch schützendes Hochhalten des Unterarms. 1,3 cm kopfwärts des Areals ein weiteres intensiv blau-violettes 4 cm x 1,2 cm großes Hämatom eher im Sinne einer Griffverletzung.*



Anh. Abb. 15 *Quer der Körpermittellinie eine 1,8 cm messende, feine Oberhautabschilferung über der Kniescheibe im unteren Drittel mit nach fußwärts gerichteten Hautfähnchen nach Sturz auf das Knie*



Anh. Abb. 16 *Multiple, z.T. großflächige, z.T. kratzerartige feinstreifige, nahezu parallel, quer zur Körperlängsachse, leicht von oben rechts nach unten links verlaufende Hautabschürfungen der Rückenhaut linksseitig nach einem Unfall mit einem Motorrad.*

Gewalt gegen den Hals



Anh. Abb. 17 (a) Nahezu zirkulär verlaufende, gut demarkierte braun-rote Drosselmarke.

(b) Zur Drosselmarke (a) korrespondierendes Drosselwerkzeug.

Vernachlässigung



Anh. Abb. 18 *Rötliche Hautverfärbung sowie oberflächliche Hauterosionen der Anogenitalregion bei pflegerischer Vernachlässigung (aus: Birngruber et al 2020).*

Bissverletzung



Anh. Abb. 19 *Einander gegenüberliegende halbkreisförmige, nach links kopfwärts und rechts fußwärts offene, streifige und fleckförmige verschorfte Oberhautverletzung mit zentralen Petechien und rotgelber Hautverfärbung durch Saugen in einem Areal von 3,5 cm im Sinne einer Saug-Bissverletzung durch ein Erwachsenenengebiss.*

Verbrennung/Verbrühung



Anh. Abb. 20 *Multiple verschieden große z.T. intakte Hautblasen am rechten Handrücken, v.a. über den Fingerknöcheln sowie z.T. landkartenartige unregelmäßig beränderte Hautwunden mit Oberhautverlust an der Streckseite des rechten Unterarms sowie am Handrücken durch Verbrennungen bei Verpuffung von Benzindämpfen bei zu spätem Zurückziehen oder Schutzhaltung des rechten Arms (aus: Birngruber et al 2020).*



Anh. Abb. 21 *Quergestreifte bis leicht bogige Hautschädigung mit randbetonter rötlicher Verfärbung der Haut an der unteren Gesäßhaut links mehr als rechts mit feinfleckigen bis streifigen braun-roten Hautveränderungen nach unfallbedingter Verbrennung in Sitzposition mit einem am Boden stehenden Wok im häuslichen Umfeld (aus: Birngruber et al 2020).*



Anh. Abb. 22 *Flächenhafte z. T. homogene, z.T. landkartenartige bzw. fließspurartige u.a. randbetonte Rotverfärbungen der Brustkorbaußenseite linksseitig sowie des linken Ober- und Unterschenkels streckseitig durch unfallbedingtes Abfließen heißer Flüssigkeit im häuslichen Umfeld.*



Anh. Abb. 23 *Symmetrische, flächenhafte, sockenförmige Oberhautablösung mit freiliegender Lederhaut und sog. Wasserspiegelmarke am rechten Fuß durch Eintauchen des Fußes in heißes Wasser (aus: Birngruber et al 2020).*



Anh. Abb. 24 *Flächenhafte verbrennungsbedingte Oberhautablösung an der Beugeseite über den Endgliedern der Finger D III – D V der linken Hand.*

Scharfe Gewalteinwirkung



Anh. Abb. 25 *An der rechten Halsseite im mittleren Drittel gelegene, chirurgisch versorgte, ca. 7.5 cm lange, quer zur Körperlängsachse gerichtete, leicht gebogene offenbar glattrandige Haut- und Unterhautweichteilgewebsdurchtrennung mit einer im hinteren Drittel gelegenen ca. 3 cm langen, nach ohrläppchenwärts verlaufenden, auslaufenden, Oberhautdurchtrennung.*



Anh. Abb. 26 *Typische Lokalisationen selbstbeigebrachter Verletzungen. Multiple parallel verlaufende, z. T. nahezu abstandsgleiche, sich überkreuzende, meist gruppierte, feinstreifige, oberflächliche Hautdurchtrennungen von gleichmäßiger Tiefe. Die Lokalisationen der selbstbeigebrachten Verletzungen sind mit den eigenen Händen leicht erreichbar, schmerzempfindliche Regionen wie die Brustwarzen und Genitalien werden weitestgehend ausgespart.*

11.2. Gesetzestexte im Wortlaut (Auswahl) und Regelungen

Nach den Polizeigesetzen und der Strafprozessordnung (StPO), dem Strafgesetzbuch (StGB) und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

11.2.1. Strafprozeßordnung (StPO)

§ 58a [Aufzeichnung der Vernehmung in Bild und Ton] (in der Fassung vom 25.06.2021 (BGBl. I S. 2099))

(1) Die Vernehmung eines Zeugen kann in Bild und Ton aufgezeichnet werden. 2Sie soll nach Würdigung der dafür jeweils maßgeblichen Umstände aufgezeichnet werden und als richterliche Vernehmung erfolgen, wenn

1. damit die schutzwürdigen Interessen von Personen unter 18 Jahren sowie von Personen, die als Kinder oder Jugendliche durch eine der in § 255a Absatz 2 genannten Straftaten verletzt worden sind, besser gewahrt werden können oder
2. zu besorgen ist, dass der Zeuge in der Hauptverhandlung nicht vernommen werden kann und die Aufzeichnung zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist.

Die Vernehmung muss nach Würdigung der dafür jeweils maßgeblichen Umstände aufgezeichnet werden und als richterliche Vernehmung erfolgen, wenn damit die schutzwürdigen Interessen von Personen, die durch Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 bis 184j des Strafgesetzbuches) verletzt worden sind, besser gewahrt werden können und der Zeuge der Bild-Ton-Aufzeichnung vor der Vernehmung zugestimmt hat.

(2) Die Verwendung der Bild-Ton-Aufzeichnung ist nur für Zwecke der Strafverfolgung und nur insoweit zulässig, als dies zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist. § 101 Abs. 8 gilt entsprechend. Die §§ 147, 406e sind entsprechend anzuwenden, mit der Maßgabe, dass den zur Akteneinsicht Berechtigten Kopien der Aufzeichnung überlassen werden können. Die Kopien dürfen weder vervielfältigt noch weitergegeben werden. 5Sie sind an die Staatsanwaltschaft herauszugeben, sobald kein berechtigtes Interesse an der weiteren Verwendung besteht. Die Überlassung der Aufzeichnung oder die Herausgabe von Kopien an andere als die vorbezeichneten Stellen bedarf der Einwilligung des Zeugen.

(3) Widerspricht der Zeuge der Überlassung einer Kopie der Aufzeichnung seiner Vernehmung nach Absatz 2 Satz 3, so tritt an deren Stelle die Überlassung des Protokolls an die zur Akteneinsicht Berechtigten nach Maßgabe der §§ 147, 406e. Das Recht zur Besichtigung der Aufzeichnung nach Maßgabe der §§ 147, 406e bleibt unberührt. Der Zeuge ist auf sein Widerspruchsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

§ 81a [Körperliche Untersuchung des Beschuldigten; Zulässigkeit körperlicher Eingriffe] (in der Fassung vom 17.08.2017 (BGBl. I S. 3202, 3630); zuletzt geändert durch Artikel 6 G. v. 10.12.2019 (BGBl. I S. 2146))

(1) Eine körperliche Untersuchung des Beschuldigten darf zur Feststellung von Tatsachen angeordnet werden, die für das Verfahren von Bedeutung sind. 2Zu diesem Zweck sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, ohne

Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist.

(2) Die Anordnung steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft und ihren Ermittlungspersonen (§ 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes) zu. 2Die Entnahme einer Blutprobe bedarf abweichend von Satz 1 keiner richterlichen Anordnung, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Straftat nach § 315a Absatz 1 Nummer 1, Absatz 2 und 3, § 315c Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a, Absatz 2 und 3 oder § 316 des Strafgesetzbuchs begangen worden ist.

(3) Dem Beschuldigten entnommene Blutproben oder sonstige Körperzellen dürfen nur für Zwecke des der Entnahme zugrundeliegenden oder eines anderen anhängigen Strafverfahrens verwendet werden; sie sind unverzüglich zu vernichten, sobald sie hierfür nicht mehr erforderlich sind.

§ 81c [Untersuchung anderer Personen] (in der Fassung vom 17.07.2015 (BGBl. I S. 1332, 1993))

(1) Andere Personen als Beschuldigte dürfen, wenn sie als Zeugen in Betracht kommen, ohne ihre Einwilligung nur untersucht werden, soweit zur Erforschung der Wahrheit festgestellt werden muss, ob sich an ihrem Körper eine bestimmte Spur oder Folge einer Straftat befindet.

(2) Bei anderen Personen als Beschuldigten sind Untersuchungen zur Feststellung der Abstammung und die Entnahme von Blutproben ohne Einwilligung des zu Untersuchenden zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten und die Maßnahme zur Erforschung der Wahrheit unerlässlich ist. Die Untersuchungen und die Entnahme von Blutproben dürfen stets nur von einem Arzt vorgenommen werden.

(3) Untersuchungen oder Entnahmen von Blutproben können aus den gleichen Gründen wie das Zeugnis verweigert werden. Haben Minderjährige wegen mangelnder Verstandesreife oder haben Minderjährige oder Betreute wegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung von der Bedeutung ihres Weigerungsrechts keine genügende Vorstellung, so entscheidet der gesetzliche Vertreter; § 52 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 gilt entsprechend. Ist der gesetzliche Vertreter von der Entscheidung ausgeschlossen (§ 52 Abs. 2 Satz 2) oder aus sonstigen Gründen an einer rechtzeitigen Entscheidung gehindert und erscheint die sofortige Untersuchung oder Entnahme von Blutproben zur Beweissicherung erforderlich, so sind diese Maßnahmen nur auf besondere Anordnung des Gerichts und, wenn dieses nicht rechtzeitig erreichbar ist, der Staatsanwaltschaft zulässig. Der die Maßnahmen anordnende Beschluss ist unanfechtbar. Die nach Satz 3 erhobenen Beweise dürfen im weiteren Verfahren nur mit Einwilligung des hierzu befugten gesetzlichen Vertreters verwertet werden.

(4) Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sind unzulässig, wenn sie dem Betroffenen bei Würdigung aller Umstände nicht zugemutet werden können.

(5) Die Anordnung steht dem Gericht, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft und ihren Ermittlungspersonen (§ 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes) zu; Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt. 2§ 81a Abs. 3 gilt entsprechend.

(6) Bei Weigerung des Betroffenen gilt die Vorschrift des § 70 entsprechend. Unmittelbarer Zwang darf nur auf besondere Anordnung des Richters angewandt werden. Die Anordnung setzt

voraus, dass der Betroffene trotz Festsetzung eines Ordnungsgeldes bei der Weigerung beharrt oder dass Gefahr im Verzuge ist.

§ 81d [Durchführung körperlicher Untersuchungen durch Personen gleichen Geschlecht] (in der Fassung vom 17.07.2015 (BGBl. I S. 1332, 1993))

(1) Kann die körperliche Untersuchung das Schamgefühl verletzen, so wird sie von einer Person gleichen Geschlechts oder von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommen. Bei berechtigtem Interesse soll dem Wunsch, die Untersuchung einer Person oder einem Arzt bestimmten Geschlechts zu übertragen, entsprochen werden. Auf Verlangen der betroffenen Person soll eine Person des Vertrauens zugelassen werden. 4Die betroffene Person ist auf die Regelungen der Sätze 2 und 3 hinzuweisen.

(2) Diese Vorschrift gilt auch dann, wenn die betroffene Person in die Untersuchung einwilligt.

§ 168e [Vernehmung von Zeugen getrennt von Anwesenheitsberechtigten] (in der Fassung vom 17.07.2015 (BGBl. I S. 1332, 1993))

Besteht die dringende Gefahr eines schwerwiegenden Nachteils für das Wohl des Zeugen, wenn er in Gegenwart der Anwesenheitsberechtigten vernommen wird, und kann sie nicht in anderer Weise abgewendet werden, so soll der Richter die Vernehmung von den Anwesenheitsberechtigten getrennt durchführen. Die Vernehmung wird diesen zeitgleich in Bild und Ton übertragen. Die Mitwirkungsbefugnisse der Anwesenheitsberechtigten bleiben im Übrigen unberührt. Die §§ 58a und 241a finden entsprechende Anwendung. Die Entscheidung nach Satz 1 ist unanfechtbar.

§ 247a [Anordnung einer audiovisuellen Vernehmung von Zeugen] (in der Fassung vom 17.07.2015 (BGBl. I S. 1332, 1993))

(1) Besteht die dringende Gefahr eines schwerwiegenden Nachteils für das Wohl des Zeugen, wenn er in Gegenwart der in der Hauptverhandlung Anwesenden vernommen wird, so kann das Gericht anordnen, dass der Zeuge sich während der Vernehmung an einem anderen Ort aufhält; eine solche Anordnung ist auch unter den Voraussetzungen des § 251 Abs. 2 zulässig, soweit dies zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist. Die Entscheidung ist unanfechtbar. Die Aussage wird zeitgleich in Bild und Ton in das Sitzungszimmer übertragen. Sie soll aufgezeichnet werden, wenn zu besorgen ist, dass der Zeuge in einer weiteren Hauptverhandlung nicht vernommen werden kann und die Aufzeichnung zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist. § 58a Abs. 2 findet entsprechende Anwendung.

(2) Das Gericht kann anordnen, dass die Vernehmung eines Sachverständigen in der Weise erfolgt, dass dieser sich an einem anderen Ort als das Gericht aufhält und die Vernehmung zeitgleich in Bild und Ton an den Ort, an dem sich der Sachverständige aufhält, und in das Sitzungszimmer übertragen wird. Dies gilt nicht in den Fällen des § 246a. Die Entscheidung nach Satz 1 ist unanfechtbar.

§ 255a [Vorführung einer aufgezeichneten Zeugenvernehmung] (in der Fassung vom 09.10.2021 (BGBl. I S. 2075))

(1) Für die Vorführung der Bild-Ton-Aufzeichnung einer Zeugenvernehmung gelten die Vorschriften zur Verlesung eines Protokolls über eine Vernehmung gemäß §§ 251, 252, 253 und 255 entsprechend.

(2) In Verfahren wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 bis 184j des Strafgesetzbuches) oder gegen das Leben (§§ 211 bis 222 des Strafgesetzbuches), wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 des Strafgesetzbuches) oder wegen Straftaten gegen die persönliche Freiheit nach den §§ 232 bis 233a des Strafgesetzbuches kann die Vernehmung eines Zeugen unter 18 Jahren durch die Vorführung der Bild-Ton-Aufzeichnung seiner früheren richterlichen Vernehmung ersetzt werden, wenn der Angeklagte und sein Verteidiger Gelegenheit hatten, an dieser mitzuwirken, und wenn der Zeuge, dessen Vernehmung nach § 58a Absatz 1 Satz 3 in Bild und Ton aufgezeichnet worden ist, der vernehmungsersetzenden Vorführung dieser Aufzeichnung in der Hauptverhandlung nicht unmittelbar nach der aufgezeichneten Vernehmung widersprochen hat. Dies gilt auch für Zeugen, die Verletzte einer dieser Straftaten sind und zur Zeit der Tat unter 18 Jahre alt waren oder Verletzte einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174 bis 184k des Strafgesetzbuches) sind. Das Gericht hat bei seiner Entscheidung auch die schutzwürdigen Interessen des Zeugen zu berücksichtigen und den Grund für die Vorführung bekanntzugeben. Eine ergänzende Vernehmung des Zeugen ist zulässig.

§ 406g [Psychosoziale Prozessbegleitung] (in der Fassung vom 10.12.2019 (BGBl. I S. 2128))

(1) Verletzte können sich des Beistands eines psychosozialen Prozessbegleiters bedienen. Dem psychosozialen Prozessbegleiter ist es gestattet, bei Vernehmungen des Verletzten und während der Hauptverhandlung gemeinsam mit dem Verletzten anwesend zu sein.

(2) Die Grundsätze der psychosozialen Prozessbegleitung sowie die Anforderungen an die Qualifikation und die Vergütung des psychosozialen Prozessbegleiters richten sich nach dem Gesetz über die psychosoziale Prozessbegleitung im Strafverfahren vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2525, 2529) in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Unter den in § 397a Absatz 1 Nummer 4 und 5 bezeichneten Voraussetzungen ist dem Verletzten auf seinen Antrag ein psychosozialer Prozessbegleiter beizuordnen. Unter den in § 397a Absatz 1 Nummer 1 bis 3 bezeichneten Voraussetzungen kann dem Verletzten auf seinen Antrag ein psychosozialer Prozessbegleiter beigeordnet werden, wenn die besondere Schutzbedürftigkeit des Verletzten dies erfordert. Die Beiordnung ist für den Verletzten kostenfrei. Für die Beiordnung gilt § 142 Absatz 5 Satz 1 und 3 entsprechend. Im Vorverfahren entscheidet das nach § 162 zuständige Gericht.

(4) Einem nicht beigeordneten psychosozialen Prozessbegleiter kann die Anwesenheit bei einer Vernehmung des Verletzten untersagt werden, wenn dies den Untersuchungszweck gefährden könnte. Die Entscheidung trifft die die Vernehmung leitende Person; die Entscheidung ist nicht anfechtbar. Die Gründe einer Ablehnung sind aktenkundig zu machen.

§ 406h [Beistand des nebenklageberechtigten Verletzten] (in der Fassung vom 10.12.2019 (BGBl. I S. 2128))

(1) Nach § 395 zum Anschluss mit der Nebenklage Befugte können sich auch vor Erhebung der öffentlichen Klage und ohne Erklärung eines Anschlusses eines Rechtsanwalts als Beistand bedienen oder sich durch einen solchen vertreten lassen. Sie sind zur Anwesenheit in der Hauptverhandlung berechtigt, auch wenn sie als Zeugen vernommen werden sollen. Ist zweifelhaft, ob eine Person nebenklagebefugt ist, entscheidet über das Anwesenheitsrecht das Gericht nach Anhörung der Person und der Staatsanwaltschaft; die Entscheidung ist unanfechtbar.

(2) Der Rechtsanwalt des Nebenklagebefugten ist zur Anwesenheit in der Hauptverhandlung berechtigt; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Er ist vom Termin der Hauptverhandlung zu benachrichtigen, wenn seine Wahl dem Gericht angezeigt oder er als Beistand bestellt wurde. Die Sätze 1 und 2 gelten bei richterlichen Vernehmungen und der Einnahme richterlichen Augenscheins entsprechend, es sei denn, dass die Anwesenheit oder die Benachrichtigung des Rechtsanwalts den Untersuchungszweck gefährden könnte. Nach richterlichen Vernehmungen ist dem Rechtsanwalt Gelegenheit zu geben, sich dazu zu erklären oder Fragen an die vernommene Person zu stellen. Ungeeignete oder nicht zur Sache gehörende Fragen oder Erklärungen können zurückgewiesen werden. § 241a gilt entsprechend.

(3) § 397a gilt entsprechend für

1. die Bestellung eines Rechtsanwalts und
2. die Bewilligung von Prozesskostenhilfe für die Hinzuziehung eines Rechtsanwalts.

Im vorbereitenden Verfahren entscheidet das nach § 162 zuständige Gericht.

(4) Auf Antrag dessen, der zum Anschluss als Nebenkläger berechtigt ist, kann in den Fällen des § 397a Abs. 2 einstweilen ein Rechtsanwalt als Beistand bestellt werden, wenn

1. dies aus besonderen Gründen geboten ist,
2. die Mitwirkung eines Beistands eilbedürftig ist und
3. die Bewilligung von Prozesskostenhilfe möglich erscheint, eine rechtzeitige Entscheidung hierüber aber nicht zu erwarten ist.

Für die Bestellung gelten § 142 Absatz 5 Satz 1 und 3 und § 162 entsprechend. Die Bestellung endet, wenn nicht innerhalb einer vom Richter zu bestimmenden Frist ein Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe gestellt oder wenn die Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt wird.

11.2.2. Strafgesetzbuch (StGB)

§ 46a [Täter-Opfer-Ausgleich, Schadenswiedergutmachung] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

Hat der Täter

1. in dem Bemühen, einen Ausgleich mit dem Verletzten zu erreichen (Täter-Opfer-Ausgleich), seine Tat ganz oder zum überwiegenden Teil wiedergutmacht oder deren Wiedergutmachung ernsthaft erstrebt oder
2. in einem Fall, in welchem die Schadenswiedergutmachung von ihm erhebliche persönliche Leistungen oder persönlichen Verzicht erfordert hat, das Opfer ganz oder zum überwiegenden Teil entschädigt,

so kann das Gericht die Strafe nach § 49 Abs. 1 mildern oder, wenn keine höhere Strafe als Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bis zu dreihundertsechzig Tagessätzen verwirkt ist, von Strafe absehen.

§ 174 [Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen] (in der Fassung vom 16.06.2021 (BGBl. I S. 1810))

(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm im Rahmen eines Ausbildungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Ausbildungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
3. an einer Person unter achtzehn Jahren, die sein leiblicher oder rechtlicher Abkömmling ist oder der seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder einer Person, mit der er in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft lebt,

vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Ebenso wird bestraft, wer unter den Voraussetzungen des Satzes 1 den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen an oder vor einer dritten Person vornimmt oder von einer dritten Person an sich vornehmen lässt.

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird eine Person bestraft, der in einer dazu bestimmten Einrichtung die Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung von Personen unter achtzehn Jahren anvertraut ist und die sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung oder zur Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. unter Ausnutzung ihrer Stellung an einer Person unter achtzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

Ebenso wird bestraft, wer unter den Voraussetzungen des Satzes 1 den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen an oder vor einer dritten Person vornimmt oder von einer dritten Person an sich vornehmen lässt.

(3) Wer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 oder 2

1. sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt, um sich oder den Schutzbefohlenen hierdurch sexuell zu erregen, oder
2. den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, daß er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) Der Versuch ist strafbar.

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1, des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 1 oder des Absatzes 3 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder mit Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 kann das Gericht von einer Bestrafung nach dieser Vorschrift absehen, wenn das Unrecht der Tat gering ist.

§ 176 [Sexueller Missbrauch von Kindern] (in der Fassung vom 16.06.2021 (BGBl. I S. 1810))

(1) Mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr wird bestraft, wer

1. sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt,
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einer dritten Person vornimmt oder von einer dritten Person an sich vornehmen lässt,
3. ein Kind für eine Tat nach Nummer 1 oder Nummer 2 anbietet oder nachzuweisen verspricht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1 kann das Gericht von Strafe nach dieser Vorschrift absehen, wenn zwischen Täter und Kind die sexuelle Handlung einvernehmlich erfolgt und der Unterschied sowohl im Alter als auch im Entwicklungsstand oder Reifegrad gering ist, es sei denn, der Täter nutzt die fehlende Fähigkeit des Kindes zur sexuellen Selbstbestimmung aus.

§ 176a [Sexueller Missbrauch von Kindern ohne Körperkontakt mit dem Kind] (in der Fassung vom 16.06.2021 (BGB. I S. 1810))

(1) Mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer

1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt oder vor einem Kind von einer dritten Person an sich vornehmen lässt,
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen vornimmt, soweit die Tat nicht nach § 176 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 mit Strafe bedroht ist, oder
3. auf ein Kind durch einen pornographischen Inhalt (§ 11 Absatz 3) oder durch entsprechende Reden einwirkt.

(2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind für eine Tat nach Absatz 1 anbietet oder nachzuweisen verspricht oder wer sich mit einem anderen zu einer solchen Tat verabredet.

(3) Der Versuch ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1 und 2 strafbar. Bei Taten nach Absatz 1 Nummer 3 ist der Versuch in den Fällen strafbar, in denen eine Vollendung der Tat allein daran scheitert, dass der Täter irrig annimmt, sein Einwirken beziehe sich auf ein Kind.

§ 176b [Vorbereitung des sexuellen Missbrauchs von Kindern] (in der Fassung vom 16.06.2021 (BGB. I S. 1810))

(1) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer auf ein Kind durch einen Inhalt (§ 11 Absatz 3) einwirkt, um

1. das Kind zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder an oder vor einer dritten Person vornehmen oder von dem Täter oder einer dritten Person an sich vornehmen lassen soll, oder
2. eine Tat nach § 184b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 oder nach § 184b Absatz 3 zu begehen.

(2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind für eine Tat nach Absatz 1 anbietet oder nachzuweisen verspricht oder wer sich mit einem anderen zu einer solchen Tat verabredet.

(3) Bei Taten nach Absatz 1 ist der Versuch in den Fällen strafbar, in denen eine Vollendung der Tat allein daran scheitert, dass der Täter irrig annimmt, sein Einwirken beziehe sich auf ein Kind.

§ 176c [Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern] (in der Fassung vom 16.06.2021 (BGBl. I S. 1810))

(1) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Absatz 1 Nummer 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren bestraft, wenn

1. der Täter innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer solchen Straftat rechtskräftig verurteilt worden ist,
2. der Täter mindestens achtzehn Jahre alt ist und
 - a) mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind, oder
 - b) das Kind dazu bestimmt, den Beischlaf mit einem Dritten zu vollziehen oder ähnliche sexuelle Handlungen, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind, an dem Dritten vorzunehmen oder von diesem an sich vornehmen zu lassen,
3. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird oder
4. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(2) Ebenso wird bestraft, wer in den Fällen des § 176 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2, des § 176a Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Absatz 3 Satz 1 als Täter oder anderer Beteiligter in der Absicht handelt, die Tat zum Gegenstand eines pornographischen Inhalts (§ 11 Absatz 3) zu machen, der nach § 184b Absatz 1 oder 2 verbreitet werden soll.

(3) Mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren wird bestraft, wer das Kind in den Fällen des § 176 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(4) 1In die in Absatz 1 Nummer 1 bezeichnete Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. 2Eine Tat, die im Ausland abgeurteilt worden ist, steht in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1 einer im Inland abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine solche nach § 176 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 wäre.

§ 177 [Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung] (in der Fassung vom 04.11.2016 (BGBl. I S. 2460))

(1) Wer gegen den erkennbaren Willen einer anderen Person sexuelle Handlungen an dieser Person vornimmt oder von ihr vornehmen lässt oder diese Person zur Vornahme oder Duldung sexueller Handlungen an oder von einem Dritten bestimmt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer anderen Person vornimmt oder von ihr vornehmen lässt oder diese Person zur Vornahme oder Duldung sexueller Handlungen an oder von einem Dritten bestimmt, wenn

1. der Täter ausnutzt, dass die Person nicht in der Lage ist, einen entgegenstehenden Willen zu bilden oder zu äußern,
2. der Täter ausnutzt, dass die Person auf Grund ihres körperlichen oder psychischen Zustands in der Bildung oder Äußerung des Willens erheblich eingeschränkt ist, es sei denn, er hat sich der Zustimmung dieser Person versichert,
3. der Täter ein Überraschungsmoment ausnutzt,
4. der Täter eine Lage ausnutzt, in der dem Opfer bei Widerstand ein empfindliches Übel droht, oder
5. der Täter die Person zur Vornahme oder Duldung der sexuellen Handlung durch Drohung mit einem empfindlichen Übel genötigt hat.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn die Unfähigkeit, einen Willen zu bilden oder zu äußern, auf einer Krankheit oder Behinderung des Opfers beruht.

(5) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter

1. gegenüber dem Opfer Gewalt anwendet,
2. dem Opfer mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben droht oder
3. eine Lage ausnutzt, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist.

(6) In besonders schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren zu erkennen. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder vollziehen lässt oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung), oder
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird.

(7) Auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug bei sich führt,
2. sonst ein Werkzeug oder Mittel bei sich führt, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, oder
3. das Opfer in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bringt.

(8) Auf Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. bei der Tat eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug verwendet oder
2. das Opfer
 - a) bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder

-
- b) durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(9) In minder schweren Fällen der Absätze 1 und 2 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren, in minder schweren Fällen der Absätze 4 und 5 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen der Absätze 7 und 8 ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 223 [Körperverletzung] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 224 [Gefährliche Körperverletzung] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 225 [Misshandlung von Schutzbefohlenen] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
2. seinem Hausstand angehört,
3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

§ 226 [Schwere Körperverletzung] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

(1) Hat die Körperverletzung zur Folge, dass die verletzte Person

1. das Sehvermögen auf einem Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,
2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder
3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt,

so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(2) Verursacht der Täter eine der in Absatz 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 229 [Fahrlässige Körperverletzung] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 231 [Beteiligung an einer Schlägerei] (in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322))

(1) Wer sich an einer Schlägerei oder an einem von mehreren verübten Angriff beteiligt, wird schon wegen dieser Beteiligung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn durch die Schlägerei oder den Angriff der Tod eines Menschen oder eine schwere Körperverletzung (§ 226) verursacht worden ist.

(2) Nach Absatz 1 ist nicht strafbar, wer an der Schlägerei oder dem Angriff beteiligt war, ohne daß ihm dies vorzuwerfen ist.

11.2.3. Bürgergesetzbuch (BGB)

§ 2 [Eintritt der Volljährigkeit] (in der Fassung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10.08.2021 (BGBl. I S. 3515))

Die Volljährigkeit tritt mit der Vollendung des 18. Lebensjahres ein.

§1631 [Inhalt und Grenzen der Personensorge] (in der Fassung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 1810))

(1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

(3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

§ 1666 [Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls] (in der Fassung vom 04.07.2008 (BGBl. I S. 1188))

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltungspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

11.2.4. Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe

(Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163)

§ 1 [Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe] (in der Fassung vom 03.06.2021 (BGBl. I S. 1444))

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,

-
2. jungen Menschen ermöglichen oder erleichtern, entsprechend ihrem Alter und ihrer individuellen Fähigkeiten in allen sie betreffenden Lebensbereichen selbstbestimmt zu interagieren und damit gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können,
 3. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
 4. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
 5. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

§ 8a [Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung] (in der Fassung vom 03.06.2021 (BGBl. I S. 1444))

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist,

1. sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen sowie
2. Personen Gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen.

Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie

3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung sind die Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft zu regeln, die insbesondere auch den spezifischen Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen Rechnung tragen. Daneben ist in die Vereinbarungen insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) In Vereinbarungen mit Kindertagespflegepersonen, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass diese bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes eine Gefährdungseinschätzung vornehmen und dabei eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzuziehen. Die Erziehungsberechtigten sowie das Kind sind in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird. Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(6) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

§ 81 [Strukturelle Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen] (in der Fassung vom 03.06.2021 (BGBl. I S. 1444))

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, insbesondere mit

1. den Trägern von Sozialleistungen nach dem Zweiten, Dritten, Vierten, Fünften, Sechsten und dem Zwölften Buch sowie Trägern von Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz,
2. Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 7 des Neunten Buches,
3. den Familien- und Jugendgerichten, den Staatsanwaltschaften sowie den Justizvollzugsbehörden,
4. Schulen und Stellen der Schulverwaltung,
5. Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens,
6. den Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und Suchtberatungsstellen,
7. Einrichtungen und Diensten zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen,
8. den Stellen der Bundesagentur für Arbeit,
9. Einrichtungen und Stellen der beruflichen Aus- und Weiterbildung,
10. den Polizei- und Ordnungsbehörden,
11. der Gewerbeaufsicht,

-
12. Einrichtungen der Ausbildung für Fachkräfte, der Weiterbildung und der Forschung
 13. Einrichtungen, die auf örtlicher Ebene Familien und den sozialen Zusammenhalt zwischen den Generationen stärken (Mehrgenerationenhäuser),
- im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zusammenzuarbeiten.

11.2.5. Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen (Gewaltschutzgesetz - GewSchG)

§ 1 [Gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Nachstellungen] (in der Fassung vom 25.06.2021 (BGBl. I S. 2099))

- (1) Hat eine Person vorsätzlich den Körper, die Gesundheit oder die Freiheit einer anderen Person widerrechtlich verletzt, hat das Gericht auf Antrag der verletzten Person die zur Abwendung weiterer Verletzungen erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Die Anordnungen sollen befristet werden; die Frist kann verlängert werden. Das Gericht kann insbesondere anordnen, dass der Täter es unterlässt,
 1. die Wohnung der verletzten Person zu betreten,
 2. sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung der verletzten Person aufzuhalten,
 3. zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich die verletzte Person regelmäßig aufhält,
 4. Verbindung zur verletzten Person, auch unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, aufzunehmen,
 5. Zusammentreffen mit der verletzten Person herbeizuführen,

soweit dies nicht zur Wahrnehmung berechtigter Interessen erforderlich ist.

- (2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn
 1. eine Person einer anderen mit einer Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit widerrechtlich gedroht hat oder
 2. eine Person widerrechtlich und vorsätzlich
 - a. in die Wohnung einer anderen Person oder deren befriedetes Besitztum eindringt oder
 - b. eine andere Person dadurch unzumutbar belästigt, dass sie ihr gegen den ausdrücklich erklärten Willen wiederholt nachstellt oder sie unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln verfolgt.

Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 Buchstabe b liegt eine unzumutbare Belästigung nicht vor, wenn die Handlung der Wahrnehmung berechtigter Interessen dient.

- (3) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 oder des Absatzes 2 kann das Gericht die Maßnahmen nach Absatz 1 auch dann anordnen, wenn eine Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, in den sie sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel vorübergehend versetzt hat.

11.2.6. Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 1 [Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung] (in der Fassung vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2975))

- (1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft ist es, soweit erforderlich, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit
 1. sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können,
 2. im Einzelfall Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden
 3. im Einzelfall eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen vermieden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.

Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).

§4 [Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung] (in der Fassung vom 03.06.2021 (BGBl. I S. 1444))

1. Ärztinnen oder Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den

Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) 1Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. 2Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) 1Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. 2Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. 3Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen mit der Maßgabe, dass diese unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

(4) 1Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. 2Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Zollbehörden.

(6) Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz kann Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln.

11.2.7. Beispiel: Polizeigesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (PolG NRW)

§ 34a [Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot zum Schutz vor häuslicher Gewalt] (in der Fassung vom 25.07.2003))

(1) Die Polizei kann eine Person zur Abwehr einer von ihr ausgehenden gegenwärtigen Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer anderen Person aus einer Wohnung, in der die gefährdete Person wohnt, sowie aus deren unmittelbaren Umgebung verweisen und ihr die Rückkehr in diesen Bereich untersagen. Der räumliche Bereich, auf den sich Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot beziehen, ist nach dem Erfordernis eines wirkungsvollen Schutzes der gefährdeten Person zu bestimmen und genau zu bezeichnen. In besonders begründeten Einzelfällen können die Maßnahmen nach Satz 1 auf Wohn- und Nebenräume beschränkt werden.

(2) Der Person, die die Gefahr verursacht und gegen die sich die polizeilichen Maßnahmen nach Absatz 1 richten (betroffene Person), ist Gelegenheit zu geben, dringend benötigte Gegenstände des persönlichen Bedarfs mitzunehmen.

(3) Die Polizei hat die betroffene Person aufzufordern, eine Anschrift oder eine zustellungsbevollmächtigte Person zum Zweck von Zustellungen behördlicher oder gerichtlicher Entscheidungen, die zur Abwehr einer Gefahr im Sinne des Absatzes 1 ergehen, zu benennen.

(4) Die Polizei hat die gefährdete Person auf die Möglichkeit der Beantragung zivilrechtlichen Schutzes hinzuweisen, sie über Beratungsangebote zu informieren, ihr eine Inanspruchnahme geeigneter, für diese Aufgabe qualifizierter Beratungseinrichtungen nahe zu legen und anzubieten, durch Weitergabe ihres Namens, ihrer Anschrift und ihrer Telefonnummer einen Kontakt durch die in der polizeilichen Einsatzdokumentation näher bezeichneten Beratungseinrichtung zu ermöglichen.

(5) Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot enden außer in den Fällen des Satzes 2 mit Ablauf des zehnten Tages nach ihrer Anordnung, soweit nicht die Polizei im Einzelfall ausnahmsweise eine kürzere Geltungsdauer festlegt. Stellt die gefährdete Person während der Dauer der gemäß Satz 1 verfügten Maßnahmen einen Antrag auf zivilrechtlichen Schutz mit dem Ziel des Erlasses einer einstweiligen Anordnung, enden die Maßnahmen nach Absatz 1 mit dem Tag der gerichtlichen Entscheidung, spätestens jedoch mit Ablauf des zehnten Tages nach Ende der gemäß Satz 1 verfügten Maßnahmen. Die §§ 48, 49 des Verwaltungsverfahrensgesetzes bleiben unberührt.

(6) Das Gericht hat der Polizei die Beantragung zivilrechtlichen Schutzes sowie den Tag der gerichtlichen Entscheidung unverzüglich mitzuteilen; die §§ 18 bis 22 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz bleiben unberührt. Die Polizei hat die gefährdete und die betroffene Person unverzüglich über die Dauer der Maßnahmen nach Absatz 1 in Kenntnis zu setzen.

(7) Die Einhaltung eines Rückkehrverbotes ist mindestens einmal während seiner Geltung zu überprüfen.

11.2.8. UN-Kinderrechtskonvention

(in der Fassung vom 20.11.1989 (BGBl. II [1992] S. 121), zuletzt geändert am 12.12.1995 (BGBl. II [2017] S. 1554))

Artikel 19

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.

(2) Diese Schutzmaßnahmen sollen je nach den Gegebenheiten wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen enthalten, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

11.2.9. Charta der Grundrechte der europäischen Union

(in der Fassung vom 07.06.2016 (ABl. C 202, S. 398-398))

- (1) Kinder haben Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für ihr Wohlergehen notwendig sind. Sie können ihre Meinung frei äußern. Ihre Meinung wird in den Angelegenheiten, die sie betreffen, in einer ihrem Alter und ihrem Reifegrad entsprechenden Weise berücksichtigt.
- (2) Bei allen Kindern betreffenden Maßnahmen öffentlicher Stellen oder privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.
- (3) Jedes Kind hat Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen, es sei denn, dies steht seinem Wohl entgegen.

11.2.10. Istanbul-Konvention

(in der Fassung vom 17.07.2017 (BGBl II S. 1026))

Artikel 11 - Datensammlung und Forschung

1. Für die Zwecke der Durchführung dieses Übereinkommens verpflichten sich die Vertragsparteien,
 - a. in regelmäßigen Abständen einschlägige genau aufgeschlüsselte statistische Daten über Fälle von allen in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Formen von Gewalt zu sammeln;
 - b. die Forschung auf dem Gebiet aller in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Formen von Gewalt zu fördern, um ihre eigentlichen Ursachen und ihre Auswirkungen, ihr Vorkommen und die Aburteilungsquote sowie die Wirksamkeit der zur Durchführung dieses Übereinkommens getroffenen Maßnahmen zu untersuchen.
2. Die Vertragsparteien bemühen sich, in regelmäßigen Abständen bevölkerungsbezogene Studien durchzuführen, um die Verbreitung und Entwicklung aller in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Formen von Gewalt zu bewerten.
3. Die Vertragsparteien stellen der in Artikel 66 genannten Expertengruppe die nach diesem Artikel gesammelten Daten zur Verfügung, um die internationale Zusammenarbeit anzuregen und einen internationalen Vergleich zu ermöglichen.
4. Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die nach diesem Artikel gesammelten Daten der Öffentlichkeit zugänglich sind.

Artikel 20 - Allgemeine Hilfsdienste

1. Die Vertragsparteien treffen die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Opfer Zugang zu Diensten erhalten, die ihre Genesung nach Gewalt erleichtern. Diese Maßnahmen sollen, sofern erforderlich, Dienste wie rechtliche und psychologische Beratung, finanzielle Unterstützung, Unterkunft, Ausbildung, Schulung sowie Unterstützung bei der Arbeitssuche umfassen.
2. Die Vertragsparteien treffen die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass Opfer Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten haben, dass Dienste über angemessene Mittel verfügen und dass Angehörige bestimmter

Berufsgruppen geschult werden, um die Opfer zu unterstützen und sie an die geeigneten Dienste zu verweisen.

„Artikel 22 - Spezialisierte Hilfsdienste

1. Die Vertragsparteien treffen die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen, um in angemessener geographischer Verteilung spezialisierte Hilfsdienste für sofortige sowie kurz- und langfristige Hilfe für alle Opfer von in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Gewalttaten bereitzustellen oder für deren Bereitstellung zu sorgen.

Artikel 25 - Unterstützung für Opfer sexueller Gewalt

Die Vertragsparteien treffen die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen, um die Einrichtung von geeigneten, leicht zugänglichen Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt in ausreichender Zahl zu ermöglichen, um Opfern medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anzubieten.

11.2.11. Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV)

19 [Vernehmung von Kindern und Jugendlichen] (in der Fassung vom 13.02.2012 (BAnz AT 02.05.2012 B1))

- (1) Eine mehrmalige Vernehmung von Kindern und Jugendlichen vor der Hauptverhandlung ist wegen der damit verbundenen seelischen Belastung dieser Zeugen nach Möglichkeit zu vermeiden.
- (2) Bei Zeugen unter achtzehn Jahren soll zur Vermeidung wiederholter Vernehmungen von der Möglichkeit der Aufzeichnung auf Bild-Ton-Träger Gebrauch gemacht werden (§ 58a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, § 255a Abs. 1 StPO). Hierbei ist darauf zu achten, dass die vernehmende Person und der Zeuge gemeinsam und zeitgleich in Bild und Ton aufgenommen und dabei im Falle des § 52 StPO auch die Belehrung und die Bereitschaft des Zeugen zur Aussage (§ 52 Abs. 2 Satz 1 StPO) dokumentiert werden. Für die Anwesenheit einer Vertrauensperson soll nach Maßgabe des § 406f Abs. 3 StPO Sorge getragen werden. Mit Blick auf eine spätere Verwendung der Aufzeichnung als Beweismittel in der Hauptverhandlung (§ 255a StPO) empfiehlt sich eine richterliche Vernehmung (§§ 168c, 168e StPO). Bei Straftaten im Sinne des § 255a Abs. 2 Satz 1 StPO soll rechtzeitig darauf hingewirkt werden, dass der Beschuldigte und sein Verteidiger Gelegenheit haben, an der Vernehmung mitzuwirken.
- (3) In den Fällen des § 52 Abs. 2 Satz 2 StPO wirkt der Staatsanwalt möglichst frühzeitig auf die Anordnung einer Ergänzungspflegschaft (§ 1909 Abs. 1 Satz 1 BGB) durch das zuständige Familiengericht (§ 152 FamFG) hin.
- (4) Alle Umstände, die für die Glaubwürdigkeit eines Kindes oder Jugendlichen bedeutsam sind, sollen möglichst frühzeitig festgestellt werden. Es ist zweckmäßig, hierüber Eltern, Lehrer, Erzieher oder andere Bezugspersonen zu befragen; gegebenenfalls ist mit dem Jugendamt Kontakt aufzunehmen.

(5) Bleibt die Glaubwürdigkeit zweifelhaft, so ist ein Sachverständiger, der über besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderpsychologie verfügt, zuzuziehen.

135 [Zeugen und Sachverständige] (in der Fassung vom 14.06.2002 (BAnz S. 13685))

(1) Über das Erforderliche hinausgehende Begegnungen von Zeugen, insbesondere von Opfern, mit dem Angeklagten sollen vermieden, spezielle Warteräume für Zeugen genutzt werden.

(2) Zeugen und Sachverständige, die für die weitere Verhandlung nicht mehr benötigt werden, sollen nach ihrer Vernehmung entlassen werden.

(3) 1Kinder und Jugendliche sind möglichst vor anderen Zeugen zu vernehmen. 2In den Warteräumen sollen sie beaufsichtigt und, soweit möglich, betreut werden.

(4) Der Staatsanwalt soll durch geeignete Anträge auf eine entsprechende Verfahrensweise hinwirken.

220 [Rücksichtnahme auf Verletzte] (in der Fassung vom 24.5.2006 (BAnz. S. 5074))

(1) Die Anordnung und Durchführung der körperlichen Untersuchung erfordern Behutsamkeit, Einfühlungsvermögen sowie hinreichende Betreuung und Information. Die Durchführung der körperlichen Untersuchung sollte mit Rücksicht auf das Schamgefühl des Opfers möglichst einer Person gleichen Geschlechts oder einer ärztlichen Kraft (§ 81d StPO) übertragen werden. Bei berechtigtem Interesse soll dem Wunsch, die Untersuchung einer Person oder einem Arzt bestimmten Geschlechts zu übertragen, entsprochen werden. Auf Verlangen der betroffenen Person soll eine Person des Vertrauens zugelassen werden. Auf die beiden vorgenannten Regelungen ist die betroffene Person hinzuweisen.

(2) Lichtbilder von Verletzten, die sie ganz oder teilweise unbedeckt zeigen, sind in einem verschlossenen Umschlag oder gesondert geheftet zu den Akten zu nehmen und bei der Gewährung von Akteneinsicht – soweit sie nicht für die verletzte Person selbst erfolgt – vorübergehend aus den Akten zu entfernen. Der Verteidigung ist insoweit Akteneinsicht auf der Geschäftsstelle zu gewähren (§ 147 Abs. 4 Satz 1 StPO).

221 [Beschleunigung in Verfahren mit kindlichen Opfern] (in der Fassung vom 01.01.2000)

(1) Das Verfahren ist zu beschleunigen, vor allem deswegen, weil das Erinnerungsvermögen der Kinder rasch verblaßt und weil sie besonders leicht zu beeinflussen sind.

(2) 1Wird ein Beschuldigter, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Geschädigten lebt oder der auf diesen in anderer Weise unmittelbar einwirken kann, freigelassen, so ist das Jugendamt unverzüglich zu benachrichtigen, damit die erforderlichen Maßnahmen zum Schutze des Geschädigten ergriffen werden können. 2Die Benachrichtigung obliegt derjenigen Stelle, welche die Freilassung veranlaßt hat.

222 [Vernehmung von Kindern, Ausschluß und Beschränkung der Öffentlichkeit] (in der Fassung vom 01.01.2000)

(1) Werden Kinder als Zeugen vernommen, so sind die Nr. 19, 19a, 130a Abs. 2 und 135 Abs. 2 zu beachten. 2Vielfach wird es sich empfehlen, schon zur ersten Vernehmung einen

Sachverständigen beizuziehen, der über besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderpsychologie verfügt.

(2) Hat der Beschuldigte ein glaubhaftes Geständnis vor dem Richter abgelegt, so ist im Interesse des Kindes zu prüfen, ob dessen Vernehmung noch nötig ist (vgl. Nr. 111 Abs. 4).

(3) Wegen des Ausschlusses oder der Beschränkung der Öffentlichkeit sind Nr. 131a, 132 zu beachten.

222a [Anhörung des durch eine Straftat nach den §§ 174 bis 182 StGB Verletzten] (in der Fassung vom 13.03.1012 (BAnz AT 02.05.2012 B1))

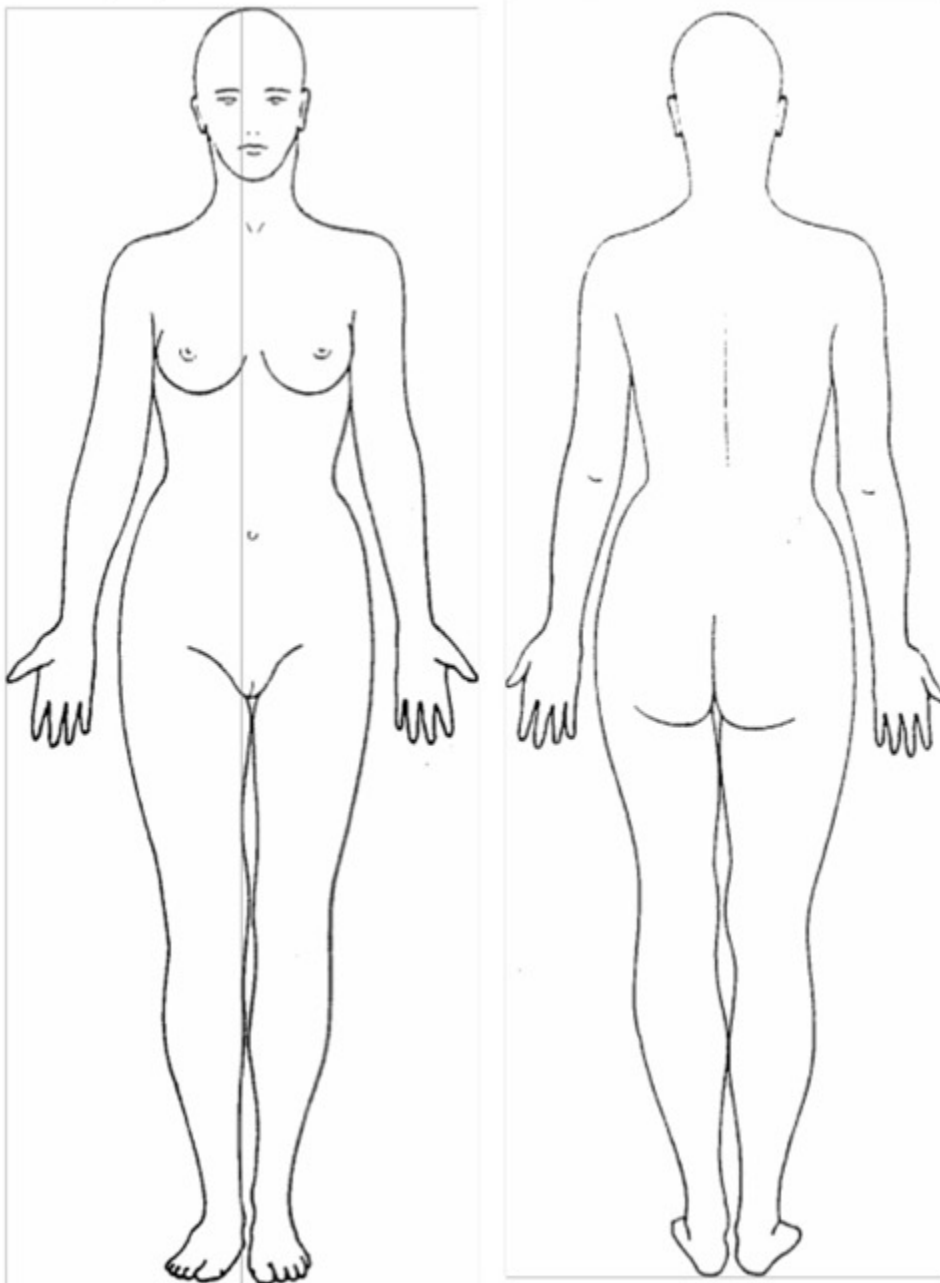
(1) Vor der Einleitung verfahrensbeendender Maßnahmen nach den §§ 153 Abs. 1, 153a Abs. 1, 153b Abs. 1 oder 154 Abs. 1 StPO soll dem Verletzten Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem beabsichtigten Verfahrensabschluss gegeben werden, in den Fällen des § 154 Abs. 1 StPO jedoch nur, wenn die Einstellung im Hinblick auf andere Taten zum Nachteil Dritter erfolgen soll. Hiervon kann abgesehen werden, wenn der Verletzte bereits bei seiner Vernehmung als Zeuge hierzu befragt worden ist. Widerspricht der Verletzte einer beabsichtigten Maßnahme und wird das Verfahren eingestellt, soll eine Würdigung seiner Einwendungen in den Bescheid über die Einstellung (Nr. 89, 101 Abs. 2) aufgenommen werden.

(2) Dem Verletzten soll auch Gelegenheit gegeben werden, sich durch einen anwaltlichen Beistand bei einer etwaigen Erörterung des Verfahrensstands nach § 160b StPO sowie im Hinblick auf eine etwaige Entscheidung über die Anklageerhebung nach § 24 Abs. 1 Nr. 3 GVG oder § 26 Abs. 2 GVG (vgl. Nr. 113 Abs. 2) zu seiner besonderen Schutzbedürftigkeit zu äußern. In geeigneten Fällen kann auch der Verletzte selbst an der Erörterung des Verfahrensstands beteiligt werden.

11.3. Körperschemata am Beispiel des Istanbul-Protokolls

Anatomische Zeichnungen zur Dokumentation von Folter und Misshandlung

Ganzer Körper, weiblich – Vorder- und Rückansicht

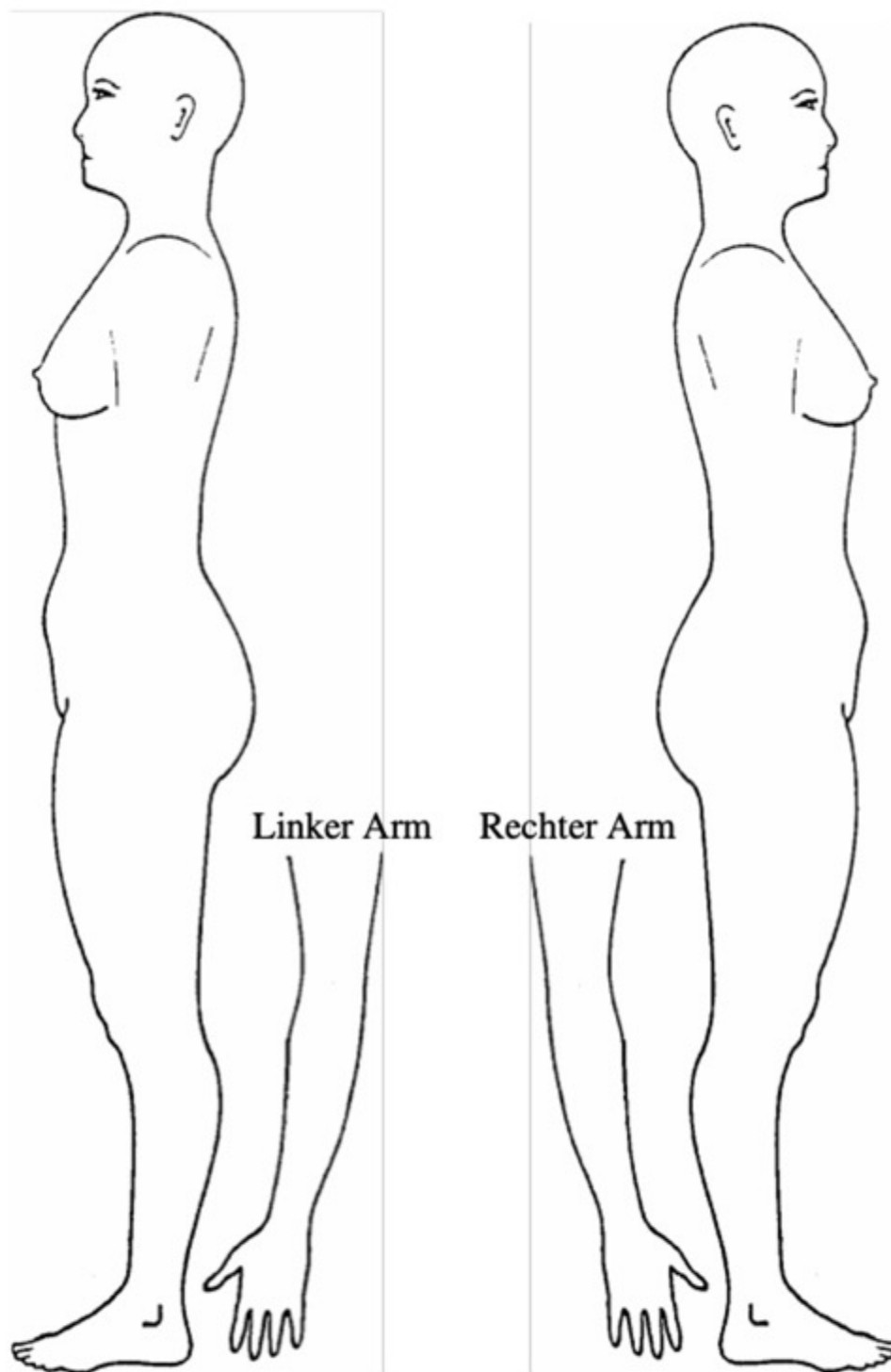


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Ganzer Körper, weiblich – Seitenansicht

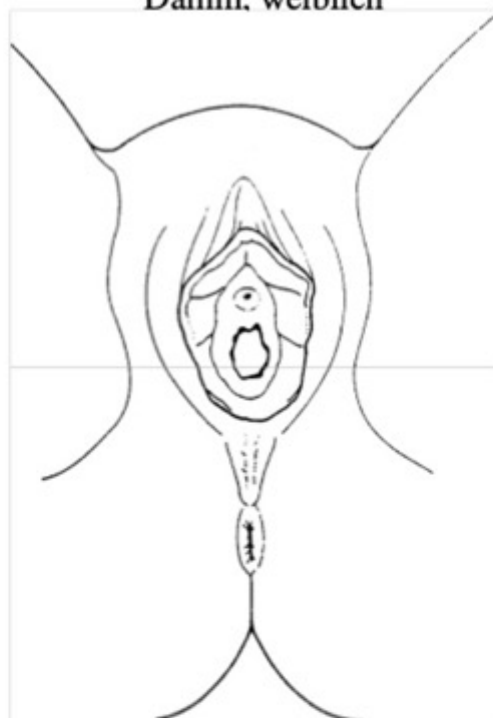


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Damm, weiblich

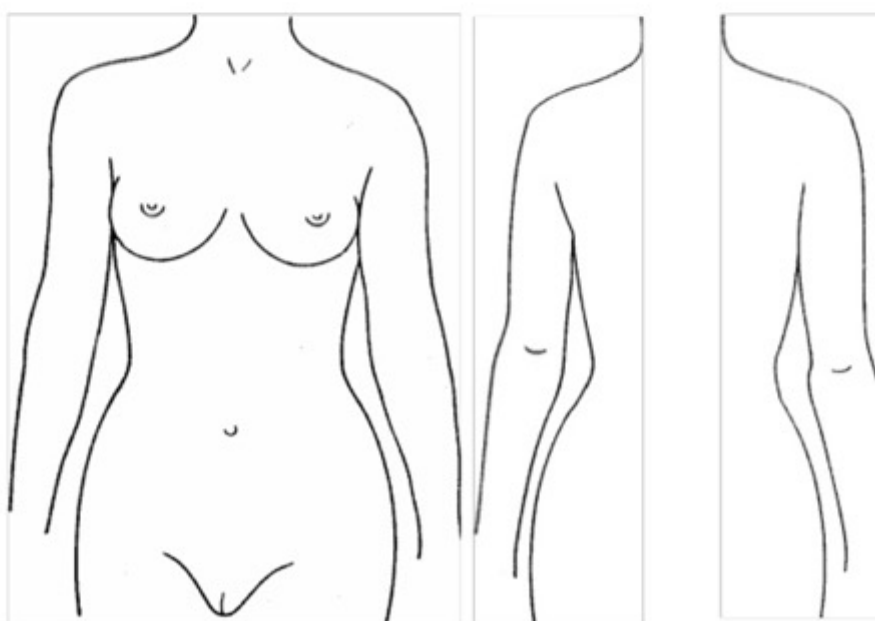


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Thorax und Abdomen, weiblich – Vorder- und Rückansicht

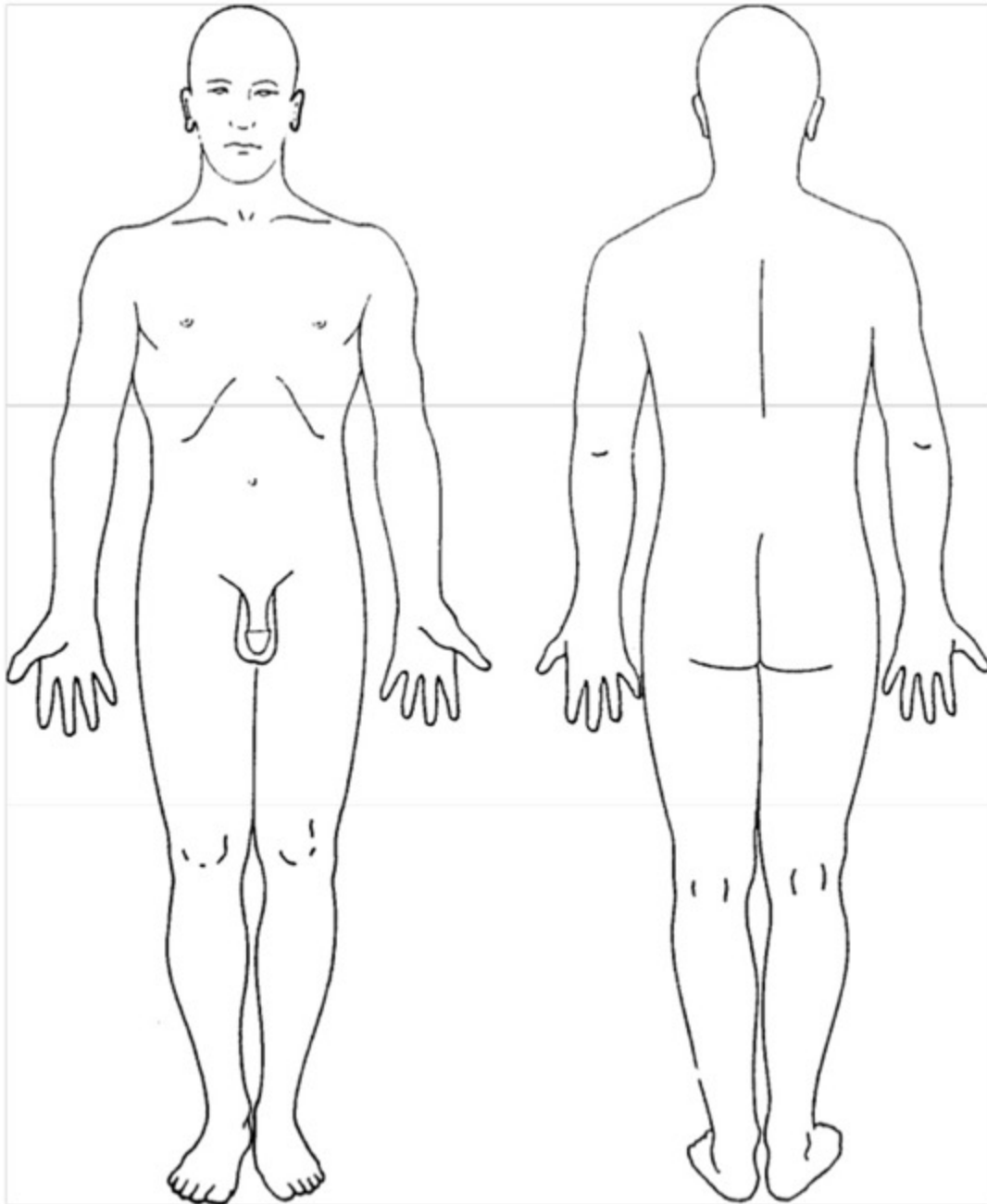


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Ganzer Körper, männlich – Vorder- und Rückansicht (ventral und dorsal)

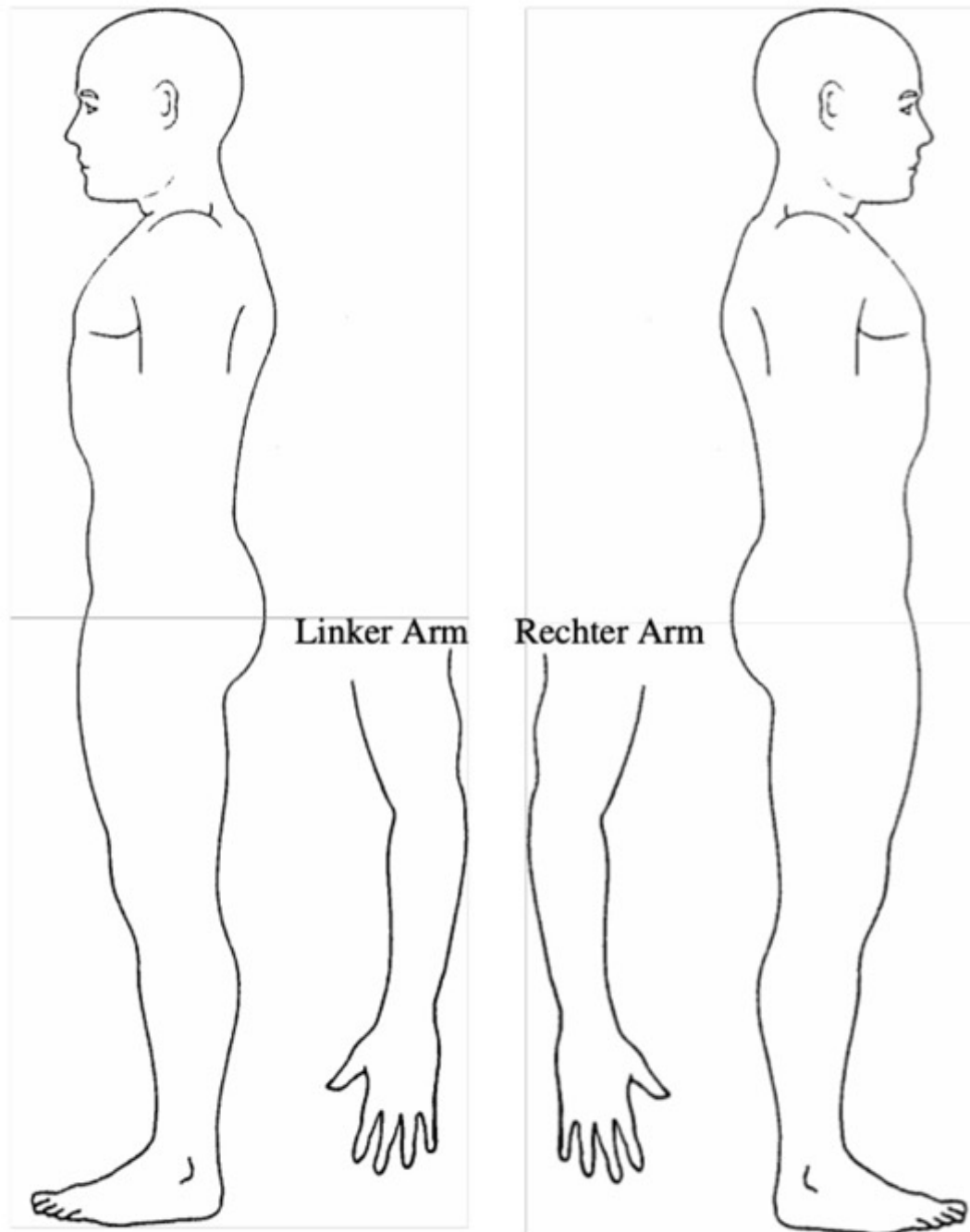


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Ganzer Körper, männlich – Seitenansicht

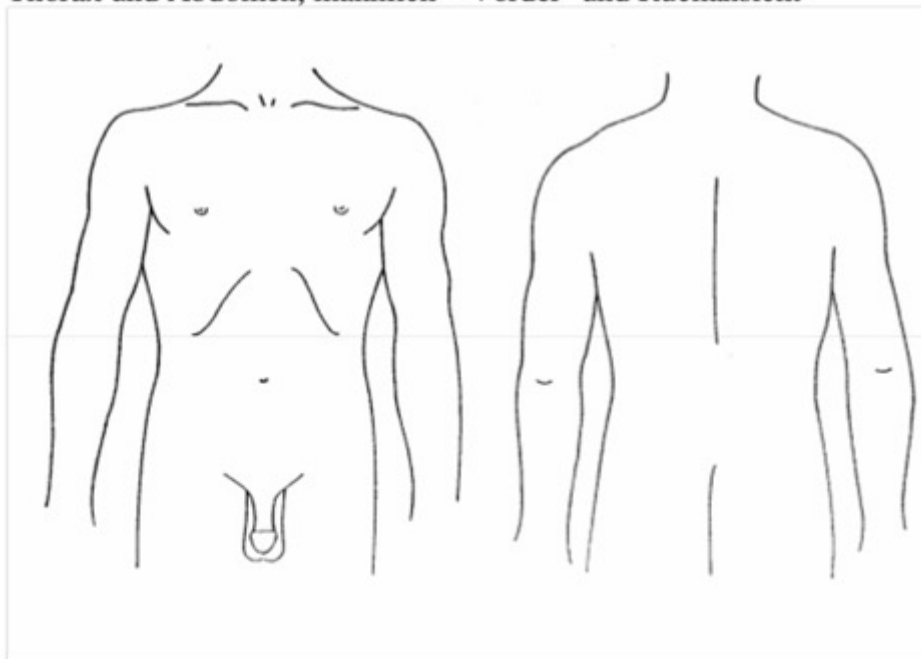


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Thorax und Abdomen, männlich – Vorder- und Rückansicht



Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Füße – Linke und rechte Fußsohlenfläche

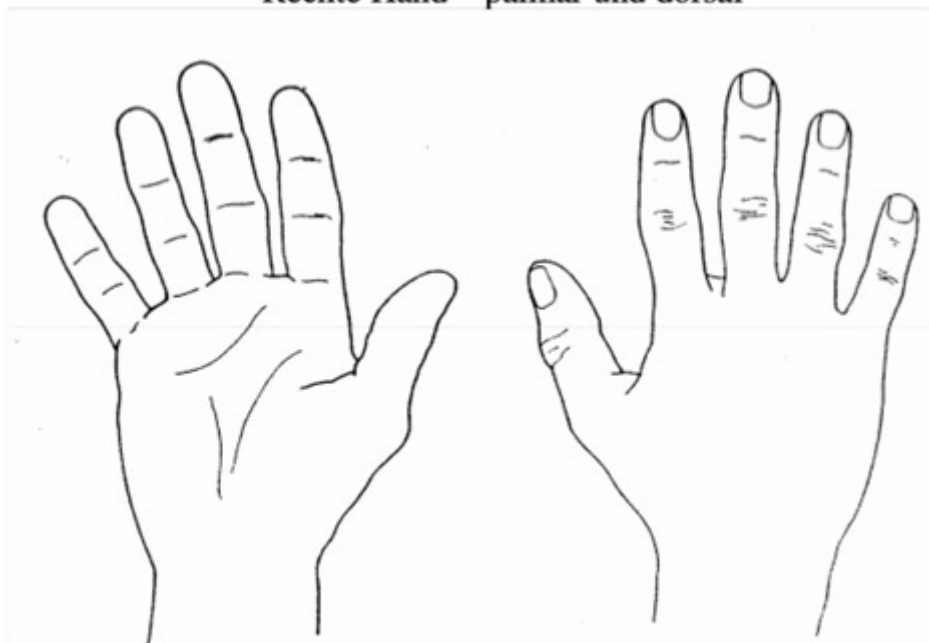


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Rechte Hand – palmar und dorsal

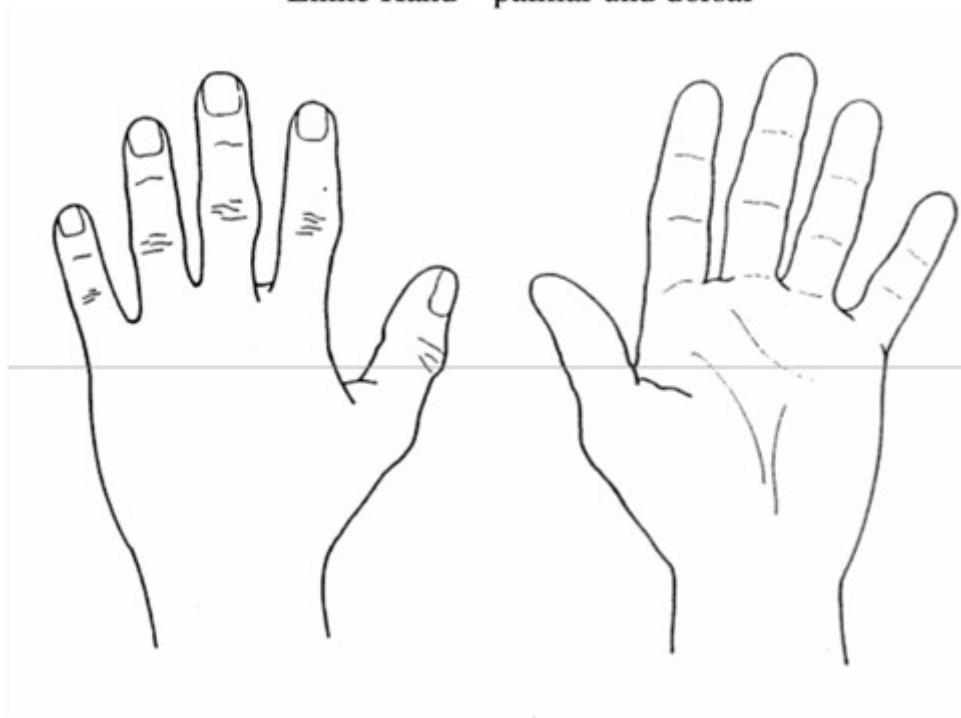


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Linke Hand – palmar und dorsal

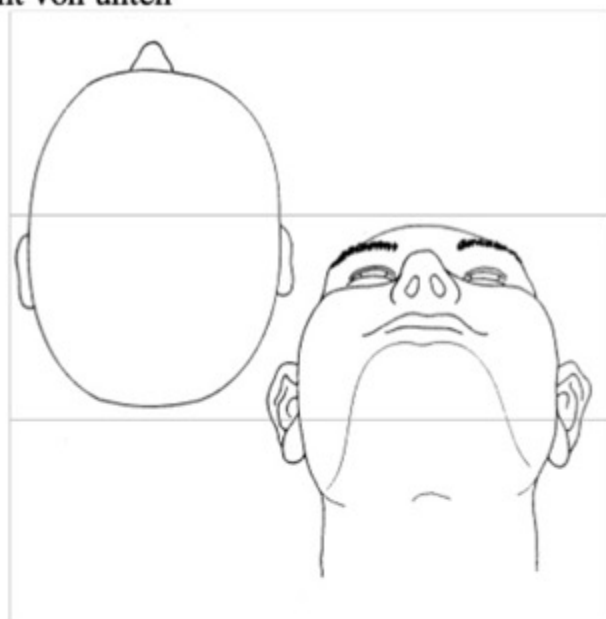


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

**Kopf – Oberfläche und Skelett-Anatomie, Ansicht von oben –
Halsansicht von unten**

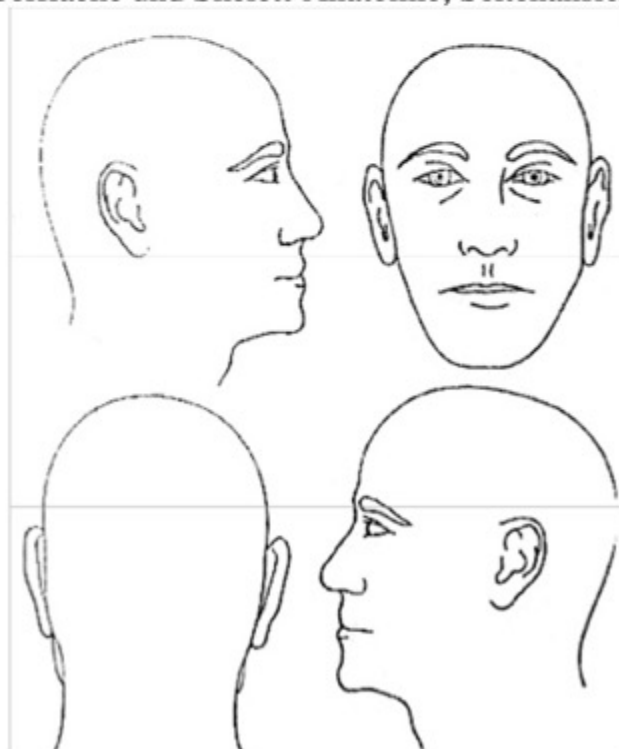


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Kopf – Oberfläche und Skelett-Anatomie, Seitenansicht

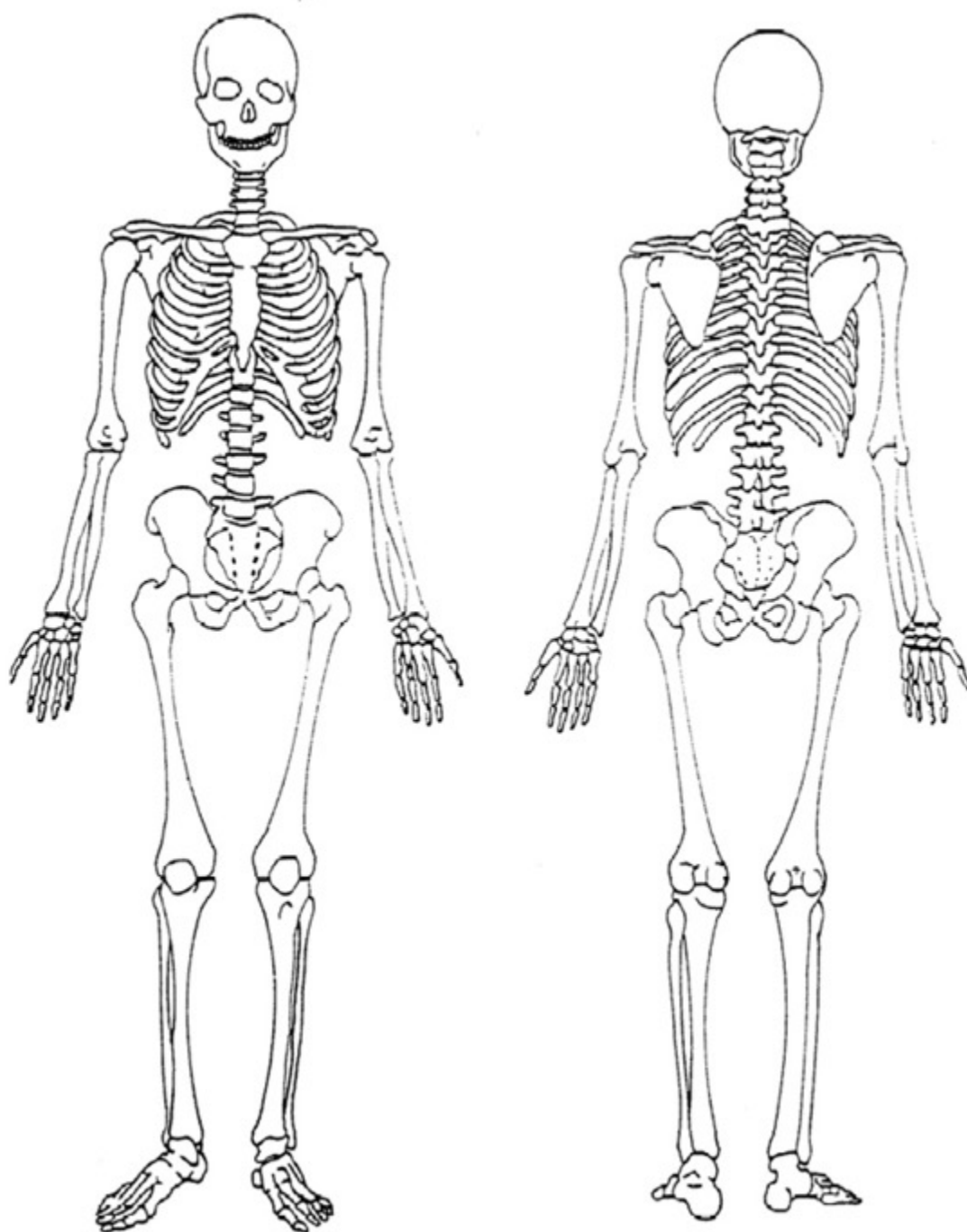


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Skelett – Vorder- und Rückansicht

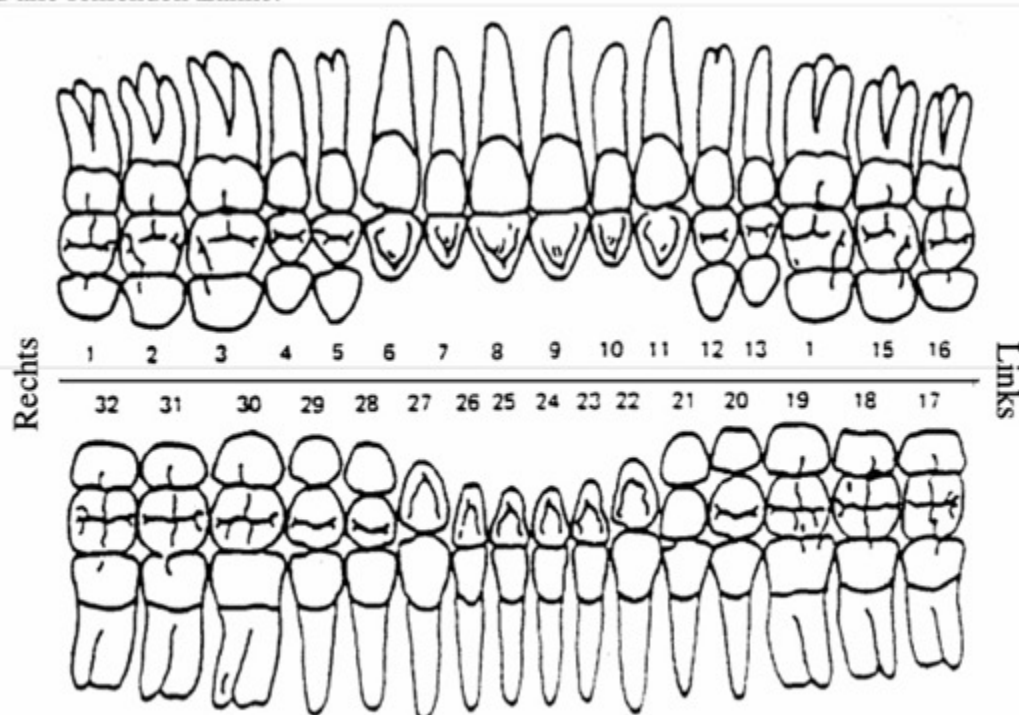


Name _____

Fall-Nr. _____

Datum _____

Markieren Sie auf dieser grafischen Darstellung alle bestehenden Zahnrestaurierungen und alle fehlenden Zähne.



Beschreiben Sie vollständig alle prothetischen Vorrichtungen oder festen Brücken.

Geschätztes

Alter _____

Geschlecht _____

Rasse _____

Kreisen Sie den zutreffenden Ausdruck ein:

Vorhandene prothetische Vorrichtungen

Oberkiefer

Unterkiefer

vollständiges Gebiss

vollständiges Gebiss

Unvollständiges Gebiss

Unvollständiges Gebiss

Feste Brücke

Feste Brücke

Verfärbungen an den Zähnen

Geringfügig

Mäßig

Stark

12. Publikationen

12.1. Originalarbeiten:

Isa M., Holzki J., Hagemeier A., Rothschild M.A., Coté C.J. (2021): Anatomical in vitro Investigations of the Pediatric Larynx: A call for Manufacturer Redesign of Tracheal Tube Cuff Location and Perhaps a call to Reconsider the use of Uncuffed Tracheal Tubes, *Anesth Analg.* 133 (894 – 902)

Isa M., Lenz A.F., Stenzel M., Pohle R., Banaschak S., Rothschild M.A., Boemers T.M., Kamphausen T. (2018): Verlaufsdokumentation einer außergewöhnlich ausgeprägten „Scalping“-Verletzung“, *Rechtsmedizin* 28 (129 – 133)

Isa M., Dettmeyer R. (2017): Akute anale Penetrationsverletzungen bei Kleinkindern. Verdacht auf sexuellen Missbrauch überprüfen, *Pädiatrie* 29 (28 - 32)

Isa M., Dettmeyer R (2016): Akute anale Penetrationsverletzungen bei Kleinkindern, *Rechtsmedizin* 26 (303 - 307)

Dettmeyer R., Isa M., Mathes H. (2015): Häusliche Gewalt erkennen, *Deutsche Hebammenzeitschrift (DHZ)*, Heft 1; (56 – 61)

12.2. Wissenschaftliche Vorträge mit veröffentlichten Abstracts

Isa M., Banaschak S., Rothschild M. A., Kamphausen T.: Retrospective analysis of forensic physical examinations of living persons above the age of 65 years 10. International Symposium Advances in Legal Medicine (ISALM) combined with the 96. Annual Conference German Society of Legal Medicine, Düsseldorf / Köln (09/2017)

Isa M., Gessner L., Rothschild M. A., Juebner M.: Formation of 1-Propanol and accumulation of Methanol in human blood under the influence of Ethanol 10. International Symposium Advances in Legal Medicine (ISALM) combined with the 96. Annual Conference German Society of Legal Medicine, Düsseldorf / Köln (09/2017)

Isa M., Lenz A.F., Rothschild M. A., Kamphausen T.: „Scalping“ im Rahmen einer Kindesmisshandlung bei einem knapp 3 Jahre alten Mädchen, *Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin*, 25. Frühjahrstagung Nord, Hamburg (05/2017)

Lenz A.F., Isa M., Stenzel M., Pohle R., Banaschak S., Kamphausen T., Rothschild M. A., Boemers T. M.: „Scalping“ eines dreijährigen Mädchens mit schwerem subgalealem Hämatom im Rahmen einer möglichen Kindesmisshandlung“, 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Frankfurt)

Isa M., Dettmeyer R.: „Retrospektive 10-Jahresanalyse rechtsmedizinisch-körperlicher Untersuchungen im Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (2005 – 2014)“ Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, 24. Frühjahrstagung Nord, Rostock (05/16)

Isa M., Dettmeyer R.: „Akute anale Verletzungen bei Kindern - vier Falldarstellungen“, Köln, Deutschland Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, 23. Frühjahrstagung Nord, Köln (05/2015)

Isa M., Mathes H., Dettmeyer R.: Retrospective analysis of physical forensic examinations in cases of survived violence at the Institute of Forensic Medicine, Justus-Liebig University of Giessen 23rd Congress of the International Academy of Legal Medicine, Dubai, Vereinigte Arabische Emirate (01/2015)

Isa M., Lasczkowski G., Mathes H., Dettmeyer R.: Retrospective analysis of physical forensic examinations in cases of survived violence at the Institute of Forensic Medicine, Justus-Liebig University of Giessen, from 2005-2011 9th International Symposium Advances in Legal Medicine (ISALM), Fukuoka, Japan (06/2014)

13. Ethikvotum

Eine ethische, medizinisch-wissenschaftliche und rechtliche Prüfung durch die Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen/Marburg war erforderlich aufgrund der Nutzung von personenbezogenen Daten. In der Sitzung vom 27.02.2014 wurde dem Antrag für die geplante Studie unter Berücksichtigung des Good Clinical Practice for Trias on Medizinball Products in the European Community (ICH-GCP) zugestimmt.

14. Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter Wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität-Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Datum: Berlin, 18.03.2022

Unterschrift:

15. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich während der Erstellung dieser Arbeit begleitet sowie unterstützt haben und ohne die eine Fertigstellung undenkbar gewesen wäre.

Ich bedanke mich insbesondere bei Herrn Prof. Dr. Dr. Dettmeyer für die Überlassung des Themas sowie für seine außerordentlich gute Betreuung, Geduld und Unterstützung bei der Bearbeitung der Dissertation.

Bedanken möchte ich mich außerdem beim Kollegium des Instituts für Rechtsmedizin, besonders bei Frau Dickey, für die Bereitstellung der Akten und Unterlagen, welche für die Erarbeitung meiner Arbeit unverzichtbar waren.

Mein Dank gilt außerdem meinem Ehemann, Lukas Oster, meinen Geschwistern und deren Lebenspartnern sowie meinen Freunden, die mich während der kompletten Promotionsarbeit unterstützten, mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen und mir somit die notwendige Ruhe und Sicherheit für die Erstellung dieser Dissertation gaben.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern Arabieh und Farhat Isa, die mir diesen Lebensweg ermöglicht sowie immer an mich geglaubt haben und denen ich diese Arbeit widme.