

Jahrbuch der  
Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

*Heinrich Heine*  
HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT  
DÜSSELDORF

2005/2006

*Heinrich Heine*



**Jahrbuch der  
Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf  
2005/2006**



**Jahrbuch der  
Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf  
2005/2006**

**Herausgegeben vom Rektor  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Univ.-Prof. Dr. Dr. Alfons Labisch**

**Konzeption und Redaktion:  
em. Univ.-Prof. Dr. Hans Süßmuth**

© Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2006  
Einbandgestaltung: Wiedemeier & Martin, Düsseldorf  
Titelbild: Schloss Mickeln, Tagungszentrum der Universität  
Redaktionsassistenz: Georg Stüttgen  
Beratung: Friedrich-K. Unterweg  
Satz: Friedhelm Sowa, L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X  
Herstellung: WAZ-Druck GmbH & Co. KG, Duisburg  
Gesetzt aus der Adobe Times  
ISBN 3-9808514-4-3

## Inhalt

<b>Vorwort des Rektors</b> .....	11
<b>Gedenken</b> .....	15
<b>Rektorat</b> .....	17
ALFONS LABISCH (Rektor)	
Die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist eine Forschungsuniversität ..	19
HILDEGARD HAMMER	
Der Bologna-Prozess – Chancen und Schwächen einer erzwungenen Studienreform .....	29
CHRISTOPH AUF DER HORST	
Das Studium Universale der Heinrich-Heine-Universität zwischen „akademeia“ und „universitas“ .....	41
<b>40 Jahre Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</b>	
HERMANN LÜBBE	
Universitätsjubiläen oder die Selbsthistorisierung der Wissenschaften .....	53
<b>Medizinische Fakultät</b>	
<i>Dekanat</i> .....	65
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i> .....	69
WOLFGANG H. M. RAAB (Dekan) und SIBYLLE SOBOLL	
Forschung und Lehre in der Medizinischen Fakultät .....	73
JÜRGEN SCHRADER	
Systembiologie – Neue Perspektiven für die Medizin? .....	79
ORTWIN ADAMS und HARTMUT HENGEL	
Husten, Schnupfen, Heiserkeit – Über alte und neue Respirationstraktviren .....	85
WILFRIED BUDACH und EDWIN BÖLKE	
Strahlende Zukunft – Radioonkologie 2010 .....	103
HILDEGARD GRASS und STEFANIE RITZ-TIMME	
Frauen- und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin .....	107
GESINE KÖGLER und PETER WERNET	
Die José Carreras Stammzellbank Düsseldorf – Entwicklung, klinische Ergebnisse und Perspektiven .....	119

NIKOLAS HENDRIK STOECKLEIN und WOLFRAM TRUDO KNOEFEL Disseminierte Tumorzellen bei gastrointestinalen Karzinomen – Molekular- genetische Analyse der relevanten Tumorzellen zum Aufsuchen therapeu- tischer Zielstrukturen für effektive adjuvante Therapien .....	137
---	-----

### **Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät**

<i>Dekanat</i> .....	151
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i> .....	153
PETER WESTHOFF (Dekan) Die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät – Der Weg im Jahr 2005 .....	159
JÖRG BREITKREUTZ Arzneizubereitungen für Kinder .....	161
STEFAN U. EGELHAAF Weiche Materie – Treffpunkt von Physik, Chemie und Biologie .....	173
THOMAS HEINZEL Nanoelektronik und mesoskopischer Transport .....	185
MICHAEL LEUSCHEL und JENS BENDISPOSTO Das ProB-Werkzeug zur Validierung formaler Softwaremodelle .....	199
CHRISTINE R. ROSE Doppelt hält besser – Elektrische und chemische Signalgebung in Gehirnzellen .....	209

### **Philosophische Fakultät**

<i>Dekanat</i> .....	227
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i> .....	229
BERND WITTE (Dekan) Die Philosophische Fakultät auf dem Weg in die entgrenzte Wissensgesellschaft .....	231
ANDREA VON HÜLSEN-ESCH, WILHELM G. BUSSE und CHRISTOPH KANN Das Forschungsinstitut für Mittelalter und Renaissance .....	237
SABINE KROPP Institutionenbildung in postsowjetischen Ländern – Entwurf eines Analysekonzepts .....	245
KARL-HEINZ REUBAND Teilhabe der Bürger an der „Hochkultur“ – Die Nutzung kultureller Infrastruktur und ihre sozialen Determinanten .....	263

SHINGO SHIMADA	
Wozu „Modernes Japan“? Zur Konzeptualisierung des Lehrstuhls „Modernes Japan II mit sozialwissenschaftlichem Schwerpunkt“ .....	285
<b>Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät</b>	
<i>Dekanat</i> .....	293
CHRISTOPH J. BÖRNER (Dekan)	
Bachelor und Master in der Betriebswirtschaftslehre – Der Düsseldorfer Ansatz .....	295
HEINZ-DIETER SMEETS und H. JÖRG THIEME	
Demographische Entwicklung und Globalisierung – Ökonomische Konsequenzen .....	311
HORST DEGEN und PETER LORSCHIED	
„Euro = Teuro“ – Lässt sich diese Gleichung statistisch belegen? .....	329
BERND GÜNTER und LUDGER ROLFES	
Wenn Kunden lästig werden – Kundenbewertung und Umgang mit unprofitablen Kundenbeziehungen durch Unternehmen .....	345
BERND GÜNTER	
Über den Tellerrand hinaus – „Studium laterale“ .....	359
<b>Juristische Fakultät</b>	
<i>Dekanat</i> .....	367
HORST SCHLEHOFER (Dekan)	
Das Bachelor-Master-System – Ein Modell für die Juristenausbildung? .....	369
ANDREAS FEUERBORN	
Der integrierte deutsch-französische Studiengang der Juristischen Fakultäten der Université de Cergy-Pontoise und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf .....	379
ULF PALLME KÖNIG	
Die rechtliche Einordnung der Kooperationsvereinbarung zwischen Uni- versität und Universitätsklinikum nach nordrhein-westfälischem Recht .....	387
<b>Gesellschaft von Freunden und Förderern der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf e.V.</b>	
GERT KAISER	
Die Freundesgesellschaft der Heinrich-Heine-Universität .....	401
OTHMAR KALTHOFF	
Jahresbericht 2005 .....	405

## **Sonderforschungsbereiche der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

- CHRISTEL M. MARIAN und WILHELM STAHL  
 Der Sonderforschungsbereich 663  
 „Molekulare Antwort nach elektronischer Anregung“ ..... 409

## **Forschergruppen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

- VICTORIA KOLB-BACHOFEN, MIRIAM CORTESE, JÖRG LIEBMANN,  
 SABINE KOCH und NICOLE FITZNER  
 Regulation der Entzündungsreaktion –  
 Eine wichtige Rolle für Stickstoffmonoxid ..... 421

- DIRK SCHUBERT und JOCHEN F. STAIGER  
 Die Analyse von „Was“ und „Wo“ in neuronalen Netzen  
 des primären somatosensorischen Kortex ..... 433

## **Graduiertenkollegs der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

- OSWALD WILLI  
 Das Graduiertenkolleg 1203  
 „Dynamik heißer Plasmen“ ..... 453

- AXEL GÖDECKE  
 Proteininteraktionen und -modifikationen im Herzen –  
 Das Graduiertenkolleg 1089 auf dem Weg  
 in das postgenomische Zeitalter ..... 459

## **Zentrale wissenschaftliche Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

### *Humanwissenschaftlich-Medizinisches Forschungszentrum*

- DIETER BIRNBACHER  
 Das Humanwissenschaftlich-Medizinische Forschungszentrum  
 der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ..... 475

- DIETER BIRNBACHER und LEONORE KOTTJE-BIRNBACHER  
 Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten  
 mit Persönlichkeitsstörungen ..... 477

## **Biotechnologie – Ein gemeinsamer Forschungsschwerpunkt der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und des Forschungszentrums Jülich**

- KARL-ERICH JAEGER  
 Das Zentrum für Mikrobielle Biotechnologie ..... 491

CHRISTIAN LEGGEWIE, THOMAS DREPPER, THORSTEN EGGERT, WERNER HUMMEL, MARTINA POHL, FRANK ROSENAU und KARL-ERICH JAEGER Molekulare Enzymtechnologie – Vom Gen zum industriellen Biokatalysator .....	501
JÖRG PIETRUSZKA, ANJA C. M. RIECHE, NIKLAS SCHÖNE und THORSTEN WILHELM Naturstoffchemie – Ein herausforderndes Puzzlespiel .....	519
<b>Institute an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</b>	
<i>Institut für umweltmedizinische Forschung</i>	
JEAN KRUTMANN Das Institut für umweltmedizinische Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gGmbH .....	535
<b>Institute in Zusammenarbeit mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</b>	
<i>Düsseldorfer Institut für Dienstleistungs-Management</i>	
WINFRIED HAMEL Das Düsseldorfer Institut für Dienstleistungs-Management – Eine virtuelle Forschungseinrichtung .....	561
<i>Institut für Internationale Kommunikation</i>	
CHRISTINE SCHWARZER und MATTHIAS JUNG Universitätsnah wirtschaften – Das Institut für Internationale Kommunikation in Zusammenarbeit mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf e.V. ....	573
<b>Zentrale Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf</b>	
<i>Universitäts- und Landesbibliothek</i>	
IRMGARD SIEBERT und CAROLA SPIES Aufbruch in die Zukunft – Der 94. Deutsche Bibliothekartag in Düsseldorf .....	589
<i>Universitätsrechenzentrum</i>	
STEPHAN OLBRICH, NILS JENSEN und GABRIEL GAUS EVITA – Effiziente Methoden zur Visualisierung in tele-immersiven Anwendungen .....	607



# HILDEGARD GRASS und STEFANIE RITZ-TIMME

## Frauen- und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin

*Wenn man gar nicht einmal die Geschlechter an den Kleidungen erkennen könnte, sondern auch noch sogar das Geschlecht erraten müsste, so würde eine neue Welt von Liebe entstehen. Dieses verdiente in einem Roman mit Weisheit und Kenntnis der Welt behandelt zu werden.*

Georg Christoph Lichtenberg (1764-1771)

In der Ausschreibung der Professur „Rechtsmedizin“ in der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wurde eingefordert, „dass sich die Bewerberin/der Bewerber mit einem Schwerpunkt am Netzwerk für Frauen- und Geschlechterforschung beteiligt“. Die Professur ist seit Dezember 2004 besetzt, seitdem ist sie auch Netzwerkprofessur.

Doch welche Inhalte des Faches „Rechtsmedizin“ sind für Frauen- und Geschlechterforschung interessant? Kann Frauen- und Geschlechterforschung in die Rechtsmedizin integriert werden, oder ist sie als ein „Fremdkörper“ im Fach zu betrachten?

Die Klärung dieser Fragen setzt die Beantwortung einer weiteren, alles andere als banalen Frage voraus: Was ist eigentlich „Geschlecht“ in der „Geschlechterforschung“?

### Exkurs: Was ist eigentlich „Geschlecht“ in der „Geschlechterforschung“?

Die meisten Mediziner meinen das *biologische Geschlecht*, wenn sie vom Geschlecht einer Person sprechen. Sie gehen davon aus, dass dieses genetisch determiniert ist, und dass die Geschlechtschromosomen XY das männliche, das Geschlechtschromosomenpaar XX das weibliche Geschlecht kennzeichnen.

Doch schon das vermeintlich so klar definierte *biologische Geschlecht* ist nicht immer eindeutig.<sup>1</sup> So gibt es endokrine Störungen, die einen weiblichen Phänotyp bei männlichem Genotyp bedingen können, wie beispielsweise die Androgen-Insensitivität (AIS). Im Extremfall heißt das, dass Individuen mit der (eigentlich doch „männlichen“) Geschlechtschromosomenkombination XY als Mädchen aufwachsen und sich später als Frau fühlen und erleben. Bei fünf Olympischen Spielen, bei denen eine Überprüfung des Geschlechts der als Sportlerinnen angetretenen Individuen erfolgte, zeigte sich eine Inzidenz eines solchen männlichen Pseudhermaphroditismus von 1:421, meist bedingt durch ein AIS.<sup>2</sup> Das heißt, dass einem von 421 Individuen, die als Frauen aufgewachsen waren und bis dahin

<sup>1</sup> Vgl. von Wurmb-Schwark *et al.* (im Druck).

<sup>2</sup> Vgl. Simpson *et al.* (2000).

als Frauen lebten, mitgeteilt wurde, dass sie wegen ihres männlichen (?) Geschlechts auszuschließen seien. Ein Opfer dieser Praxis war 1985 die spanische Hürdenläuferin Maria José Martínez Patino, der die „Diagnose Mann (XY)“ ihre weitere Karriere zerstörte.

Spätestens bei Kenntnis solcher Fälle muss das Bild der klaren, „naturgegebenen“ Geschlechtsdefinition ins Wanken geraten. Sind Menschen wie Maria José Martínez Patino Frauen oder Männer? Genetisch gesehen sind sie durch das Geschlechtschromosomenpaar als männlich charakterisiert. Ihr weiblicher Phänotyp führt allerdings oft zu einer Selbstidentifikation als Frau und zur Annahme eines weiblichen *psychosozialen Geschlechts*.

Das *psychosoziale Geschlecht* resultiert aus der individuellen und gesellschaftlichen Gestaltung der biologischen Unterschiede. Selten fallen biologisches und psychosoziales Geschlecht so extrem auseinander wie bei Maria José Martínez Patino. Dennoch gibt es zunehmend mehr Menschen, die zumindest in Teilbereichen des Lebens eine andere Geschlechterrolle annehmen, als es den an das biologische Geschlecht gekoppelten Erwartungen entspricht. Beispiele sind die Frau, die beruflich „ihren Mann steht“, oder der Haus„mann“, der die klassische Haus„frau“-enrolle übernommen hat.

Mehr oder weniger unabhängig davon können wiederum zahlreiche andere Kategorien des Geschlechts sein, es seien hier nur das *psychosexuelle* oder das *verhaltensbiologische* Geschlecht genannt.

Was also bedeutet „Geschlecht“ in der „Geschlechterforschung“? Wegen der zahlreichen beschriebenen Kategorien von Geschlecht lässt sich diese Frage nicht mit einer einfachen Geschlechtsdefinition beantworten. Anne Fausto-Sterling, eine renommierte Geschlechterforscherin, hat als „einfache Lösung“ gefordert, die Kategorie „Geschlecht“ aus allen Personaldokumenten zu streichen.<sup>3</sup> Dieser Forderung ist sicher nicht nur aus rechtsmedizinischer Sicht zu widersprechen; dennoch macht sie in ihrer provokanten Formulierung deutlich, dass ein sehr differenzierter Umgang mit dem Begriff „Geschlecht“ notwendig ist.

## „Geschlecht“ im Alltag der Rechtsmedizin

Der Alltag der Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmediziner ist stark geprägt durch die Dokumentation und die Interpretation der Folgen von Gewalt bei verstorbenen, aber auch bei lebenden Gewaltopfern. Damit sind Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmediziner tagtäglich mit zwischenmenschlicher Gewalt konfrontiert. Und hier spielt das Geschlecht ohne jeden Zweifel eine große Rolle. Dies wird schon evident, wenn unter Vernachlässigung aller anderen denkbaren Kategorien von Geschlecht „konservativ“ mit dem in den Personaldokumenten genannten *standesamtlichen Geschlecht* (das in aller Regel dem *biologischen Geschlecht* entspricht) gearbeitet wird.

## Frauen und Männer als Opfer von Gewalt

In der *Polizeilichen Kriminalstatistik* tauchen Frauen weitaus häufiger als Opfer von Gewaltstraftaten auf denn als Täterinnen; so waren im Jahr 2004 bei 51,1 Prozent der Mordfälle Frauen Opfer, nur in 12,8 Prozent aller Mordfälle wurden Frauen als Tatverdächtige erfasst. Die *Polizeiliche Kriminalstatistik* weist aber nicht nur aus, dass bei Gewaltstraf-

<sup>3</sup> Vgl. Fausto-Sterling (2000).

taten das typische Tätergeschlecht männlich ist, sondern auch, dass Männer insgesamt häufiger Opfer solcher Straftaten werden als Frauen. Männer sind also in der *Polizeilichen Kriminalstatistik* sowohl als Täter als auch als Opfer von Gewaltstraftaten deutlich überrepräsentiert.<sup>4</sup>

Wenn diese Zahlen auch interessant sein mögen, so sind sie unter anderem deshalb nur beschränkt aussagefähig, weil in der *Polizeilichen Kriminalstatistik* nur polizeilich bekannte, angezeigte Straftaten erfasst werden. Hier ist nur die „Spitze eines Eisberges“ dokumentiert.<sup>5</sup> Insbesondere Gewalttaten im sozialen Nahfeld („häusliche Gewalt“) werden sehr häufig nicht angezeigt (Dunkelfeld), so dass Frauen (und Männer?) viel häufiger Opfer von Gewalt werden, als das die *Polizeiliche Kriminalstatistik* auch nur erahnen lässt.

Bis zum Jahr 2003 lagen lediglich – zumeist auf Gewalt gegen Frauen fokussierte – Prävalenzdaten aus dem Ausland vor, die nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar waren.<sup>6</sup> Im Jahr 2003 wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstmals systematische Erhebungen zur geschlechtsspezifischen Gewaltbetroffenheit bei Erwachsenen in der Bundesrepublik durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zu „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (im Folgenden als „Frauenstudie“ bezeichnet) sowie einer parallel laufenden Pilotstudie zum Thema „Gewalt gegen Männer“ (im Folgenden als „Männerstudie“ bezeichnet) wurden 2004 vorgestellt.<sup>7</sup> Die Ergebnisse dieser Studien sind von unmittelbarer Relevanz für das deutsche Gesundheitswesen.

Im Rahmen der „Frauenstudie“ wurden auf der Basis einer repräsentativen Gemeindestichprobe über 10.000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren in ganz Deutschland umfassend zu ihren Gewalterfahrungen, zu ihrem Sicherheitsgefühl und zu ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Situation befragt. Die an dieser Stelle wesentlichen Ergebnisse seien kurz zusammengefasst:

- 40 Prozent der Frauen gaben an, körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erfahren zu haben.
- 37 Prozent der Frauen schilderten körperliche Übergriffe.
- 20 Prozent der Frauen berichteten über (körperliche und/oder sexuelle) Gewalt durch ihren Partner.
- 58 Prozent der Frauen hatten unterschiedliche Formen der sexuellen Belästigung erlebt.
- 13 Prozent der Frauen beschrieben sich als Opfer strafrechtlich relevanter sexueller Gewalt.
- 42 Prozent der Frauen berichteten über psychische Gewalt.
- 55 Prozent der Frauen, die körperliche Gewalt erlitten hatten, sowie 44 Prozent der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt hatten, trugen körperliche Verletzungen davon; bei

---

<sup>4</sup> Vgl. Bundeskriminalamt (2005).

<sup>5</sup> Vgl. Gracia (2004).

<sup>6</sup> Vgl. Übersichten bei Hagemann-White (2001) sowie Hagemann-White und Bohne (2003).

<sup>7</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004a), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004b), Schrötle und Müller (2004) sowie Jungnitz und Walter (2004).

etwa einem Drittel der Fälle waren die Verletzungen so schwer, dass medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde.

- Das Risiko, körperliche Verletzungen aus den Gewaltsituationen davonzutragen, war dann am höchsten, wenn es sich um Gewalt durch (Ex-)Partner handelte.
- Alle erfassten Formen von Gewalt gingen in hohem Maße mit psychischen Folgebeschwerden einher.
- Es fanden sich deutliche Hinweise auf erhöhte gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie auf negative Einflüsse hinsichtlich des Suchtverhaltens der Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt hatten.
- Alle Formen von Gewalt waren in hohem Maße mit negativen psychosozialen Folgen für die Frauen verbunden.

Die Ergebnisse der „Frauenstudie“ belegen, dass Gewalt gegen Frauen nicht nur einzelne Individuen betrifft, sondern eine Vielzahl von Frauen aus unterschiedlichen Bevölkerungsschichten und damit in der weiblichen Bevölkerung alles andere als ein „Minderheitenproblem“ darstellt.

Wie aber ist die Situation bei den Männern? Wie häufig werden sie Opfer von Gewalt? Dieser Frage ging die genannte „Männerstudie“ nach.<sup>8</sup> Eines der Ziele dieser Studie war die Prüfung der Frage, „ob und wie es gelingen kann, Männer zu Erlebnissen zu befragen, welche mit Gefühlen verbunden sind, die im Widerspruch zur vorherrschenden Männerrolle stehen und über die zu sprechen sie möglicherweise nicht gewohnt sind“<sup>9</sup>. Es wurde festgestellt, dass bestimmte Gewaltformen „so normal im Männerleben“ sind, dass sie nicht als Gewalt wahrgenommen und dadurch auch nur begrenzt erinnert werden. Weiter wurden Gewaltformen identifiziert, die so tabuisiert und schambesetzt sind sowie als „unmännlich“ gelten, dass sie den betroffenen Männern entweder nicht erinnerbar sind oder diese (aus Scham) nicht über sie berichten. Die Untersucher konstatierten, dass viele Männer Opfererleben bagatellisieren und verleugnen, sich aus Scham bedeckt halten und fürchten, „durch andere Männer gedemütigt zu werden, wenn sie sich verletzbar zeigen“. Ein weiteres Ziel der „Männerstudie“ war, relevante Gewaltbereiche zu identifizieren und Hinweise auf das jeweilige Ausmaß der Gewalt zu geben. Wenn die Pilotstudie auch nicht repräsentativ war, so ergaben sich doch deutliche Hinweise dafür, dass auch Gewalt gegen Männer häufig im Dunkelfeld bleibt, also auch hier mit deutlich höheren Prävalenzen zu rechnen ist, als es die *Polizeiliche Kriminalstatistik* erschließen lässt. Bemerkenswert waren die in der „Männerstudie“ erhobenen Daten zur Gewalt gegen Männer durch die weibliche Partnerin. Im Hinblick auf den Einsatz körperlicher Gewalt wurde festgestellt, „dass hier jede Form der Gewalt gegen Männer vorkommt bis hin zu systematischen Misshandlungsbeziehungen“<sup>10</sup>. 23 Prozent der 190 befragten Männer berichteten über die Erfahrung körperlicher und sexualisierter Gewalt in der Partnerschaft, etwa fünf Prozent auch über Verletzungen in diesem Zusammenhang. Kein einziger der betroffenen Männer habe die Polizei gerufen. Die „Männerstudie“ identifizierte „dringenden Handlungsbedarf“; die

<sup>8</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004b), Jungnitz und Walter (2004) sowie Lenz (2005).

<sup>9</sup> Jungnitz und Walter (2004).

<sup>10</sup> Jungnitz und Walter (2004).

Untersucher kritisierten, dass angemessene Unterstützungsangebote für Männer und Jungen „schlichtweg fehlen“. Gewalt gegen Männer sei bislang ein Thema, das „noch keinen Platz auf der politischen Agenda“ habe.

Die Ergebnisse der „Männerstudie“ scheinen Daten anderer Gruppen zu bestätigen, die dafür sprechen, dass auch bei Gewalt im sozialen Nahraum Männer durchaus betroffen sein können, das heißt Opfer von Gewalt durch ihre Partnerin werden.<sup>11</sup> Allerdings existieren im Vergleich zu der Vielzahl von Untersuchungen zu weiblichen Opfern und männlichen Tätern<sup>12</sup> bislang nur wenige Studien zu Männern als Opfer von Gewalt – wohl deshalb, weil gemeinhin davon ausgegangen wurde, dass insbesondere im Bereich der häuslichen Gewalt auf der Opferseite das weibliche Geschlecht eindeutig dominiert.

Wie auch immer die geschlechtsspezifische Gewaltbelastung insbesondere im sozialen Nahfeld tatsächlich aussieht – die referierten Daten belegen eindrucksvoll, dass in Deutschland mit einer hohen Prävalenz von Gewalt und damit mit einer Vielzahl von (behandlungs- und hilfsbedürftigen) Gewaltopfern zu rechnen ist. Diese stellt das Gesundheitswesen vor Herausforderungen, denen es bislang noch nicht optimal gewachsen ist.

## **Die Versorgung weiblicher und männlicher Gewaltopfer im Gesundheitswesen: Anspruch und Probleme**

Gewalt macht krank – und zwar männliche und weibliche Opfer.<sup>13</sup> Das Erleben von Gewalt hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit der Opfer. Opfer von Gewalt leiden nicht nur unter den Folgen akuter körperlicher oder psychischer Traumatisierungen, sie entwickeln häufig auch chronische, organisch manifestierte oder seelische Erkrankungen.<sup>14</sup> Das Erleben von Krankheit führt in der Regel dazu, dass Opfer von Gewalt Kontakt zu Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens aufnehmen. Ärztinnen und Ärzte sind zudem „neutrale“, zur Verschwiegenheit verpflichtete Vertrauenspersonen. In der oben genannten „Frauenstudie“ wurden von den Betroffenen Ärztinnen und Ärzte als wichtigste und oft erste und einzige Ansprechpartner benannt.<sup>15</sup>

Das Gesundheitswesen ist in der Verantwortung, für die Versorgung dieser Patienten ein optimales Management vorzuhalten, das folgende Aufgaben umfassen muss:

- akutmedizinische Versorgung,
- Erkennen und Interpretieren der Folgen von Gewalt,
- „gerichts feste“ Dokumentation der Gewaltfolgen und Beweissicherung sowie
- sachgerechtes Reagieren.

## **Erkennen und Interpretieren der Folgen von Gewalt**

Nicht selten stellen sich Gewaltopfer in der ärztlichen Praxis vor und verschweigen die zugrunde liegende Gewalttat in der Anamnese. Gerade bei intrafamiliärer Gewalt ist ein

<sup>11</sup> Vgl. Übersichten bei Archer (2000) und George (1994).

<sup>12</sup> Vgl. Übersicht bei Hagemann-White und Bohne (2003).

<sup>13</sup> Vgl. Coker *et al.* (2002).

<sup>14</sup> Vgl. Übersicht bei Hagemann-White und Bohne (2003).

<sup>15</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004).

solches Verhalten sehr häufig – Hintergrund können unter anderem Scham, Hilflosigkeit oder die (selbstverständlich unbegründete) Angst sein, dass die Polizei eingeschaltet und die Familie durch einen Polizeieinsatz „zerstört“ würde. Kinder und alte Menschen können (aufgrund ihres Alters, krankheitsbedingt oder aufgrund ihrer Abhängigkeit von den Tätern) oft nicht berichten, was ihnen angetan wurde.

Vielen Kolleginnen und Kollegen ist nicht bekannt, dass Gewalterleben oft verschwiegen wird. Auch die richtige Deutung physischer Verletzungen ist häufig schwierig und nur mit einschlägiger Erfahrung oder unter Nutzung von Netzwerken (z. B. rechtsmedizinisches Konsil) möglich. Wird die Einwirkung von Gewalt dann nicht erkannt, bleibt den Gewaltopfern die dringend benötigte Hilfe versagt; im ungünstigsten Fall gehen sie nach dem Arztbesuch in das gewaltbereite Umfeld zurück und werden weiter misshandelt. Dieses Risiko ist sehr konkret und darf nicht unterschätzt werden.

*Beispiel:*

Durch einen Zufall wird eine über die ersten sechs Lebensjahre eines Jungen hinweg fortgesetzte, massive Misshandlung des Kindes durch den eigenen Vater aufgedeckt. Die polizeilichen Ermittlungen ergeben, dass über die Jahre hinweg vier verschiedene Kinderärzte das Kind mit (aus rechtsmedizinischer Sicht eindeutigen) Verletzungen sahen, aber nicht reagierten. So sah Kinderarzt A. das Kind im Alter von vier Jahren. Der Vater hatte das Kind „zur Abklärung von Sturzverletzungen“ vorgestellt. Der Arzt stellte multiple, unterschiedlich alte Hämatome im Gesicht, am Hals und in den Achseln beidseits fest. Er verweigerte das gewünschte Attest, war irritiert und besorgt, ergriff aber keine weiteren Maßnahmen. In der Hauptverhandlung gibt er an, „mit der Situation überfordert“ gewesen zu sein; er sei sich „nicht absolut sicher gewesen“ und habe „nicht gewusst, ob er die Schweigepflicht brechen dürfe“. Bis zur Beendigung des Leidensweges des Kindes vergehen noch weitere zwei Jahre.

### **„Gerichtsfeste“ Dokumentation der Gewaltfolgen und Beweissicherung**

Die Praxis zeigt, dass gerade die „gerichtsfeste“ Dokumentation problematisch ist.<sup>16</sup> Es müssen hier auch klinisch völlig „irrelevante“, nicht behandlungsbedürftige Verletzungen wie Kratzer oder Rötungen im Detail unter Berücksichtigung der einschlägigen juristischen Fragestellungen (die der Ärztin bzw. dem Arzt bekannt sein müssen) beschrieben und möglichst auch photographisch dokumentiert werden – gilt es doch, auf der Grundlage einer solchen Befunddokumentation die Fragen zum Zeitpunkt der Gewalteinwirkung, zur Art und Intensität der Gewalt und unter Umständen auch zur Rekonstruktion des Gewaltgeschehens zu beantworten. Dies gelingt nur, wenn die Befundbeschreibung die genaue Position am Körper, die Form, Farbe und Art des Befundes exakt wiedergibt.

Auch hier kommt dem Gesundheitswesen eine besondere Verantwortung zu. Ein Opfer, das erleben muss, dass der Täter wegen des Fehlens einer beweiskräftigen Dokumentation, aussagefähiger Spurenuntersuchungen oder aufgrund einer falschen Interpretation von Verletzungen freigesprochen werden muss, erleidet eine erhebliche sekundäre Traumatisierung.

*Beispiel:*

Eine Frau wird über Jahre hinweg von ihrem Ehemann massiv körperlich und seelisch misshandelt. Weil sie zunächst keine Trennung will („Familie erhalten ...“), verzichtet sie auf eine

<sup>16</sup> Vgl. Hagemann-White (2001).

Anzeige. Sie vertraut sich aber ihrem Hausarzt an und erscheint dort einige Male mit der Bitte, Verletzungen zu dokumentieren ... Schließlich kommt es doch zur Anzeige, und die „Be-funddokumentationen“ werden den Ermittlungsbehörden vorgelegt. Ein Beispiel dieser „Doku-mentationen“: „O. g. befindet sich in meiner ambulanten hausärztlichen Behandlung. Diagnosen: Prellmarken nach häuslicher Gewaltreaktion durch den Ehemann.“ In der Hauptverhandlung wird durch den Verteidiger des Ehemannes ausgeführt, man könne zugunsten seines Mandanten nicht ausschließen, dass die mangels Beschreibung nicht näher zuzuordnenden „Prellmarken“ andere Ursachen hätten. Der Ehemann wird freigesprochen.

### **Sachgerechtes Reagieren**

Wird die erlebte Gewalt verschwiegen, muss das Problem bei entsprechendem Verdacht angesprochen werden. Dies erfordert Einfühlungsvermögen und eine situationsadäquate Gesprächsführung. Nach der akutmedizinischen Versorgung müssen Ärztinnen und Ärzte gegebenenfalls eine weitere, insbesondere psychotherapeutische/psychosoziale Betreuung veranlassen. Dazu sollten sie die Möglichkeiten des jeweils lokalen Hilfsnetzwerkes für Gewaltopfer kennen. Bei nicht entscheidungsfähigem Opfer (z. B. Kinder, alte Menschen) muss eine verantwortliche Entscheidung in Bezug auf die Frage der Einschaltung von Behörden oder der Polizei getroffen werden.

Auch an dieser Stelle hat das Gesundheitswesen eine Schlüsselfunktion. Werden jetzt falsche Entscheidungen getroffen, resultiert daraus eine weitere Gefährdung des bzw. der Betroffenen. Unterbleibt seitens der Ärztin bzw. des Arztes die Organisation von Betreuung und Beratung durch qualifizierte Einrichtungen, wird dem Gewaltopfer die Chance vorenthalten, die Geschehnisse aufzuarbeiten und seine Lebenssituation zu verbessern.

### **Gewaltopfer werden häufig nicht optimal durch das Gesundheitswesen versorgt**

Leider muss festgestellt werden, dass die der akutmedizinischen Versorgung nachgelagerten Aufgaben häufig nicht oder nicht optimal erfüllt werden.<sup>17</sup> Trotz unterschiedlicher Initiativen zu Information, Schulung und Weiterbildung der Ärzteschaft<sup>18</sup> hat sich an dieser Situation wenig geändert.

Probleme beim Erkennen von Gewaltfolgen treten sehr häufig dann auf, wenn das Gewaltopfer keine Angaben zum Gewalterleben macht bzw. machen kann. Die Dokumentation der Gewaltfolgen ist häufig unvollständig. Viele Ärztinnen und Ärzte sind mit der Gesprächsführung (Ansprechen von Gewalt!) überfordert und weder über juristische Fragen noch über das lokale Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer ausreichend informiert.

Wesentliche Ursachen für die Mängel in der Versorgung von Gewaltopfern liegen in folgenden Punkten:

- Die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist noch nicht ausreichend.

---

<sup>17</sup> Vgl. Hagemann-White (2001).

<sup>18</sup> Beispielhaft für Nordrhein-Westfalen sei der Leitfaden „Häusliche Gewalt“ der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe genannt, an dessen Erstellung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin beteiligt waren.

- Die für eine optimale Versorgung wichtigen Institutionen sind zumeist nicht optimal vernetzt und arbeiten nicht ausreichend gut zusammen.
- Es ist zu wenig über die (geschlechtsspezifischen) Bedürfnisse von Gewaltopfern bekannt.

Diese Situation kann nachhaltig nur durch Optimierung der Aus- und Weiterbildung sowie der Versorgungsstruktur und durch Initiierung einschlägiger Forschungsprojekte verbessert werden.

## **Verbesserung der Aus- und Weiterbildung zum Thema „Versorgung von Gewaltopfern“**

Die entsprechende Sensibilisierung und Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte kann nur durch besondere Unterrichtsmodule erreicht werden.<sup>19</sup> Das Institut für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) hat das rechtsmedizinische Curriculum für Studierende der Humanmedizin um Module zur Versorgung von Gewaltopfern erweitert. An konkreten Fällen wird in kleinen Gruppen nicht nur das Erkennen von Gewaltfolgen und deren Dokumentation gelehrt, sondern auch das sachgerechte Reagieren unter Berücksichtigung aller Besonderheiten des Einzelfalles. Mit Hilfe externer Referentinnen und Referenten aus dem lokalen Netzwerk für Gewaltopfer werden den Studierenden die Einrichtungen des Netzwerkes vorgestellt. Im angebotenen Wahlpflichtfach werden neben anderen Aspekten zum Themenbereich der klinischen Rechtsmedizin zudem Möglichkeiten der Gesprächsführung über Rollenspiele vermittelt und erprobt. Entsprechende Inhalte sind auch Gegenstand von Weiterbildungsveranstaltungen, die für approbierte Ärztinnen und Ärzte angeboten werden.

Das Einbringen von „Gender-Aspekten“ in das rechtsmedizinische Curriculum ist von den Studierenden mit großem Interesse aufgenommen worden. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach einer umfassenden, interdisziplinären Veranstaltung zum Thema „Gender in Medicine“ geäußert.

## **Optimierung der Versorgung von Gewaltopfern im Universitätsklinikum Düsseldorf durch Etablierung eines interdisziplinären Netzwerkes**

Am Standort Düsseldorf bietet das UKD beste Voraussetzungen für eine optimale Versorgung von Gewaltopfern. Sämtliche der dafür relevanten Disziplinen stehen (über Ruf- und Bereitschaftsdienste zumeist rund um die Uhr) zur Verfügung. Bei optimaler Vernetzung und Hinterlegung eines qualitätsgesicherten Gesamtkonzeptes kann hier ohne große Investitionen ein „Zentrum für Gewaltopfer“ entstehen. An diesem Ziel arbeitet derzeit eine fachübergreifende Arbeitsgruppe aus Vertretern unterschiedlicher Disziplinen im UKD. Das bislang erarbeitete Konzept steht kurz vor der Umsetzung (Stand Mai 2006) und sieht Folgendes vor:

Unabhängig davon, ob Anzeige erstattet worden ist, soll eine leichte und eindeutige Zugänglichkeit für Gewaltopfer über eine zentrale, möglichst über 24 Stunden erreichbare

<sup>19</sup> Vgl. Hoffstetter *et al.* (2005).

Rufnummer etabliert werden. Von hier aus werden die Gewaltopfer qualifiziert an die zuständigen Disziplinen vermittelt. Durch optimale Vernetzung und Qualifikation der Mitarbeiter wird eine interdisziplinäre, professionelle und effiziente Versorgung gewährleistet, die eine zuverlässige Diagnostik, eine adäquate Therapie einschließlich psychotherapeutischer Betreuung, eine „gerichts feste“ Befunddokumentation und Beweissicherung sowie die Weitervermittlung in psychosoziale Hilfen umfasst. Dabei werden die Abläufe für die Betroffenen transparent und so wenig belastend wie möglich gestaltet.

*Beispiel:*

Eine Patientin mit oberflächlichen Schnittwunden, die ihr durch den Ehemann „zur Warnung“ zugefügt worden sind, meldet sich und bittet um Hilfe. Die Betroffene muss zunächst chirurgisch versorgt werden, wird also in die chirurgische Ambulanz einbestellt. Psychiater bzw. Psychotherapeut (bei Bedarf) und Rechtsmediziner (Befunddokumentation, Beweissicherung) begeben sich in die chirurgische Ambulanz; die Patientin wird nicht „weitergeschickt“, sondern an einer Stelle interdisziplinär betreut. Im Anschluss an die medizinische Versorgung wird die Patientin mit Informationen zum Hilfsnetzwerk versorgt, gegebenenfalls werden Kontakte (z. B. zur Frauenberatungsstelle) hergestellt.

Die Standards der Versorgung werden in verbindlichen *Standard Operating Procedures* (SOPs) respektive Leitlinien zur Betreuung von Gewaltopfern im Sinne von Selbstverpflichtungen aller Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter festgelegt. Sämtliche beteiligten Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter werden regelmäßig fortgebildet. Die Funktionalität des Netzwerkes und der Abläufe soll durch regelmäßige Audits geprüft werden.

Die Vernetzung nach extern erfolgt auf der übergeordneten Ebene z. B. über die Gesundheitskonferenz und den Kriminalpräventiven Rat der Stadt Düsseldorf. Die Kontakte zu den verschiedenen Institutionen im breit gefächerten lokalen Hilfsnetzwerk für Gewaltopfer werden durch das Institut für Rechtsmedizin über Mitwirkung in zahlreichen Fachgruppen und Arbeitskreisen sowie durch individuellen Austausch mit den verschiedenen Institutionen gepflegt.

Nach Abschluss dieser Vorarbeiten muss die Öffentlichkeit möglichst breitflächig über das neue Angebot des UKD informiert werden; die zentrale Telefonnummer muss „breit gestreut“ werden.

Das Projekt soll wissenschaftlich begleitet werden. Derzeit erfolgt eine Ist-Stand-Erhebung zur Qualität der Versorgung von Gewaltopfern im UKD in den Bereichen Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik sowie Rechtsmedizin vor Implementierung des neuen Netzwerkes. Die Ergebnisse dieser Erhebung werden eine wichtige Datenbasis für die weitere wissenschaftliche Begleitung des neuen Versorgungskonzeptes für Gewaltopfer darstellen.

Die Etablierung eines solchen, den Bedürfnissen der Gewaltopfer entgegenkommenden interdisziplinären und niedrigschwelligen Versorgungsangebots wird einen wesentlichen Beitrag zur Erhellung des auch in Düsseldorf sicher großen Dunkelfeldes häuslicher Gewalt leisten können. Dass ein solches Konzept die Gewaltopfer im Dunkelfeld tatsächlich erreicht, belegen publizierte Daten eines ähnlichen Modells in Hamburg: Die Zahl der im dortigen Institut für Rechtsmedizin untersuchten und weitervermittelten Gewaltopfer stieg von 46 im Jahr der Implementierung des Modells (1999) auf 1.071 im Jahr 2003.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Seifert *et al.* (2004).

## Was kann Frauen- und Geschlechterforschung zur Verbesserung der Versorgung von Gewaltopfern beitragen?

In die Interaktion zwischen Gewaltopfer und Gesundheitswesen fließen (bislang wenig bekannte) Einflüsse ein, die in (un)mittelbarem Zusammenhang mit dem Geschlecht der Beteiligten stehen:

- Der „kleine“ Unterschied zwischen Frauen und Männern im Problemfeld „Gewalt“ ist groß, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Genese der Gewalt. Auch das Erleben von Gewalt und die Reaktionen darauf sind bei Frauen und Männern unterschiedlich – dies bestätigen die Ergebnisse der genannten aktuellen, durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragten „Frauenstudie“ und „Männerstudie“ erneut.<sup>21</sup> Daraus ergibt sich, dass die Beschwerden und die Symptomatik, aber auch die Bedürfnisse und Erwartungen, mit denen weibliche und männliche Opfer an das Gesundheitswesen herantreten, unterschiedlich sind. Eine Optimierung der Versorgung setzt die Berücksichtigung dieser geschlechtsspezifischen Besonderheiten voraus, über die derzeit aber wenig bekannt ist.
- Auch Ärztinnen und Ärzte sind Frauen und Männer und damit nicht frei von möglicherweise geschlechtsabhängigen Einstellungen und Reaktionen, die ihre Wahrnehmung von und ihren Umgang mit Gewaltopfern beeinflussen können – gerade wenn es um häusliche, also in der Regel zwischengeschlechtliche Gewalt geht.<sup>22</sup> Schon bei der wissenschaftlichen Diskussion der Problematik hat sich dies gezeigt, deshalb konstatierten Hagemann-White und Bohne (2003: 40): „Offensichtlich belastet allein schon die Benennung des Zusammenhanges von Gewalt und Geschlecht [...] das kollegiale und wissenschaftliche Verhältnis der Geschlechter in der Fachwelt und erschwert eine sachliche Diskussion, die dem Leiden der Betroffenen gerecht würde.“

Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass bei der Versorgung von Gewaltopfern im Gesundheitswesen geschlechtsspezifische Faktoren berücksichtigt werden müssen. Konkret stellt sich die Frage, ob das Geschlecht des Arztes auf der einen Seite sowie des Gewaltopfers auf der anderen eine (unbewusste) Rolle für die erbrachte bzw. erwartete Qualität der Versorgung spielt.

Vor diesem Hintergrund wurde ein wissenschaftliches Projekt mit dem Arbeitstitel „Wahrnehmung und Versorgung von Gewaltopfern im Gesundheitswesen – eine geschlechterdifferente Untersuchung“ initiiert. Auf der Grundlage einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten soll beschrieben werden, wie (und ob überhaupt) Gewaltopfer im ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung wahrgenommen und betreut werden. Parallel dazu soll die Sicht der Gewaltopfer (der Patienten) in gleicher Weise mittels einer Befragung Betroffener erhoben werden. Ein besonderes Augenmerk des Projektes liegt in der geschlechterdifferenzierten Auswertung der Befragungsergebnisse auf der Ebene der Ärzteschaft sowie der der Patienten. Die so gewonnenen Erkenntnisse dienen der Evaluation der Versorgungsangebote sowie der Versorgungsbedürfnisse und so der Optimierung des Versorgungsangebots für Gewaltopfer. Sie werden unmittelbar in Lehre und Weiterbildung einfließen. Das Projekt wird durch das Institut für Rechtsme-

<sup>21</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004).

<sup>22</sup> Vgl. Gracia und Herrero (2006).

dizin in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Soziologie durchgeführt und durch ministerielle Mittel aus dem HWP<sup>23</sup>-Fond gefördert.

## **Frauen- und Geschlechterforschung – Rechtsmedizin: Die Verbindung ist gelungen**

Über die ausgeführten Ansätze ist die ursprünglich von extern gewünschte Integration von Frauen- und Geschlechterforschung in die Rechtsmedizin nicht nur gelungen, sondern sie wird auch einen wesentlichen Beitrag zur (dringend notwendigen) Verbesserung der Versorgung von Gewaltopfern im Gesundheitswesen und auch zur Integration des „Gender“-Aspektes in medizinische Lehre und Praxis leisten können.

### **Literatur**

- ARCHER, John. „Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review“, *Psychological Bulletin* 126 (2000), 651-680.
- BUNDESKRIMINALAMT (Hrsg.). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2004 – 52. Ausgabe*. Wiesbaden 2005. [http://www.bka.de/pks/pks2004/download/pks-jb\\_2004\\_bka.pdf](http://www.bka.de/pks/pks2004/download/pks-jb_2004_bka.pdf) (14.06.2006).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004a). <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,suchtext=,suchvon=,suchbereich=gleichstellung,suchsprache=,page=1.html>, (04.05.2006).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). „Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004b). <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,suchtext=,suchvon=,suchbereich=gleichstellung,suchsprache=,page=2.html>, (04.05.2006).
- COKER, Ann L., Keith E. DAVIS, Ileana ARIAS, Sujata DESAI, Maureen SANDERSON, Heather M. BRANDT und Paige H. SMITH. „Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women“, *American Journal of Preventive Medicine* 24 (2002), 260-268.
- FAUSTO-STERLING, Anne. „The five sexes, revisited“, *The Sciences* (July-August 2000), 19-23.
- GEORGE, Malcolm J. „Riding the donkey backwards: men as the unacceptable victims of marital violence“, *Journal of men's studies* 3 (1994), 137-159.
- GRACIA, Enrique. „Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition“, *Journal of epidemiology and community health* 58 (2004), 536-537.
- GRACIA, Enrique und Juan HERRERO. „Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis“, *Journal of epidemiology and community health* 60 (2006), 123-129.
- HAGEMANN-WHITE, Carol. „European research on the prevalence of violence against women“, *Violence against women* 7 (2001), 732-759.

<sup>23</sup> HWP = Hochschul- und Wissenschaftsprogramm

- HAGEMANN-WHITE, Carol und Sabine BOHNE. „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen“, Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ (2003). [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_/I/1.1/EKALT/13\\_EK2/Gewalt\\_Expertise\\_Endfassung2.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_/I/1.1/EKALT/13_EK2/Gewalt_Expertise_Endfassung2.pdf) (04.05.2006).
- HOFFSTETTER, Susan E., Robert J. BLASKIEWICZ, Gail E. FURMAN und Jennifer A. MCCABE. „Medical student identification of domestic violence as measured on an objective, standardized clinical examination“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193 (2005), 1852-1855.
- JUNGNITZ, Ludger und Willi WALTER. „3.2 Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie“, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). *Kongressbericht Gewalt im Leben von Frauen und Männern – Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention*. Europäischer Kongress, 23. September 2004 in Osnabrück. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/kongressbericht-gewalt-im-leben-von-maennern-und-frauen.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> (09.05.2006), 38-51.
- LENZ, Hans-Joachim. „Die verdrängte Seite der Männergesundheit: Gewalt gegen Männer – Ergebnisse der deutschen Pilotstudie“, *Blickpunkt Der Mann* 3 (2005), 37-42.
- SEIFERT, Donata, Sven ANDERS, Judith SCHRÖER, Axel GEHL, Axel HEINEMANN und Klaus PÜSCHEL. „Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg“, *Rechtsmedizin* 14 (2004), 182-187.
- SCHRÖTTLE, Monika und Ursula MÜLLER. „3.1 ‚Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.‘ Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen“, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). *Kongressbericht Gewalt im Leben von Frauen und Männern – Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention*. Europäischer Kongress, 23. September 2004 in Osnabrück. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/kongressbericht-gewalt-im-leben-von-maennern-und-frauen.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> (09.05.2006), 21-37.
- SIMPSON, Joe Leigh, Arne LJUNGQVIST, Malcolm A. FERGUSON-SMITH, Albert DE LA CHAPELLE, Louis J. ELSAS, A. A. EHRHARDT, Myron GENEL, Elizabeth FERRIS und Alison CARLSON. „Gender verification in the Olympics“, *Journal of the American Medical Association* 284 (2000), 1568-1569.
- VON WURMB-SCHWARK, Nicole, Hartmut BOSINSKI und Stefanie RITZ-TIMME. „What do the X and Y chromosomes tell us about sex and gender in forensic case analysis?“, *Journal of Clinical Forensic Medicine* (im Druck).



