**Diplomarbeit**

# Unfallchirurgische Aspekte häuslicher Gewalt sowie von Gewalt im öffentlichen Raum


eingereicht von

**Alexander Vincek**


zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Unfallchirurgie** und dem **Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie**

unter der Anleitung von

**Ao.Univ.-Prof. Dr. med. univ. Herwig Peter Hofer**

und

**Univ.-Ass.$^{in}$ Mag.$^{a}$ rer. nat. Nathalie Burkert**

Graz, am 06.10.2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 06.10.2014 Alexander Vincek eh

# Vorwort

Die in dieser Arbeit verwendeten Körperabbildungen entstammen dem Handbuch "Reporting Killings as Human Rights Violations Handbook" von Kate Thompson und Camille Giffard vom Human Rights Centre der University of Essex, die im Rahmen dieser Arbeit mit deren freundlichen Erlaubnis benutzt und bearbeitet werden durften.

http://www.essex.ac.uk/reportingkillingshandbook/english/reporting_killings_handbook.pdf

# Danksagungen

Mir herzlicher Dank geht an Prof. Dr. Herwig Peter Hofer und Univ.-Ass. Mag. Nathalie Burkert, die mir die Möglichkeit gaben, diese Arbeit zu verfassen. Während des Erstellens dieser Arbeit wurde ich ihrerseits mit vielen Ideen, Hilfestellungen und Verbesserungsvorschlägen unterstützt, die mir ermöglichten diese Arbeit zu verfassen.

Mein größter Dank gilt meiner Familie. Sie haben mich von klein auf stets bestärkt Medizin zu studieren und mir auch die Möglichkeit dazu gegeben. Ohne ihre Unterstützung in jeder Lebenslage hätte ich es nicht geschafft, mein Studium zu beenden. Sie hatten stets Anteil an meinen Erfolgen und glaubten immer an mich. Ich fühle mich sehr geehrt, Teil dieser Familie zu sein, die sich mit mir gleichermaßen über meinen Abschluss freut. Danke liebe Eltern, Schwester und Oma.

Zuletzt möchte ich meiner Freundin danken. Sie war für mich eine große Stütze in den letzten Jahren, half mir durch alle Höhen und Tiefen des Studiums und schaffte es stets aufs Neue mich zu motivieren. Sie war die größte Hilfe während des Studiums und beim Erstellen dieser Arbeit, half mir immer über Motivationslöcher und Schreibblockaden hinweg und stand mir mit vielen guten Ideen zur Seite. Vielen Dank, dass du immer zu mir hältst und mich immer unterstützt.

# Zusammenfassung

Gewalt ist ein allgegenwärtiges Problem. Jährlich sterben in Europa 73.000 Personen durch zwischenmenschliche Gewalt. In Österreich sind 13% der Frauen Partnergewalt ausgesetzt und es zeigt sich auch ein Anstieg von Gewalt im öffentlichen Raum. Opfer von häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum werden täglich an unfallchirurgischen Abteilungen versorgt.

Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede im Verletzungsmuster bei Opfern häuslicher Gewalt bzw. Gewalt im öffentlichen Raum aufzuzeigen.
Im Rahmen einer dreimonatigen Studie an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz wurden Daten von 140 Gewaltopfern, die im Zeitraum von November 2011bis Jänner 2012 ambulant behandelt wurden, gesammelt. Eingeschlossen wurden alle PatientInnen die von sich aus angaben, Opfer von zwischenmenschlicher Gewalt geworden zu sein.
Im Vorhinein wurde ein Fragebogen erstellt, der gezielt auf die Art der Gewalt eingehen sollte und möglichst viele Aspekte der Gewaltanwendung mit wenigen Fragen dokumentieren sollte.
Die erhobenen Daten wurden mittels IBM SPSS Statistics 21 ausgewertet. Statistisch signifikante Unterschiede in der Gewaltursache, dem betroffenen Geschlecht, dem Alter und in der Verletzungsart wurden zwischen Gewalt im öffentlichen Raum und häuslicher Gewalt mittels Chi-Quadrat-Test berechnet.

In dem Zeitraum von November 2011 bis Jänner 2012 wurden insgesamt 3.236 PatientInnen an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz behandelt. 4,3% (n=140; 20,7% weiblich) aller PatientInnen gaben von sich aus an, Opfer von Gewalt geworden zu sein. 12,1% (n=17; 82,4% weiblich) wurden wegen Verletzungen, die durch häusliche Gewalt entstanden, behandelt, während 87,9% (n=123; 12,2% weiblich) aufgrund von Gewalt im öffentlichen Raum behandelt wurden. Während Opfer häuslicher Gewalt in 82,4% (n=14) Frauen und in 17,6% (n=3) Männer waren, waren Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum hauptsächlich Männer (87,8%). TäterInnen häuslicher Gewalt waren in 80% (n=13) der/die LebenspartnerIn und in 6,7% (n=1) ein/e Ex-PartnerIn.

72,9% aller Gewaltopfer erlitten eine Kopfverletzung, 31,4% eine Verletzung der oberen Extremität. Die anderen Körperregionen waren weniger häufig betroffen. Bei 15,7% der PatientInnen konnte eine Fraktur nachgewiesen werden. Insgesamt waren 39,3% der PatientInnen während der ambulanten Versorgung alkoholisiert. Mehr als die Hälfte aller Gewaltopfer wurde am Wochenende versorgt.

Zusammenfassend gab jede/r 23. PatientIn von sich aus an Opfer von Gewalt zu sein. Medizinisches Personal sollten entsprechend geschult werden, um Gewalt entdecken und Interventionen setzen zu können. Um das Auftreten von Gewalt zu minimieren, muss der Ansatz von Präventionsprogrammen in Richtung Primärprävention gehen.

**Schlüsselwörter: häusliche Gewalt, Gewalt im öffentlichen Raum, Verletzungsmuster**

# Abstract

Violence is a pervasive problem. In Europe 73,000 persons die every year because of interpersonal violence. In Austria 13% of women are exposed to partner violence. There is also an increase of violence in public places. Victims of domestic violence and violence in public places are inevitably attended to in trauma surgery departments.

The aim of this diploma thesis is to show differences in the pattern of injuries in victims of domestic violence or violence in public places. The data was collected during a 3-month study from November 2011 until January 2012 at the University Clinic of Traumatology at the Medical University of Graz. All patients who reported to be victims of violence were included. In advance, a questionnaire was created to cover both types of violence. The data was analyzed using IBM SPSS Statistics 21. Statistical significant differences between domestic violence and violence in public places were calculated by means of Chi-squared test concerning type of violence, gender, age, and injury patterns.
In the period of November 2011 to January 2012, 3,236 patients were treated at the University Clinic of Traumatology at the Medical University of Graz.
4,3% (140, 20.7% female) of all patients reported themselves to be victims of violence. 12.1% (n = 17; 82.4% female) were treated because of injuries caused by domestic violence, while 87.9% (n = 123; 12.2% female) were victims of violence in public places. 82.4% (n = 14) of the victims of domestic violence were women and 17.6% (n = 3) men. Victims of violence in public places were mainly men (87,8%). Perpetrators of domestic violence were in 80% (n = 13) a present life partner and in 6.7% (n = 1) an ex-partner. 72.9% of all victims of violence suffered from head injuries, and 31.4% of injuries of the upper extremity. Other regions were less affected In 15.7% of all patients a fracture was detected. Overall, 39.3% of the patients were intoxicated during the outpatient care. More than half of all victims of violence were treated on the weekend.

To summarize, one in 23 patients reported to be a victim of violence. Therefore, medical personnel should be trained to discover violence and to set the

appropriate interventions. To minimize the occurrence of violence, the approach of prevention programs must go towards primary prevention.

**Keywords: domestic violence, violence in public places, injuries**

# Inhaltsverzeichnis

## Inhalt

Vorwort ..... ii
Danksagungen ..... iii
Zusammenfassung ..... iv
Abstract ..... vi
Inhaltsverzeichnis ..... viii
Glossar und Abkürzungen ..... xi
Abbildungsverzeichnis ..... xii
Tabellenverzeichnis ..... xiii
1 Einleitung ..... 1
1.1 Einführung ..... 1
1.1.1 Definition von Gewalt ..... 1
1.1.2 Arten von Gewalt ..... 2
1.2 Häusliche Gewalt ..... 3
1.2.1 Einleitung und Definition ..... 3
1.2.2 Prävalenz ..... 4
1.2.2.1 Geschlecht: ..... 4
1.2.2.2 Lebenszeitprävalenz: ..... 4
1.2.2.3 Häusliche Gewalt in der Notaufnahme: ..... 4
1.2.2.4 Alter und TäterInnen: ..... 5
1.2.2.5 Ort der Gewaltanwendung: zu Hause vs. im öffentlichen Raum: .. 5
1.2.3 Ursachen und Risikofaktoren ..... 6
1.2.4 Verletzungen ..... 8
1.2.5 Prävention von Gewalt und Therapie ..... 10
1.3 Gewalt im öffentlichen Raum ..... 15
1.3.1 Einleitung und Definition ..... 15
1.3.2 Prävalenz ..... 15
1.3.2.1 Geschlecht: ..... 15
1.3.2.2 Konsultation in der Notaufnahme: ..... 15
1.3.2.3 Alter und TäterInnen: ..... 16
1.3.3 Risikofaktoren ..... 16

1.3.4 Verletzungen ... 17
1.3.5 Prävention von Gewalt ... 18
2 Materialien und Methoden ... 20
2.1 Literaturrecherche ... 20
2.2 Studie ... 20
2.3 Definition der Gewaltarten ... 21
2.3.1 Definition häuslicher Gewalt ... 21
2.3.2 Definition von Gewalt im öffentlichen Raum ... 21
2.4 Fragebogen ... 21
2.5 Statistische Auswertung der Daten ... 22
3 Ergebnisse ... 24
3.1 Soziodemographische Merkmale ... 24
3.1.1 Anzahl der PatientInnen in 3 Monaten ... 24
3.1.1.1 Gewaltopfer ... 24
3.1.1.2 Monatliche Verteilung der Opfer häuslicher Gewalt ... 26
3.1.1.3 Monatliche Verteilung der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum ... 26
3.1.2 Ambulante Behandlung ... 26
3.2 Gewaltart ... 27
3.3 Geschlecht der Gewaltopfer ... 27
3.3.1 Geschlechtsunterschiede häuslicher Gewalt und von Gewalt im öffentlichen Raum ... 28
3.4 TäterInnen ... 28
3.4.1 TäterInnen häuslicher Gewalt ... 29
3.5 Altersunterschiede ... 29
3.5.1 Altersverteilung bei Opfern häuslicher Gewalt ... 29
3.5.2 Altersverteilung bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum ... 29
3.5.3 Altersunterschiede bei Männern ... 30
3.5.3.1 Männliche Opfer häuslicher Gewalt ... 30
3.5.3.2 Männliche Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum ... 31
3.5.4 Altersunterschiede bei Frauen ... 32
3.5.4.1 Weibliche Opfer häuslicher Gewalt ... 32
3.5.4.2 Weibliche Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum ... 32

3.6 Tathergang: Körper als Waffe, Gegenstand oder Waffe ..... 34
3.6.1 Faustschlag, Stoß oder Tritt: Verletzungsursache bei Gewalt im öffentlichen Raum ..... 34
3.7 Verletzungen ..... 35
3.7.1 Multiple Verletzungen ..... 35
3.7.2 Lokalisation der Verletzungen ..... 35
3.7.2.1 Lokalisation der Verletzungen bei häuslicher Gewalt ..... 35
3.7.2.2 Lokalisation der Verletzungen bei Gewalt im öffentlichen Raum. 36
3.7.3 Art der Verletzung ..... 39
3.7.3.1 Frakturen ..... 39
3.7.4 Gewalt am Wochenende ..... 40
3.8 Alkoholisierung ..... 41
3.8.1 Alkoholisierung der Opfer häuslicher Gewalt ..... 41
3.8.2 Alkoholisierung der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum ..... 41
4 Diskussion ..... 42
4.1 Vergleich der erhobenen Daten mit anderen Untersuchungen ..... 43
4.1.1 Häusliche Gewalt ..... 43
4.1.1.1 Alter ..... 43
4.1.1.2 TäterInnen ..... 44
4.1.1.3 Verletzungen bei häuslicher Gewalt ..... 44
4.1.1.4 Verletzungsursache ..... 45
4.1.2 Vergleich von Gewalt im öffentlichen Raum ..... 45
4.1.2.1 Geschlecht ..... 45
4.1.2.2 Alter ..... 45
4.1.2.3 Verletzungen ..... 46
4.1.2.4 Gefahr an Wochenenden ..... 47
4.1.2.5 Dezember: größere Gefahr für Gewalt ..... 47
4.2 Limitierungen ..... 47
4.3 Ziele für weiterführende Studien ..... 49
4.4 Conclusio ..... 50
5 Literaturverzeichnis ..... 52
Anhang - Fragebogen ..... 58

# Glossar und Abkürzungen

| | |
|---|---|
| bzw. | beziehungsweise |
| z.B. | zum Beispiel |
| PVS | Partner Violence Screen |
| VLC | Vulnus lacero contusum |

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Unterteilung in unterschiedliche Gewaltarten (aus Krug, 2002)[2] ..... 2
Abbildung 2 nach E. Walker "The battered woman"[33] ..... 6
Abbildung 3 Lokalisation der Verletzungen häuslicher Gewalt ..... 9
Abbildung 4 Lokalisation der Verletzungen von Gewalt im öffentlichen Raum ..... 18
Abbildung 5 Prozentuelle Verteilung aller Gewaltopfer, die während des Untersuchungszeitraums die unfallchirurgische Ambulanz aufsuchten ..... 25
Abbildung 6 Aufteilung der Opfer beider Gewaltarten im untersuchten Zeitraum .... ..... 26
Abbildung 7 Prozentuelle Verteilung der Opfer häuslicher Gewalt und von Gewalt im öffentlichen Raum ..... 27
Abbildung 8 Prozentuelle Verteilung Männer und Frauen innerhalb der Gewaltart ..... 28
Abbildung 9 Altersgipfel der Opfer häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum ..... 30
Abbildung 10 Häufigkeit männlicher Opfer von Gewalt unterteilt in Altersgruppen... ..... 31
Abbildung 11 Häufigkeit weiblicher Opfer von Gewalt unterteilt in Altersgruppen .... ..... 33
Abbildung 12 Lokalisation der Verletzung bei Opfern von häuslicher Gewalt ..... 36
Abbildung 13 Lokalisation der Verletzungen bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum ..... 37
Abbildung 14 Lokalisation der Verletzungen abhängig von der Gewaltart ..... 38
Abbildung 15 Prozentuelle Verteilung der am häufigsten diagnostizierten Verletzungen ..... 39
Abbildung 16 Vergleich der Anzahl der Gewaltopfer zwischen den Wochentagen und dem Wochenende ..... 40

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ort der Verletzung abhängig von Waffenart, nach Scheyerer *et al.* (2013)[62] ..... 17

# 1 Einleitung

## *1.1 Einführung*

Gewalt ist ein gesellschaftliches Problem, das mit weitreichenden sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen verbunden ist (Brzank und Blättner, 2010)[1] und alle Menschen, unabhängig von deren Herkunftsland, dem sozialen Hintergrund und dem Alter betreffen kann.[2–7] Sie ist die weltweit häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 15-44 Jährigen und somit ein schwerwiegendes Public Health Problem.[2,8] In Europa sterben jährlich 257.000 Menschen durch Gewalt, 73.000 davon durch zwischenmenschliche.[9]

### 1.1.1 Definition von Gewalt

Gewalt zu definieren erweist sich als sehr schwierig, denn Wertvorstellungen und gesellschaftliche Normen unterliegen einer andauernden Wandlung und kulturellen Unterschieden.[2] Somit gibt es keine allgemeine, weltweit gültige Gewaltdefinition.[2,10]

1996 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gewalt als *"der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt."*[2]

Diese Definition umfasst nach Krug (2002) "*zwischenmenschliche Gewalt ebenso wie suizidales Verhalten und bewaffnete Auseinandersetzungen. Sie schließt die unterschiedlichsten Handlungen ein, das heißt sie reicht über das konkrete physische Handeln hinaus und bezieht auch Drohungen und Einschüchterungen in die inhaltliche Reichweite des Begriffs ein. Neben Tod und Verletzung umfasst die Definition auch die Unzahl der oftmals weniger offensichtlichen Folgen gewalttätigen Verhaltens, wie z. B. psychische Schäden, Deprivation und*

*Fehlentwicklungen, die das Wohlergehen des einzelnen Menschen, von Familien und ganzen Gemeinschaften gefährden*."[2]

### 1.1.2 Arten von Gewalt

Die WHO gliedert Gewalt in die folgenden drei Kategorien:

- gegen sich selbstgerichtete
- zwischenmenschliche
- und kollektive[2]

Jede dieser drei Kategorien kann wiederum unterteilt werden in

- physische Gewalt
- sexuelle Gewalt
- psychologische Gewalt
- und Deprivation oder Vernachlässigung (Abbildung 1)[2]

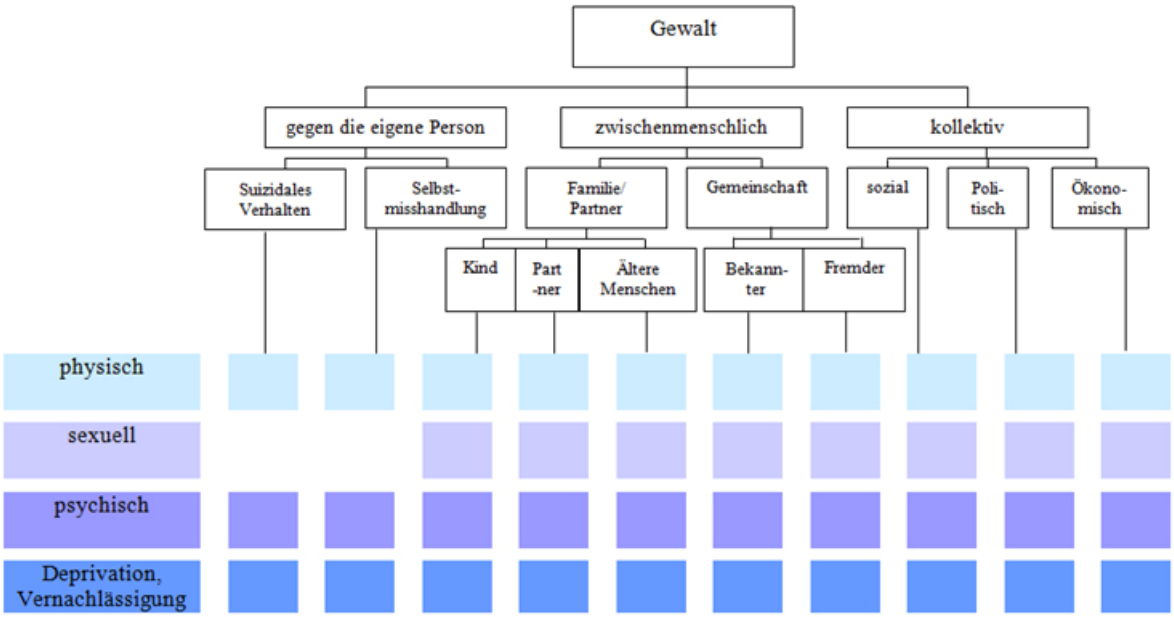


**Abbildung 1 Unterteilung in unterschiedliche Gewaltarten (aus Krug, 2002)[2]**

Selbstgerichtete Gewalt kann sich in Selbstmord oder Selbstmisshandlung zeigen, zwischenmenschliche Gewalt kann sich gegen Familie (Kind, Partner, ältere Menschen) oder eine Gemeinschaft (Bekannter, Fremder) richten und kollektive Gewalt (z.B. Krieg) unterteilt sich in soziale, politische und ökonomische Gewalt (z.B. Gewalt am Arbeitsplatz, Kinderarbeit, Arbeitsverbot, Lohnentzug) (Abbildung 1).

Schlack *et al.* (2013) unterscheiden zwischen direkter und indirekter Gewalt.[11] Direkte Gewalt bedeutet körperliche Gewalt, während man unter indirekter Gewalt verbale, psychische und sozial-rationale (soziale Beziehungen beschädigende) Gewalt versteht.[11]
Des Weiteren lässt sich Gewalt in einseitige oder gegenseitige unterteilen.[12] In einer gewalttätigen Beziehung wird Gewalt in bis zu 50% der Fälle gegenseitig angewendet.[13]
Physische Gewalt lässt sich außerdem in expressive und instrumentale Gewalt unterteilen. Bei expressiver Gewalt lässt sich ein Grund für diese ermitteln, meist ein eskalierender Konflikt, in dem beide Partner involviert sind, während bei instrumenteller Gewalt die Gewaltanwendung ein Werkzeug ist um den Partner zu bestrafen oder sein Verhalten zu steuern.[14]
Eine der wichtigsten Unterscheidungen ist jedoch jene zwischen häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum.

## *1.2 Häusliche Gewalt*

### 1.2.1 Einleitung und Definition

Häusliche Gewalt stellt ein großes Gesundheitsrisiko für Frauen und Kinder dar.[2] 25-33% aller Frauen werden zumindest einmal in ihrem Leben Opfer häuslicher Gewalt.[9,12,15,16] Auch Männer sind von dieser Form der Gewaltanwendung betroffen, wenn auch viermal seltener als Frauen.[8,17]

Laut Schwander (2003) liegt häusliche Gewalt vor, "*wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen*

*Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen.*"[18]

Häusliche Gewalt ist somit nicht auf eine Räumlichkeit beschränkt, sondern kann auch in der Öffentlichkeit auftreten, wenngleich sie wesentlich öfter hinter verschlossenen Türen passiert.[19]

### 1.2.2 Prävalenz

#### 1.2.2.1 Geschlecht:

Laut einer Studie von Gologan *et al.* (2013) sind die 70% der Opfer Frauen und 30% Männer [19], weshalb sich die meisten Studien nur auf Frauen beziehen.

#### 1.2.2.2 Lebenszeitprävalenz:

Die Lebenszeitprävalenz für häusliche Gewalt liegt zwischen 25-47%.[20,21] Boyle *et al.* (2003) beschreiben, dass 22,1% der Frauen und 22,4% der Männer im Laufe ihres Lebens von häuslicher Gewalt betroffen sind.[21] Hamberger *et al.* (1992) hingegen berichten eine Lebenszeitprävalenz für Frauen von 38,8%.[22]
In einer deutschen Studie gaben beinahe 25% aller befragten Frauen an, körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen aktuelle/n oder frühere/n PartnerIn erlebt zu haben.[16] In der 2014 EU-weit durchgeführten Studie „Violence against women: an EU-wide survey“ von der Agentur der Europäischen Union für Grundrecht (FRA) erlebten 22% der Frauen über 15, die in einer Beziehung sind oder waren, physische und/oder sexuelle Partnergewalt.[23] In Österreich sind laut dieser Studie 13% der Frauen Opfer von Partnergewalt.[23]

#### 1.2.2.3 Häusliche Gewalt in der Notaufnahme:

Diverse Studien zeigen, dass 5-35% der Frauen, die eine Notaufnahme aufsuchen, aufgrund häuslicher Gewalt vorstellig werden.[15,21,24,25] Stark *et al.*

(1981) beschreiben, dass bis zu 20% aller Krankenhausbesuche von Frauen durch Verletzungen aufgrund von häuslicher Gewalt entstehen.[26]
Die Ergebnisse einer anderen Studie zeigten, dass 28% der PatientInnen, die eine/n Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin aufsuchen, Opfer häuslicher Gewalt waren (12% der männlichen und 34% der weiblichen PatientInnen).[27]
Der Großteil der Opfer wird jedoch an unfallchirurgischen Kliniken/Abteilungen erstversorgt.[9]

In drei anderen Studien gaben auf Nachfrage zwischen 4,6 und 15,3% der Frauen an, im vorangegangenen Jahr mindestens einmal misshandelt worden zu sein.[16,24,28]

#### 1.2.2.4 Alter und TäterInnen:

Das Durchschnittsalter der Opfer liegt bei 29-34 Jahren.[7,29] Gologan *et al*. (2013) geben ein Durchschnittsalter für Frauen von 31 Jahren und für Männer von 33 Jahren an.[19] Sie beschreiben des Weiteren, dass Frauen zu 93% durch Männer verletzt werden, davon sind 54% ein aktueller oder ehemaliger Lebenspartner und 11% Verwandte. Männer, die Opfer häuslicher Gewalt werden, werden zu 85% durch andere Männer verletzt, davon sind 46% Bekannte, 29% Angehörige und 15% Lebenspartner.[19] 90% (83% Frauen) kennen ihren Angreifer sehr gut.[8]
Eine von Gologan *et al*. (2013) durchgeführte Studie belegt, dass Männer mehrheitlich die Täter und Frauen häufiger Opfer sind.[19]

#### 1.2.2.5 Ort der Gewaltanwendung: zu Hause vs. im öffentlichen Raum:

Während 44% der Männer zu Hause und 24% im öffentlichen Raum Opfer häuslicher Gewalt werden, werden 59% der Frauen zu Hause und 10% im öffentlichen Raum angegriffen.[19]

Genaue Angaben hinsichtlich der Prävalenz von häuslicher Gewalt zu machen erweist sich als sehr schwierig, da bis zu 36% der PatientInnen vor Verlegenheit und Angst vor Konsequenzen einen Übergriff durch den/die PartnerIn nicht zugeben.[30–32] Laut Hayden *et al.* (1997) leugnen selbst auf direkte Nachfrage

durch den/die behandelnde/-n Arzt/Ärztin 11% der betroffenen Frauen Opfer von häuslicher Gewalt zu sein.[30]

### 1.2.3 Ursachen und Risikofaktoren

Walker (1979) beschreibt, dass Gewalt in einer Beziehung in einem Zyklus von drei Phasen verläuft.[33] Sie beginnt mit einer Spannungsaufbauphase: Geld, Kinder, Arbeit und mangelnde Kommunikation erhöhen die Spannung zwischen den PartnerInnen. Das Opfer versucht einen Gewaltexzess zu verhindern. Gelingt dies nicht, folgt die akute Phase. Hier wird Gewalt angewendet und der/die TäterIn versucht das Opfer mit Schlägen, Drohungen oder anderen Mitteln zu unterdrücken bzw. dominieren. Nach dem Gewaltausbruch folgt die *Ruhephase*. Der/die Täter/-in schämt sich für sein/ihr Verhalten, entschuldigt sich beim Opfer, ignoriert vielleicht den Vorfall oder gibt dem Opfer die Schuld. Der/die Täter/-in gibt dem Opfer wieder Zuwendung, verspricht, dass es nie wieder vorkommt und überzeugt das Opfer, sie/ihn nicht zu verlassen (Abbildung 2).[33]

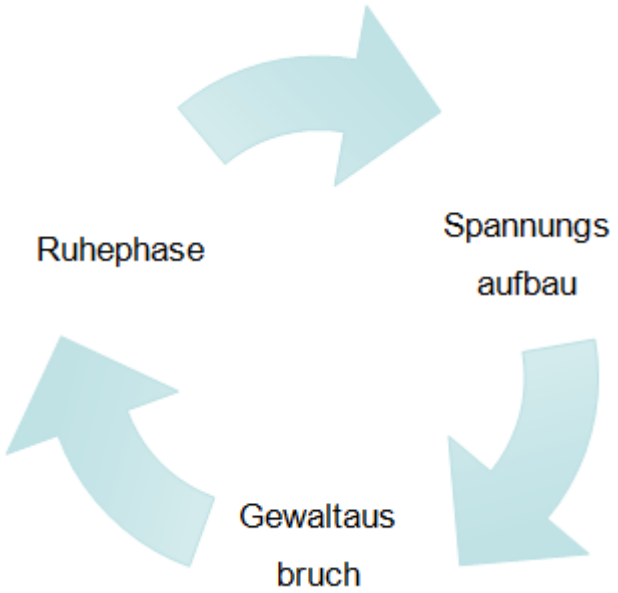


**Abbildung 2 nach E. Walker "The battered woman"[33]**

Ein schwerwiegender Risikofaktor für Gewalt ist Alkohol.[34–38]
Studien haben gezeigt, dass häusliche Gewalt mit dem Trinkverhalten zusammenhängt .[23] Lipsey *et al.* (1997) fanden in einer Studie, dass Personen

unter Alkoholeinfluss ein höheres Aggressionspotential aufweisen, als nüchterne StudienteilnehmerInnen aus der Kontrollgruppe.[36] Gleichzeitig minimiert ein Entzug das Auftreten häuslicher Gewalt.[37]
Eine placebokontrollierte Studie zeigte, dass Männer, die Alkohol konsumieren, eine höhere Aggressivität aufweisen, als Männer, die nicht trinken. Die Placebogruppe war im Vergleich weniger aggressiv.[39] Man stellte keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen als Ziel der Aggression fest .[40] Eine andere Studie konnte belegen, dass im Fall von physischer Gewalt der/die VerursacherIn einen höheren Blutalkoholspiegel hatte als bei rein verbaler Gewalt.[35] Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Alkohol die Hemmschwelle reduziert und daher vielfach von TäterInnen als Ausrede für die Ursache von Gewalt verwendet wird.[41] TäterInnen wie auch Opfer gaben in einer Studie von Testa *et al*. (2003) an, dass vor der Gewaltausübung durchschnittlich sechs alkoholische Getränke konsumiert wurden. Die Gewaltausübung erfolgte innerhalb von vier Stunden nach dem Alkoholkonsum und war schlimmer als in nüchternen Episoden.[42] In 48% der Fälle hatte der/die Täter/-in ein Alkohol- oder Drogenproblem.[7]

Im Westen Europas gibt es eine niedrigere Prävalenz häuslicher Gewalt.[9]
Die Ergebnisse verschiedener Studien hinsichtlich des Zusammenhangs von Gewalt mit einer niedrigen Bildung und einem niedrigeren Einkommen sind jedoch uneindeutig.[3,16,19,23,38,43,44]
Als Grund für einen eskalierenden Konflikt in Zusammenhang mit niedriger Bildung wird in einer Untersuchung die mangelnde verbale Fähigkeit des Aggressors genannt.[38] Generell scheint eine schlechte Kommunikationsfähigkeit häusliche Gewalt zu begünstigen.[45]

Auch Eigenschaften und Erfahrungen der Opfer stellen einen Risikofaktor für Gewalt dar. Vor allem Frauen, die sich unlängst von ihrem Partner getrennt haben, haben ein größeres Risiko, von ihrem Ex-Partner verletzt zu werden. Dieses erhöht sich, wenn sie noch mit dem Ex-Partner zusammen wohnen.[38] 67% der Opfer leben mit dem/der Angreifer/-in unter einem Dach.[7]

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass während einer Schwangerschaft das Risiko, vom Partner angegriffen zu werden, erhöht ist.[23,29,46,47] 6,5% der Schwangeren werden in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten angegriffen.[48] 10-30% der Opfer sind während sie Gewalt erfahren schwanger und 5% erleiden deswegen eine Fehlgeburt.[7,48,49] Ein Hinweis auf häusliche Gewalt während einer Schwangerschaft ist, wenn betroffene Frauen erst sehr spät zur Mutter-Kind-Untersuchung kommen.[47]

### 1.2.4 Verletzungen

In Europa sterben jährlich 19.000 Frauen durch Gewalt. In 40 bis 70% der Fälle wird diese durch ihren/ihre Beziehungspartner/-in ausgeübt.[9]
64% der weiblichen Opfer häuslicher Gewalt werden körperlich verletzt und bis zu 80% klagen über psychische Beschwerden.[9] 32,3% haben sowohl körperliche als auch psychische Verletzungen, in 2,7% der Fälle liegen ausschließlich körperliche Verletzungen vor und in 21,6% ausschließlich psychische.[9]

Die Beschwerden häuslicher Gewalt können sich in (psycho-)somatischen Beschwerden äußern: in Müdigkeit, Muskel- und Rückenschmerzen, Herzbeschwerden, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, dem Reizdarmsyndrom und chronischen Schmerzen.[9,12,15] Berrios *et al*. (1991) stellten fest, dass 16% der befragten Frauen wegen häuslicher Gewalt einen Selbstmordversuch verübt hatten.[7]
Körperliche Verletzungen als Folge von Gewalt können Schnittwunden, Hämatome, blaue Augen, Knochenverletzungen, Milz- und Lebertraumen sein und bis zu einer Fehlgeburt im Falle einer Schwangerschaft führen.[48]

Oft sind sichtbare Verletzungen Abwehrverletzungen. Dazu zählen Frakturen, Dislokationen sowie Prellungen des Handgelenks oder Unterarms.[15] Da Opfer aus Scham die Verletzungen oft zu verstecken versuchen, werden die Opfer häufig als solche nicht erkannt.[15,29]
Die häufigsten Verletzungsorte stellen die Kopf- und Halsregion mit bis zu 88% aller Verletzungen dar.[8,19] In 68% der Fälle ist das Gesicht betroffen, in 48% der

Schädel.[7] 15-45% der Opfer weisen Verletzungen am Thorax, der Brust, den Rippen oder am oberen Rücken auf, 19% am Unterkörper.[7,8,19]
Die oberen Extremitäten sind in 35 bis 45% der Fälle verletzt und die unteren in 17% (Abbildung 3).[7,8,19]

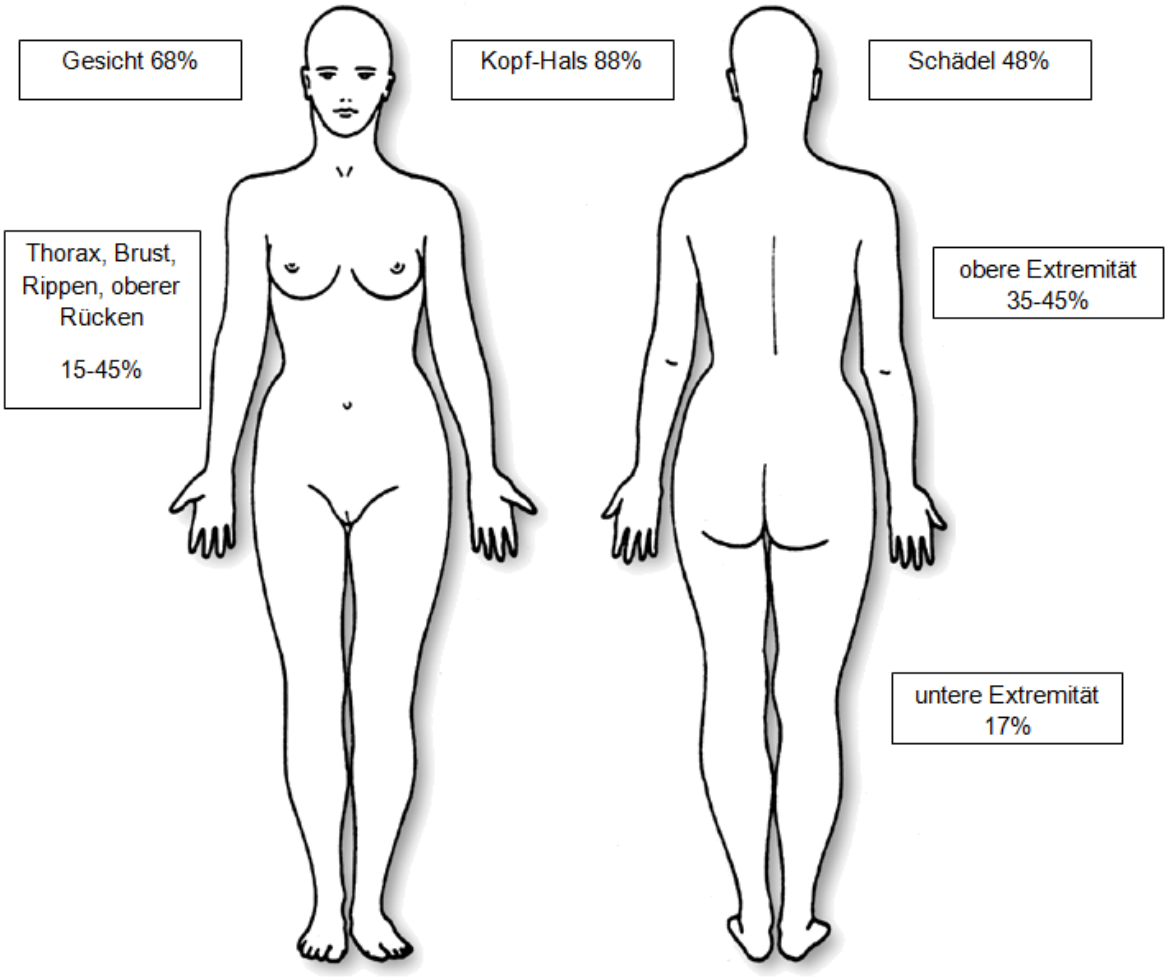


**Abbildung 3 Lokalisation der Verletzungen häuslicher Gewalt**

Gologan *et al*. (2013) berichten, dass 94% der Verletzungen aufgrund von stumpfer Gewaltanwendung entstehen.[19] Sie werden hauptsächlich durch Faustschläge (65%), Umstoßen (32%) und Tritte (16%) bedingt.[19] Zwischen 17 und 27% der Opfer (wobei hier vermehrt Männer betroffen sind) werden mit einem Gegenstand angegriffen (z.B.: mit einem Rohr, mit Flaschen, einem Besen aber auch mit Schusswaffen).[19,38]

Weichteilverletzungen befinden sich hauptsächlich am Kopf, im Gesicht, an den Armen, Händen und Beinen. Frakturen dagegen findet man hauptsächlich im Gesicht, an den Armen und Händen.[38]
Spedding *et al*. (1999) stellten in einer Fallkontrollstudie fest, dass im Falle häuslicher Gewalt meist mehr als drei verschiedene Verletzungen zu finden sind.[29] Bei Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt waren, wurden in dieser Studie öfters Verletzungen an Kopf und Armen, vermehrt Frakturen, und öfters Bauchverletzungen (vor allem Schwangere) festgestellt, als bei Frauen aus der Kontrollgruppe (Frauen, die durch Fremde attackiert wurden). Des Weiteren hatten die Opfer oft das Bewusstsein während der Gewaltanwendung verloren.[29]

Laut Berrios *et al.* (1991) benötigen 41% der Opfer zur Diagnostik der Verletzungsmuster ein bildgebendes Verfahren. 25% der Opfer müssen im Zuge der Wundversorgung genäht werden oder brauchen einen Gips. 25% der Opfer erleiden muskuloskeletale Verletzungen (z.B.: Frakturen, Sehnenverletzungen oder Gelenksdislokationen), 70% haben Hämatome, 39% Platzwunden, 23% Würgemale und 11% verlieren das Bewusstsein. 5% aller Opfer tragen bleibende Schäden davon.[7]

In der von Gologan *et al*. (2013) durchgeführten Studie wurden 86% der Opfer ambulant behandelt und 14% mussten stationär aufgenommen werden.[19]

### 1.2.5 Prävention von Gewalt und Therapie

Um eine optimale Therapie und Prävention zu ermöglichen muss häusliche Gewalt durch das behandelnde Personal erkannt werden.[50]
Als gut geeignetes diagnostisches Instrument hat sich der „Partner Violence Screen (PVS)“ erwiesen.[51] Dieses Screeninginstrument besteht aus nur drei Fragen und ermöglicht dadurch eine möglichst zeiteffektive Identifikationsmöglichkeit der Opfer. Die PatientInnen sollten alleine und direkt befragt werden.

Nyberg *et al.* übersetzten und erweiterten den PVS und konnten so unter dem Namen *Screening Partnergewalt* die Zuverlässigkeit noch erhöhen.[52]
Die deutsche Version *Screening Partnergewalt* besteht aus 5 Fragen. Dieser erweiterte Fragebogen schließt nun neben körperlicher (Frage 1) und psychischer Gewalt (Frage 2 und 3) auch sexuelle Gewalt mit ein. Des Weiteren unterscheidet das Instrument zwischen Gewalterfahrungen innerhalb der letzten 12 Monate oder ab dem 18. Lebensjahr.[52]

Die modifizierten Fragen für Gewalt in den letzten 12 Monaten lauten:

1. Wurden Sie während der letzten 12 Monate von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt? Wenn ja von wem? Partner/Ex-Partner/Freund/Andere
2. Verspüren Sie in ihrer jetzigen Beziehung/Ehe Angst oder fühlen Sie sich bedroht?
3. Fürchten Sie im Moment einen ehemaligen Partner?
4. Hat Ihr jetziger oder ein früherer Partner Sie in den letzten 12 Monaten je zu Geschlechtsverkehr gezwungen?
5. Hängt ihre jetzige Vorstellung bei uns mit Gewalt in Ihrer Partnerschaft zusammen?[52]

Neben der optimalen Versorgung der Verletzungen, spielt die Prävention weiterer Übergriffe die größte Rolle in der Therapie. Generell unterscheidet man drei verschiedene Arten der Prävention: die primäre, sekundäre und tertiäre.
Die primäre Prävention zielt darauf ab, Gewalt zu verhindern bevor sie entsteht. Im Rahmen der Sekundärprävention soll häusliche Gewalt möglichst früh erkannt werden. Sie umfasst die unmittelbare Reaktion, wenn jemand bereits Opfer häuslicher Gewalt wurde. Unter tertiärer Prävention versteht man die Langzeitbehandlung. Sie hilft bei der Bewältigung eines entstandenen Traumas und bei der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und soziale Umfeld. Eines ihrer Ziele ist die Behandlung und Minimierung von Langzeitfolgen.[2]

Das Hauptaugenmerk liegt heute nach wie vor auf der Sekundär- und der Tertiärprävention, dabei sollten vermehrt Maßnahmen zur Primärprävention umgesetzt werden, um Gewalt gar nicht erst entstehen zu lassen.[2]

1999 wurde im deutschsprachigem Raum das Interventionsprogramm "S.I.G.N.A.L- gegen Gewalt an Frauen" eingeführt, und ein Leitfaden entwickelt wie man gewaltbetroffenen Personen helfen kann.[53]

Die Buchstaben des Programms S.I.G.N.A.L. stehen für folgendes:

- **S**prechen – Der/die Patient/-in soll direkt, aber sensibel auf Gewalt angesprochen werden. Der/die Patient/-in soll merken, dass er/sie sich dem/der Arzt/Ärztin gegenüber öffnen kann.
- **I**nterview – Einfache, aber konkrete Fragen sollen gestellt werden (siehe PVS). Das Interview sollte ohne Angehörige stattfinden. Bei Sprachbarrieren sollte ein/e außenstehende/r DolmetscherIn gerufen werden. Es sollte kein/e Familienangehörige/r übersetzen. Ein Vertrauen sollte aufgebaut werden, man soll den/die PatientInnen auf die ärztliche Schweigepflicht hinweisen und man soll den PatientInnen mitteilen, dass häusliche Gewalt gesetzeswidrig ist.
- **G**ründliche Untersuchung - Der/die PatientIn soll auf alte und neue Verletzungen untersucht werden, verschiedene Heilungsstufen sollen erfasst werden. Für die Ganzkörperuntersuchung muss das Einverständnis erfolgen. Warnhinweise für Gewalt können spätes Erscheinen bei dem/der Arzt/Ärztin trotz Verletzungen, Panikattacken, Diskrepanz zwischen Verletzung und deren Entstehungsgeschichte und ein schlechter Allgemeinzustand sein. Außerdem sollte der/die PatientIn auf Suizidalität, sowie einen möglichen Suchtmittelmissbrauch befragt werden.
- **N**otieren - die erhobenen Befunde müssen rechtssicher dokumentiert werden um Beweise gegen TäterInnen im Falle einer Verhandlung vorlegen zu können (siehe unten).

- **A**bklären - PatientInnenschutz hat die höchste Priorität. Die Gefahr weiterer Übergriffe steigt bei einer möglichen Trennung oder wenn der/die TäterIn erfährt, dass das Opfer sich jemandem anvertraut hat. Für Schutz ist auch nach einer Trennung zu sorgen. Informationen über Schutzmöglichkeiten (z.B.: Frauenhäuser) sollen angeboten werden.
- **L**eitfaden - Informationsmaterial mit Telefonnummern von Hilfseinrichtungen, aber auch Notrufnummern sollen angeboten werden.[53]

Um Opfer optimal zu schützen ist eine rechtssichere Dokumentation, die vor Gericht verwendet werden kann, wichtig. ÄrztInnen und das Krankenhauspersonal sind jedoch häufig hinsichtlich der Dokumentation von Gewaltverletzungen nicht entsprechend ausgebildet. Die Dokumentation sollte aussagekräftig und nachvollziehbar erfolgen.[54] Mängel in der Dokumentation können den Ausgang vor Gericht verschlechtern.[55]
Verletzungen sollten fotografisch festgehalten, auf einem Körperschema eingezeichnet und detailliert beschrieben werden (Größe, Form, Lage und Farbe der Verletzungen), wobei es wichtig ist, dass man den Maßstab der Verletzungen erkennt.
Des Weiteren sollte auch die Schilderung des/der Patienten/-in hinsichtlich der Gewalteinwirkung aus seiner/ihrer Sicht dokumentiert werden (z.B.: der/die Patient/-in gibt an, getreten worden zu sein). Auch zur TäterInnenbeschreibung sollen die direkten Zitate des/der Patienten/-in übernommen werden. Ebenfalls soll die emotionale Stimmung des/der Patienten/-in beschrieben werden (z.B. aufgeregte Äußerungen, Ausrufe, Weinen, Zittern oder Wut), da diese auf einen kürzlich vorangegangen Übergriff hinweisen kann.[55,54]

Für den/die Täter/-in bieten sich einige Interventionsprogramme an, die er/sie nutzen kann. Da Opfer den/die TäterInnen häufig nicht verlassen, wenn diese sich in Therapie begeben, ist es umso wichtiger, dass diese Interventionsprogramme weitere Gewalt verhindern. TäterInnen-Interventionsprogramme haben einen kleinen, aber signifikant positiven Effekt, der das Auftreten häuslicher Gewalt vermindert. Jedoch besteht der Verdacht, dass solche Programme den/die Täter/-

in davon abbringen körperliche Gewalt zu benutzen und er/sie stattdessen andere Formen anwendet (Freiheitsentzug, Einschüchterungen) um das Opfer unter Kontrolle zu haben.[56]

## *1.3 Gewalt im öffentlichen Raum*

### 1.3.1 Einleitung und Definition

2012 gab es in Österreich 5.924 rechtskräftige Verurteilungen wegen Körperverletzung (häusliche Gewalt eingeschlossen).[57] Die Dunkelziffer für Gewalt im öffentlichen Raum dürfte aber wesentlich höher liegen, da deren Opfer oft keine Anzeige erstatten.[58,59] Diverse AutorInnen beschreiben die Schwierigkeit, zwischen Opfer und TäterInnen zu unterscheiden, da letztere sich häufig selbst als Opfer sehen.[58,60]

Bisher gibt es keine allgemeingültige Definition zu Gewalt im öffentlichen Raum. Viele Studien, die nicht explizit Studien zum Thema häusliche Gewalt sind, unterscheiden deshalb nicht ausdrücklich zwischen Gewalt im öffentlichen Raum und häuslicher Gewalt, sondern schließen beide Gewaltarten in ihre Ergebnisse ein.[10,61,62]

### 1.3.2 Prävalenz

#### 1.3.2.1 Geschlecht:

Diverse Studien fanden heraus, dass 84-92% der durch Gewalt im öffentlichen Raum verletzten Personen Männer sind.[58,60,62,63] Scheyerer *et al.* (2013) beschreiben in einer von ihnen durchgeführten retrospektiven Studie eine Zunahme der von Gewalt im öffentlichen Raum verletzten Frauen von 7,1% auf 11% in einem Zeitraum von 7 Jahren.[62]

#### 1.3.2.2 Konsultation in der Notaufnahme:

Der Anteil an Konsultationen in einer Notaufnahme der durch Gewalt im öffentlichen Raum verletzten Personen liegt zwischen weniger als 1% und 1,3%.[10,60]
In der von Scheyerer *et al.* (2013) durchgeführten Studie kamen 40,1% der PatientInnen von selbst in die Notaufnahme, 39,8% mussten von der Rettung

gebracht werden, wobei jede/-r fünfte in Begleitung eines/-r Notarzt/-ärztin kam. 1% musste mit dem Hubschrauber eingeliefert werden.[62]
Der Großteil der PatientInnen wird ambulant versorgt, 11,9%-35% müssen stationär aufgenommen werden, jedoch ist ein Trend zu häufigerer stationärer Aufnahme sichtbar. 78% verlassen das Krankenhaus innerhalb von 24 Stunden wieder, 2% müssen auf einer Intensivstation versorgt werden.[58,60,62]

#### 1.3.2.3 Alter und TäterInnen:

Das Durchschnittsalter der Opfer liegt bei 25-29 Jahren.[58,60,62,63] Clement *et al.* (2012) beschreiben das mittlere Alter weiblicher Opfer bei 29 Jahren, während verletzte Männer tendenziell jünger sind (26 Jahre).[58]
In einer von Steen *et al.* (2004) durchgeführten Studie waren die meisten Opfer junge Männer, die in öffentlichen Plätzen von ihnen unbekannten TäterInnen angegriffen wurden. Meist standen die Opfer unter Alkoholeinfluss und hatten das Gefühl, dass die Attacke nicht provoziert wurde.[10,63] Außerdem fanden Steen *et al.* (2004), dass 93% der TäterInnen männlich waren, 5% weiblich und in 1% der Fälle Männer und Frauen involviert waren.[10]
Boström *et al.* (1997) beschreiben, dass ein Drittel der Opfer auf der Straße angegriffen wird und 24% in Bars, Restaurants oder Diskotheken.[63]

### 1.3.3 Risikofaktoren

Diverse AutorInnen beschreiben eine Zunahme von Gewalt an Wochenenden und frühmorgens.[58,60,62,63] Exadaktylos *et al.* (2007) fanden, dass die größte Gefahr, im öffentlichen Raum angegriffen zu werden, zwischen Freitag 22 Uhr und Sonntag 6 Uhr, sowie frühmorgens zwischen 0 Uhr und 4 Uhr besteht.[60] In der von Scheyerer *et al.* (2013) durchgeführten Studie wurden zwischen Montag und Freitag 31% der PatientInnen abends und 39% nachts im Krankenhaus vorstellig, während hingegen am Wochenende 61% nachts ins Krankenhaus kamen.[62] 45% aller Gewalttaten (häusliche Gewalt ausgeschlossen) ereigneten sich Samstag Nacht.[61]
Wright *et al.* (1997) beschreiben, dass 69% der Opfer in den sechs Stunden vor dem Angriff Alkohol konsumiert haben.[64] 9% der Opfer geben zu illegale Drogen zu sich genommen zu haben.[64]

### 1.3.4 Verletzungen

Der überwiegende Teil der Verletzungen (82%-96%) entsteht durch stumpfe Gewalt.[60,62,63] In 4%-14% entstehen die Verletzungen durch Waffen jeglicher Art.[60,62]

57% der Opfer weisen eine Verletzung auf, 31% sogar eine Doppelverletzung.[64]

Kopf und Gesicht stellen die häufigsten Verletzungsorte dar. 61-94,5% der Opfer müssen am Schädel versorgt werden.[58,60,62,63] Exadaktylos *et al.* (2007) konnten eine Zunahme an schweren und komplizierten Verletzungen im Bereich des Gesichtes feststellen.[60] In der von ihnen durchgeführten Studie stieg zwischen 2001 und 2006 die Zahl der craniofacialen Frakturen von 11% auf 17%.[60]

8-26% erlitten eine Commotio cerebri, 18% Prellungen am Schädel und bei bis zu 3% wurde eine Hirnblutung diagnostiziert.[60,62]

8% der PatientInnen wiesen eine Verletzung im Halsbereich auf.[63]

Die Extremitäten sind bei Auseinandersetzungen in bis zu 28% betroffen, Scheyerer *et al.* (2013) konnten eine Extremitätenverletzung bei Einsatz von Stichwaffen in bis zu 33,5% nachweisen, bei Schusswaffengebrauch sogar bis zu 75% (Tabelle 1).[60,62]

Stichverletzungen finden sich häufiger an der oberen Extremität, während Schussverletzungen in bis zu 75% an den unteren Extremitäten zu finden sind.[62]

Des Weiteren betreffen 8- 12% der Verletzungen den Thorax und 3-6% das Abdomen (Abbildung 4).[60,63]

| | Stichverletzung | Schussverletzung |
|---|---|---|
| **Kopf/Hals** | 26% | 17% |
| **Thorax** | 21,5% | 15% |
| **Abdomen/Becken** | 19% | 23% |
| **Extremitäten** | 33,5%<br>Schwerpunkt obere Extremität | 75%<br>Davon 72% untere Extremität |

**Tabelle 1 Ort der Verletzung abhängig von Waffenart, nach Scheyerer *et al.* (2013)[62]**

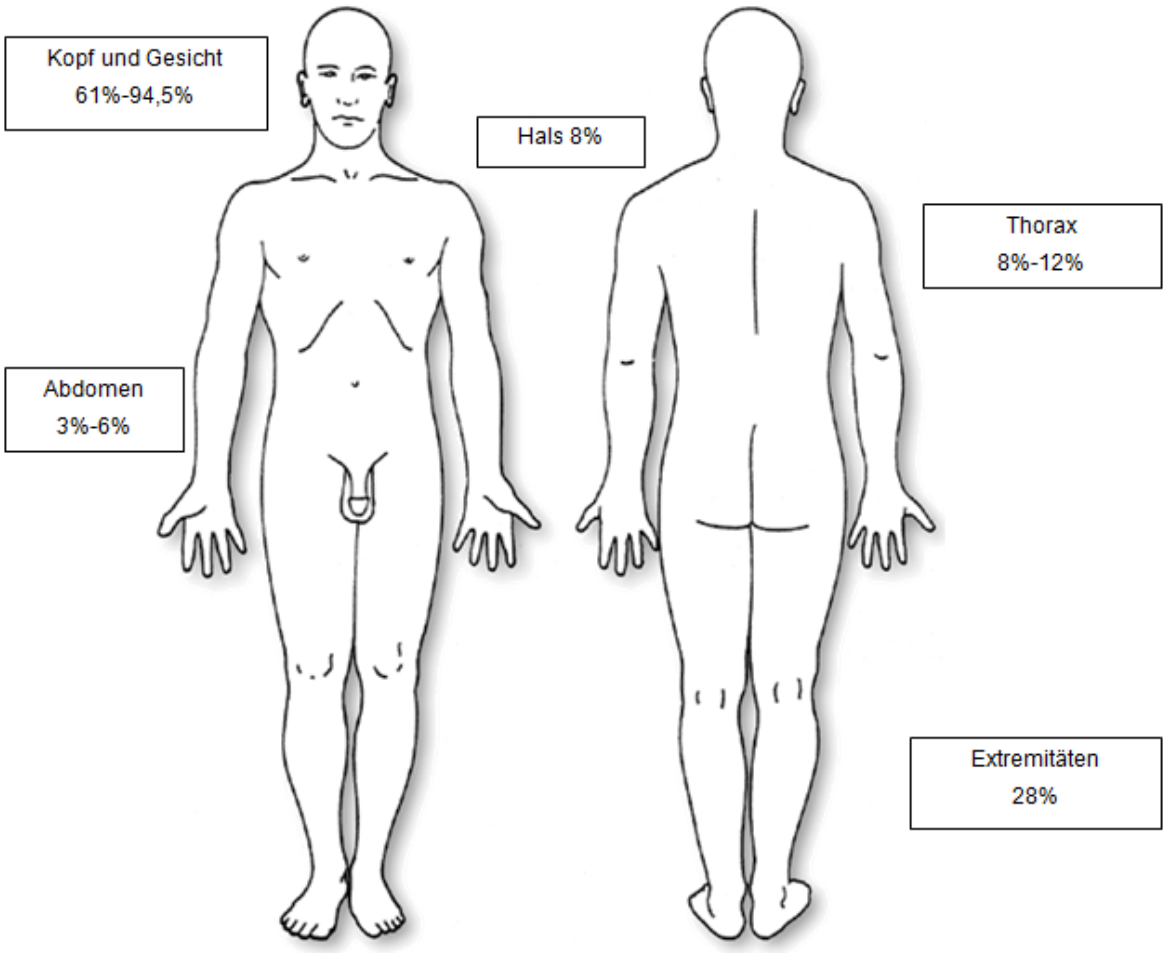


**Abbildung 4 Lokalisation der Verletzungen von Gewalt im öffentlichen Raum**

### 1.3.5 Prävention von Gewalt

Da Gewalt ein erlerntes, von anderen Personen kopiertes, Verhalten darstellt, ist es wichtig frühzeitig zu intervenieren.[65] Präventionsprogramme für Kinder zeigen einen größeren Erfolg als Prävention im Erwachsenenalter.[65,66] Frühe Interventionen können das Verhalten der Kinder, die Einstellung und das Wissen zum Thema Gewalt positiv beeinflussen. [65,66] Eine schlechte Beziehung zu den Eltern, fehlende Bezugspersonen und Überwachung der Kinder hingegen zählen als Risikofaktoren für Gewalt, die von Jugendlichen ausgeübt wird.[66] Eine bessere Einbeziehung der Eltern in das Leben der Kinder ist ein wichtiger Baustein der Primärprävention.[66]

Weitere Schritte zur Gewaltprävention sind den Zugang zu Alkohol zu erschweren, über kulturelle Traditionen und soziale Normen aufzuklären, sowie Einkommensunterschiede auszugleichen.[66]

# 2 Materialien und Methoden

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede im Verletzungsmuster bei Opfern häuslicher Gewalt bzw. Gewalt im öffentlichen Raum aufzuzeigen.

## *2.1 Literaturrecherche*

Es erfolgte eine Literaturrecherche der virtuellen Datenbank PubMed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) sowie der Suchmaschinen Google Scholar (http://scholar.google.de/) und Google (http://www.google.com). Suchbegriffe beinhalteten "häusliche Gewalt", "Gewalt im öffentlichen Raum", "Verletzungen", "Risikofaktoren", "Prävention" und deren englische Pendants (domestic violence, violence in public places, injuries, prevention, risk factors, brawl, youth violence). In weiterer Folge wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen Arbeiten durchsucht und passende Literatur ausgewählt und in die Arbeit miteinbezogen.

## *2.2 Studie*

Die Daten, welche den hier beschriebenen Ergebnissen zugrunde liegen, wurden im Rahmen einer Studie an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz gesammelt. Hierzu wurden von November 2011 bis Ende Januar 2012 Daten mittels eines Fragebogens (siehe Punkt 2.4), sowie die Anamnese, Verletzungen und Therapie von jenen PatientInnen erhoben, die Hilfe in der Notfallaufnahme der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz in Anspruch nahmen und von sich aus angegeben hatten, Opfer von Gewalt geworden zu sein.
Für diese Studie liegt eine Ethikkommissionsgenehmigung vor (MUG-EK-Nummer: 23-39 ex 10/11). Burkert *et al.* (2013) veröffentlichten Auswertungen der Studie bereits in der Wiener Klinischen Wochenschrift (2013; 125:134-138) unter dem Titel "Female and male victims of violence in an urban emergency room - prevalence, sociodemographic characteristics, alcohol intake, and injury patterns".[8]

Von den PatientInnen wurde unter Beisein eines weiteren Arztes/ einer weiteren Ärztin für die Studienteilnahme ein mündliches Einverständnis eingeholt, welches auch schriftlich dokumentiert wurde.

## *2.3 Definition der Gewaltarten*

Um PatientInnen den unterschiedlichen Gewaltarten zuzuweisen, werden folgende Definitionen für die Auswertung der Daten verwendet:

### 2.3.1 Definition häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt liegt vor, wenn eine Person durch ein Familienmitglied, den/die LebenspartnerIn, den/die Ex-PartnerIn oder eine sehr nahestehende Person verletzt wird. Opfer und TäterInnen stehen oder standen in einer engen, emotionalen Beziehung zueinander.

### 2.3.2 Definition von Gewalt im öffentlichen Raum

Gewalt im öffentlichen Raum liegt vor, wenn eine Person von einer ihr unbekannten oder entfernt bekannten Person (z.B. FreundInnen) verletzt wird. Opfer und TäterInnen haben keine nähere Beziehung zueinander.
Beide Gewaltarten sind somit nicht an eine Lokalität gebunden.

## *2.4 Fragebogen*

Zur Erhebung der Daten wurde ein Fragebogen (siehe Anhang) erstellt. Dieser wurde von den behandelnden ÄrztInnen ausgefüllt und beinhaltet neben der Dokumentation der Aufklärung über das Projekt "Gewalt im häuslichen Umfeld", Fragen zur Alkoholisierung des/der PatientIn und Grund für diesen Verdacht. Gründe hierfür konnten foetor ex ore, Gangunsicherheit, verwaschene Sprache, der gemessene Blutalkoholspiegel oder andere Gründe sein. Es wurde der Verdacht der Gewalteinwirkung durch eine bekannte (näher bestimmt als FreundIn, Familie, Ehe-/LebenspartnerIn oder andere) oder unbekannte Person dokumentiert, wobei bei einer unbekannten Person der Tathergang festgehalten wurde (z.B.: Raufhandel). Des Weiteren wurde festgehalten worauf sich der Verdacht der Gewalteinwirkung begründet. Potentielle Möglichkeiten hierfür

waren, dass PatientInnen von sich aus angaben, Opfer von (häuslicher) Gewalt geworden zu sein, dass das Verletzungsmuster nicht mit der Anamnese übereinstimmte, dass verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien bestanden, dass eine Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und der Behandlung bestanden hatte, oder andere Gründe. Der Wunsch des Partners/der Partnerin bei der Wundversorgung anwesend zu sein wurde ebenso abgefragt.
Es wurden nur Opfer in die Studie eingeschlossen, die offen zugaben, Opfer von zwischenmenschlicher Gewalt geworden zu sein.

## *2.5 Statistische Auswertung der Daten*

Nach Überprüfung und Überarbeitung der erhobenen Daten erfolgte eine statistische Auswertung mittels IBM SPSS Statistics 21.
Neben der deskriptiven Aufarbeitung erfolgte die statistische Auswertung mittels Chi-Quadrat-Test.
Mittels Chi-Quadrat-Test wurden Unterschiede zwischen häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum hinsichtlich der Gewaltursache, dem Geschlecht, Alter und der Verletzungsart analysiert. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert von ≤ 0,05 festgelegt.
Zur Untersuchung von Altersunterschieden wurden die Opfer in Gruppen von 0-19 Jahre (n=19), 20-29 Jahre (n=65), 30-39 Jahre (n=26), 40-49 Jahre (n=17) und über 50 Jahre (n=13) unterteilt. Des Weiteren erfolgte eine Aufschlüsselung der Personen, die Opfer von Gewalt wurden, hinsichtlich Verletzungsursache (Faustschlag, Stoß, Tritt) sowie der Verletzungsorte (Kopf, Rumpf, obere Extremität, untere Extremität).

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Unterschiede zwischen häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum hinsichtlich der folgenden Aspekte analysiert

- Geschlecht der Betroffenen
- Altersunterschiede nach Geschlecht
- Durchschnittsalter der betroffenen Männer
- Durchschnittsalter der betroffenen Frauen

- Einsatz von Waffen
- Anzahl der Verletzungen
- verletzte Körperregionen
- Verletzungsunterschiede nach Geschlecht
- Verletzungsarten
- Verteilung der Gewalt auf die Wochentage und Monate
- Alkoholisierung der Opfer
- Frakturen

# 3 Ergebnisse

## *3.1 Soziodemographische Merkmale*

Neben soziodemographische Daten wie Alter und Geschlecht wurde die Art der Gewalt (häuslich oder im öffentlichen Raum), die Anamnese, die Diagnose bzw. der klinische Befund und die Therapie dokumentiert.

### 3.1.1 Anzahl der PatientInnen in 3 Monaten

In dem Zeitraum von 3 Monaten wurden insgesamt 3.236 PatientInnen an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz behandelt.[8] Hiervon waren 53,7% (n=1.738) weiblich und 46,3% (n=1.498) männlich.[8]

#### 3.1.1.1 Gewaltopfer

4,3% (140; 20,7% weiblich) aller PatientInnen gaben von sich aus an, Opfer von Gewalt geworden zu sein. 22,9% (n=32; 9,4% weiblich) der Opfer wurden im November 2011 behandelt, 47,1% (n=66; 15,2% weiblich) im Dezember und 30% (n=42; 38,1% weiblich) im Januar 2012 (Abbildung 5).

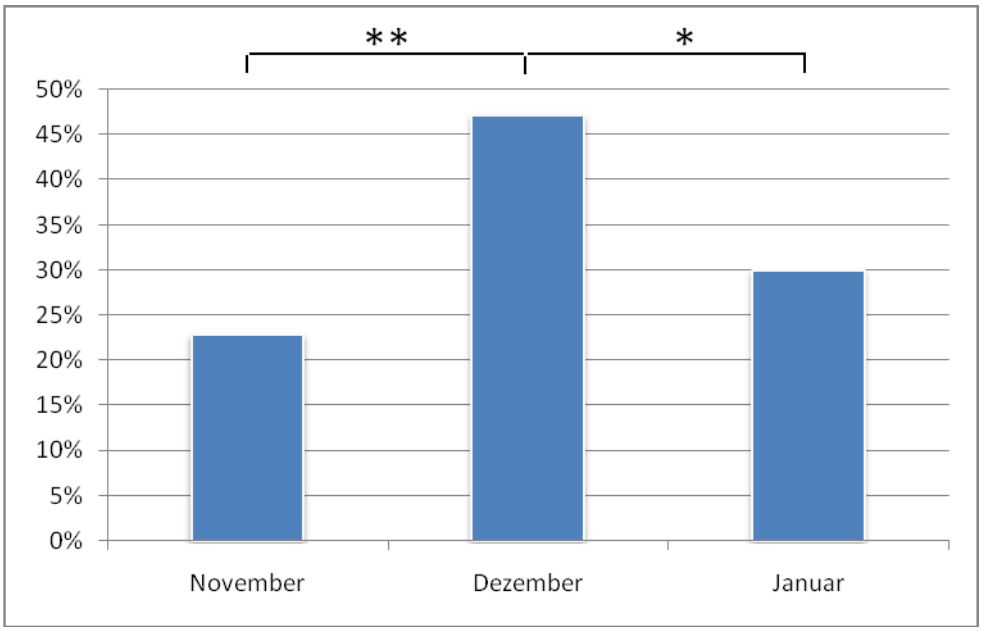


**Abbildung 5 Prozentuelle Verteilung aller Gewaltopfer, die während des Untersuchungszeitraums die unfallchirurgische Ambulanz aufsuchten[a]**

Es zeigt sich eine Häufung der Gewaltopfer im Dezember. In diesem Monat wurden signifikant mehr Gewaltopfer versorgt als im November (p=0,004) und im Januar (p=0,013). Kein Unterschied war zwischen der Anzahl der Gewaltopfer in den Monaten November und Januar feststellbar (p=0,580).

[a] Signifikanzniveau: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

### 3.1.1.2 Monatliche Verteilung der Opfer häuslicher Gewalt

Im November 2011 wurden 11,8% (n=2; 100% weiblich) aller Opfer häuslicher Gewalt behandelt, im Dezember 47,1% (n=8; 87,5% weiblich) und im Januar 2012 41,2% (n=7; 71,4% weiblich) (Abbildung 6).
Die größte Anzahl der Opfer häuslicher Gewalt wurde im Dezember behandelt.

### 3.1.1.3 Monatliche Verteilung der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum

Im November 2011 wurden 24,4% (n=30; 3,3% weiblich) aller Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum behandelt, im Dezember 47,2% (n=58; 5,2% weiblich) und im Januar 2012 28,5% (n=35; 31,4% weiblich) (Abbildung 6).
Auch der Großteil der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum wurde im Dezember vorstellig.

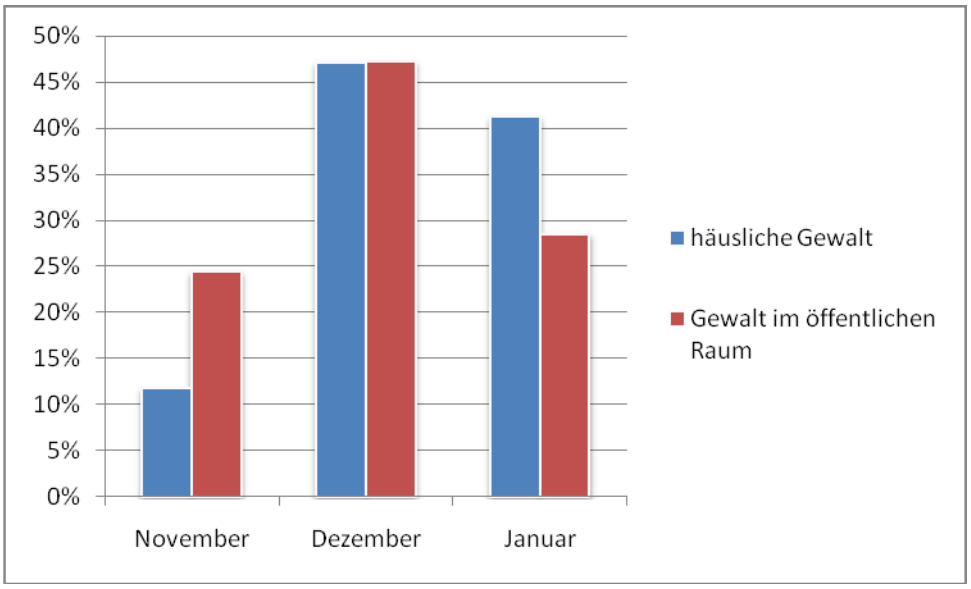


**Abbildung 6 Aufteilung der Opfer beider Gewaltarten im untersuchten Zeitraum**

### 3.1.2 Ambulante Behandlung

Alle Gewaltopfer wurden ambulant an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie behandelt oder an andere Abteilungen (z.B. Kieferchirurgie) überwiesen. Kein/e PatientIn musste stationär aufgenommen werden.[8]

## 3.2 Gewaltart

Insgesamt waren während der drei Monate 4,7% aller an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität behandelten PatientInnen (20,7% weiblich) Opfer von Gewalt. 12,1% (n=17; 82,4% weiblich) waren Opfer häuslicher Gewalt, während 87,9% (n=123; 12,2% weiblich) Oper von Gewalt im öffentlichen Raum waren (Abbildung 7).

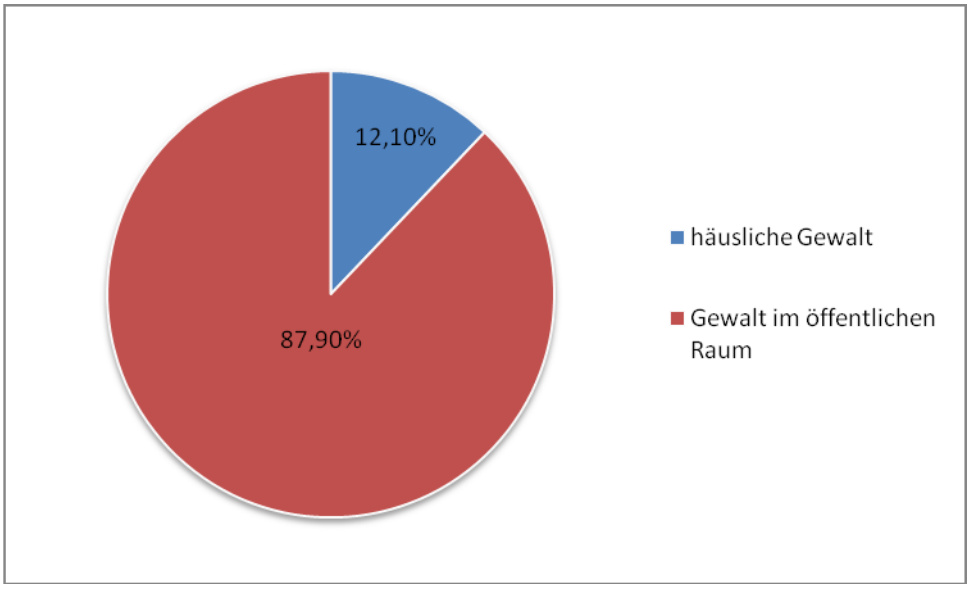


**Abbildung 7 Prozentuelle Verteilung der Opfer häuslicher Gewalt und von Gewalt im öffentlichen Raum**

## 3.3 Geschlecht der Gewaltopfer

79,3% (n=111) der Gewaltopfer waren männlich, 20,7% (n=29) weiblich.
Von allen durch Gewalt verletzten Frauen wurden 48,3% (n=14) mit Verletzungen, die durch häusliche Gewalt entstanden sind, behandelt und 51,7% (n=15) auf Grund von Verletzungen durch Gewalt im öffentlichen Raum.
97,3% (n=108) der Männer waren Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum und 2,7% (n=3) wurden durch häusliche Gewalt verletzt.

### 3.3.1 Geschlechtsunterschiede häuslicher Gewalt und von Gewalt im öffentlichen Raum

Ein hochsignifikanter Unterschied (p=0.00) zeigt sich zwischen den Gewaltopfern hinsichtlich ihres Geschlechts und der Gewaltart. 82,4% (n=14) der Opfer häuslicher Gewalt waren Frauen und 17,6% (n=3) Männer. Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum waren zu 87,8% (n=108) Männer und 12,2% (n=15) Frauen (Abbildung 8).

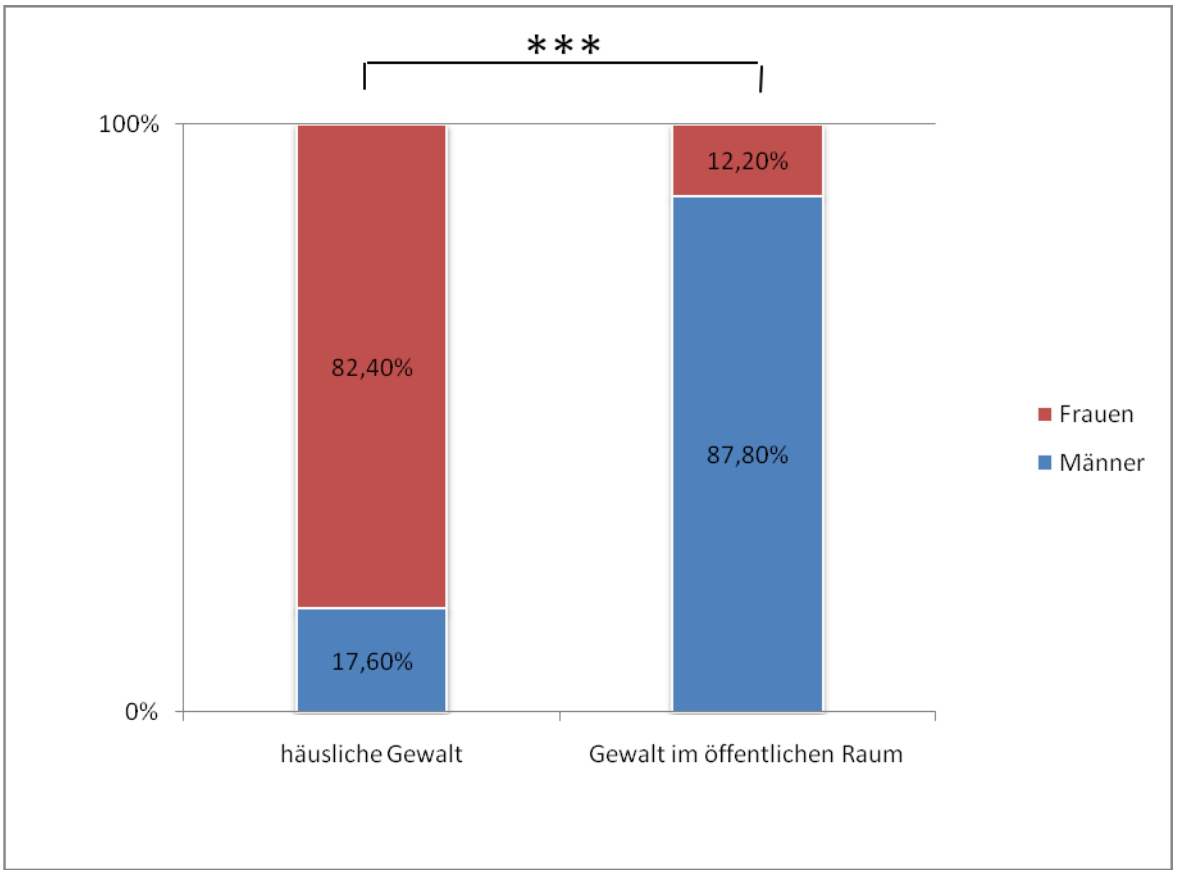


**Abbildung 8 Prozentuelle Verteilung Männer und Frauen innerhalb der Gewaltart[b]**

## *3.4 TäterInnen*

30,7% (n=43; 48,8% weiblich) der Opfer wurden durch eine ihnen bekannte Person verletzt, 69,3% (n=97; 6,8% weiblich) hingegen kannten den/die AngreiferIn nicht.

[b] Signifikanzniveau: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

### 3.4.1 TäterInnen häuslicher Gewalt

TäterInnen häuslicher Gewalt waren in 13,3% (n=2) Angehörige der eigenen Familie, in 80% (n=13) der/die LebenspartnerIn und in 6,7% (n=1) ein/e Ex-PartnerIn.

## *3.5 Altersunterschiede*

Die PatientInnen wurden entsprechend ihres Alters in verschiedene Gruppen unterteilt. 13,6% (n=19; 10,5% weiblich) der Opfer waren zwischen 0 und 19 Jahre, 46,4% (n=65; 16,9% weiblich) zwischen 20 und 29 Jahre, 18,6% (n=26; 26,9% weiblich) zwischen 30 und 39 Jahre, 12,1% (n=17; 23,5% weiblich) zwischen 40 und 49 Jahre und 9,3% (n=13; 38,5% weiblich) über 50 Jahre alt. Beinahe die Hälfte aller PatientInnen waren zwischen 20 und 29 Jahre alt.

### 3.5.1 Altersverteilung bei Opfern häuslicher Gewalt

0% (n=0) der 0 bis 19 Jährigen, 29,4% (n=5; 80% weiblich) der 20 bis 29 Jährigen, ebenso 29,4% (n=5; 80% weiblich) der 30 bis 39 Jährigen, 17,6% (n=3; 100% weiblich) der 40 bis 49 Jährigen und 23,5% (n=4; 75% weiblich) der über 50 Jährigen wurden wegen Verletzungen häuslicher Gewalt behandelt (Abbildung 9). Der Großteil der Opfer häuslicher Gewalt war zwischen 20 und 39 Jahre alt.

### 3.5.2 Altersverteilung bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum

15,4% (n=19; 10,5% weiblich) der 0 bis 19 Jährigen, 48,8% (n=60; 11,7% weiblich) der 20 bis 29 Jährigen, 17,1% (n=21; 14,3% weiblich) der 30 bis 39 Jährigen, 11,4% (n=14; 7,1% weiblich) der 40 bis 49 Jährigen und 7,3% (n=9; 22,2% weiblich) der über 50 Jährigen wurden wegen Verletzungen durch Gewalt im öffentlichen Raum im Universitätsklinikum versorgt (Abbildung 9).
Auch hier zeigt sich, dass beinahe die Hälfte aller Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum zwischen 20 und 29 Jahre alt waren.

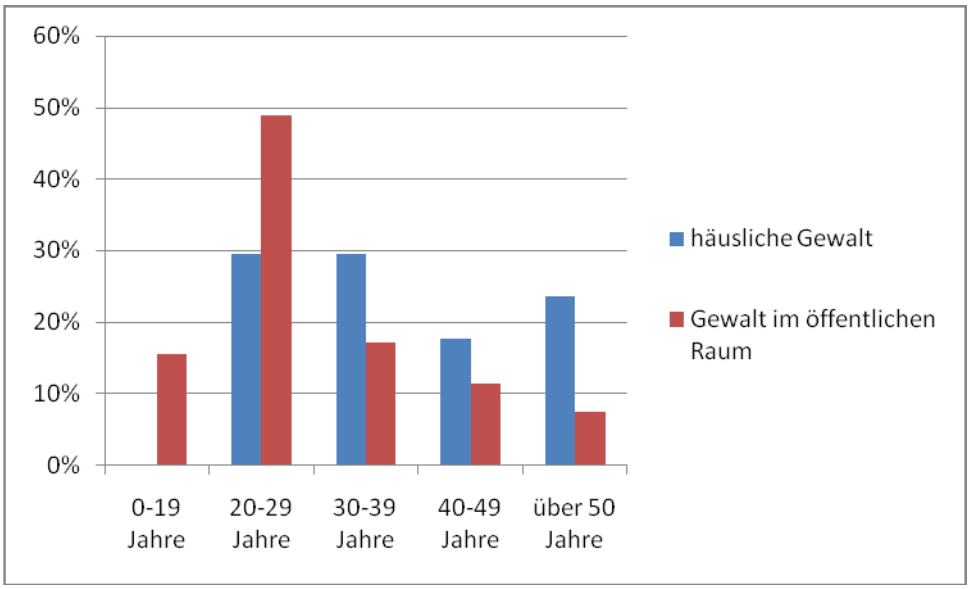


**Abbildung 9 Altersgipfel der Opfer häuslicher Gewalt und Gewalt im öffentlichen Raum**

### 3.5.3 Altersunterschiede bei Männern

Bei der statistischen Auswertung zeigte sich kein signifikanter Unterschied (p=0,358) der in Altersgruppen unterteilten Männer hinsichtlich der Gewaltart, durch welche die Verletzungen entstanden waren.

#### 3.5.3.1 Männliche Opfer häuslicher Gewalt

0% (n=0) der unter 20 Jährigen, wegen gewaltbedingten Verletzungen behandelten Männer waren Opfer häuslicher Gewalt, bei 33,3% (n=1) der 20- bis 29-jährigen Männer entstanden die Verletzungen durch häusliche Gewalt, ebenso bei 33,3% (n=1) der 30- bis 39-jährigen Männer. 0% (n=0) der 40- bis 49-jährigen Männer waren in dieser Studie Opfer häuslicher Gewalt. Über 50 Jahre waren 33,3% (n=1) betroffen (Abbildung 10).

Zwei Drittel der männlichen Opfer häuslicher Gewalt waren zwischen 20 und 39 Jahre alt.

### 3.5.3.2 Männliche Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum

15,7% (n=17) der wegen Gewalt im öffentlichen Raum behandelten Männer waren unter 20 Jahre. 49,1% (n=53) waren zwischen 20 und 29 Jahre, 16,7% (n=18) zwischen 30 und 39 Jahre, 12,0% (n=13) zwischen 40 bis 49 Jahre und 6,5% (n=7) waren über 50 Jahre alt (Abbildung 10).

Beinahe die Hälfte aller männlichen Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum waren zwischen 20 und 29 Jahre alt.

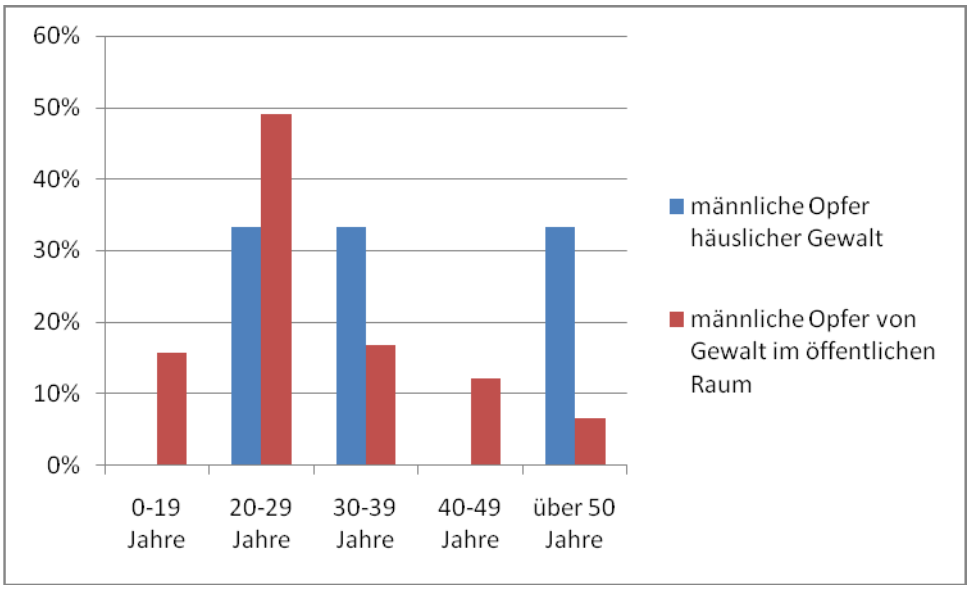


**Abbildung 10 Häufigkeit männlicher Opfer von Gewalt unterteilt in Altersgruppen**

### 3.5.4 Altersunterschiede bei Frauen

Auch bei Frauen zeigte sich bei der statistischen Auswertung kein signifikanter Unterschied (p=0,389) der Altersgruppen bezüglich der Gewaltart.

#### 3.5.4.1 Weibliche Opfer häuslicher Gewalt

0% (n=0) der Frauen unter 20 Jahren waren Opfer häuslicher Gewalt. 28,6% (n=4) der 20- bis 29-jährigen Frauen, ebenso 28,6% (n=4) der 30- bis 39-jährigen Frauen, 21,4% (n=3) der 40- bis 49-jährigen Frauen und 21,4% (n=3) der über 50 jährigen Frauen wurden wegen gewaltbedingten Verletzungen, die durch häusliche Gewalt entstanden sind, behandelt (Abbildung 11).
Mehr als die Hälfte aller weiblichen Opfer häuslicher Gewalt waren zwischen 20 und 39 Jahre alt.

#### 3.5.4.2 Weibliche Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum

13,3% (n=2) der durch Gewalt verletzten unter 20 Jahre alten Frauen waren Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum. 46,7% (n=7) waren 20 bis 29 Jahre alt, 20% (n=3) 30 bis 39 Jahre, 6,7% (n=1) 40 bis 49 Jahre und 13,3% (n=2) waren über 50 Jahre alt (Abbildung 11).
Auch beinahe die Hälfte der weiblichen Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum waren zwischen 20 und 29 Jahre alt.

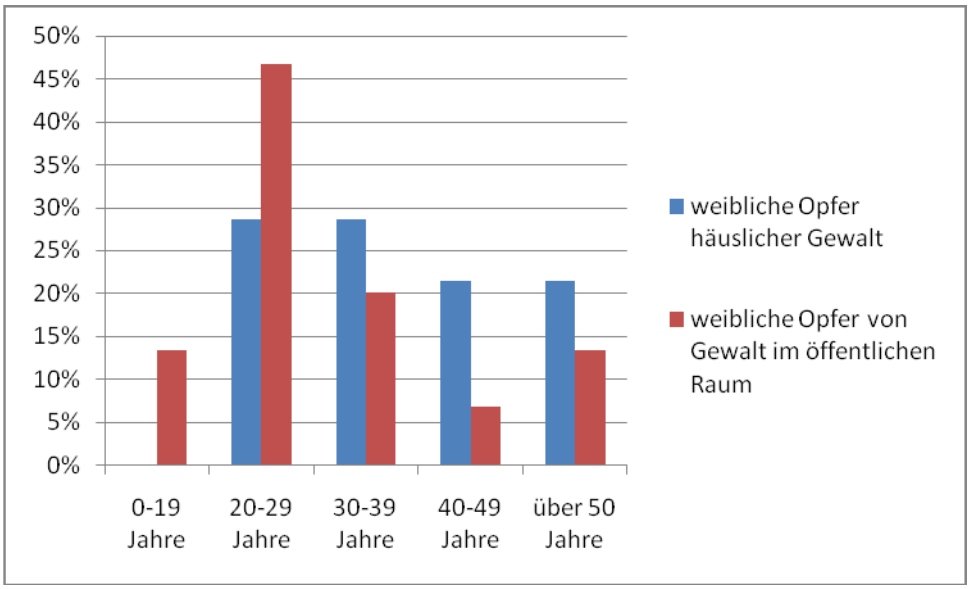


**Abbildung 11 Häufigkeit weiblicher Opfer von Gewalt unterteilt in Altersgruppen**

## *3.6 Tathergang: Körper als Waffe, Gegenstand oder Waffe*

Die Rekonstruktion des Tatherganges durch die Anamnese soll klären, ob bei Gewalt im öffentlichen Raum öfters Waffen eingesetzt werden als bei häuslicher Gewalt und ob Opfer häuslicher Gewalt öfters mit oder ohne Waffen/Gegenstände misshandelt werden.

Die Ursache der Verletzungen wurde hierzu in Körper als Waffe (Faustschlag, Stoß, Tritt), Gegenstände (z.B. Aschenbecher, Besen) und Waffe (z.B. Messer) unterteilt. War der Tathergang nicht bekannt, wurden die Opfer der Kategorie unbekannt zugeordnet.

Ein hochsignifikanter Unterschied (p=0,006) in den beiden Gewaltarten zeigt sich zwischen der Anzahl der Opfer, die mit dem Körper als Waffe verletzt worden waren im Vergleich zu jenen, die mit einer Waffe oder Gegenständen verletzt wurden.
Während bei häuslicher Gewalt 47,1% der Verletzungen durch Faustschläge, Stöße oder Tritte entstanden und 52,9% durch Waffen oder Gegenstände, wurden bei Gewalt im öffentlichen Raum 78% der Opfer durch den Körper als Waffe im Vergleich zu 22% durch Waffen oder Gegenstände verletzt. Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum werden signifikant häufiger durch den Körper als Waffe verletzt als Opfer häuslicher Gewalt.

### 3.6.1 Faustschlag, Stoß oder Tritt: Verletzungsursache bei Gewalt im öffentlichen Raum

27,6% (n=34; 11,8% weiblich) der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum wurden durch Faustschläge verletzt, 3,3% (n=4; 50% weiblich) durch Stöße und 4,9% (n=6; 16,7% weiblich) durch Tritte. Die fehlenden 64,2% (n=79; 10,1% weiblich) wurden entweder durch Gegenstände oder Waffen verletzt oder es war aus der Anamnese nicht mehr eruierbar.

## *3.7 Verletzungen*

### 3.7.1 Multiple Verletzungen

29,4% (100% weiblich) der Opfer häuslicher Gewalt wiesen eine singuläre Verletzung auf, während hingegen bei 70,6% (n=12; 75% weiblich) mehrere Verletzungen versorgt werden mussten.
Bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum wurde ca. die Hälfte (47,2%; n=58; 20,7% weiblich) aufgrund einer einzigen Verletzung behandelt, 52,8% (n=65; 4,6% weiblich) wiesen mehrere Verletzungen auf. Im Vergleich beider Gewaltarten zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich singulärer oder multipler Verletzungen (p=0,168).

### 3.7.2 Lokalisation der Verletzungen

72,9% (n=102; 18,6% weiblich) der Gewaltopfer hatten eine Kopfverletzung, 21,4% (n=30; 16,7% weiblich) eine Verletzung am Rumpf, 31,4% (n=44; 27,3% weiblich) erlitten eine Verletzung an der oberen Extremität und 12,9% (n=18; 5,6% weiblich) eine Verletzung an der unteren Extremität. Somit präsentierten sich die meisten Verletzungen in der Kopfgegend.

#### 3.7.2.1 Lokalisation der Verletzungen bei häuslicher Gewalt

70,6% (n=12; 75% weiblich) der Opfer häuslicher Gewalt wiesen eine Verletzung am Kopf, 23,5% (n=4, 75% weiblich) eine Verletzung am Rumpf, 47,1% (n=8; 100% weiblich) eine Verletzung der oberen Extremität und 5,9% (n=1; 100% weiblich) eine Verletzung der unteren Extremität auf (Abbildung 12 und Abbildung 14). Bei Einwirkung häuslicher Gewalt stellte der Kopf die am häufigsten verletzte Körperregion dar.

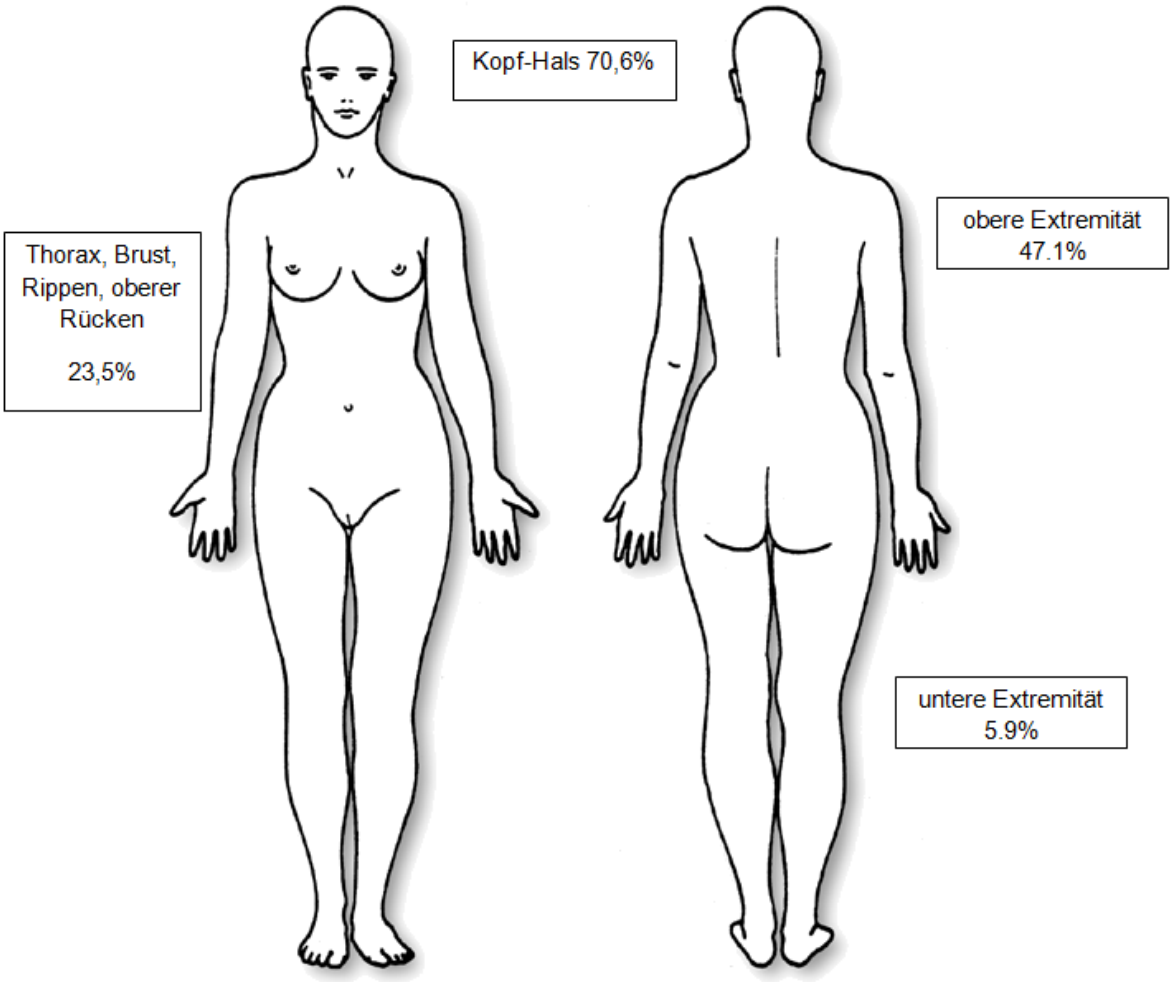


**Abbildung 12 Lokalisation der Verletzung bei Opfern von häuslicher Gewalt**

### 3.7.2.2 Lokalisation der Verletzungen bei Gewalt im öffentlichen Raum

73,2% (n=90; 11,1% weiblich) der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum wurden aufgrund von Verletzungen am Kopf behandelt, 21,1% (n=26; 7,7% weiblich) aufgrund Verletzungen am Rumpf, 29,3% (n=36; 11,1% weiblich) hatten Verletzungen an der oberen Extremität und 13,8% (n=17; 0% weiblich) an der unteren Extremität (Abbildung 13 und Abbildung 14).

Bei Einwirkung von Gewalt im öffentlichen Raum stellt wie bei häuslicher Gewalt der Kopf die am häufigsten verletzte Körperregion dar.

Beim Vergleich beider Gewaltarten und der Verletzungsorte ließ sich kein statistisch signifikanter Unterschied zeigen (Verletzung Kopf p=0,822; Rumpf p=0,822; obere Extremität p=0,139; untere Extremität p=0,359).

Der Vergleich der Verletzungsorte beider Geschlechter brachte keinen signifikanten Unterschied zum Vorschein (Verletzung Kopf p=0,318; Rumpf p=0,537; obere Extremität p=0,195; untere Extremität p=0,089)

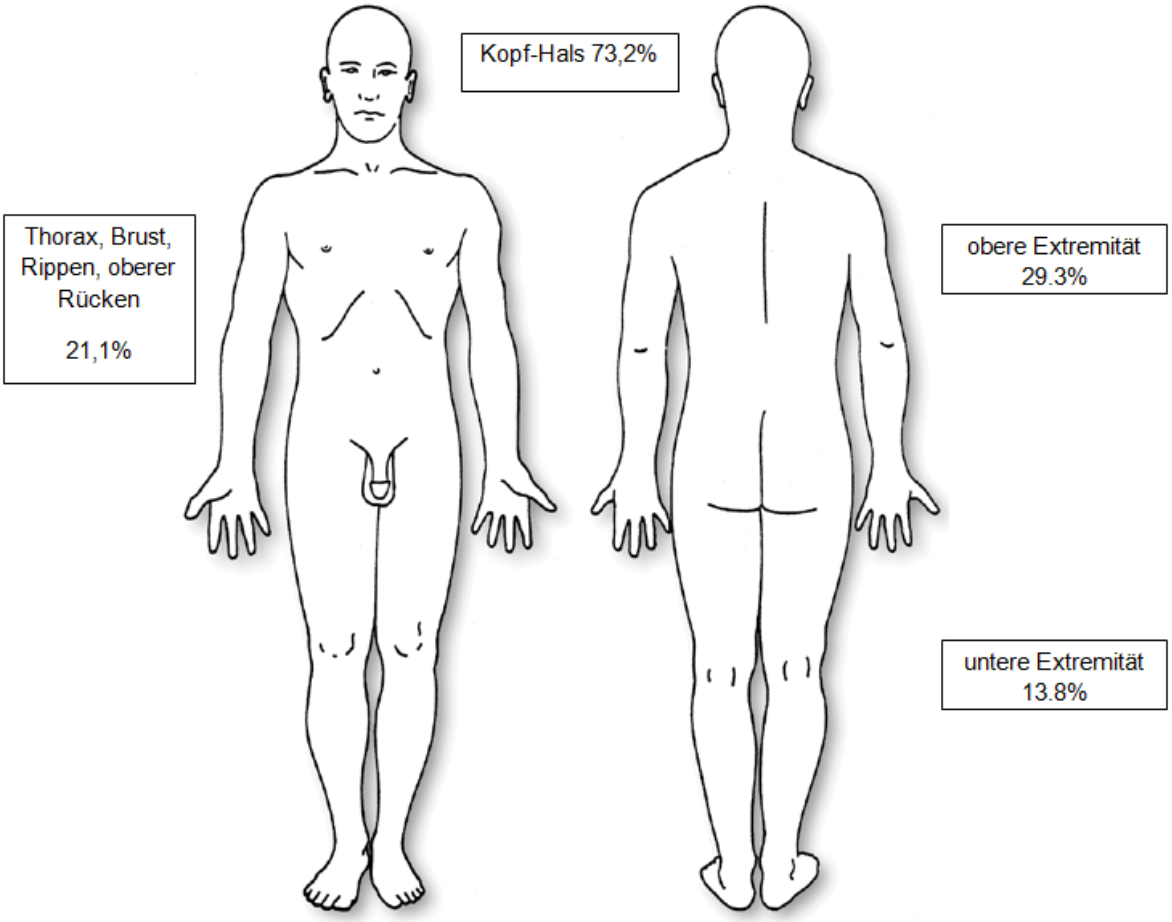


**Abbildung 13 Lokalisation der Verletzungen bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum**

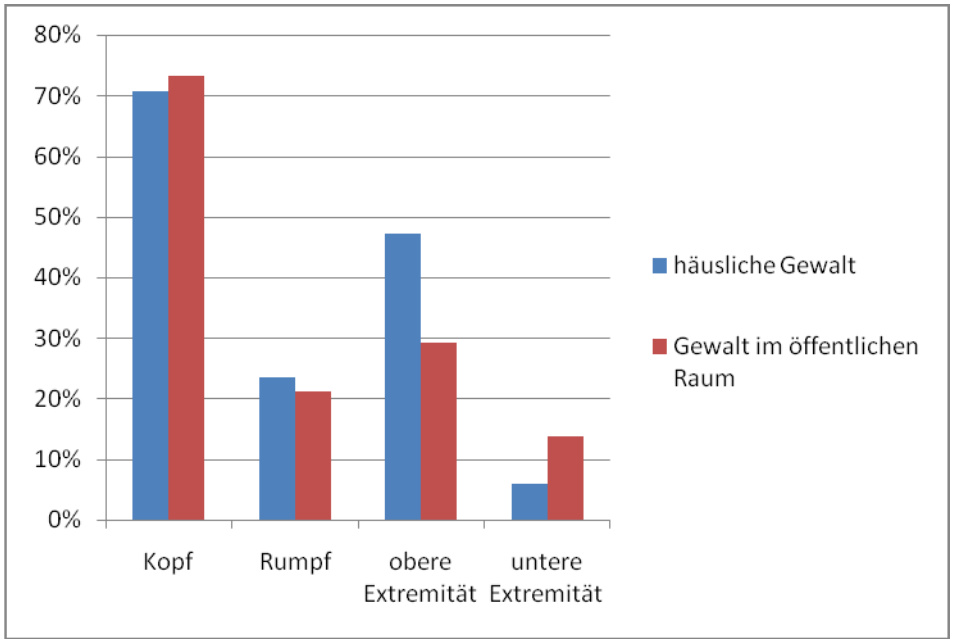


**Abbildung 14 Lokalisation der Verletzungen abhängig von der Gewaltart**

### 3.7.3 Art der Verletzung

Die drei häufigsten Diagnosen bei den untersuchten PatientInnen waren Kopfprellungen (contusio capitis), Rissquetschwunden (vulnus lacero contusum; VLC) und Nasenbeinfrakturen (fractura nasi).
30% (n=42; 21,4% weiblich) der 140 PatientInnen wiesen eine contusio capitis auf, 25% (n=35; 22,9% weiblich) wurden wegen einer Rissquetschwunde behandelt und 8,6% (n=12; 8,3% weiblich) kamen mit einer gebrochenen Nase in die Notaufnahme (Abbildung 15).
Bei keiner der drei Verletzungsarten fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen Opfern häuslicher Gewalt und Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum (Contusio capitis p=0,611; VLC p=0,881; Fractura nasi p=0,616 ).

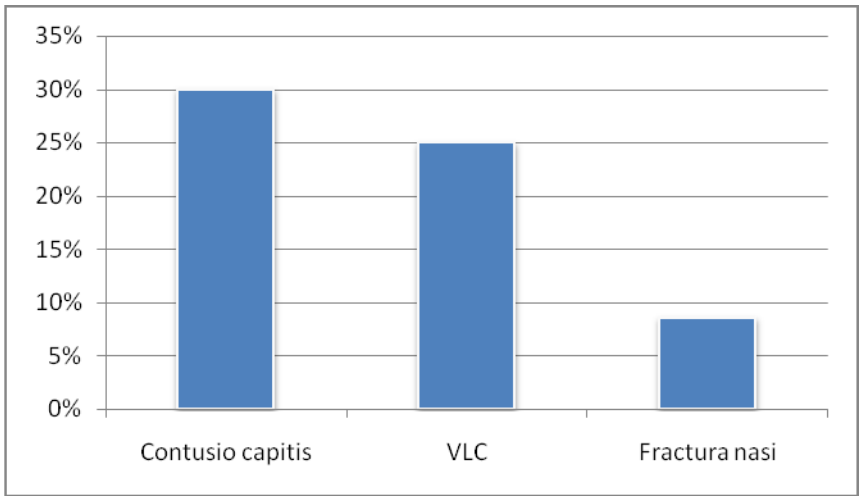


**Abbildung 15 Prozentuelle Verteilung der am häufigsten diagnostizierten Verletzungen**

#### 3.7.3.1 Frakturen

Insgesamt wurde bei 15,7% der Opfer (n=22; 18,2% weiblich) eine Fraktur nachgewiesen. 23,5% (n=4; 75% weiblich) der Opfer häuslicher Gewalt waren hiervon betroffen und 14,6% (n=18; 5,6% weiblich) der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum.

### 3.7.4 Gewalt am Wochenende

Die Auswertung der Daten aller in dem Zeitraum behandelten PatientInnen zeigt eine Häufung von Gewalt zum Wochenende hin. Montags waren 4,1% (n=12; 25% weiblich) aller behandelten PatientInnen Opfer von Gewalt, Dienstags 5% (n=15; 33,3% weiblich), Mittwochs 4,1% (n=13; 7,7% weiblich), Donnerstags 5,2% (n=15; 33,3% weiblich), Freitags 4,7% (n=19; 31,6% weiblich), Samstags 6,5% (n=31; 6,5% weiblich) und Sonntags 8,4% (n=35; 20% weiblich). Der Vergleich aller behandelten PatientInnen und Gewaltopfer an den einzelnen Wochentagen zeigte keine statistische Signifikanz (p=0,112).

Vergleicht man jedoch die Wochentage mit dem Wochenende (Samstag, Sonntag) zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (p=0,004). Während unter der Woche (Montag bis Freitag) 4,6% (n=74; 27% weiblich) aller behandelten PatientInnen Opfer von Gewalt wurden, waren es am Wochenende (Samstag, Sonntag) 7,4% (n=66; 13,6% weiblich) (Abbildung 16).

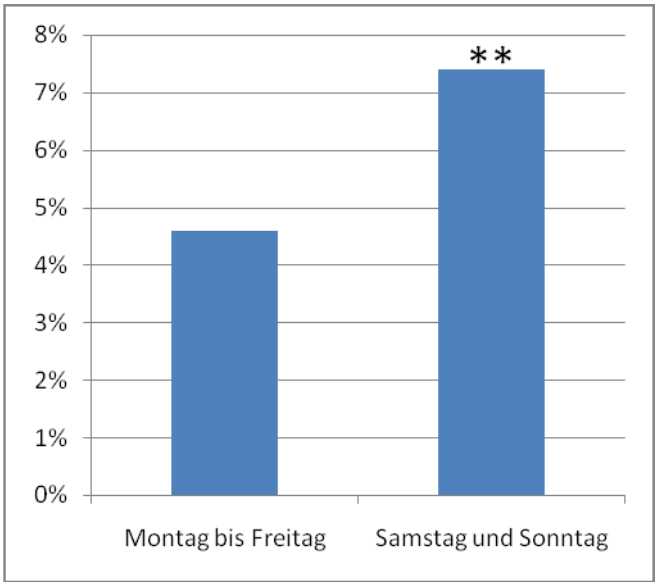


**Abbildung 16 Vergleich der Anzahl der Gewaltopfer zwischen den Wochentagen und dem Wochenende[c]**

[c] Signifikanzniveau: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

## *3.8 Alkoholisierung*

Bei 39,3% (n=55; 18,2% weiblich) bestand der Verdacht der Alkoholisierung, 47,9% (n=67; 23,9% weiblich) der Opfer wurden vom medizinischen Personal als nüchtern beurteilt und bei 12,9% (n=18; 16,7% weiblich) fehlte eine diesbezügliche Angabe. Insgesamt waren 81,8% (n=45) der betrunkenen Gewaltopfer Männer und 18,2% (n=10) Frauen.
Es ließ sich kein statistisch signifikanter Unterschied (p=0,162) in der Alkoholisierung der Opfer zwischen den zwei Gewaltarten nachweisen.

### 3.8.1 Alkoholisierung der Opfer häuslicher Gewalt

Bei 29,4% (n=5; 100% weiblich) der Opfer häuslicher Gewalt bestand der Verdacht der Alkoholisierung. Alle (n=5) waren weiblich.

### 3.8.2 Alkoholisierung der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum

Bei 40,4% (n=50) der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum wurde eine Alkoholisierung dokumentiert. Davon waren 90% (n=45) männlich und 10% (n=5) weiblich.

# 4 Diskussion

Insgesamt wurde jede/r 23. PatientIn (4,3%) der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz aufgrund von Verletzungen, die durch interpersonelle Gewalt entstanden waren, behandelt.[8] Die Dunkelziffer dürfte weitaus höher sein, da nur PatientInnen, die von sich aus angegeben hatten Opfer von Gewalt geworden zu sein, in die Studie eingeschlossen wurden.[8] 12,1% der Gewaltopfer waren Opfer häuslicher Gewalt und 87,9% Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum. 79,3% aller untersuchten Gewaltopfer waren Männer und 20,7% Frauen, wobei letztere signifikant häufiger Opfer häuslicher Gewalt wurden und Männer signifikant häufiger Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum waren.

Im Falle häuslicher Gewalt wurden die Opfer in 80% durch den/die LebenspartnerIn, 19,3% durch Familienangehörige und in 6,7% durch eine/n Ex-PartnerIn verletzt. Der Großteil dieser Opfer war zwischen 20 und 39 Jahren alt. Die am häufigsten von Gewalt im öffentlichen Raum betroffen Personen waren zwischen 20 und 29 Jahre alt. 69,3% wurden durch eine ihnen unbekannte Person verletzt.

Unsere Daten zeigen, dass sich Verletzungen bei Opfern häuslicher Gewalt öfters an der oberen Extremität (47,1%) befinden als bei Opfern von Gewalt im öffentlichen Raum (29,3%). Der Hals und Kopf, der Thorax, die Brust, Rippen und der obere Rücken waren bei beiden Gewaltarten gleich häufig betroffen. Die untere Extremität war bei häuslicher Gewalt in 5,9% verletzt, bei Gewalt im öffentlichen Raum in 13,8% der Fälle. Auf Grund der großen Anzahl an Kopfverletzungen sollten zukünftige PatientInnen, die sich mit solchen Verletzungen vorstellen, gezielt nach Gewalt befragt werden.[67] Diese Verletzungen können einen Hinweis auf Gewalteinwirkung durch eine andere Person darstellen. Verletzungen der oberen Extremität könnten Abwehrverletzungen sein und somit ebenfalls ein Hinweis auf Gewalteinwirkung durch eine andere Person sein. Diesbezüglich sollte von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin nachgefragt werden.

## *4.1 Vergleich der erhobenen Daten mit anderen Untersuchungen*

### *4.1.1 Häusliche Gewalt*

Die 2014 durch die European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) EU-weit durchgeführte Studie "Gewalt gegen Frauen" zeigte, dass jede dritte Frau über 15 Jahren in der Europäischen Union bereits einmal körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren hat.[23] 13% der österreichischen Frauen waren laut FRA (2014) Opfer von häuslicher Gewalt.[23]
0,53% (n=17; 82,4% weiblich) aller in dem dreimonatigen Zeitraum an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz behandelten 3.236 PatientInnen waren Opfer häuslicher Gewalt, 3,8% (n=123; 12,2% weiblich) Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum.
Im Vergleich zu den in der Literatur beschriebenen 5-35%[15,21,24,25] waren in Graz 0,8% (n=14) aller an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz behandelten Frauen Opfer häuslicher Gewalt. Dieser deutlich niedrigere Prozentsatz könnte mit der hohen Dunkelziffer zu tun haben, da in unsere Studie nur PatientInnen eingeschlossen wurden, die von sich aus angaben, Opfer von Gewalt geworden zu sein. Ebenso dürfte hier die räumliche Trennung der unterschiedlichen Ambulanzen der Medizinischen Universität Graz eine Rolle spielen. 0,2% (n=3) aller in dem Zeitraum behandelten Männer waren Opfer häuslicher Gewalt.

#### 4.1.1.1 Alter

Das Durchschnittsalter der Gewaltopfer lag mit 39 Jahren etwas höher, als die in der Literatur beschriebenen 29-34 Jahre. Die an der Universitätsklinik behandelten Männer waren im Durchschnitt 37 Jahre alt, die behandelten Frauen im Durchschnitt 40 Jahre alt. Gologan *et al.* (2013) beschrieben das Durchschnittsalter von Männer mit 33 Jahren und jenes von Frauen mit 31 Jahren.[19] Das höhere Durchschnittsalter unserer Kohorte könnte ebenfalls mit der hohen Dunkelziffer zu erklären sein.

#### 4.1.1.2 TäterInnen

In der von Gologan *et. al.* (2013) durchgeführten Studie waren 70% der Opfer Frauen und 30% Männer[19], in der vorliegenden Untersuchung in Graz waren 82,4% Frauen und 17,6% Männer. Der niedrige Männerprozentsatz könnte mit Scham und Angst vor Vorurteilen zu tun haben. Insgesamt gaben in unserer Studie nur 3 Männer offen zu, Opfer häuslicher Gewalt zu sein.
Unsere Ergebnisse zeigten, dass 13,3% durch Familienangehörige, 80% durch den/die LebenspartnerIn und 6,7% durch ein/e ExpartnerIn verletzt werden. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur Literatur. Gologan *et. al* (2013) beschreiben, dass 54% durch einen aktuelle/n oder ehemalige/n LebenspartnerIn verletzt werden und 11% durch Verwandte.[19] Hier zeigt sich ein Vorteil unserer Studie, da wir explizit zwischen einem/einer aktuellen PartnerIn und Ex-PartnerIn unterscheiden konnten. Die Unterschiede könnten eventuell durch unterschiedliche Definitionen häuslicher Gewalt zu erklären sein.

#### 4.1.1.3 Verletzungen bei häuslicher Gewalt

Ähnlich wie in der Literatur (bis zu 88%[8,19]) zeigen auch unsere Daten eine Häufung der Verletzungen am Kopf (70,6%). In der Literatur befinden sich 15-45% der Verletzungen am Rumpf [7,8,19], was unseren Ergebnissen entspricht, in denen bei 23,5% der PatientInnen eine Verletzung am Rumpf registriert wurde.
Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lieferten ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl der Opfer, die an der oberen Extremität verletzt worden waren. Bisherige Studien berichten, dass in 35-45% der Fälle die Verletzung in dieser Region verzeichnet wurde.[7,8,19] Bei den Opfern unserer Untersuchung wurde in 47,1% der Fälle eine Verletzung an der oberen Extremität registriert. Eine solche Verletzung könnte durch die Abwehr eines Angriffes entstanden sein.[8]
Unsere Daten zeigen, dass die untere Extremität in 5,9% betroffen ist, in der Literatur ist sie in bis zu 17% der Fälle betroffen.[7,8,19] Gründe für die Unterschiede der Prävalenz könnten sein, dass aus der Anamnese unserer Opfer hervorging, dass sie hauptsächlich durch Faustschläge verletzt wurden. Faustschläge richten sich eher in Richtung Kopf, Oberkörper und obere Extremität.

Spedding *et al.* (1999) stellten fest, dass Opfer häuslicher Gewalt meist mehr als drei verschiedene Verletzungen aufweisen.[29] Auch in unserer Untersuchung zeigte sich eine Häufung der multiplen Verletzungen (in 70,6% der Fälle lag mehr als eine Verletzung vor).

#### 4.1.1.4 Verletzungsursache

In Graz wurden 47,1% der Opfer häuslicher Gewalt durch Faustschläge, Stöße oder Tritte verletzt. Gologan *et al.* (2013) fanden, dass 94% der Verletzungen durch Faustschläge, Stöße und Tritte verursacht wurden.[19] Einige Opfer unserer Studie gaben den Hergang der Gewalt nicht an, weshalb eine genaue Auswertung nicht möglich war. Möglicherweise hätten wir sonst ähnliche Ergebnisse finden können. TäterInnen scheinen in der Affekthandlung eher den Körper als sonstige Gegenstände oder Waffen zu verwenden, da der Körper die naheliegendste Waffe darstellt.

### 4.1.2 Vergleich von Gewalt im öffentlichen Raum

#### 4.1.2.1 Geschlecht

Unsere Ergebnisse hinsichtlich der Geschlechterverteilung decken sich mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen. Unsere Daten zeigen, dass 87,8% der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum Männer sind. Diverse Studien beschreiben den Männeranteil zwischen 82% und 84%.[58,60,62,63] Gründe für den hohen Männeranteil könnte eine höhere Aggressivität von Männern gegenüber anderen Männern im Gegensatz zu Frauen sein.

#### 4.1.2.2 Alter

Aus den in Graz erhobenen Daten berechnet sich das Durchschnittsalter aller von Gewalt im öffentlichen Raum betroffen Personen bei 30 Jahren. Männliche Opfer (Durchschnitt 30,0 Jahre) waren minimal jünger als weibliche Opfer (Durchschnitt 30,6 Jahre). Clement *et al.* (2012) beschreiben, dass verletzte Männer tendenziell jünger sind.[58] Das Durchschnittsalter in der Literatur liegt bei 25-29 Jahre.[58,60,62,63]

Obwohl Graz eine Studentenstadt ist, ist das Durchschnittsalter der Opfer relativ hoch. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass auch Opfer von Raubüberfallen, sowie misshandelte Gefangene zu Gewalt im öffentlichen Raum hinzugerechnet wurden. Da die Studie auch über Weihnachten und die Weihnachtsferien lief, könnten einige StudentInnen außerhalb von Graz gewesen sein und dies ein Grund für das höhere Durchschnittsalter darstellen.

#### 4.1.2.3 Verletzungen

47,2% der in Graz behandelten Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum wiesen eine Verletzung auf, 52,8% mehrere.
Wright *et al.* (1997) beschreiben bei 57% der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum eine singuläre und bei 31% multiple Verletzungen.[64] Der höhere Anteil von multiplen Verletzungen könnte auf eine höhere Aggressivität und länger andauernde Gewalt hinweisen.
Ein deutlicher Unterschied zeigt sich im Vergleich unserer Ergebnisse mit der Literatur hinsichtlich der Lokalisation der Verletzungen. In 53% der Fälle waren bei den Opfern unserer Studie die Extremitäten verletzt, in der Literatur jedoch nur in bis zu 28%.[60] Da wir in unserer Studie bei Gewalt im öffentlichen Raum nicht zwischen Opfer und TäterInnen unterscheiden konnten, kann es sich bei den Verletzungen der Extremitäten um Abwehr-, aber auch um Angriffsverletzungen handeln und so den höheren Prozentsatz erklären.
Gleiche Ergebnisse wie in der Literatur zeigt die Versorgung von Kopfwunden. In diversen Studien wurden zwischen 61% und 94,5% der PatientInnen am Schädel versorgt [58,60,62,63], in unserer Studie waren es 70,6%. Der Schädel scheint das Ziel der Wahl bei einem Angriff zu sein. Auf Grund der hohen Verletzungsrate der Extremitäten in unserer Studie, wurden vielleicht Angriffe gegen den Kopf mehr oder weniger erfolgreich abgewehrt.
In 8% bis 12% der Fälle betreffen die in der Literatur beschriebenen Verletzungen den Thorax und in 3% bis 6% der Fälle das Abdomen. [60,63] In unserer Untersuchung war es nachträglich leider nicht möglich zwischen Thorax, Abdomen und Rücken als Verletzungsort zu unterscheiden.
78% der Verletzungen entstanden durch den Körper des/der Angreifers/Angreiferin. Die restlichen 22% entstanden durch Waffen oder

Gegenstände (Flaschen, Aschenbecher, Besen). Gründe für diese relativ niedrige Zahl kann das strikte Waffenverbot in Österreich sein. Geschieht Gewalt im Affekt, ist der Körper als Waffe am schnellsten verfügbar.

#### 4.1.2.4 Gefahr an Wochenenden

Ähnlich wie in der Literatur beschrieben[58,60,62,63] belegen auch unsere Daten eine Häufung von Gewalt am Wochenende. 60,7% der Gewaltopfer wurden zwischen Freitag und Sonntag medizinisch versorgt. Ursächlich hierfür dürfte der erhöhte Alkoholkonsum am Wochenende sein. Es dürfte ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Alkoholisierung und der Gewaltbereitschaft bestehen. Je höher der Alkoholspiegel liegt, desto niedriger liegt die Hemmschwelle für Gewalt.

#### 4.1.2.5 Dezember: größere Gefahr für Gewalt

Auffällig zeigt sich der Vergleich der drei untersuchten Monate. Fast die Hälfte aller Gewaltopfer (47,1%) wurde im Dezember behandelt. Ein Grund hierfür könnten die Feiertage sein. PartnerInnen und Familien verbringen mehr Zeit miteinander, sie unterliegen dem Stress der Feiertage und werden so vielleicht gewaltbereiter.
Auch wurde im Dezember der Großteil der Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum behandelt. Hier könnte ein erhöhter Alkoholkonsum während den Feiertagen eine Rolle spielen.

## *4.2 Limitierungen*

Eine Limitierung dieser Studie liegt in den Umständen der Datenerhebung. Die einzelnen Fachkliniken der Medizinischen Universität Graz befinden sich in getrennten Gebäuden, so auch die Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Universität Graz, an der die Daten erhoben wurden. Eingeschlossen werden konnten deshalb nur PatientInnen, die an der Unfallchirurgie versorgt wurden. Gewaltopfer, die sich selbstständig an andere Kliniken begeben haben, konnten wegen dieser räumlichen Trennung nicht eingeschlossen werden (zum Beispiel Hals-Nasen-Ohren Klinik bei

Nasenbeinfraktur oder gynäkologische Abteilung bei sexueller Gewalt). Dies könnte eine Ursache für die relativ niedrige Gewaltrate sein.
Zukünftige Studien sollten deshalb über die zentrale Notaufnahme (EBA) oder an allen Abteilungen gleichzeitig laufen, um auch jene PatientInnen, die direkt die Ambulanzen aufsuchen, ohne vorher in der Notaufnahme vorstellig zu werden, einschließen zu können.

Des Weiteren wurden nur PatientInnen in die Studie eingeschlossen, die von sich aus angaben, ein Opfer von Gewalt geworden zu sein. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Dunkelziffer weitaus höher liegen dürfte.
Auch waren diese Opfer ausschließlich Opfer physischer Gewalt. Opfer psychischer und verbaler Gewalt wurden nicht entdeckt.

Die Gewaltarten wurden im Vorhinein nicht explizit definiert. Dies führte zur verschiedenen Interpretation der Gewaltarten, oft schien die richtige Zuordnung schwierig. Um dies zu erleichten müssten die Gewaltarten zuvor definiert werden, Ziele festgelegt und mehrere Ansprechpersonen, die bei Schwierigkeiten helfen können, ausgewählt werden. Da die meisten Opfer nachts und am Wochenende vorstellig werden, wäre es sinnvoll alle ÄrztInnen entsprechend zu schulen. Auf Grund von Zeitmangel konnten die ÄrztInnen nicht immer gezielt auf alle Punkte des Fragebogens eingehen.
Generell wäre es wichtig ein ruhiges, sicheres Umfeld zu schaffen, in dem sich der/die PatientIn wohl fühlt und sich im Zuge der Behandlung dem medizinischen Personal gegenüber öffnen kann. Bei einigen PatientInnen fehlte beispielsweise in der Anamnese der Tathergang, sodass eine Auswertung zur Entstehung der Verletzung nicht möglich war.
Unsicherheit der ÄrztInnen mit dem Umgang von möglichen GewaltpatientInnen kann auch dazu geführt haben, dass einige Opfer unentdeckt blieben.
Eine weitere Limitierung besteht dadurch, dass sich die Ärztinnen auf die Aussage der Opfer verlassen mussten. Dadurch war die Unterscheidung zwischen Opfern und TäterInnen (von Gewalt im öffentlichen Raum) nicht möglich.

In dem Zeitraum der drei Monate wurden siebzehn Opfer häuslicher Gewalt dokumentiert. Sinnvoll wäre es in weiteren Studien einen längeren Zeitraum auszuwählen um mehr Opfer befragen zu können. Auch müssen potentielle Opfer gezielt nach Gewalt befragt werden. Vielleicht lassen sich so aussagekräftigere Daten sammeln, um eine primäre Prävention zu erarbeiten oder frühzeitig intervenieren zu können.

## *4.3 Ziele für weiterführende Studien*

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, sollte sich der Fokus auf die Primärprävention konzentrieren, um Gewalt erst gar nicht entstehen zu lassen. Ein Hauptaugenmerk kommender Studien könnte die Untersuchung von Risikofaktoren, sowie das Erstellen einen Risikoprofils sein.
Es ist bereits bekannt, dass Alkohol einen schwerwiegenden Risikofaktor für Gewalt darstellt.[34–38] Unsere Daten zeigen, dass 39,3% der Opfer Alkohol konsumiert hatten. Weiterführende Studien sollten nicht nur den Alkoholkonsum des Opfers abfragen, sondern auch den der TäterInnen um Präventionsmaßnahmen erarbeiten zu können. Ein niedrigerer Alkoholkonsum könnte eine niedrigere Rate von Gewalt bedeuten.

Zukünftige Studien sollten nicht nur die beiden Gewaltarten untereinander vergleichen, sondern eine Kontrollgruppe, die nicht Opfer von Gewalt wurde, mit einbeziehen. Vielleicht ließen sich so statistische Unterschiede finden, die die Identifikation von Gewaltopfern erleichtern würden.
Eine weiterführende Idee für zukünftige Studien zum Thema Gewalt in Graz wäre, Unterschiede in der sozialen Schicht und Herkunft zu untersuchen.
Zusätzlich sollte man im Rahmen von weiteren Untersuchungen Präventionsmaßnahmen erarbeiten und evaluieren.

## *4.4 Conclusio*

Unsere Ergebnisse zeigten in Übereinstimmung mit bisherigen Untersuchungen, dass Gewalt ein ubiquitäres Problem ist, das sowohl Männer als auch Frauen betrifft. Trotz der geringen Anzahl an Opfern häuslicher Gewalt, waren auch Männer unter diesen. Der Großteil der Opfer waren jedoch Frauen. Ärzte und Ärztinnen sollten in Zukunft PatientInnen gezielt auf Gewalt ansprechen und sie über Möglichkeiten der Prävention und Intervention aufklären.[30]
Informationsmaterial bezüglich Hilfseinrichtungen und Prävention sollten allen Betroffenen zur Verfügung stehen.
Der/die Arzt/Ärztin sollten dahingehend ausgebildet werden, Opfer häuslicher Gewalt besser zu erkennen, da bereits eine genaue Anamnese hinweisend sein kann, dass Gewalt bei der Verletzung eine Rolle spielt. So können zum Beispiel eine verzögerte Vorstellung beim Arzt, ein Verletzungsmuster, das nicht mit der Anamnese übereinstimmt, oder Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien Hinweise auf Gewalteinwirkung sein.[8,29] Risikofaktoren sollten von Seiten des behandelnden Personals erkannt werden um gezielt intervenieren zu können. Zum Beispiel sollte bei Verletzungen in der Schwangerschaft oder bei Anwesenheit des Partners/der Partnerin bei der Wundversorgung und beim Verdacht auf Gewalteinwirkung der/die Verletzte auf den Verdacht angesprochen werden.[23,29,30,46,47] Guth *et al.* (2000) empfehlen, dass der gesamte Körper untersucht wird, um auch versteckte Verletzungen zu finden.[15]
Unsere Daten zeigen, dass Opfer häuslicher Gewalt Großteils weiblich sind, zu 80% durch den/die aktuelle LebenspartnerIn verletzt werden, im Durchschnitt 39 Jahre alt sind, meist mehr als eine Verletzung aufweisen und die meisten Verletzungen am Kopf und an der oberen Extremität zu finden sind.

Auch wenn die Opferzahlen unserer Studie relativ niedrig erscheinen, sollten die ÄrztInnen ein entsprechendes Training erhalten um frühzeitig handeln zu können. Sinnvoll wäre es, eine krankenhausinterne Leitlinie zur Dokumentation, Intervention und Behandlung zu erarbeiten, denn die Dunkelziffer der Opfer häuslicher Gewalt in Graz ist womöglich weitaus höher.

Häusliche Gewalt scheint ein immer wiederkehrendes Problem zu sein, ein Teufelskreis der durch behandelnde Ärzte/Ärztinnen entdeckt und beendet werden sollte.[33]

Auch bei Gewalt im öffentlichen Raum sollte die Primärprävention das wichtigste Ziel sein, um Gewalt erst gar nicht entstehen zu lassen. 69,3% unserer Gewaltopfer kannten ihre/n AngreiferIn nicht, was dafür spricht, dass sie zufällig Opfer von Gewalt wurden. Unsere Daten, wie auch vergleichbare Studien, zeigen eine Häufung von Gewalt zum Wochenende hin.[60,62,63] Ein Grund hierfür dürfte Alkohol und die damit einhergehende erhöhte Gewaltbereitschaft sein.[39] Hier zeigt sich ein guter Ansatzpunkt für die Intervention.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigten, dass 4,5% aller behandelten PatientInnen Opfer von Gewalt waren. Ein Teil dieser Opfer sind bei passender Prävention und Intervention potentiell vermeidbar. 87,9% waren Opfer von Gewalt im öffentlichen Raum. Ein Ansatz um diese Zahl zu reduzieren wäre es den Zugang zu Alkohol zu erschweren.[66]

Sekundäre Prävention, wie sie in der Notfallaufnahme durchgeführt wird, hilft zwar kurzfristig, längerfristig muss man Gewalt jedoch verhindern, bevor sie entsteht.

# 5 Literaturverzeichnis


1. Brzank P and Blättner B. Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2010; 53: 221–232.
2. Krug EG. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. Kellermann AL and Mercy JA. Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization. *The Journal of trauma* 1992; 33: 1–5.
4. McCarroll JE, Newby JH, Thayer LE, Norwood AE, Fullerton CS and Ursano RJ. Reports of spouse abuse in the U.S. Army Central Registry (1989-1997). *Military medicine* 1999; 164: 77–84.
5. Pinn VW and Chunko MT. The diverse faces of violence: minority women and domestic abuse. *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges* 1997; 72: S65-71.
6. el-Bayoumi G, Borum ML and Haywood Y. Domestic violence in women. *The Medical clinics of North America* 1998; 82: 391–401.
7. Berrios DC and Grady D. Domestic violence. Risk factors and outcomes. *The Western journal of medicine* 1991; 155: 133–135.
8. Burkert NT, Rásky É, Freidl W, et al. Female and male victims of violence in an urban emergency room--prevalence, sociodemographic characteristics, alcohol intake, and injury patterns. *Wiener klinische Wochenschrift* 2013; 125: 134–138.
9. Brzank P, Hahn D and Hellbernd H. „Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage inner halb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2006; 49: 824–832.
10. Steen K and Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Medical science monitor international medical journal of experimental and clinical research* 2004; 10: CR75-9.

11. Schlack R, Rüdel J, Karger A and Hölling H. Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 755–764.
12. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M and Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American journal of public health* 2007; 97: 941–947.
13. Loseke DR, Gelles RJ and Cavanaugh MM. *Current controversies on family violence.* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.
14. Neidig PH and Friedman DH. *Spouse abuse: A treatment program for couples*. Champaign, Ill: Research Press Co., 1984.
15. Guth AA and Pachter L. Domestic violence and the trauma surgeon. *American journal of surgery* 2000; 179: 134–140.
16. Müller U. *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland ; Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004.
17. Roberts GL. *Domestic violence victims in a hospital emergency department: Report*. [Brisbane]: [The Author], 1994.
18. Schwander M. Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse - neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht ZStrR = Revue pénale suisse RPS = Rivista penale svizzera*.
19. Gologan R, Aziriu S, Obertacke U and Schreiner U. Medizinische und soziodemographische Aspekte häuslicher Gewalt. *Der Unfallchirurg* 2013.
20. Snow Jones A, Carlson Gielen A, Campbell JC, et al. Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues* 1999; 9: 295–305.
21. Boyle A. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2003; 20: 438–442.
22. Hamberger LK, Saunders DG and Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine* 1992; 24: 283–287.

23. *Violence against women: An EU-wide survey main results*. Vienna: EFRA, 2014.
24. Abbott J. Injuries and illnesses of domestic violence. *Annals of emergency medicine* 1997; 29: 781–785.
25. Goldberg WG and Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department. New findings. *JAMA the journal of the American Medical Association* 1984; 251: 3259–3264.
26. Stark E, Yale University., Yale Trauma Program. and National Clearinghouse on Domestic Violence. *Wife abuse in the medical setting: an introduction for health personnel*. Rockville, Md. (P.O. Box 2309, Rockville, Md. 20852): National Clearinghouse on Domestic Violence, 1981.
27. Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R and Hubbell FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *Journal of general internal medicine* 1991; 6: 317–322.
28. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331–1336.
29. Spedding RL, McWilliams M, McNicholl BP and Dearden CH. Markers for domestic violence in women. *Journal of accident & emergency medicine* 1999; 16: 400–402.
30. Hayden SR, Barton ED and Hayden M. Domestic violence in the emergency department: how do women prefer to disclose and discuss the issues? *The Journal of emergency medicine* 1997; 15: 447–451.
31. Bewley S, Friend JR and Mezey GC. *Violence against women*. London: RCOG Press, 1997.
32. McWilliams M and McKiernan J. *Bringing it out in the open: Domestic violence in Northern Ireland a study commissioned by the Department of Health and Social Services (Northern Ireland)*. Belfast: HMSO, 1993.
33. Walker LE. *The battered woman*. Owensboro, Ky: Owensboro Volunteer Recording Unit, 1979.
34. Leonard KE. Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction (Abingdon, England)* 2005; 100: 422–425.

35. Leonard KE and Quigley BM. Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *Journal of studies on alcohol* 1999; 60: 537–545.
36. Lipsey MW, Wilson DB, Cohen MA and Derzon JH. Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. *Recent developments in alcoholism an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism* 1997; 13: 245–282.
37. O'Farrell TJ, van Hutton V and Murphy CM. Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *Journal of studies on alcohol* 1999; 60: 317–321.
38. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *The New England journal of medicine* 1999; 341: 1892–1898.
39. Bushman BJ and Cooper HM. Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychological bulletin* 1990; 107: 341–354.
40. Giancola PR and Zeichner A. An investigation of gender differences in alcohol-related aggression. *Journal of studies on alcohol* 1995; 56: 573–579.
41. Cherpitel CJ and Ye Y. ALCOHOL AND VIOLENCE-RELATED INJURIES AMONG EMERGENCY ROOM PATIENTS IN AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2010; 16: 227–235.
42. Testa M, Quigley BM and Leonard KE. Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of interpersonal violence* 2003; 18: 735–743.
43. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J and Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA the journal of the American Medical Association* 1995; 273: 1763–1767.
44. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA the journal of the American Medical Association* 1998; 280: 433–438.

45. Dutton DG and Strachan CE. Motivational needs for power and spouse-specific assertiveness in assaultive and nonassaultive men. *Violence and victims* 1987; 2: 145–156.
46. Sisley A, Jacobs LM, Poole G, Campbell S and Esposito T. Violence in America: a public health crisis--domestic violence. *The Journal of trauma* 1999; 46: 1105-12; discussion 1112-3.
47. McFarlane J, Parker B and Soeken K. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public health nursing (Boston, Mass.)* 1995; 12: 284–289.
48. Violence against women. Relevance for medical practitioners. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA the journal of the American Medical Association* 1992; 267: 3184–3189.
49. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 1985; 66: 185–190.
50. Short LM, Johnson D and Osattin A. Recommended components of health care provider training programs on intimate partner violence. *American journal of preventive medicine* 1998; 14: 283–288.
51. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR and Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA the journal of the American Medical Association* 1997; 277: 1357–1361.
52. Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R and Riecher-Rössler A. Screening Partnergewalt. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 2008; 76: 28–33.
53. Hellbernd H, Brzank P, May A and Maschewsky-Schneider U. The S.I.G.N.A.L.-Intervention Project to combat violence against women. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2005; 48: 329–336.
54. Wieners K, Hellbernd H and Oesterhelweg L. Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen. *Berliner Ärzte* 2012; 49: 30–32.
55. Isaac NE and Enos VP. *Documenting domestic violence: How health care providers can help victims*. Washington, D.C: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 2001.

56. Bennett L and Violence, Pennsylvania Coalition Against Domestic. *Controversies and recent studies of batterer intervention program effectiveness*: National Resource Center on Domestic Violence VAWnet, 2001.
57. STATISTIK AUSTRIA. Gerichtliche Kriminalstatistik 2012, 09/2013.
58. Clément N, Businger A, Lindner G, et al. Temporal factors in violence related injuries—An 11 year trend analysis of violence-related injuries from a Swiss Emergency Department. *Wiener klinische Wochenschrift* 2012; 124: 830–833.
59. Shepherd J and Sivarajasingam V. Injury research explains conflicting violence trends. *Injury prevention journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* 2005; 11: 324–325.
60. Exadaktylos AK, Häuselmann S and Zimmermann H. Are times getting tougher? A six year survey of urban violence related injuries in a Swiss university hospital. *Swiss medical weekly* 2007; 137: 525–530.
61. Exadaktylos A, Jonas C, Eggli S, Kohler HP and Zimmermann H. Violence in Bern. *Swiss medical weekly* 2001; 131: 527.
62. Scheyerer MJ, Spühler D, Zimmermann S, et al. Gewaltbedingte Verletzungen in einem städtischen Umfeld aus Sicht einer unfallchirurgischen Notfallaufnahme. *PRAXIS* 2013; 102: 1409–1414.
63. Bostrom L. Injury panorama and medical consequences for 1158 persons assaulted in the central part of Stockholm, Sweden. *Archives of orthopaedic and trauma surgery* 1997; 116: 315–320.
64. Wright J and Kariya A. Assault patients attending a Scottish accident and emergency department. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1997; 90: 322–326.
65. Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV and Roper WL. Public health policy for preventing violence. *Health affairs (Project Hope)* 1993; 12: 7–29.
66. Butchart A. *Preventing violence: A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2004.
67. Brink O, Vesterby A and Jensen J. Pattern of injuries due to interpersonal violence. *Injury* 1998; 29: 705–709.

# Anhang - Fragebogen

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Institutsvorstand: Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freid
Universitätsstrasse 6/I
8010 Graz

Medizinische Universität Graz

**Erhebungsbogen für ÄrztInnen** **Projekt: Gewalt**

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Name: (Adressette)* | | *Geschlecht:* | ☐ Männlich ☐ Weiblich |
| *Geburtsdatum:* | | *Telefon:* | |
| *Datum:* | | *Deutsch als Muttersprache:* | ☐ ja ☐ nein |
| *Staatsbürgerschaft:* | | *Uhrzeit:* | |

| | |
|---|---|
| Verdacht der Alkoholisierung | ☐ ja ☐ nein |
| Verdacht der Alkoholisierung begründet sich auf: | ☐ Foetor ex ore<br>☐ Gangunsicherheit<br>☐ verwaschene Sprache<br>☐ gemessener Blutalkoholspiegel<br>☐ andere: |
| Verdacht auf Gewalteinwirkung durch: | ☐ bekannte Person/-en Wenn ja, durch: ☐ Freund/-in<br>☐ Familie<br>☐ Ehe-/LebenspartnerIn<br>☐ Andere: _____<br>☐ unbekannte Person/-en Wenn ja, durch: _____ |
| Gewalteinwirkung aufgrund: | ☐ häuslicher Gewalt ☐ Raufhandel<br>☐ andere: _____ |
| Verdacht der Gewalteinwirkung begründet sich auf: | ☐ Patient/in gibt an, dass die Verletzung durch Gewalteinwirkung entstanden ist<br>☐ Patient/in gibt an, dass die Verletzung durch häusliche Gewalt entstanden ist<br>☐ Verletzungsmuster stimmt mit der Anamnese nicht überein<br>☐ verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien<br>☐ Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und der Behandlung<br>☐ andere: _____ |

| | |
|---|---|
| Der/die Partner/in möchte bei der Wundversorgung jedenfalls anwesend sein. | ☐ ja ☐ nein |
| AUFKLÄRUNG ÜBER DAS PROJEKT „Gewalt im häuslichen Umfeld" | |
| Die Patientin wurde über das Projekt umfassend aufgeklärt und informiert. | ☐ ja ☐ nein |
| Die Patientin ist bereit interviewt zu werden. | ☐ ja ☐ nein |
| Die Patientin ist zur unfallchirurgischen Kontrolle & Durchführung des Interviews wiederbestellt am _____ 2011 um ___ Uhr. | |
| Die Interviewerin wurde informiert. | ☐ ja ☐ nein |

Code: _____ 12.10.2011